

UNIVERSITÄT DER BUNDESWEHR MÜNCHEN



FAKULTÄT FÜR WIRTSCHAFTS- UND ORGANISATIONSWISSENSCHAFTEN

Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung für Krankenhäuser

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.) an der Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften der Universität der Bundeswehr München

vorgelegt von:

Diplom-Volkswirt Jens Nissen

(München)

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. Günther E. Braun

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	10
TABELLENVERZEICHNIS	14
I. EINFÜHRUNG.....	15
1. PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT	15
2. AUFBAU UND VORGEHENSWEISE	21
II. SITUATION IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN.....	25
1. KOSTENENTWICKLUNG IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN UND SEINE DETERMINANTEN	25
2. ENTWICKLUNG DER NATIONALEN GESUNDHEITSAUSGABEN	28
3. GESUNDHEITSQUOTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	29
4. RESSOURCENEINSATZ IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	30
5. AUSGABENTRÄGER DES DEUTSCHEN SOZIALSYSTEMS	33
6. AUSGABENENTWICKLUNG IM STATIONÄREN SEKTOR.....	34
7. GKV-BEITRAGSSATZ ALS INDIKATOR FÜR DIE KOSTENENTWICKLUNG	35
8. DETERMINANTEN DES AUSGABENANSTIEGES.....	39
8.1. NACHFRAGESEITIGE DETERMINANTEN DES AUSGABENANSTIEGES	39
8.1.1. DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	40
8.1.2. INFLATIONSRATE ALS GESAMTWIRTSCHAFTLICHE EINFLUSSGRÖÙE	45
8.1.3. POLITISCHES SYSTEM.....	45
8.1.4. ANREIZ ZUR ÜBERMÄÙIGEN INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN.....	45
8.1.5. ANSPRUCHSVERHALTEN DER VERSICHERTEN	47

8.2.	ANGEBOTSSEITIGE DETERMINANTEN DES AUSGABENANSTIEGES	47
8.2.1.	LEISTUNGS-AUSWEITUNG DURCH ANGEBOTSINDUZIERTEN NACHFRAGE	48
8.2.2.	MEDIZINISCHER UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER FORTSCHRITT.....	54
8.2.3.	NEGATIVER PREISSTRUKTUREFFEKT	56
8.2.4.	LEISTUNGSINTENSIVIERUNG DURCH DEFENSIVMEDIZIN	57
8.2.5.	STRUKTURDEFIZITE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN	57
9.	ZUSAMMENFASSUNG	60
III.	NEUE VERGÜTUNGSKONZEPTE ZUR BEWÄLTIGUNG DER PROBLEME IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM.....	63
1.	IMPLEMENTIERUNG EINES DRG-BASIERTEN ENTGELTSSYSTEMS FÜR KRANKENHÄUSER	63
2.	„DIAGNOSIS RELATED GROUPS“ ALS PATIENTENKLASSIFIKATIONSSYSTEM	64
3.	FALLGRUPPIERUNG IN DRG-SYSTEMEN.....	67
4.	GRUNDSTRUKTUR EINES DRG-BASIERTEN VERGÜTUNGSSYSTEMS.....	68
4.1.	KALKULATION DEUTSCHER KOSTENGEWICHTE	68
4.2.	ERGÄNZENDE VERGÜTUNGSREGELUNGEN ZUR VERMEIDUNG VON ERLÖSAUSFÄLLEN	70
4.3.	SONDERREGELUNGEN IM BEREICH „PSYCHIATRIE“	71
4.4.	AUSWIRKUNGEN DES DRG-BASIERTEN VERGÜTUNGSSYSTEMS AUF DAS KOOPERATIONSVERHALTEN VON KRANKENHÄUSERN	72
IV.	„KOOPERATIONEN“ ALS ZIELGERICHTETE STRATEGIE UND IHRE BEDEUTUNG FÜR KRANKENHÄUSER	76
1.	KOOPERATIONSBEGRIFF	76
1.1.	DEFINITIONSANSÄTZE IN DER DEUTSCHSPRACHIGEN LITERATUR	76
1.2.	DEFINITIONSANSÄTZE IN DER ANGELSÄCHSISCHEN LITERATUR	79
2.	KOOPERATIONSEIGENSCHAFTEN	80
3.	KOOPERATIONSMOTIVE: DREI THEORETISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE.....	83
3.1.	TRANSAKTIONSKOSTENTHEORIE.....	84

3.2.	STRATEGISCHES VERHALTEN VON UNTERNEHMEN	91
3.3.	EXKURS: ZUSAMMENSPIEL VON ABSICHTEN, STRATEGIEN, MAßNAHMEN UND ZIELEN AM BEISPIEL EINES KRANKENHAUSES	92
3.4.	TECHNOLOGIETRANSFER MITTELS KOOPERATIONEN	95
4.	DIE KONZENTRATION ALS ALTERNATIVEN ZUR KOOPERATION: EINE ABGRENZUNG.....	96
V.	4-PHASEN KONZEPT ALS THEORETISCHE GRUNDLAGE FÜR ENTWICKLUNG UND UMSETZUNG VON KOOPERATIONEN IM KRANKENHAUS	101
1.	PHASE I: STRATEGISCHE ENTSCHEIDUNG	103
1.1.	BESTANDSAUFNAHME DER UNTERNEHMENSSITUATION MITTELS SITUATIONSANALYSE.....	104
1.1.1.	ABC-ANALYSE.....	105
1.1.2.	GAP-ANALYSE	105
1.1.3.	WETTBEWERBSANALYSE	106
1.2.	IDENTIFIKATION KOOPERATIONSSPEZIFISCHER ZIELE ZUR UNTERSTÜTZUNG UNTERNEHMERISCHER STRATEGIEENTSCHEIDUNGEN	107
1.2.1.	„ZIEL“ ALS GRUNDLAGE DER UNTERNEHMERISCHEN STRATEGIEENTSCHEIDUNG.....	107
1.2.2.	KOOPERATIONSSPEZIFISCHE ZIELE: REALISIERUNG VON SYNERGIEEFFEKTEN UND KOSTENVORTEILEN	109
1.2.3.	WERTSTEIGERUNGSPOTENTIAL ALS ENTSCHEIDUNGSKRITERIUM FÜR KOOPERATIONEN	113
2.	PHASE II: KONFIGURATION VON KOOPERATIONEN	114
2.1.	KOOPERATIONSRICHTUNGEN	116
2.1.1.	HORIZONTALE KOOPERATIONEN.....	116
2.1.2.	VERTIKALE KOOPERATIONEN	117
2.1.3.	LATERALE KOOPERATIONEN.....	117
2.2.	BESTIMMUNG DER UNTERNEHMENSINTERNEN KOOPERATIONSFELDER	118
2.3.	BINDUNGSINTENSITÄT ALS ERFOLGSKRITERIUM FÜR KOOPERATIONEN	118
2.3.1.	ZEITHORIZONT DER ZUSAMMENARBEIT	119

2.3.2. KOOPERATIONSINTERNE RESSOURCENZUORDNUNG	120
2.3.3. FORMALISIERUNGSGRAD DER KOOPERATION.....	120
3. PHASE III: PARTNERSELEKTION	120
4. PHASE IV: STRATEGISCHES KOOPERATIONSMANAGEMENT	125
VI. DAS KRANKENHAUS UND SEINE ABHÄNGIGKEIT VON NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN UND PRAXISNETZEN	127
1. DAS KRANKENHAUS IM MITTELPUNKT EINES UMFANGREICHEN BEZIEHUNGSGEFLECHTS.....	127
2. POTENTIELLE KOOPERATIONSPARTNER FÜR KRANKENHÄUSER.....	128
2.1. ÜBERBLICK ÜBER DIE KOOPERATIONSPARTNER DES KRANKENHAUSES.....	128
2.2. PRAXISNETZE ALS KOOPERATIONSPARTNER DES KRANKENHAUSES	128
3. ABHÄNGIGKEIT DES ÖKONOMISCHEN ERFOLGS EINES KRANKENHAUSES VON NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN UND PRAXISNETZEN	130
3.1. DIE ENTSTEHUNG VON EINWEISERZUFRIEDENHEIT: DAS C/D-PARADIGMA.....	134
3.2. ABHÄNGIGKEIT DES ÖKONOMISCHEN ERFOLGS EINES KRANKENHAUSES VON EINWEISERN UND ANDEREN FAKTOREN - EIN FORMALES MODELL	139
3.2.1. ABHÄNGIGKEIT DES ÖKONOMISCHEN ERFOLG EINES KRANKENHAUSES VON ENDOGENEN UND EXOGENEN GRÖßEN.....	141
3.2.2. EINFLUSS DER PATIENTENZAHL AUF DEN ÖKONOMISCHEN ERFOLG DES KRANKENHAUSES	142
3.2.3. AUSWIRKUNGEN EINER LEISTUNGSRATIONIERUNG AUF DEN ÖKONOMISCHEN ERFOLG EINES KRANKENHAUSES	143
3.2.4. ABHÄNGIGKEIT DES ÖKONOMISCHEN ERFOLGS EINES KRANKENHAUSES VOM EINWEISERVERHALTEN.....	144
3.3. ABHÄNGIGKEIT DES EINWEISERVERHALTENS VOM KRANKENHAUSIMAGE	146
3.4. ZUSAMMENFASSUNG	149
VII. GESETZLICHE REGELUNGEN FÜR MARKTGERICHTETE KOOPERATIONEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN.....	152
1. „INTEGRIERTE VERSORGUNG“ (§§ 140 A-D SGB V).....	152

1.1.	INTEGRATIONSVERTRAG	155
1.2.	VERGÜTUNG VON KRANKENHAUSLEISTUNGEN IM RAHMEN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG	158
1.2.1.	VERGÜTUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG	158
1.2.2.	GEFAHR VON RISIKOSELEKTION BEI EINER RISIKOUNABHÄNGIGEN LEISTUNGSVERGÜTUNG	158
1.2.3.	VERGÜTUNG VON KRANKENHAUSLEISTUNGEN IM AUßENVERHÄLTNIS DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG.....	159
1.2.3.1.	BILDUNG EINES INTEGRATIONSBUDGETS ALS GRUNDLAGE FÜR SEKTORENÜBERGREIFENDE KOOPERATIONEN	160
1.2.3.2.	BEREINIGUNG DER SEKTORALEN BUDGETS UM DEN ANTEIL DER INTEGRATIONSVERSORGUNG.....	162
1.2.4.	VERTEILUNG DER VERGÜTUNG IM INNENVERHÄLTNIS EINES INTEGRIERTEN VERSORGUNGSVERBUNDES	164
1.3.	AUSWIRKUNGEN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG UND IHRER REGELUNGEN AUF DIE KRANKENHÄUSER	166
1.3.1.	CHANCENPOTENTIAL DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG	166
1.3.2.	RISIKOPOTENTIAL DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG	167
1.4.	REALISIERUNGSDEFIZITE: KEIN INTERESSE AN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG	169
2.	MODELLVORHABEN (§ 63 FF. SGB V).....	171
3.	STRUKTURVERTRÄGE (§ 73 A SGB V).....	173
4.	MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (§ 95 SGB V)	175
5.	AMBULANTES OPERIEREN (§ 115 B SGB V).....	183
6.	BELEGARZTWESEN (§ 121 SGB V)	184
7.	STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME (§ 137 F SGB V).....	185
7.1.	NOVELLIERUNG DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS	185
7.2.	IMPLEMENTIERUNG VON DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMMEN	188
7.2.1.	BEGRIFFSDEFINITION	188
7.2.2.	ZIELSETZUNG STRUKTURIERTER BEHANDLUNGSPROGRAMME.....	189

7.2.3.	KOMPONENTEN VON DMP	190
7.2.3.1.	THERAPIE NACH EVIDENZBASIERTEN LEITLINIEN.....	190
7.2.3.2.	QUALITÄTSSICHERUNG.....	191
7.2.3.3.	PATIENTENSCHULUNGEN.....	194
7.2.3.4.	EVALUATION DER PROGRAMME	195
7.2.4.	AKTEURE DER DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME.....	196
7.2.5.	STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME FÜR AUSGEWÄHLTE KRANKHEITEN.....	199
7.3.	AUSWIRKUNGEN DER DMP AUF DEN STATIONÄREN SEKTOR	200

VIII. KOOPERATIONEN DES KRANKENHAUSES MIT NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN – EINE EMPIRISCHE STUDIE 203

1.	ZIELSETZUNG UND METHODIK DER EMPIRISCHEN STUDIE.....	203
2.	RÜCKLAUFQUOTE.....	204
3.	PROFIL DER TEILNEHMENDEN KRANKENHÄUSER UND PROBLEM DER „MISSING VALUES“	204
4.	STRUKTURANALOGIE DER BEFRAGUNG.....	207
5.	AUSWERTUNG UND DARSTELLUNG DER UMFRAGEERGEBNISSE.....	207
6.	INHALT DES FRAGEBOGENS	209
7.	ANMERKUNGEN ZUR INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	211
8.	KOOPERATIONSPARTNER DER BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHÄUSER	211
9.	ANSPRECHPARTNER FÜR KOOPERATIONEN IM KRANKENHAUS	218
10.	KOOPERATIONSMAßNAHMEN.....	221
11.	KOOPERATIONSRISIKEN.....	231
12.	KOOPERATIONSBEREICHE.....	235
13.	KOOPERATIONSERWARTUNGEN DER KRANKENHÄUSER	245
14.	STRATEGISCHE GESTALTUNG EINER SEKTORENÜBERGREIFENDEN ZUSAMMENARBEIT	250

15. AUSWIRKUNGEN DES DRG-BASIERTEN ABRECHNUNGSSYSTEMS AUF DAS KOOPERATIONSVERHALTEN DER KRANKENHÄUSER	254
16. EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS KOOPERATIONS- UND EINWEISERVERHALTEN NIEDERGELASSENER ÄRZTE – AUS SICHT DER KRANKENHÄUSER	256
IX. FAZIT UND AUSBLICK	270
BIBLIOGRAPHIE.....	275
ANHANG	320

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Veränderte Rahmenbedingungen und Herausforderungen des Krankenhauses.....	18
Abbildung 2:	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland.....	26
Abbildung 3:	Die Leistungsausgaben der GKV in Prozent des BIP.....	27
Abbildung 4:	Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben.....	29
Abbildung 5:	Inanspruchnahme nationaler Gesundheitssysteme (Teil I).....	31
Abbildung 6:	Inanspruchnahme nationaler Gesundheitssysteme (Teil II).....	31
Abbildung 7:	Die Pro-Kopf-Ausgaben im internationalen Vergleich.....	32
Abbildung 8:	Die Gesundheitsausgaben nach ihren Ausgabenträgern.....	33
Abbildung 9:	Ausgaben für die stationäre Behandlung nach Ausgabenträgern.....	35
Abbildung 10:	Beitragssatzentwicklung und Reformgesetzgebung in der GKV.....	36
Abbildung 11:	Prognosen zum Beitragssatz im Jahr 2040.....	37
Abbildung 12:	Ursachen der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen.....	39
Abbildung 13:	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland.....	41
Abbildung 14:	Bevölkerungsprognose für das Jahr 2050.....	42
Abbildung 15:	Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre in Deutschland.....	43
Abbildung 16:	Die demographische Entwicklung in Deutschland.....	44
Abbildung 17:	Arztbesuche in Deutschland.....	47
Abbildung 18:	Medizinisch-technischer Fortschritt: Computertomographen in Deutschland.....	55
Abbildung 19:	Das System der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland.....	58
Abbildung 20:	Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland.....	61
Abbildung 21:	Die Systematik der DRG-Familie.....	66
Abbildung 22:	Eingruppierung eines Behandlungsfalles in eine Fallgruppe (DRG).....	67
Abbildung 23:	Beispiel für die Berechnung des CMI und die Ermittlung des Gesamtbudgets.....	69
Abbildung 24:	Formen der Partnerschaft.....	90
Abbildung 25:	Hierarchische Zuordnung von Absichten, Strategien, Maßnahmen und Zielen eines Unternehmens.....	94
Abbildung 26:	Ursachen der Unternehmenskonzentration.....	98
Abbildung 27:	Kooperation und Alternativen zu Kooperationen.....	101
Abbildung 28:	Managementkonzept für Kooperationen – das 4-Phasen-Modell.....	103
Abbildung 29:	Die GAP-Analyse.....	105
Abbildung 30:	Determinanten des Wettbewerbs.....	106
Abbildung 31:	Hierarchie der Zielebenen.....	107
Abbildung 32:	Komplementäre, konfliktäre und indifferente Zielbeziehungen.....	112
Abbildung 33:	Kooperationsrichtungen.....	115
Abbildung 34:	Das Krankenhaus und seine Zielgruppen.....	127
Abbildung 35:	Potentielle Kooperationspartner aus Sicht des Krankenhauses.....	128
Abbildung 36:	Die Konzeptionspyramide des Marketings.....	132
Abbildung 37:	Das Konfirmations-/Diskonfirmations-Paradigma.....	133

Abbildung 38:	Reaktionen der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze auf die Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit einem Krankenhaus.....	134
Abbildung 39:	Erfolgsrelevante Wirkungskette der Krankenhäuser.....	136
Abbildung 40:	Kommunikationsformen des Krankenhauses mit niedergelassenen Ärzten.....	137
Abbildung 41:	Moderierende Einflussgrößen des Zusammenhangs zwischen Einweiserzufriedenheit und -bindung im Krankenhausbereich	138
Abbildung 42:	Einweiserportfolio aus der Perspektive des Krankenhauses	145
Abbildung 43:	Informationen aus dem Krankenhaus für niedergelassene Ärzte.....	150
Abbildung 44:	Hauptmerkmale der Versorgungssysteme.....	154
Abbildung 45:	Rechtliche Rahmenbedingungen für Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V	173
Abbildung 46:	Rechtliche Rahmenbedingungen für Strukturverträge nach § 73 a SGB V	174
Abbildung 47:	Pro und Contra MVZ	183
Abbildung 48:	Qualitätssicherung bei Disease-Management-Programmen	193
Abbildung 49:	Profilvergleich der Versorgungsstufen	205
Abbildung 50:	Profilvergleich der Trägerschaften.....	205
Abbildung 51:	Größe der teilnehmenden Krankenhäuser.....	206
Abbildung 52:	Aufbau des Fragebogens.....	209
Abbildung 53:	Kooperationspartner der Allgemein- und Fachkrankenhäuser.....	212
Abbildung 54:	Kooperationen mit Praxisnetzen	214
Abbildung 55:	Planen Sie Kooperationen mit Praxisnetzen für die Zukunft?	215
Abbildung 56:	Potentielle Kooperationspartner.....	216
Abbildung 57:	Die Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie zur Zukunftssicherung.....	217
Abbildung 58:	Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen?	219
Abbildung 59:	Wie viele klinikinterne Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gibt es?	220
Abbildung 60:	Ansprechpartner für Fragen der kooperativen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen	221
Abbildung 61:	Kooperationsmaßnahmen aus Sicht aller Krankenhäuser	223
Abbildung 62:	Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen.....	224
Abbildung 63:	Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	224
Abbildung 64:	Gemeinsame Nutzung von Sekundär- und Tertiärleistungen.....	225
Abbildung 65:	Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen.....	225
Abbildung 66:	Bildung von Notfallzentren und Gemeinschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	226
Abbildung 67:	Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen.....	226
Abbildung 68:	Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.....	227

Abbildung 69:	Bildung von Interessensgemeinschaften als Machtposition.....	227
Abbildung 70:	Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen.....	228
Abbildung 71:	Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen.....	228
Abbildung 72:	Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	229
Abbildung 73:	Kooperationsrisiken	232
Abbildung 74:	Kooperationsrisiken aus Sicht der Fachkliniken und Allgemeinkrankenhäuser	233
Abbildung 75:	Kooperationsrisiken aus Sicht der frei-gemeinnützigen, öffentlich-rechtlichen und privaten Krankenhäuser	234
Abbildung 76:	Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich aus Sicht aller Krankenhäuser.....	236
Abbildung 77:	Kooperationen im Bereich „Prävention“	236
Abbildung 78:	Kooperationen im Bereich „Diagnostik“	237
Abbildung 79:	Kooperationen im Bereich „Therapie“.....	237
Abbildung 80:	Kooperationen im Bereich „Nachsorge“.....	238
Abbildung 81:	Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich (I).....	238
Abbildung 82:	Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich (II)	239
Abbildung 83:	Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich (III).....	239
Abbildung 84:	Potentielle Kooperationsbereiche im tertiären Bereich aus Sicht aller Krankenhäuser	240
Abbildung 85:	Potentielle Kooperationsbereiche im tertiären Bereich (I).....	241
Abbildung 86:	Potentielle Kooperationsbereiche im tertiären Bereich (II)	241
Abbildung 87:	Übernahme des Managements für einzelne Praxen	242
Abbildung 88:	Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	242
Abbildung 89:	Kooperationserwartungen aus Sicht aller Krankenhäuser.....	245
Abbildung 90:	„Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes“	246
Abbildung 91:	„Realisierung von Kostensenkungspotentialen“	247
Abbildung 92:	„Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten“.....	247
Abbildung 93:	„Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor“.....	248
Abbildung 94:	Leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	249
Abbildung 95:	Krankenhausorientierte Gestaltung der Kooperation (Prozent) (I)	251
Abbildung 96:	Partnerschaftliche Gestaltung der Kooperation (Prozent) (II)	252
Abbildung 97:	Strategische Gestaltung der Kooperation (Mittelwerte) (I).....	252
Abbildung 98:	Strategische Gestaltung der Kooperation (Mittelwerte) (II)	253
Abbildung 99:	Vergleich der strategischen Gestaltungsoptionen	253
Abbildung 100:	Auswirkungen des neuen Vergütungssystem auf das Kooperationsverhalten.....	255
Abbildung 101:	Auswirkungen des neuen Vergütungssystem auf das Kooperationsverhalten aus Sicht der Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken	256

Abbildung 102: „Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu“	257
Abbildung 103: „Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus“	258
Abbildung 104: „Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulatem Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“	259
Abbildung 105: „Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften“	260
Abbildung 106: „Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“	262
Abbildung 107: „Nicht-medizinische Leistungen spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“	263
Abbildung 108: „Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten“	265
Abbildung 109: „Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation“	266
Abbildung 110: „Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern“	267
Abbildung 111: „Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen“	268

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmalsausprägungen von Kooperationen und Akquisitionen.....	89
--	----

„Nichts in dieser Welt ist stärker als eine Idee, für die die Zeit gekommen ist.“

(Victor Hugo, 1802-1885)

I. Einführung

1. Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit

Das Krankenhauswesen in Deutschland steht vor einschneidenden Veränderungen. Konfrontiert mit einer bereits seit Jahren anhaltenden Kostenentwicklung in Verbindung mit Einbußen auf der Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der Gesetzgeber die Initiative ergriffen und die Voraussetzungen für einen Strukturwandel¹ und damit für eine effizientere und effektivere Patientenversorgung im ambulanten und stationären Sektor geschaffen.² Mit den Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)³ und früherer Gesetze und Rechtsverordnungen⁴ zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen haben sich die Rahmenbedingungen⁵ verändert, unter denen Krankenhäuser ihre Leistungen erbringen müssen.⁶

Zu den bedeutendsten Neuerungen der letzten Jahre gehört die Implementierung eines neuen Abrechnungssystems für den stationären Sektor. Für Krankenhäuser ist ein neues Vergütungssystem eingeführt worden, das die Umstellung des Budgetierungssystems auf ein Preissystem vorsieht.⁷ Diese Umstellung setzt Krankenhäuser unter wachsenden betriebswirtschaftlichen Druck, der in einem verstärkt wettbewerblichen Umfeld ohne garantierte Versorgungsverträge noch weiter zunehmen könnte.⁸ Im neuen Pauschalpreissystem werden die Patienten im Krankenhaus in Abhängigkeit von der Indikation, dem Schweregrad und der Kostenintensität der Behandlung einer bestimmten Fallgruppe (Diagnosis

¹ Vgl. Braun (2005); o.V. (2003e); Smigielski (2002), S.119.

² Angesichts der zahlreichen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite in der deutschen Gesundheitsversorgung hat sich zunehmend die Einschätzung durchgesetzt, dass sich die bislang zur Versorgungssteuerung maßgeblichen Instrumente wie die zentrale Bedarfsplanung, sektorale Ausgabenbudgets, gesetzliche Verpflichtungen zum Abschluss von Kollektivverträgen wenig bewährt und weitgehend überlebt haben und zugunsten größerer Handlungsspielräume der einzelwirtschaftlichen Akteure aufgegeben werden sollten (Vgl. Jacobs, Schröder (2003), S.103).

³ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003.

⁴ GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000), Krankenhausfinanzierungsgesetz (2003) sowie die Verordnungen zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnungen (seit März 2004 ist die 9. RSA-ÄndV rechts-wirksam: Vgl. hierzu beispielhaft: Seitz (2004)).

⁵ Beispiele für die veränderten Rahmenbedingungen sind die Implementierung eines vollständig pauschalierenden Entgeltsystems für den stationären Sektor (DRG), die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen (DMP) sowie die Möglichkeit des Angebots Integrierter Versorgungsmodelle als Alternative zur Regelversorgung.

⁶ Vgl. zu den Veränderungen im Gesundheitswesen auch Braun, Schulz-Nieswandt (2006).

⁷ Vgl. Smigielski (2002), S.119.

⁸ Vgl. Jacobs, Schrader (2003), S.108.

Related Groups - DRG) zugeordnet.⁹ Die Leistungen der Krankenhäuser werden unabhängig von den tatsächlich erbrachten medizinischen Leistungen mit einem Pauschalbetrag vergütet. Die finanziellen Mittel werden langfristig nur noch an diejenigen Krankenhäuser verteilt werden, die sich auf die neuen Bedingungen einstellen und effizient arbeiten.¹⁰ Damit übernehmen die Krankenhäuser neben dem medizinischen nunmehr auch das ökonomische Risiko. Das hat zur Folge, dass sich immer mehr Krankenhäuser am Gesundheitsmarkt neu positionieren und auf bestimmte Leistungen unter Berücksichtigung der Mindestmengenregelung spezialisieren werden.¹¹ Vor diesem Hintergrund wird ein Krankenhaus langfristig nur erfolgreich sein, wenn es ihm gelingt, eine gleichmäßig hohe Auslastung seiner Kapazitäten über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechtzuerhalten. Denn auch für Krankenhäuser gilt: Wer eine Leistung besonders häufig erbringt und dadurch Effizienzvorteile erzielt, kann einen höheren Gewinn erzielen als Anbieter mit einer nur durchschnittlichen Auslastung,¹² solange Krankenhäuser bei einer hohen Auslastung ihrer Kapazitäten mit ihren Fallkosten unterhalb der Fallertlöse bleiben. Dies macht es erforderlich, dass Krankenhäuser langfristig zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven nutzen, insbesondere durch Veränderungen in ihrer Aufbau- und Ablauforganisation.¹³ Gelingt es jedoch einem Krankenhaus nicht, sich den veränderten Bedingungen anzupassen, gerät die Klinik unter ökonomischen Druck, der zur Schließung einzelner Fachabteilungen oder des gesamten Hauses führen kann¹⁴: „Allein das Ergebnis zählt. Wenn keine Erträge mehr erwirtschaftet werden, ist die Insolvenz nur noch eine Frage der Zeit.“¹⁵

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Zunahme des Wettbewerbs¹⁶ im Gesundheitswesen, der ebenfalls zum Motor von Veränderungen wird.¹⁷ Der Wettbewerb um potentielle Kunden wird immer härter.¹⁸

⁹ Kassenärztliche Vereinigung Pfalz (ohne Datum), S.10.

¹⁰ Eine Studie von Arthur Andersen geht davon aus, dass in den nächsten 15 Jahren jedes vierte Krankenhaus schließen muss und sich die Krankenhauslandschaft durch Vernetzung, Konzentration und Fusion gravierend verändern wird (Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2000), S.1). Dies erhöht nach Wilke nicht nur aus Sicht des einzelnen Patienten, sondern auch aus Sicht der gesamten Gesellschaft die Allokationseffizienz der vorhandenen Mittel (Vgl. Wilke (2002), S.8). Außerdem rechnet die Studie mit einer zunehmenden Spezialisierungstendenz der Krankenhäuser. Die stationären Einrichtungen werden versuchen, sich auf ausgewählte DRGs zu spezialisieren, für die sie nicht nur eine gute Auslastung, sondern auch eine kostendeckende Vergütung als Mindestanforderung erzielen (Vgl. Klein (1988), S.70). Die Behandlung von Krankheitsfällen, mit denen sich auch in langer Frist nur ein Defizit erwirtschaften lässt, wird gegebenenfalls von den betroffenen Kliniken nicht mehr angeboten und durchgeführt (Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003), S.1; Klein (1988), S.70). Die Befürchtungen gehen sogar soweit, dass mit der Spezialisierung kleiner Kommunalkrankenhäuser die Aufgabe der wohnortnahen Breitenversorgung einhergeht (Vgl. Faust (2001), S.2).

¹¹ Vgl. zu den Mindestmengen: Mindestmengenvereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr.3 SGB V; sowie: Geraedts (2000), S.A 1402ff.; Roeder, Fürstenberg, Heumann (2004), S.427ff.; Gaeredts (2004); Simoes, Bauer, Jaekel, Schwoerer, Schmahl (2004).

¹² Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Pfalz (ohne Datum), S.10.

¹³ Vgl. Braun, Güssow, Ott (2005).

¹⁴ Vgl. Geisen (2002), S.1.

¹⁵ o.V. (2003e); Vgl. hierzu auch: Schmiese (2004), S.6; Vgl. zum Insolvenzrisiko der deutschen Krankenhäuser: Augurzky et al (2004b).

¹⁶ Ein funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen beseitigt unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen, indem sich Krankenkassen und Leistungsanbieter immer wieder um Qualitätsverbesserungen bemühen und den Versicherten innovative Produkte und Dienstleistungen anbieten (Vgl. Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2004)). In Ländern, in denen bereits DRG-basierte Abrechnungssysteme angewendet

Die Veränderungen der technologischen, politisch-rechtlichen, ökonomischen sowie sozialen Rahmenbedingungen (vgl. **Abb. 1**) konfrontieren Krankenhäuser mit einer Reihe von Herausforderungen.¹⁹ Der zunehmende Kosten- und Leistungsdruck,²⁰ die Verschärfung der Wettbewerbsbedingungen durch die Zulassung von Marktmechanismen²¹ sowie die Selektionsprozesse der Leistungserbringer²² verlangen von den Krankenhäusern, sich in dem immer härter werdenden Wettbewerb um Patienten²³ strategisch vorteilhaft zu positionieren und Marktanteile zu behaupten.²⁴ Die Krankenhäuser sehen sich einem zunehmenden Wettbewerb im stationären Sektor ausgesetzt, der mit einem deutlichen Rationalisierungsdruck auf die Leistungserbringer einhergeht. Um dauerhaft im Krankenhausmarkt bestehen zu können, müssen die Krankenhäuser sich für Strategien entscheiden, die sie bei der Einhaltung der Qualitätsvorgaben des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) unterstützen und zugleich dazu beitragen, Einsparpotentiale und Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Das unreflektierte Anwenden gängiger Managementmethoden unter dynamischen Wettbewerbsbedingungen wird nicht mehr ausreichen, um die komplexen Probleme auf dem Gesundheitsmarkt erfolgreich bewältigen zu können.²⁵ Die Entwicklungen im Gesundheitswesen verlangen neue Versorgungsformen²⁶, um im Wettbewerb um Patienten mithalten und mit den immer knapperen Ressourcen erfolgreich wirtschaften zu können.²⁷ Krankenhäuser, die diesen Herausforderungen gerecht werden, müssen ihre strategische Ausrichtung überdenken, sich in Fragen der internen und externen Ablauforganisation²⁸

werden, ist es zu drastischen Verweildauerverkürzungen im Krankenhausesektor gekommen. Diese Verweildauerverkürzungen, gekoppelt mit dem politischen Wunsch einer Stärkung der ambulanten Behandlungen gegenüber der stationären Leistungserbringung, wird zu einem deutlichen Kapazitätsabbau im Krankenhausesektor und damit zu einem zunehmenden Wettbewerb führen (Vgl. Fuchs (2002), S.43)

¹⁷ Braun, Nissen (2005), S.377. Allerdings erfordert zunehmender Wettbewerb nicht nur Kundenorientierung, sondern macht auch strategische Allianzen, Koalitionen und Absprachen notwendig. Wettbewerb schließt auf gar keinen Fall Kooperationen und Absprachen aus, (Vgl. Duesing, Winter (1997), S.41).

¹⁸ Vgl. zu den Zielgruppen eines Krankenhauses: Hermanns (2002), S.155ff.

¹⁹ Vgl. Braun von Reinersdorff (2002), S.11.

²⁰ Vgl. Mummert Consulting AG (2004a), S.4.

²¹ Vgl. Braun (1999a), S.VII.

²² Vgl. zu einer Patientenselektion unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten: Kommission Krankenhausfinanzierung (1987); Lungen, Lauterbach (2001); Neubauer, Unterhuber (1987a und 1987b); Simon (2000).

²³ Strategien zur Patientengewinnung werden für das Überleben der Krankenhäuser immer wichtiger, da die Auswirkungen des neuen leistungsorientierten Vergütungssystems auf DRG-Basis und die Umstrukturierungen von Krankenhausleistungen einen Kapazitätsrückgang in deutschen Kliniken befürchten lassen (Vgl. Strehlau-Schwoll (2002), S.998).

²⁴ Eichhorn und Greiling vertreten die Ansicht, dass letztendlich die Fähigkeit zur Erstellung von effizienten und qualitativ hochwertigen Dienstleistungen für die künftige Wettbewerbsposition der Krankenhäuser am Markt ausschlaggebend ist (Vgl. Eichhorn, Greiling (2003), S.48).

²⁵ Vgl. Braun von Reinersdorff (2002), S.11.

²⁶ Die Teilnahme an neuen Versorgungsformen wie Kooperationen kann die Qualität der medizinischen Leistungen fördern und zu einer effizienteren Mittelverwendung beitragen (Vgl. o.V. (2003c)).

²⁷ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Pfalz (ohne Datum), S.5. Aufgrund der im Wettbewerb immer enger werdenden Spielräume für einzelne Leistungsanbieter suchen diese nach Partnern, um die eigenen Spielräume durch Erweiterung der Ressourcenbasis zu vergrößern (Vgl. Freiling (1998), S.24).

²⁸ Vgl. Braun (1997a), S.A102.

und Führung an die veränderten Rahmenbedingungen anpassen,²⁹ und die Qualität ihrer Leistungen unter Beachtung der wirtschaftlichen Veränderungen steigern.³⁰

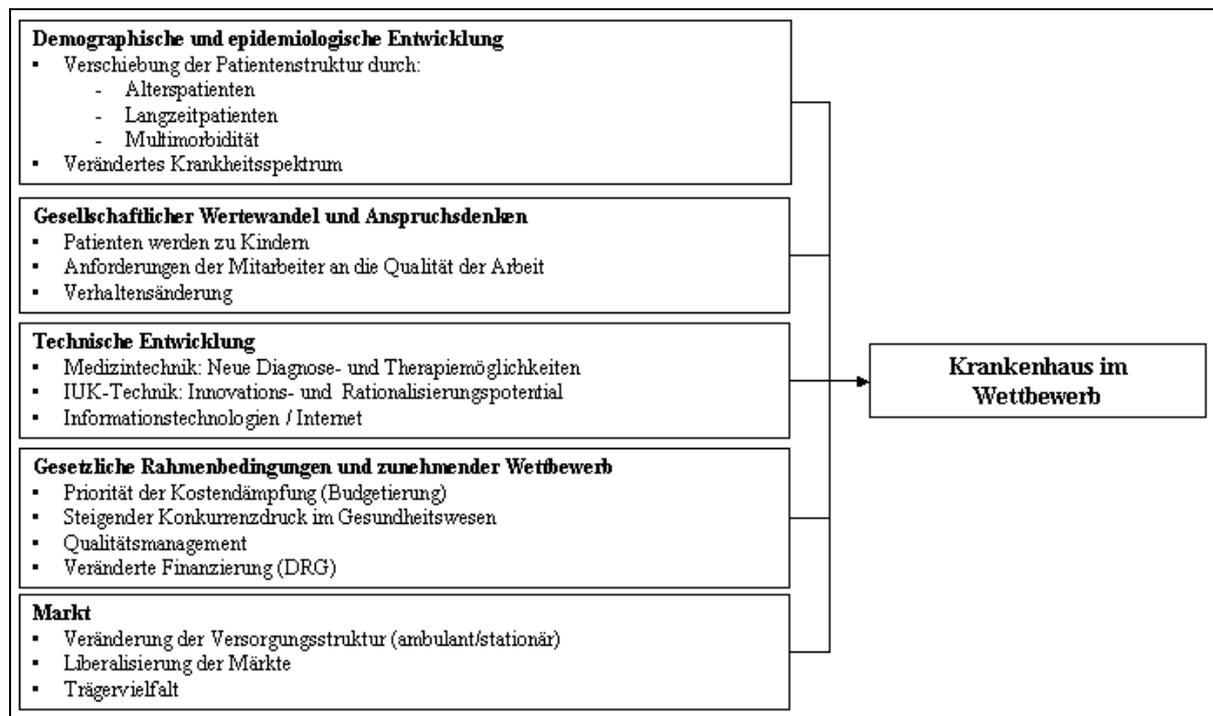


Abbildung 1: Veränderte Rahmenbedingungen und Herausforderungen des Krankenhauses³¹

Dies bedeutet, dass die Optimierung der sektorenübergreifenden Patientenversorgung in den Mittelpunkt der Reformbestrebungen gestellt werden muss. Dafür ist es notwendig, dass die sektoralen Grenzen erfolgreich überwunden werden.³² „Das Nebeneinander und Gegeneinander kann so nicht weitergehen.“³³ Dieser Druck veranlasst viele Krankenhäuser, über Kooperationen mit Dienstleistungsunternehmen unterschiedlicher Branchen nachzudenken.³⁴ Kooperationen entlang der Versor-

²⁹ Vgl. Graf (1996), S.536.

³⁰ Vgl. Zink, Schubert, Fuchs (1994), S.30.

³¹ In Anlehnung an Gorschlüter (1998), S.6, und Fuchs (2002), S.40.

³² Duesing und Winter sehen das Ziel der strukturellen Öffnungen eines Krankenhauses in einer Reduzierung der traditionell erbrachten stationären Leistungen und der Krankenhaus-Betten. Neben einer effizienteren Erbringung der traditionellen stationären Versorgungsleistungen sollen bisher voll- oder teilstationär erbrachte Leistungen schrittweise in den ambulanten Bereich verlagert werden. (Vgl. Duesing, Winter (1997), S.38)

³³ Vgl. o.V. (2004h).

³⁴ Mummert Consulting AG (2004), S.18. Einige Krankenhäuser werden in Zukunft die Ausgliederung bestimmter Tätigkeiten forcieren, deren strategische Relevanz für ein Krankenhaus eher gering ist, und die Verantwortung für diese Bereich auf Dritte übertragen. Denkbar ist in diesem Zusammenhang vor allem das Outsourcing von Aufgaben und Bereichen, die nicht zu den Kernfunktionen eines Krankenhauses gehören und von einem Dritten kostengünstiger erbracht werden können als von der Klinik selbst (Vgl. o.V. (2005b); Schnack (2004a); Picot, Schwartz (1995), S.586). Zu den Bereichen, in denen sich den Krankenhäusern vielfältige Chancen zu Kooperationen und Partnerschaften mit Dritten bieten, gehören gemäß einer Studie der Mummert Consulting AG die Krankenhausküche, die Wäscherei, der Reinigungsdienst, das Gebäudemanagement, die Apotheke, das Rechenzentrum/EDV, der Einkauf, das Archiv, das Marketing sowie

gungskette bieten den Krankenhäuser eine große Bandbreite an potentiellen Partnern. Dazu gehören neben Rehabilitationseinrichtungen und anderen Krankenhäusern auch die ambulant tätigen, niedergelassenen Ärzte, die auch in Zukunft in ihrer Funktion als Patientenvermittler weiterhin eine wichtige Rolle als zentrale Kundengruppe der Krankenhäuser einnehmen werden. Es ist zu erwarten, dass vor diesem Hintergrund die bisher bestehenden Grenzen zwischen den Versorgungsebenen immer durchlässiger werden.³⁵

Nach Ansicht der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di soll das System der medizinischen Versorgung zu einem Versorgungssystem umgebaut werden, dessen wesentliches Qualitätsmerkmal darin besteht, dass Einrichtungen und Akteure des Gesundheitswesens im Einklang mit den Bedürfnissen der Patienten über die bislang bestehenden Schnittstellen hinweg zusammenarbeiten.³⁶ Idealtypisch zusammengefasst beinhaltet das Qualitätsparadigma eines Krankenhauses drei Dimensionen: Es geht letztlich immer um die Patientorientierung, hinzu treten das professionelle Handeln der Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses und die Kostenwirtschaftlichkeit der stationären Einrichtungen. Dabei ist die Orientierung an der Kostenwirtschaftlichkeit durchaus als Qualitätsmerkmal zu begreifen. Sie setzt sich mit der Frage auseinander, wie die Leistungen im Krankenhaus kostengünstig erbracht werden können. Ziel ist es, Krankenhäuser in Zeiten von DRG überlebens- und zukunftsfähig zu machen. Qualitätsmanagement verbessert die Wettbewerbsfähigkeit der Kliniken und hilft, über ein Schließen der Qualitätslücke³⁷ zu einer Reduzierung der Marktlücke zu gelangen.³⁸ In diesem Zusammenhang spielen Partnerschaften und strategische Kooperationen mit Dritten eine wichtige Rolle, die herangezogen werden können, um die stationäre Aufgabenerfüllung zu unterstützen.³⁹ Nicht jeder Leistungsanbieter im Gesundheitswesen kann alle Leistungen auf gleich hohem Qualitätsniveau anbieten.⁴⁰ Kooperationen können helfen, diese strategischen Lücken zu schließen.⁴¹ „Wenn geeignete Allianzpartner oder interessierte Kooperationspartner zur Auswahl stehen und das Unternehmen aus markt-

die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Finanzbuchhaltung und das Controlling (Vgl. Mummert Consulting AG (2004b), S.12).

³⁵ Vgl. Henke (1999), S.98. Die niedergelassenen Ärzte sowie die Vertreter des Krankenhaussektors sind zu der Erkenntnis gekommen, dass eine Konkurrenzsituation zwischen den Versorgungssystemen der gemeinsamen Zielsetzung, eine am Patienten orientierte Versorgung in der Region, nicht förderlich sein könnte und eine harte Konkurrenz beide Seiten wirtschaftlich schwächen und nicht stärken würde (Vgl. Melchert (1998), S.300).

³⁶ Vgl. ver.di (2003), S.10.

³⁷ Die Qualitätslücke kann mit Hilfe von Kooperationen geschlossen werden. Für Patienten bedeutet die sektorenübergreifende Zusammenarbeit unter Umständen die schnellere Verfügbarkeit von modernster Technologie und eine qualitative Verbesserung ihrer Versorgung durch die gemeinschaftliche Leistungserstellung der unterschiedlichen Leistungsanbieter (Vgl. Pföhler (1999), S.353).

³⁸ Unter der Marktlücke wird der Sachverhalt verstanden, dass sich Krankenhäuser immer noch zu wenig an den Bedingungen eines Marktes (unabhängig von seiner Regulierung) orientieren (Vgl. Braun (2002), S.227.)

³⁹ Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens können die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses steigern, zu einer besseren Verrechnung der Fixkosten führen und die Akzeptanz der Einrichtung bei Patienten und Kooperationspartnern steigern (Vgl. Tauch (1997), S.14).

⁴⁰ Bruckenberger (1996), S.155.

⁴¹ „Zur Erstellung qualitativ hochwertiger Dienstleistungen sind sie [Krankenhäuser – Anmerkung des Autors] auf eine Kooperation mit in der Versorgungskette vor- und nachgelagerten Anbietern angewiesen.“ (Duesing, Winter (1997), S.41)

strategischen und wettbewerbsbedingten Gründen nicht mehr alleine am Markt für die Zukunft gerüstet ist, verbleibt häufig nur der Weg über eine irgendwie geartete Form der Partnerschaft.“⁴² Diese erhöht letztendlich den Vernetzungsgrad der Einrichtungen im Gesundheitswesen, indem bestehende Systemgrenzen mit Hilfe der Regelungen des Sozialgesetzbuches überwunden werden.

Die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern“ beschäftigt sich mit den Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Vertretern des ambulanten Sektors. Der Fokus der Arbeit liegt auf den Krankenhäusern als Anbieter stationärer Leistungen. Ziel der Arbeit ist es, die Bedeutung von Kooperationen für Krankenhäuser als Strategie zur Zukunftssicherung darzustellen. Da das Krankenhaus Teil eines umfangreichen Beziehungsgeflechtes mit zahlreichen Zielgruppen ist, stehen ausschließlich sektorenübergreifende Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors im Mittelpunkt der Ausführungen.⁴³ Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 hat der Gesetzgeber bestehende Restriktionen gelockert und es den Leistungsanbietern ermöglicht, verstärkt Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern einzugehen. Unter Berücksichtigung der Regelungen des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) werden die unterschiedlichen Kooperationsmöglichkeiten des Krankenhauses mit niedergelassenen Ärzten aufgezeigt und diskutiert. Dabei zeigen die Ausführungen nicht nur die Alternativen zum Aufbau sektorenübergreifender und integrierter Strukturen auf, sondern gehen auch auf die Probleme und Risiken einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ein. Nach den theoretischen Ausführungen zu Kooperationen im allgemeinen und zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im speziellen werden als Abschluss der Arbeit die Ergebnisse einer Krankenhausbefragung vorgestellt, in deren Rahmen Krankenhäuser Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen kritisch beurteilen konnten. Die Studie ist in Zusammenarbeit mit der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) entstanden und richtete sich an alle Krankenhäuser im Zuständigkeitsbereich der Krankenhausgesellschaft. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, welche Erwartungen Krankenhäuser an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen haben, welche Risiken und Chancen sie in solchen Kooperationen sehen und wie die Zusammenarbeit gestaltet werden sollte. Dazu wurden im Rahmen einer Vollerhebung Krankenhäuser unterschiedlicher Fachrichtungen, Trägerschaft und Größe angeschrieben und gebeten, unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen (DRG) ihre subjektive Einschätzung einer potentiellen Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern des ambulanten Sektors im Gesundheitswesens zum Ausdruck zu bringen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen die Bereitschaft der Krankenhäuser in Baden-Württemberg für eine koordinierte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten.

⁴² Gösche (1995), S.35.

⁴³ Kooperationsprojekte ohne Beteiligung von Krankenhäusern würden die bisher schon bestehende Undurchlässigkeit zwischen den Sektoren zementieren und damit von unterentwickelter Systemintelligenz zeugen. Obwohl sie als Ausdruckformen des Verteilungskampfes durchaus verständlich sind, gefährden sie in einer einseitigen ökonomischen Ausrichtung die gesundheitliche Versorgung der Patienten, (Vgl. Henke (1999), S.102).

2. Aufbau und Vorgehensweise

Die Arbeit gliedert sich in **sieben** Kapitel, deren Aufbau im folgenden vorgestellt wird.

In **Kapitel II** der Arbeit wird die Situation des deutschen Gesundheitswesens dargestellt. Steigende Gesundheitsausgaben, Einnahmeeinbußen auf Seiten der Krankenkassen sowie die Segmentierung der Gesundheitsversorgung gelten nach herrschender Meinung als Ursachen für die Probleme des deutschen Gesundheitssystems. Nach einem einführenden Überblick über die Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen und einer Einordnung des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich werden die Determinanten des Ausgabenanstiegs dargestellt. Es wird gezeigt, dass auf die Höhe der Gesundheitsausgaben eine Vielzahl von Faktoren einwirken, zwischen denen vielschichtige Interdependenzen existieren. Ferner wird gezeigt, dass die institutionelle Trennung zwischen den Versorgungssektoren einen wesentlichen Schwachpunkt des deutschen Gesundheitssystems darstellt und den Anstieg der Gesundheitsausgaben beeinflusst. Die Segmentierung des Gesundheitswesens in Deutschland stand bisher einer ganzheitlichen Patientenversorgung im Wege und verhinderte eine effiziente Verwendung der vorhandenen Ressourcen. Die Heterogenität und die Vielfalt der für die Patientenversorgung zuständigen Leistungserbringer haben dazu geführt, dass im gesamten Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung über die Jahre hinweg Informations-, Kommunikations- und Koordinationsdefizite zwischen den Sektoren entstanden sind. Obwohl viele Krankheiten das Angebot einer ganzheitlichen, koordinierten Versorgung der Versicherten erfordern, standen diese Defizite einem durchorganisierten, ganzheitlichen Behandlungsprozess im Wege. Für Patienten bedeutete dies Zusatzbelastungen in Form von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen, die Verzögerung von Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen sowie eine nicht patientengerechte Fragmentierung des Angebots an Gesundheitsleistungen verbunden mit Kontinuitätsbrüchen in der Patientenversorgung. Leistungserbringer und Kostenträger sahen sich nicht nur mit doppelten Personalbesetzungen und apparativen Kapazitäten, sondern auch mit finanziellen Mehrfachbelastungen konfrontiert. Hinzu kam, dass der Gesetzgeber die Versorgungsaufträge der Vertragsärzte und Krankenhäuser durch sektorale Vergütungssysteme klar definiert und voneinander abgegrenzt hat. Die sektoralen Budgets verhindern eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre, qualitativ hochwertige und wirtschaftlich effiziente Patientenversorgung und fixieren die Autonomie der Versorgungsbereiche. Finanzverlagerungen zwischen den Sektoren wurden bisher verhindert, weshalb das im deutschen Gesundheitssystem vorhandene Geld nicht der Leistung folgen konnte und auf Grund von Doppelvergütungen zu Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen führte. Die Kenntnis der Einflussgrößen auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben dient den Akteuren des Gesundheitssektors als wichtige Informationsquelle für den zukünftigen Finanzierungsbedarf des Gesundheitswesens und unterstützt die politischen Entscheidungsträger in der Ableitung und Umsetzung marktbeeinflussender Maßnahmen.

Die Steuerungs- und Strukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen führen zur Schaffung neuer Organisationsformen. Mit der Umsetzung der Beschlüsse zur Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für ein neues Vergütungssystem im deutschen Krankenhaussektor geschaffen, mit dessen Hilfe ein struktureller Wandel vollzogen und die sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten gefördert werden sollen. Im Fokus von **Kapitel III** steht das DRG-basierte Vergütungssystem. Vor dem Hintergrund des neuen Abrechnungssystems ist damit zu rechnen, dass Krankenhäuser sich für strategische Lösungen entscheiden werden,

die es ihnen erlauben, einen Mittelweg zwischen der Realisierung von Kosteneinsparungspotentialen und von Einnahmesteigerungen einzuschlagen. Das Krankenhaus kann sich durch die Konzentration auf bestimmte Leistungen spezialisieren und dadurch die eigene Wettbewerbsposition und Erlössituation gegenüber konkurrierenden Leistungsanbietern sichern und ausbauen. Die Implementierung des Pauschalpreissystems im stationären Sektor fördert Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten als Strategie zur Zukunftssicherung.

Kapitel IV setzt sich mit Kooperationen als markt- und zielgerichtete Strategie für Krankenhäuser auseinander. Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über die unterschiedlichen Definitionsansätze durch die Auswahl einiger Auffassungen zu geben und die Motive für die Existenz von Kooperationen zu erklären. Dafür werden zunächst unterschiedliche Ansätze und Auffassungen des Kooperationsbegriffes in der deutschsprachigen und angelsächsischen Literatur vorgestellt und die Eigenschaften von Kooperationen herausgearbeitet. Darauf aufbauend wird ein allgemeingültiger und für die vorliegende Arbeit geeigneter Kooperationsbegriff abgeleitet. Im weiteren Verlauf des Kapitels werden anhand dreier Erklärungsansätze die Motive für die Wahl von Kooperationen diskutiert. Insbesondere wird die Frage geklärt, warum Kooperationen in Zeiten eines stetig wachsenden Wettbewerbs, fortschreitender Globalisierung und technischen Wandels als Form der unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit in Theorie und Praxis soviel Aufmerksamkeit gewidmet wird und sie ein fester Bestandteil in den Strategien zahlreicher Unternehmen aus den verschiedensten Branchen sind. Es wird gezeigt, dass sich durch eine kooperative Zusammenarbeit mit anderen Unternehmen nicht nur das Risikopotential eines Alleinganges minimieren, sondern auch oft das für die Realisierung erforderliche personelle und finanzielle Potential erreichen lässt, wodurch bestimmte Aufgaben des Leistungsprozesses nicht nur seriell, sondern auch kosten- und zeitsparend parallel in Angriff genommen werden können. Von Kooperationen wird damit ein zeitlich begrenzter Wissenstransfer erwartet, welcher sich durch rein vertraglich vereinbarte Technologie- und Wissenstransfers nicht realisieren ließe.

In **Kapitel V** wird ein allgemeiner Modellrahmen für die Realisierung von Kooperationsprojekten vorgestellt. Dabei dient das 4-Phasen-Konzept als theoretische Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung eines Kooperationsvorhabens, das den Lebenszyklus einer Kooperation beschreibt und dessen Anwendung den Aufbau einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit unterstützt. Das Konzept unterstützt das Kooperationsvorhaben von der Ideenfindung („Strategischer Entscheid“ oder „Vorbereitung“) bis hin zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen im Rahmen des „Kooperationsmanagements“. Anmerkungen zur Wahl des geeigneten Kooperationspartners sowie zum strategischen Kooperationsmanagement runden das Kapitel ab.

Auf der Basis dieses Konzeptes wird in **Kapitel VI** die Rolle des niedergelassenen Arztes in seiner Funktion als Einweiser für das Krankenhaus anhand eines formalen Modells dargestellt. Der niedergelassene Arzt in seiner Funktion als Einweiser nimmt bei der Wahl eines Krankenhauses eine Schlüsselrolle ein. Als Kundenvermittler für das Krankenhaus kann er durch sein Einweisungsverhalten die Auslastung des Krankenhauses und somit die Inanspruchnahme stationärer Leistungen gezielt beeinflussen. Da sie mit ihrem Verhalten zum wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik beitragen und helfen, das langfristige Überleben einer stationären Einrichtung sicherzustellen, stellen niedergelassene Ärzte für jedes Krankenhaus eine bedeutende Kundengruppe dar. Eine sinnvolle Variation der Modellparameter lässt Rückschlüsse auf den Einfluss des Einweiserverhaltens auf den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses zu und ermöglicht eine Deduktion verhaltensorientierter Richtlinien seitens des Kran-

kenhauses in Bezug auf die Krankenhaus-Einweiser-Beziehung. Um jedoch auf die Einweisungsentscheidung der niedergelassenen Ärzte einwirken und das Verhältnis zu dieser Zielgruppe positiv beeinflussen zu können, müssen die Krankenhäuser ihre Bemühungen marktorientiert auf die einweisenden Ärzte ausrichten und Marketingmaßnahmen ergreifen, die es ihnen erlauben, sich nicht nur positiv von ihren Konkurrenten abzuheben, sondern auch für die notwendige Zufriedenheit auf der Seite der Kunden zu sorgen. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieses Kapitels anhand des C/D-Modells (Konfirmation-Diskonfirmation-Paradigma) die Entstehung von Kunden(un)zufriedenheit und Kundenbindung erklärt. Eine hohe Kundenzufriedenheit führt nicht nur zu einer höheren Kundenbindung, sondern auch zu einer positiven Abgrenzung von der Konkurrenz, geringeren Akquisitionskosten für Neukunden und zu einem besseren Unternehmensimage.

Das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) regelt die Umsetzung marktgerichteter Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen. **Kapitel VII** zeigt unter Berücksichtigung der einschlägigen Gesetzgebung die Möglichkeiten von Kooperationen im Gesundheitswesen auf. Dafür wurden vom Gesetzgeber in den letzten Jahren zahlreiche Gesetze verabschiedet und umgesetzt mit der Absicht, bestehende Strukturprobleme im deutschen Gesundheitssystem anzugehen und zu lösen. Zu den Regelungen, die im Rahmen der Arbeit vorgestellt werden und Kooperationen zwischen den Sektoren fördern sollen, gehören das Belegarztwesen (§ 121 SGB V), die Modellvorhaben (§§ 63ff. SGB V) und Strukturverträge (§ 73 a SGB V), Ambulante Operieren (§ 115 b SGB V), die Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V), strukturierter Behandlungsprogramme (§§ 137 f SGB V) und die Bestimmungen zu Integrierten Versorgungsmodellen (§§ 140 a-e SGB V). Der Schwerpunkt des Kapitels liegt auf der ausführlichen Darstellung der Regelungen zur Integrierten Versorgung. In der Absicht, eine stärker patientenorientierte Behandlung zu erreichen, effizientere Versorgungsstrukturen aufzubauen und Barrieren zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen zu überwinden, können zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems integrierte Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern sowie dem ambulanten und stationären Bereich entstehen. Mit Inkrafttreten der Regelungen zur Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber eine auf verschiedene Leistungssektoren übergreifende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgungs- und Finanzierungsform innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) definiert. Die Ausführungen in diesem Kapitel zeigen, dass das Rechtsinstitut der Integrierten Versorgung in abstrakter Form auf die Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren (stationär, ambulant, Rehabilitation und Pflege) im deutschen Gesundheitswesen abzielt. Als konkrete Ausprägung davon ermöglichen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) die fachübergreifende Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer und stellen damit eine moderne Gestaltungsvariante der medizinischen Dienstleistung dar. Mit der Einführung Medizinischer Versorgungszentren eröffnet sich den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen eine neue Versorgungsalternative, die bereits heute bei innovationsfreudigen Ärzten als Versorgungsform der Zukunft gilt.

Nachdem das Augenmerk in den vorangegangenen Kapiteln auf den theoretischen Ausführungen zum Thema „Kooperationen“ und der Darstellung der veränderten Rahmenbedingungen für Krankenhäuser lag, werden in **Kapitel VIII** die Ergebnisse einer Krankenhausbefragung vorgestellt, in deren Rahmen Krankenhäuser Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen kritisch beurteilen konnten. Die Studie ist in Zusammenarbeit mit der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) entstanden und richtete sich an alle Krankenhäuser im Zuständigkeitsbereich der Kranken-

hausgesellschaft. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, welche Erwartungen Krankenhäuser an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen haben, welche Risiken und Chancen sie in solchen Kooperationen sehen und wie die Zusammenarbeit gestaltet werden sollte. Ferner werden mit Hilfe der Studie die Präferenzen der Befragungsteilnehmer hinsichtlich der potentiellen. Die Einflussfaktoren auf das Kooperations- und Einweiserverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen aus Sicht der Krankenhäuser werden am Ende des Kapitels analysiert.

Abschließend fasst **Kapitel IX** die wesentlichen Ergebnisse der Studie noch einmal zusammen und gibt einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen.

II. Situation im deutschen Gesundheitswesen

1. *Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen und seine Determinanten*

Der Anstieg der Ausgaben für die Krankenbehandlung hat nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Industrieländern mit zum Teil ordnungspolitisch differierenden Gesundheitssystemen die gesundheitspolitische Diskussion der letzten zwanzig Jahre geprägt.⁴⁴ Das Gesundheitswesen in Deutschland sowie in zahlreichen anderen westlichen Industrienationen wie den USA oder der Schweiz ist gekennzeichnet von einem fehlenden Preis- und Kostenbewusstsein der beteiligten Ärzteschaft. Das Handeln medizinischer Einrichtungen wie Krankenhäuser, Praxen niedergelassener Ärzte und Rehabilitationseinrichtungen war überwiegend losgelöst von der finanziellen Haftung. Unkontrollierte Maßnahmenpakete führten zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die in Deutschland von den Krankenversicherungen als Kostenträger für medizinische Leistungen im Rahmen ihres Leistungskataloges übernommen werden.⁴⁵ Es entstand ein Verantwortungsvakuum, da die behandelnden Ärzte für ihr Verhalten und ihr fehlendes Kostenbewusstsein nicht zur Verantwortung gezogen wurden.⁴⁶ Diese Steuerungsdefizite im Gesundheitswesen führten zur Schaffung neuer Organisationsformen.⁴⁷

In der Bundesrepublik Deutschland kann seit den 70er Jahren auf Grund der ausgabenorientierten Einnahmenpolitik in der GKV eine dynamische Entwicklung der Gesundheitsausgaben beobachtet werden. Seit Beginn der 70er Jahre weisen die Gesundheitsausgaben – absolut betrachtet – ein stetiges Wachstum auf (vgl. **Abb. 2**). Diese Entwicklung der Leistungsausgaben gab immer wieder dazu Anlass, die Ausgabenentwicklung zu kritisieren und von einer Kostenexplosion⁴⁸ im Gesundheitswesen zu sprechen.⁴⁹ Allerdings sind aus ökonomischer Sicht die Größen „Ausgabenniveau“ und „Ausgabenwachstum“ generell wenig aussagekräftig, da ein hohes Niveau der Gesundheitsausgaben oder eine große Dynamik des Ausgabenwachstums das Ergebnis von Ineffizienzen im Gesundheitssystem, aber auch die Folge des stetig steigenden Anspruchsverhaltens der Bevölkerung sein können.⁵⁰ Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, die Entwicklung der Einkommen in die Analyse der Ausgabendynamik mit einzubeziehen und auf diese Weise auch den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlands-

⁴⁴ Vgl. Lamping (1994), S.245.

⁴⁵ Aus der Gesetzlichen Krankenversicherung wird ein umfassender Leistungskatalog finanziert, der von der Prävention über ambulante Versorgung bis hin zum stationären Aufenthalt und zur Rehabilitation reicht. Weiterführende Leistungen wie Mutterschaftshilfe, Leistungen der Empfängnisverhütung, Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisation sowie Leistungen von Krankengeld als Ersatzentgelt bei längeren Erkrankungen ergänzten bisher den Leistungskatalog der GKV. Im Zuge der Gesundheitsreform hat die Bundesregierung versicherungsfremde Leistungen wie z.B. das Sterbegeld aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen (Vgl. hierzu: Rakowitz (2004), S.29ff.).

⁴⁶ Vgl. Oberender, Ecker (1997), S.11.

⁴⁷ Vgl. Oberender, Ecker (1997), S.29.

⁴⁸ Eine Rolle für die mit diesem Begriff verbundene negative Einschätzung spielt, dass durch das Ausweisen der Gesundheitsquote oberflächlich der Eindruck vermittelt wird, die für die medizinische Versorgung verwendeten Ressourcen gingen der Volkswirtschaft verloren. In Wirklichkeit trägt das Gesundheitswesen wie andere Wirtschaftsbereiche auch zur Wertschöpfung der Volkswirtschaft bei (Arnold (1995), S.18).

⁴⁹ Vgl. Kühn (1995), S.145ff.; Braun, Kühn, Reiners (1998), S.9.

⁵⁰ Deisenroth (1999), S.333.

produkt (BIP) zu betrachten. Denn nur die Gesundheits-Quote zeigt an, welcher Teil des gesellschaftlichen Reichtums (BIP) für Gesundheitsausgaben aufgewendet wird.⁵¹ Einige Autoren sind dieser Vorgehensweise gefolgt und haben – wenn auch mit deutlich voneinander abweichenden Ergebnissen – die Entwicklung der Einkommen bei ihrer Analyse der Gesundheitsausgaben berücksichtigt. So vertritt Ulrich die Ansicht, „dass sich das deutsche Gesundheitssystem mit stark ansteigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert sieht und ein wachsender Anteil des Volkseinkommens ins Gesundheitswesen fließt.“⁵² In diesem Sinne argumentiert auch May, der zu dem Ergebnis kommt, dass die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ein überproportionales Wachstum aufzuweisen haben.⁵³

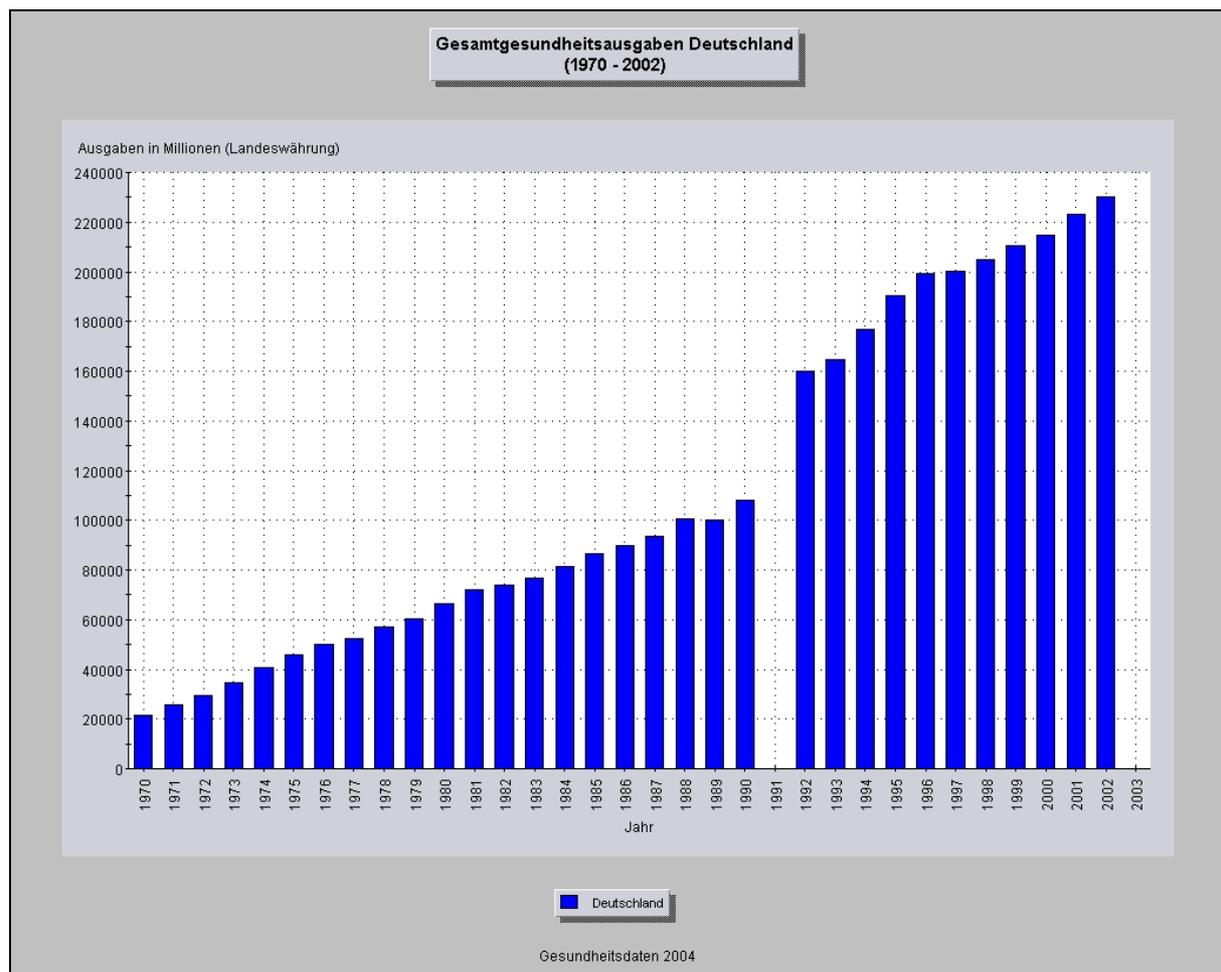


Abbildung 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland⁵⁴

Andere Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sich in Deutschland das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum BIP bis auf einen starken Anstieg zu Beginn der 70er Jahre und im Jahr der Wiederver-

⁵¹ Schwarz (2002), S.50.

⁵² Ulrich (1998), S.7.

⁵³ Vgl. May (2002), S.55.

⁵⁴ Vgl. OECD (2004); für das Jahr 1991 liegen keine Zahlen vor.

reinigung⁵⁵ nicht wesentlich geändert hat und seit 1975 eine weitgehend konstante Gesundheitsquote zu beobachten ist (vgl. **Abb. 3**).⁵⁶

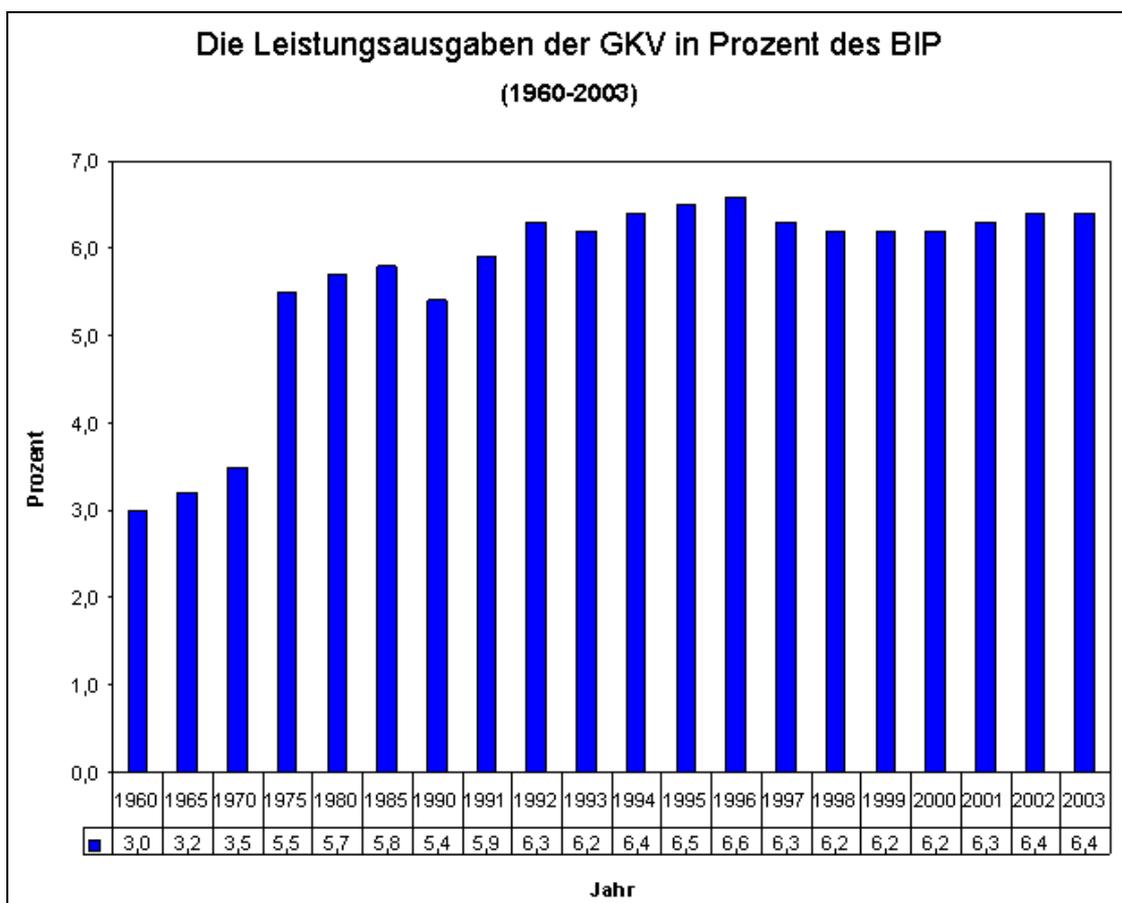


Abbildung 3: Die Leistungsausgaben der GKV in Prozent des BIP⁵⁷

Der starke Anstieg der Gesundheitsquote zu Beginn der 70er Jahre ist nach Ansicht von Meinhardt/Schulz auf die sozialpolitischen Maßnahmen der damaligen sozialliberalen Regierungskoalition zurückzuführen, die einen gezielten Ausbau des sozialen Netzes und damit steigende Gesundheitsausgaben zur Folge hatten.⁵⁸ Zum selben Urteil kommt auch der Sachverständigenrat für die Konziertierte Aktion: „Der plakative Begriff von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen trifft für die Leistungsausgaben der GKV bestenfalls für die erste Hälfte der siebziger Jahre zu.“⁵⁹ Allerdings

⁵⁵ Ein wichtiger Grund für den relativen Anstieg der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt wird in der Wiedervereinigung gesehen: „Das Gesundheitswesen im Osten wurde hochgerüstet auf West-Niveau, ohne dass das Sozialprodukt der neuen Länder entsprechend gestiegen ist“ (Laschet (2004), S.3).

⁵⁶ Vgl. Lauterbach, Stock (2001), S.12; Kühn (2000), S.11; Schwarz (2002), S.50. Paetow vertritt ebenfalls die Ansicht, dass die GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben sind und somit keine Kostenexplosion stattgefunden hat. Allerdings gibt er zu bedenken, dass der Anstieg der Beitragssätze in der GKV, der durchaus stattgefunden hat, darauf zurückzuführen ist, dass die Einkommen der Beschäftigten und somit die Finanzierungsbasis der GKV wegen der hohen Arbeitslosigkeit und der zurückhaltenden Lohnpolitik der Tarifparteien relativ zum Bruttoinlandsprodukt gesunken ist (Vgl. Paetow (2002), S.18).

⁵⁷ Vgl. BMGS (2003).

⁵⁸ Vgl. Meinhardt, Schulz (2003), S.107; dazu auch: Schmidt (1998), S.75ff.; Buttler, Fickler Lautenschlager (1999), S.121.

tungsausgaben der GKV bestenfalls für die erste Hälfte der siebziger Jahre zu.“⁵⁹ Allerdings verweist der Sachverständigenrat darauf, dass sich das moderate Wachstum der Ausgaben nicht automatisch im Zuge einer endogenen Entwicklung eingestellt hat, sondern das Ergebnis zahlreicher diskretionärer staatlicher Eingriffe ist.⁶⁰ In der Tat versuchen seit Mitte der 70er Jahre die jeweiligen Bundesregierungen, mit Hilfe zahlreicher Kostendämpfungs- bzw. Strukturgesetze⁶¹ der Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu begegnen und die Ausgabenexpansion mit budgetären Maßnahmen unter Beachtung von ökonomischen Rahmendaten wie der Beitragssatzstabilität zu kontrollieren.⁶² Ohne diese Eingriffe seitens der Politik würde das Wachstum der Ausgaben dahin tendieren, über der Steigerungsrate des BIP zu liegen.⁶³

2. Entwicklung der nationalen Gesundheitsausgaben

Die Ausgaben für Gesundheit hatten zu Beginn der 70er Jahre im alten Bundesgebiet ein Volumen von 69,7 Mrd. DM. 28 Jahre später mussten die Sozialversicherungsträger in Deutschland bereits 525,0 Mrd. DM zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen aufbringen, wobei mit 448,0 Mrd. DM mehr als 80 Prozent der Ausgaben auf dem Gebiet der alten Bundesrepublik Deutschland angefallen sind.⁶⁴ Hinter dem Anstieg der Gesundheitsausgaben verbirgt sich bei genauerer Betrachtung der Zahlen kein glatter Verlauf. Seit den 70er Jahren wechseln sich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Phasen starker Ausgabenentwicklung mit Phasen mäßiger Expansion ab. Mit einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs von 10,7 Prozent fanden die größten Steigerungen zu Beginn des Betrachtungszeitraumes, in den 70er Jahren, statt. In den 80er Jahren konnte die Ausgabendynamik mittels zweier Kostendämpfungsgesetze zeitweilig gebremst werden. Mit einer jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate von 4,6% fielen die Ausgabensteigerungen wesentlich moderater aus als in den Jahren zuvor. Bis zur Wiedervereinigung und der daraus resultierenden Integration des Gesundheitswesens der DDR in das bundesdeutsche System waren die GKV-Ausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt relativ stabil bei rund 6%. In den 90er Jahren war ein weiterer Anstieg der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen,⁶⁵ der mit 5,4% im Jahresdurchschnitt wesentlich höher ausgefallen ist als im vorange-

⁵⁹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S.75.

⁶⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S.75.

⁶¹ Vgl. zu den Kostendämpfungsmaßnahmen der jeweiligen Bundesregierung: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.06.1977; Kostendämpfungsergänzungsgesetz (KVEG) vom 22.12.1981; Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKDG) vom 22.12.1981; Haushaltsbegleitgesetz (HHBG) vom 20.12.1982; Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) vom 20.12.1984; Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 08.12.1988; Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 9.12.1992; 1. Neuordnungsgesetz (1. GKV-NOG) vom 01.07.1997; 2. Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 01.07.1997; GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV SolG) vom 01.01.1999; Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 19.11.2003. Vgl. hierzu: Ernst&Young (2005), S.54. Insbesondere der Krankenhausmarkt steht häufig im Mittelpunkt der Kostendämpfungsdiskussion (Vgl. Schlüchtermann (1998), S.432.

⁶² Vgl. Arnold (1997), S.210.

⁶³ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S.76.

⁶⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2001), S.11ff.

⁶⁵ Vgl. Lebok (2000), S.40.

gangenen Jahrzehnt.⁶⁶ Somit sind zwischen 1970 und 1998 die Gesundheitsausgaben im früheren Bundesgebiet um durchschnittlich 7,1 Prozent im Jahr gestiegen, wobei es mit Ausnahme des Jahres 1989 keiner der zahlreichen, so genannten Kostendämpfungsmaßnahmen gelungen ist, das Ausgabevolumen des Vorjahres zu unterschreiten.⁶⁷

3. Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich

Die Zunahme der Ausgaben für medizinische Leistungen hat in den letzten 30 Jahren zu einem Anstieg der nationalen Gesundheitsquoten⁶⁸ geführt.⁶⁹ Unter Berücksichtigung der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland fällt der Anstieg der Gesundheitsausgaben der letzten Jahre allerdings wesentlich geringer und weniger dramatisch aus, als der Diskussion um diese Problematik folgend anzunehmen wäre.

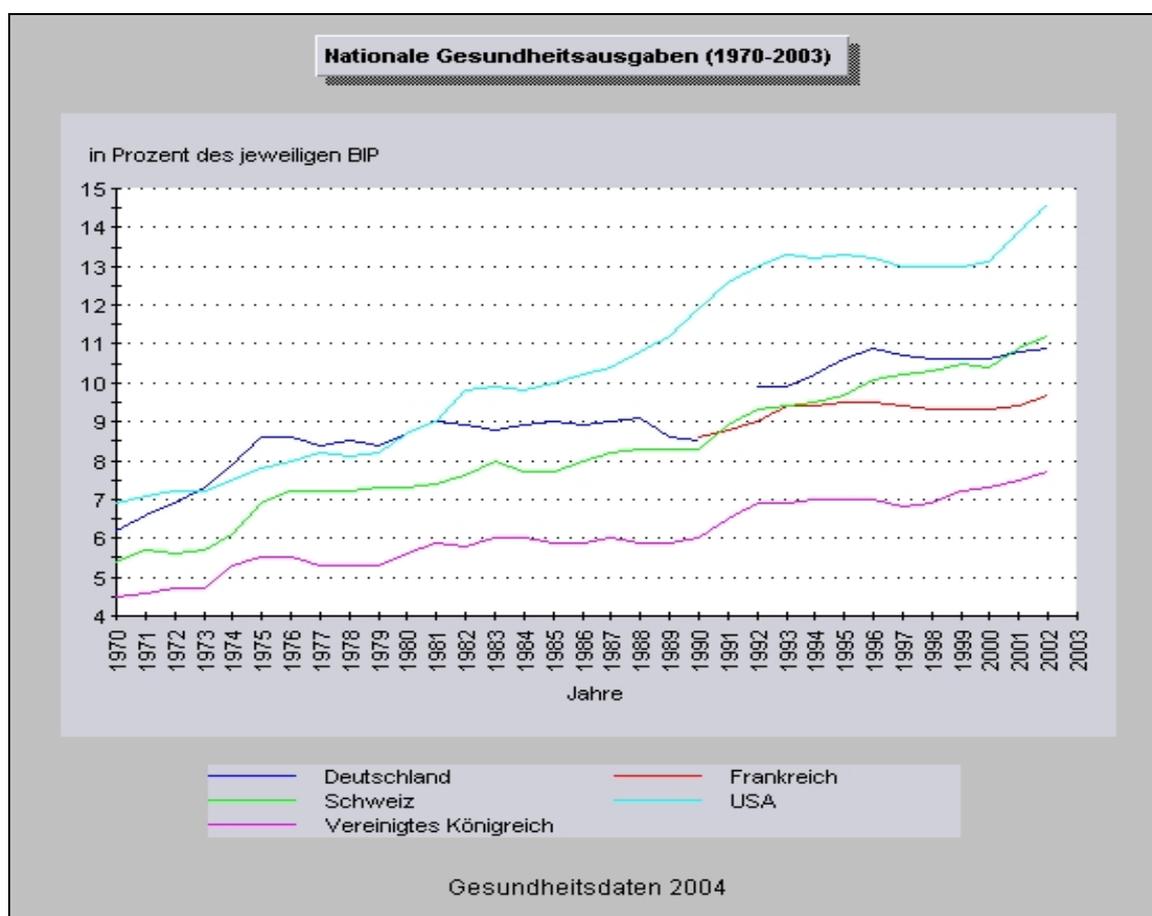


Abbildung 4: Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben⁷⁰

⁶⁶ Vgl. Hof (2001), S.15.

⁶⁷ Vgl. Lamping (1994), S.267.

⁶⁸ Die Gesundheitsquote entspricht den gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes in Prozent seines Bruttoinlandsproduktes.

⁶⁹ Vgl. zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Wille (1998), S.10.

⁷⁰ Vgl. OECD (2004).

Ein Blick auf die Entwicklung des nominalen BIP zeigt, dass das BIP im selben Zeitraum (1970 bis 1998) mit durchschnittlich 5,9% pro Jahr zwar geringere Zuwachsraten als die Gesundheitsausgaben zu verzeichnen hatte, es aber mit seinen Wachstumsraten nur marginal unter den durchschnittlichen Steigerungsraten der GKV-Gesundheitsausgaben gelegen hat.⁷¹ Damit hatte der deutsche Gesundheitssektor über die gesamte Periode gesehen ein höheres Expansionstempo zu verzeichnen als alle ökonomischen Aktivitäten zusammengenommen.⁷²

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei den Gesundheitsausgaben eine Spitzenposition ein. Die Gesundheitsquote in Deutschland ist von 4,3% im Jahr 1960 auf 10,5% 1996 des Bruttoinlandsproduktes angestiegen ist.⁷³ Die USA hatten im gleichen Zeitraum einen Anstieg der Gesundheitsausgaben von 5,2% auf 14,2% des BIP zu verzeichnen. Flossen in der Schweiz zu Beginn der 60er Jahre noch 3,3% des Bruttoinlandsproduktes in die Finanzierung der Gesundheitsausgaben, waren es am Ende des Betrachtungszeitraumes bereits 9,8%.⁷⁴ **Abb. 4** zeigt, dass Deutschland auch bei den Gesundheitsquoten vergleichbarer OECD-Staaten wie Frankreich, Italien und Großbritannien eine Spitzenposition einnimmt und zusammen mit den USA zu den Ländern mit den anteilig höchsten Ausgaben für Gesundheitsleistungen gehört.

4. Ressourceneinsatz im internationalen Vergleich

Ein Blick auf den Ressourceneinsatz im deutschen Gesundheitssystem zeigt, dass Deutschland im internationalen Vergleich zu den Staaten mit den höchsten Ausgaben für die Gesundheitsleistungen zählt.⁷⁵ So zeigt die OECD in ihren Erhebungen, dass der hohe Ressourceneinsatz dem deutschen Gesundheitswesen nicht nur im ambulanten und stationären Sektor immanent ist, sondern Deutschland auch bei der Anzahl praktizierender Ärzte pro 1.000 Einwohner, bei der Bettendichte und der stationären Verweildauer sowie bei den Arzneimittelausgaben pro Kopf im internationalen Vergleich eine Spitzenposition einnimmt (vgl. **Abb. 5 und 6**).

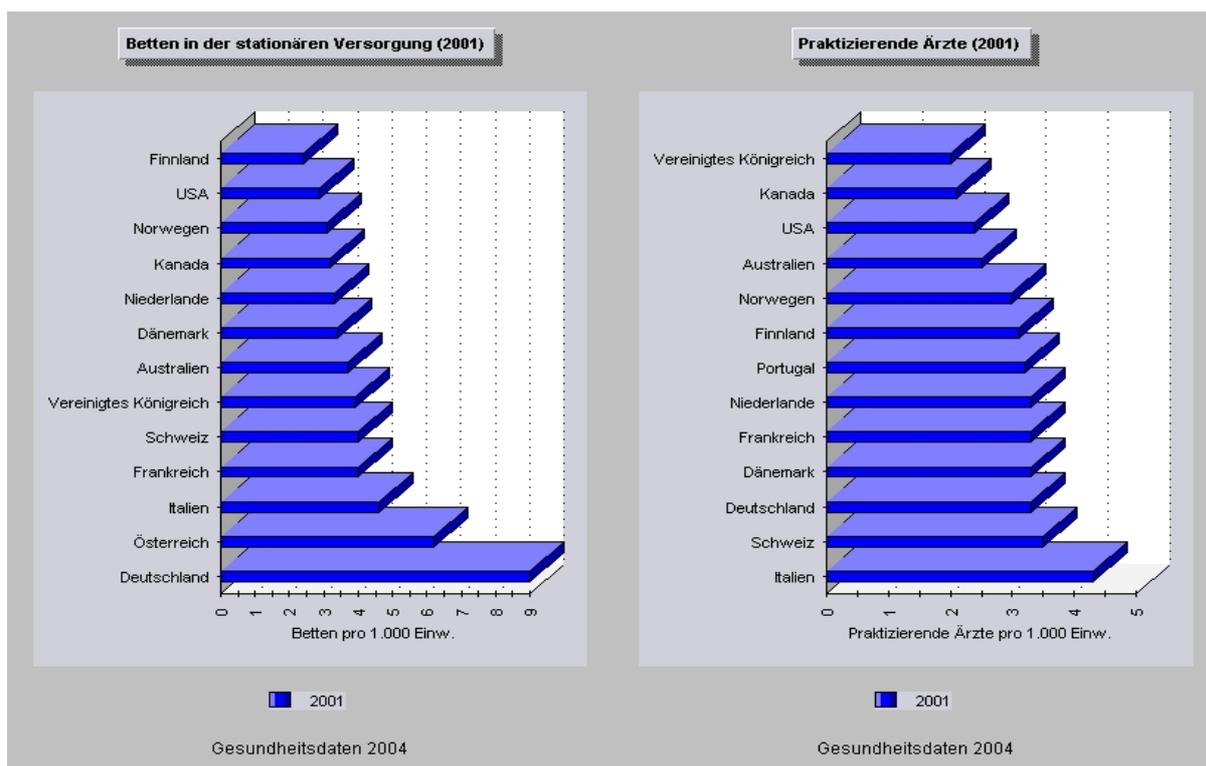
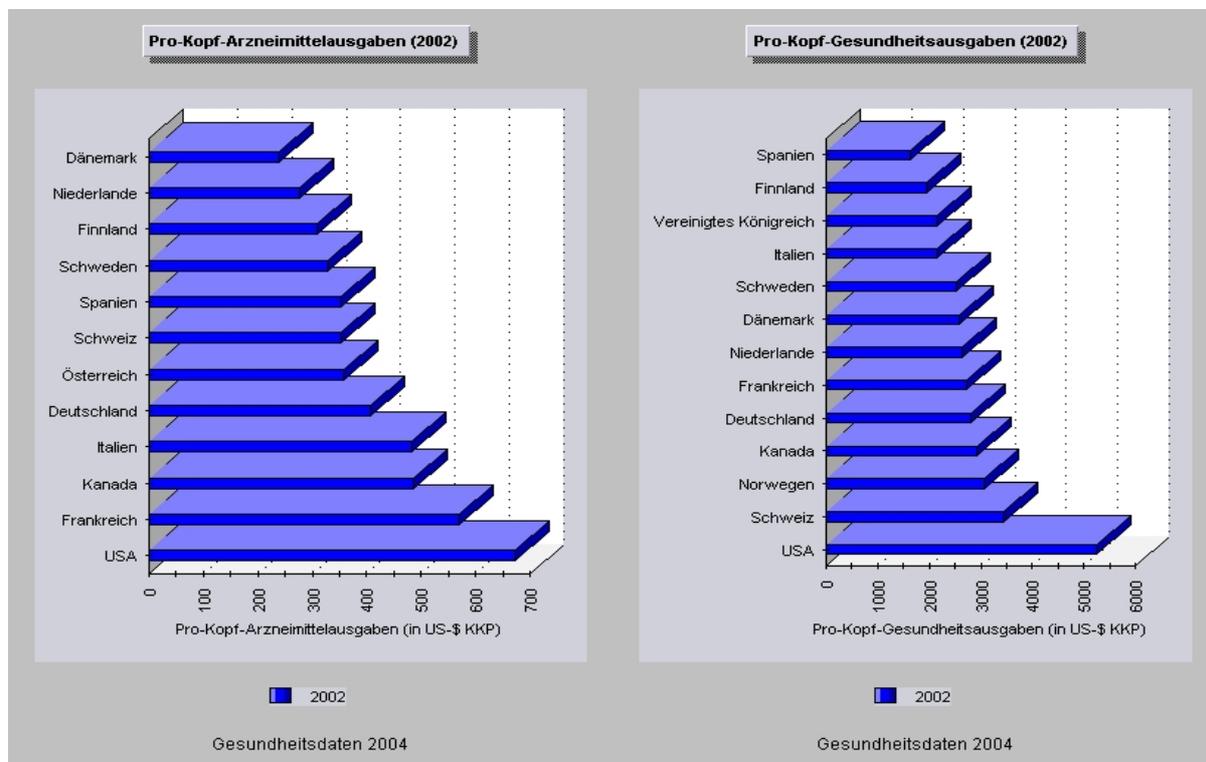
⁷¹ In den 90er Jahren hat sich die Relation von BIP und den Gesamtausgaben für Gesundheit in erster Linie durch die geringe Wirtschaftskraft im Osten Deutschlands erheblich verändert (Vgl. Hoppe (2002), S.C 2537).

⁷² Vgl. Hof (2001), S.15.

⁷³ Wobei allerdings das Verhältnis zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem BIP in den alten Bundesländern von 1975 bis 2000 nahezu konstant blieb (Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S.75).

⁷⁴ Vgl. zu der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Wille (1998), S.10.

⁷⁵ Vgl. Lauterbach, Stock, Evers (2001), S.324. Vgl. hierzu auch: Osterkamp (2001), S.9ff.

Abbildung 5: Inanspruchnahme nationaler Gesundheitssysteme (Teil I)⁷⁶Abbildung 6: Inanspruchnahme nationaler Gesundheitssysteme (Teil II)⁷⁷

⁷⁶ Vgl. OECD (2004).

Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass nicht nur die Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP variieren, sondern auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit. Auch bei diesem Indikator hat Deutschland im Jahr 1998 eine Spitzenposition eingenommen. Mit durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von 2.361 US-Dollar lag Deutschland zwar hinter den USA, Norwegen, Kanada und der Schweiz, deren Gesundheitssystem nach Ansicht von Experten die „Europäische USA“ verkörpert,⁷⁸ an fünfter Stelle der OECD-Staaten, aber doch noch mit erheblichem Vorsprung vor den restlichen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (vgl. **Abb. 7**).

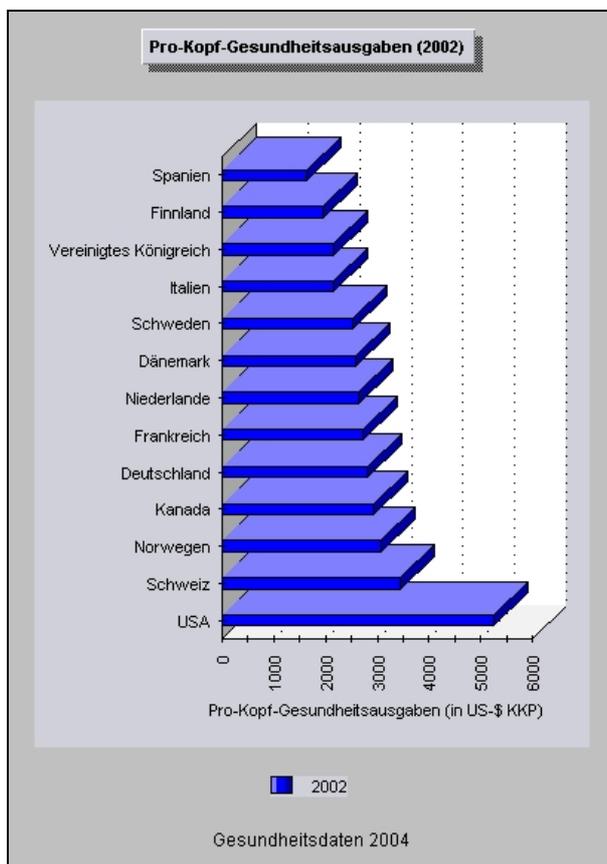


Abbildung 7: Die Pro-Kopf-Ausgaben im internationalen Vergleich⁷⁹

⁷⁷ Vgl. OECD (2004).

⁷⁸ Vgl. Bernardi-Schenkluhn (1992), S.179. In den letzten Jahrzehnten haben sich in den USA und der Schweiz neben den traditionellen, etablierten Krankenversicherungen alternative Versorgungssysteme etabliert, die ihr Augenmerk auf eine kostenbewusste und qualitätsgesicherte, aktive Leistungssteuerung richten (Vgl. hierzu: Leiter, Loest, Thielscher (1997), S.64ff.). Diese neuartigen Versicherungsorganisationen konzentrieren sich auf eine effiziente Zusammenarbeit mit einzelnen Leistungsanbietern wie niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, die über direkte Verträge und ohne Beteiligung einer Interessenvertretung neu geregelt wird. Diese zwischen dem Kostenträger auf der einen und dem Leistungsanbieter auf der anderen Seite geschlossene Vereinbarung enthält Regelungen, wonach die Versicherung auf das Verhalten der Angebotsseite Einfluss nehmen kann. Auf diese Weise sollen die Ärzte für ein kosten- und damit auch preisbewusstes Verhalten sensibilisiert, Kosteneinsparungen realisiert und eine für alle Beteiligten zufriedenstellende medizinische Versorgung sichergestellt werden. Versicherungsunternehmen, die sich für diese Art der Organisation ihrer Geschäftsbeziehungen zu den Leistungsanbietern entschieden haben, werden als sogenannte Managed-Care-Organisationen bezeichnet. Vgl. zu „Managed-Care-Organisationen“: Arnold, Lauterbach, Preuß (1997); Seitz, König, Stillfried (1997); Shortell (1997); Amelung, Schumacher (2004).

⁷⁹ Vgl. OECD (2004).

5. *Ausgabenträger des deutschen Sozialsystems*

Das statistische Bundesamt berechnet jährlich die gesamten Ausgaben für die Gesundheit in Deutschland differenziert nach Hauptleistungsarten, einzelnen Leistungsarten und Ausgabenträgern. Um ein möglichst konsistentes Gesamtbild der Gesundheitsausgaben aller relevanten Ausgabenträger zu bekommen und um Überschneidungen zwischen den einzelnen Ausgabenträgern auszuschließen, hat das Statistische Bundesamt seinen Berechnungen und Tabellen ein gesamtwirtschaftliches Modell der Finanzierungsströme im Gesundheitswesen zugrunde gelegt.⁸⁰ Die Daten und Berechnungen, die das statistische Bundesamt zur Verfügung stellt, verdeutlichen die Kostendynamik der letzten Jahre sehr anschaulich und dienen als Grundlage für die Diskussionen über die Entwicklung und Begrenzung der Gesundheitsausgaben.

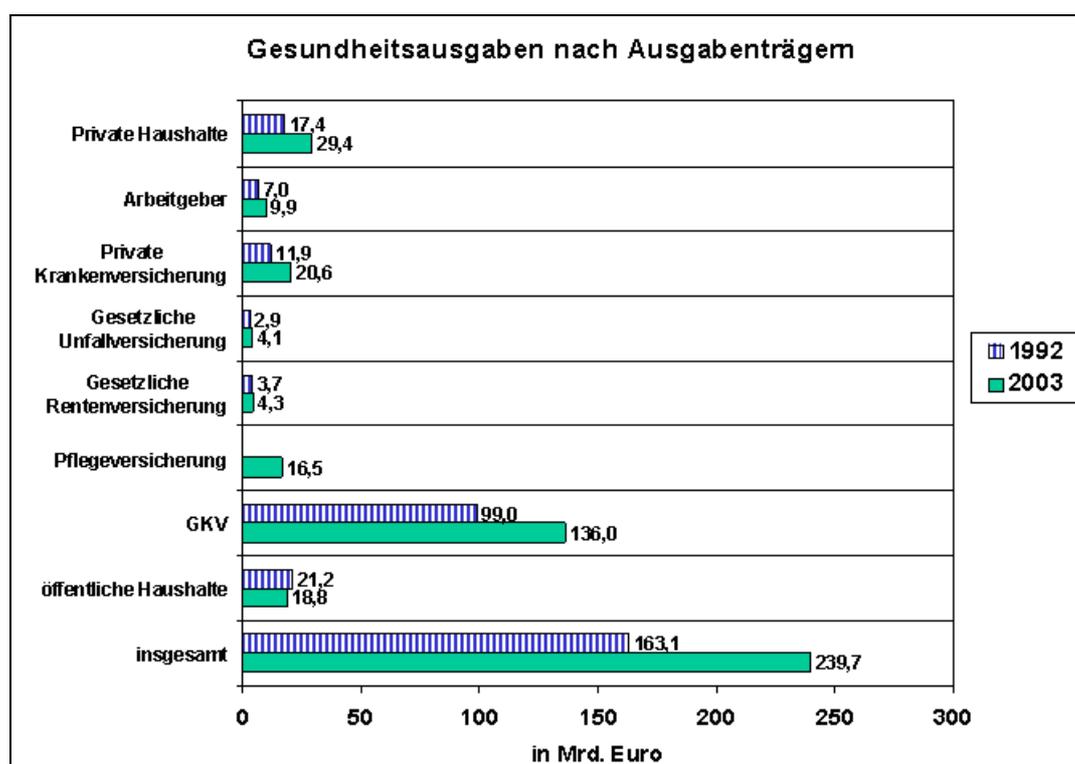


Abbildung 8: Die Gesundheitsausgaben nach ihren Ausgabenträgern⁸¹

Den weitaus größten Anteil der Ausgaben für Gesundheitsleistungen hat 1992 mit 99,0 Mrd. Euro die GKV getragen, deren Mittel zu 97% durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter aufgebracht werden und die fast 90% der Bevölkerung versichert.⁸² Zweitgrößter Aufgabenträger waren die öffentlichen Haushalte, auf die ein Ausgabenanteil in Höhe von 21,2 Mrd. Euro entfiel. Auf diese folgten die privaten Haushalten, die mit 17,4 Mrd. Euro etwa 10,7% der Gesundheitsausgaben finanzierten, und der Gesetzlichen Rentenversicherung, die mit 3,7 Mrd. Euro ca. 2,3% zur Finanzierung der Krankenbehandlung beigesteuert hat. Die Finanzierung des restlichen Betrages haben sich die

⁸⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2001), S.5.

⁸¹ Destatis (2005).

⁸² Vgl. Mühlbacher (2002); Buck (1997), S.99.

Arbeitgeber, die gesetzliche Unfallversicherung und die private Krankenversicherung geteilt.⁸³ Elf Jahre später hat sich die Situation weiter zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung gewandelt. Nachdem die GKV im Jahre 1992 mehr als 60% der Gesundheitsausgaben zu tragen hatte, war sie 2003 bereits mit mehr als 136 Mrd. Euro an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben beteiligt. Damit ist die GKV mit einer Kostenübernahme von an die 57% nach wie vor der größte Kostenträger im deutschen Sozialversicherungssystem. Zusammen mit den privaten Krankenversicherungen trug sie 2003 weit mehr als die Hälfte, nämlich 65% aller anfallenden Ausgaben. Auf den weiteren Plätzen folgten 2003 die privaten Haushalte mit 29,4 Mrd. Euro, die private Krankenversicherung mit 20,6 Mrd. Euro sowie die soziale Pflegeversicherung mit 16,5 Mrd. Euro, (vgl. **Abb. 8**). Addiert man die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Institutionen⁸⁴, so erhält man eine Staatsquote von 75%.

6. Ausgabenentwicklung im stationären Sektor

Die Expansion der Gesundheitsausgaben beruht nur zum kleinen Teil auf einer Erhöhung der Verwaltungskosten.⁸⁵ In erster Linie waren und sind die Erhöhung der Leistungsausgaben sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor für die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen verantwortlich. Hatten die Behandlungsausgaben inkl. der Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sowie für den Zahnersatz hatten 1992 ein Volumen von 163 Mrd. Euro, so beliefen sich die Ausgaben für die Krankenbehandlung im Jahr 2003 auf 239,7 Mrd. Euro.

Innerhalb der Leistungsausgaben konzentrieren sich die Ausgabensteigerungen vornehmlich im stationären Sektor. In den letzten Jahren sind die Kosten für die stationäre Behandlung der Versichertengemeinschaft deutlich stärker angestiegen als die Kosten in fast allen anderen Bereichen des Gesundheitssystems.⁸⁶ Diese Entwicklung hat zur Folge, dass der Krankenhaussektor einen immer größer werdenden Teil der gesamten Leistungsausgaben beansprucht.⁸⁷ Waren es 1992 noch 62,8 Mrd. Euro, die für die stationäre Behandlung angefallen sind, was einem Anteil von 38% der Gesundheitsausgaben entspricht, wendeten die Kostenträger 2003 bereits 91,0 Mrd. Euro für die stationäre Versorgung ihrer Versicherten auf. Hiervon übernahm die GKV 57% (52,5 Mrd. Euro). **Abb. 9** zeigt die unterschiedlichen Anteile der Kostenträger an den stationären Gesundheitsausgaben in den Jahren 1992 und 2003.

⁸³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2001), S.16.

⁸⁴ Öffentliche Institutionen: öffentliche Haushalte, gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, soziale Pflegeversicherung.

⁸⁵ Die Verwaltungskosten sind von 3.082 Mill. DM im Jahr 1970 auf 24.882 Mill. DM 1998 gewachsen, was einer Steigerung um das 8-fache entspricht (Vgl. Statistisches Bundesamt (2001), S.6 und S.10).

⁸⁶ Vgl. Leiter, Wenzel (1996), S.31.

⁸⁷ Vgl. Andreas (1994), S.44.

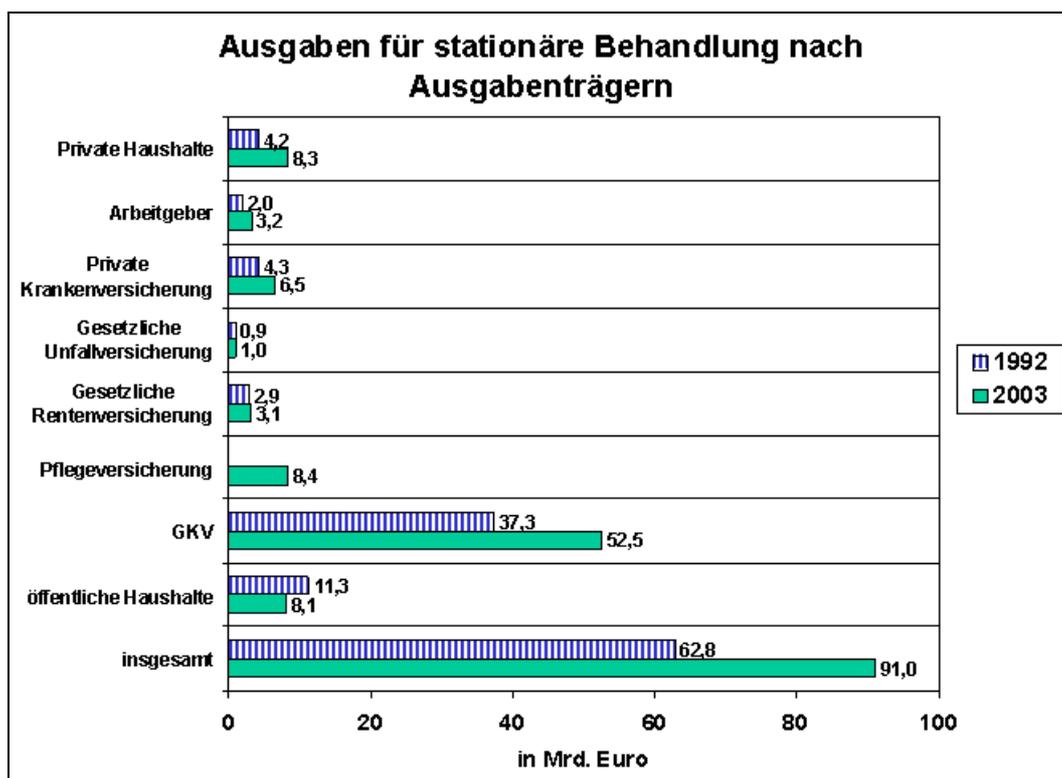


Abbildung 9: Ausgaben für die stationäre Behandlung nach Ausgabenträgern⁸⁸

7. GKV-Beitragssatz als Indikator für die Kostenentwicklung

Obwohl sich die These von der „Kostenexplosion“ insgesamt nicht halten lässt⁸⁹, besitzen die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen ein „Korrelat in der Erfahrung der Bürger“⁹⁰. Die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werden von den Leistungsnehmern an Hand der Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV wahrgenommen. Der überproportionale Anstieg der Gesundheitsausgaben sowie die Probleme bei der Mittelaufbringung⁹¹ forcieren die finanziellen Probleme der GKV. Zusammen mit der Ausgabendynamik der letzten Jahre hat dies zu einem kontinuierlichen Anstieg der Beitragssätze zur GKV geführt.⁹²

Der kassenindividuelle Beitragssatz, den die versicherungspflichtigen Mitglieder im Rahmen des solidarischen Sozialversicherungssystems an ihre Krankenkasse abzuführen haben, ist in den letzten Jahr-

⁸⁸ Destatis (2005).

⁸⁹ Vgl. Kapitel II.1. Vgl. hierzu auch: Müller, Brückner (1998).

⁹⁰ Kühn (2000), S.14.

⁹¹ Aufgrund der steigenden Arbeitslosigkeit hatten die GKV nur geringe Einkommenszuwächse zu verzeichnen. Hohe Arbeitslosigkeit verändert die einkommensabhängige Bemessungsgrundlage der erwerbstätigen GKV-Mitglieder kontinuierlich zu Lasten der Beitragszahler. Ein Rückgang der beitragspflichtigen Einkommen führt zu immer größeren Einnahmeausfällen für die Krankenversicherungen. Als Folge der hohen Arbeitslosigkeit in Deutschland fehlen der GKV Einnahmen, um die Krankenbehandlung auf gewohntem Niveau fortschreiben zu können (Vgl. Neubauer (1997), S.2).

⁹² Eine repräsentative Umfrage eines Meinungsforschungsinstituts hat ergeben, dass fast die Hälfte der Bevölkerung in der Erhöhung der Beitragssätze ein geeignetes Mittel sieht, um die Finanzen der GKV wieder auf gesunde Füße zu stellen (Vgl. o.V. (2003k); Continentale Krankenversicherung (2002)).

zehnten kontinuierlich angestiegen. Mussten zu Beginn der 90er Jahre Arbeitnehmer und Arbeitgeber noch durchschnittlich 12,3% des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, soweit es nicht die jeweilige Bemessungsgrenze überschritten hatte, als Versicherungsprämien an die jeweilige Krankenversicherung abführen, betrug der durchschnittliche Beitragssatz 10 Jahre später bereits 13,5%. Ohne weitere gesundheitspolitische Eingriffe werden die Ausgaben schneller wachsen als die beitragspflichtigen Arbeitseinkommen und der Beitragssatz wird auf mittlere und lange Sicht dramatisch ansteigen.⁹³ **Abb. 10** liefert einen Überblick über die Beitragssatzentwicklung und die Reformgesetzgebung der GKV in den letzten Jahren.

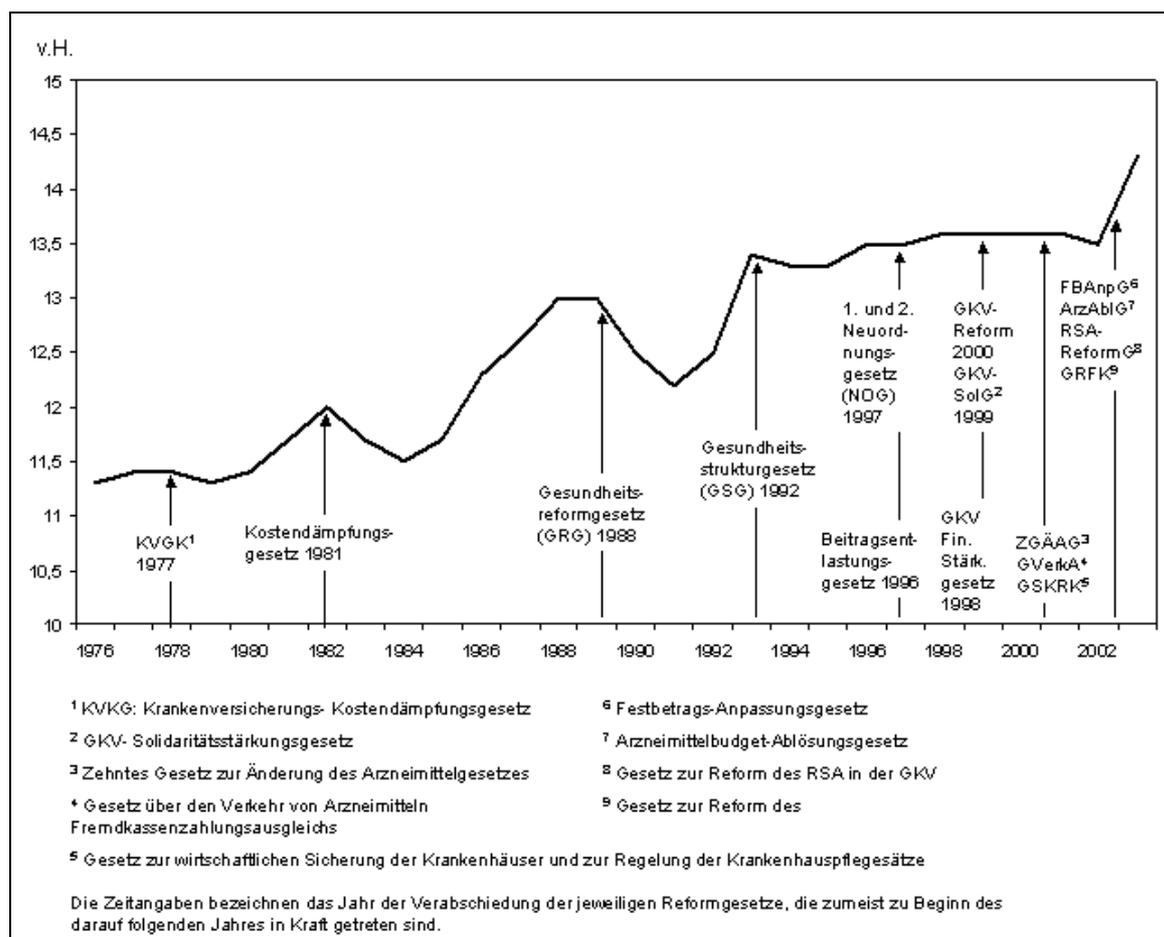


Abbildung 10: Beitragssatzentwicklung und Reformgesetzgebung in der GKV⁹⁴

Ein an Dynamik armes Wirtschaftswachstum sowie anhaltende Beschäftigungsprobleme erschweren eine Erschließung neuer Finanzierungsquellen über eine Erhöhung der Beiträge zur Sozialversicherung.⁹⁵ Zwar lassen sich mit steigenden Sozialversicherungsbeiträgen kurzfristig die Finanzierungsprobleme in der GKV lösen, andererseits wirkt sich eine Verteuerung der Versicherungsprämien negativ auf die Einkommen der privaten Haushalte und die Lohnnebenkosten aus und wird daher besonders im Kontext der Diskussion um die steigende Abgabenlast und den Wirtschaftsstandort Deutschland

⁹³ Vgl. Eckerle, Oczipka (1998), S.85.

⁹⁴ Cassel (2002), S.6.

abgelehnt.⁹⁶ Bereits 1988 haben die Regierungsfractionen von CDU/CSU und FDP die Problematik steigender Sozialversicherungsabgaben für das Konsumverhalten der Bevölkerung und den Arbeitsmarkt erkannt und in ihrem Gesetzesentwurf zum Gesundheitsreformgesetz eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze gefordert: „Steigende Beitragssätze hemmen die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer, fördern den Drang zur Schattenwirtschaft und gefährden den Abbau der Arbeitslosigkeit.“⁹⁷

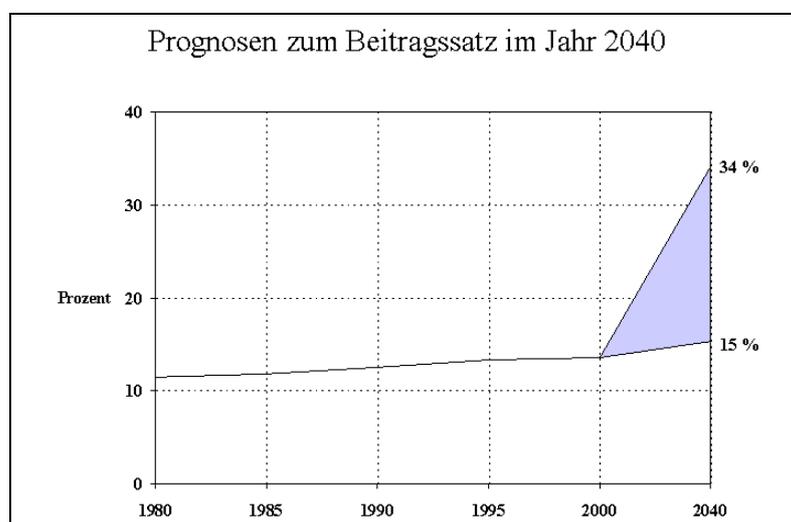


Abbildung 11: Prognosen zum Beitragssatz im Jahr 2040⁹⁸

In Deutschland führte die Diskussion über die steigende finanzielle Belastung des Faktors „Arbeit“ zu einer eigenständigen gesetzlichen Verankerung des Grundsatzes der Beitragsstabilität, der von den Akteuren der Selbstverwaltung jederzeit einzuhalten ist und bis heute zur Maxime gesundheitspolitischen Handelns wurde:⁹⁹

„Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen [...] so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).“

In den letzten Jahren sind verschiedene Modellrechnungen zur Prognostizierung der zukünftigen Leistungsausgaben und GKV-Beitragssätze durchgeführt worden. Ihr Ziel war es, im Rahmen von Prognosen, Modell- und Vorausberechnungen einen Trend des durchschnittlichen Krankenkassenbeitrages zu bestimmen. Wie den Studien zu entnehmen ist, liegen die für das Jahr 2040 prognostizierten Beitragssätze in einer Spannweite von 15% bis 34%, wobei die Unterschiede in der Höhe in erster Linie auf

⁹⁵ Vgl. Münch (1998), S.148.

⁹⁶ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999), S.1.

⁹⁷ Vgl. Deutscher Bundestag (1988b), S.134.

⁹⁸ Dem Kurvenverlauf in der Abbildung liegen die Zahlen aus Fußnote 100 zugrunde.

⁹⁹ § 71 Abs. 1 SGB V.

unterschiedlichen methodischen Ansätzen beruhen.¹⁰⁰ **Abb. 11** gibt einen Überblick über unterschiedlichen prognostizierten Beitragssätze.

Die Beitragssatzsteigerungen haben das Handeln der politischen Entscheidungsträger stark beeinflusst. Die Initiativen der Legislative sind vom Ehrgeiz geprägt, die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zu kontrollieren und die Kosten für den Faktor Arbeit im internationalen Vergleich bezahlbar und wettbewerbsfähig zu halten.¹⁰¹ Um zu vermeiden, dass Krankenkassen die Kosten in Form von Beitragssatzerhöhungen an die Versicherungsnehmer weiterreichen, sind die Politik und die Interessenverbände des Gesundheitswesens gefordert, der Entwicklung der Gesundheitsausgaben und Beitragssätze Einhalt zu gebieten. Seit 1977 hat der Gesetzgeber durch 46 Kostendämpfungs- bzw. Strukturgesetze mit zahlreichen Einzelbestimmungen versucht, die Kostendynamik im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen.¹⁰²

Im Folgenden werden angebots- und nachfrageseitige Determinanten vorgestellt, die nach Expertenmeinung eine wichtige Rolle bei der Erklärung der Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitssystems spielen. Auf Grund der expansiven Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen in Verbindung mit steigenden Beitragssätzen in der GKV besteht kein Zweifel darin, dass sowohl Determinanten auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite des deutschen Gesundheitsmarktes¹⁰³ ursächlich sind für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben innerhalb der letzten 30 Jahre.

¹⁰⁰ Entscheidenden Einfluss auf die Schätzung der zukünftigen Beiträge haben die gewählten Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung (Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), die wesentlich die Zahl und Altersstruktur der Versicherten beeinflussen, und die Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über ausgewählte Studien und die prognostizierten Beitragssätze für das Jahr 2040:

<i>Studie</i>	<i>Prognostizierter Beitragssatz</i>
Breyer, Ulrich (2000)	24%
Buttler, Fickel, Lautenschlager (1999)	17,6-19,1%
DIW (2001)	34%
Erbsland, Wille (1995)	15,3-15,75
Hof (2001)	20,5%
Knappe (1995)	25%
Oberdieck (1998)	31,2%
Pfaff (2002)	21%
Prognos (1998)	16%

¹⁰¹ Siehe Diskussion um Begrenzung des Leistungskataloges der GKV: Jankowski, Zimmermann (2004). In der Broschüre „Wegweiser – GKV oder PKV?“ sind die Änderungen, die sich durch die Gesundheitsreform 2004 ergeben haben, zusammengefasst (Vgl. Rindermann (2005)).

¹⁰² Vgl. Hoffmann (1998), S.28.

¹⁰³ Vgl. Henke (1985), S.484.

8. Determinanten des Ausgabenanstieges

Auf die Ausgaben im Gesundheitswesen wirken eine Vielzahl von Faktoren ein, zwischen denen vielschichtige Interdependenzen existieren, die überwiegend dahin tendieren, den aufgezeigten Trend der Gesundheitsausgaben im Sinne einer „Kumulation der Dynamiken“¹⁰⁴ noch zu verstärken. Die einzelnen Faktoren für sich allein genommen wirken sich zwar nur marginal auf die Kostensituation im Gesundheitswesen aus, im Zusammenspiel mit den anderen Determinanten haben die Faktoren aber einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben.¹⁰⁵ Diese Abhängigkeiten und Wechselwirkungen gilt es zu berücksichtigen, wenn im Folgenden die potentiellen Ursachen der Ausgabenentwicklung isoliert diskutiert werden.¹⁰⁶ Die Einflussfaktoren lassen sich in nachfrage- und angebotsseitige Faktoren unterteilen (vgl. **Abb. 12**).¹⁰⁷

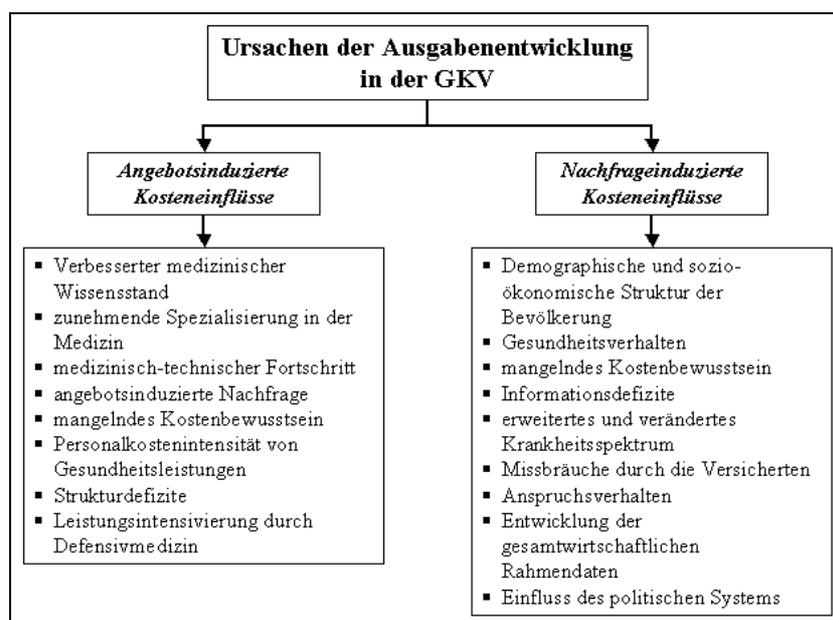


Abbildung 12: Ursachen der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen¹⁰⁸

8.1. Nachfrageseitige Determinanten des Ausgabenanstieges

Die individuelle Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hängt in der Regel sehr stark von dem Gesundheitszustand der Versichertengemeinschaft ab. Da die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Rahmen der GKV im Prinzip¹⁰⁹ voll gedeckt werden, schlägt sich eine Verschlechterung des Gesund-

¹⁰⁴ Vgl. Herder-Dorneich (1983), S.53ff.

¹⁰⁵ Vgl. Arnold (1995), S.18.

¹⁰⁶ Die Wechselbeziehungen zwischen den Faktoren können zu einer Multiplikation und teilweise sogar zu einer Potenzierung ihrer Wirkungen führen (Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.45).

¹⁰⁷ Wasem unterscheidet zwischen gesundheitssystemexogenen und gesundheitssystemendogenen Einflussfaktoren (Wasem (1997), S.75).

¹⁰⁸ in Anlehnung an Henke (1985), S.485.

¹⁰⁹ Ausnahmen bei der Kostenübernahme gibt es bspw. beim Zahnersatz, Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Krankenhaus-Aufenthalten und Kuren.

heitszustandes der Bevölkerung in einer entsprechend erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nieder.¹¹⁰ Zu wichtigsten den Einflussgrößen, welche die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen determinieren, gehören nach Ansicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹¹¹

- die demographische Entwicklung mit einem steigenden Anteil älterer Patienten,
- die alters- und geschlechtsspezifische Morbidität,
- die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Rahmendaten,
- der Einfluss des politischen Systems,
- der Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Folge des umfassenden Versicherungsschutzes,
- das Anspruchsverhalten der Bevölkerung.¹¹²

8.1.1. Demographische Entwicklung

Der demographische Wandel beeinflusst die Entwicklung von Gesundheit, Krankheit und die soziale Absicherung von Personen im Bereich der Gesundheitsvorsorge, Krankheitsbehandlung und Krankheitsfolgen.¹¹³ Die Gesundheitsausgaben hängen nicht nur von der absoluten Bevölkerungszahl ab. Auf Grund unterschiedlicher geschlechts- und vor allem altersspezifischer Inanspruchnahme- und Ausgabenprofile von medizinischen Leistungen¹¹⁴ beeinflusst die demographische Zusammensetzung der Bevölkerung die Entwicklung der Gesundheitsausgaben eines Landes.¹¹⁵ Die Ausgaben steigen infolge der Zunahme älterer Menschen sowie durch die Auswirkungen der zahlenmäßigen Veränderung der Bevölkerung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

¹¹⁰ Vgl. Oberdieck (1998), S.17f.

¹¹¹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.41ff.

¹¹² Die Einflussfaktoren „demographische Entwicklung“, „alters- und geschlechtsspezifische Morbidität“, „Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Rahmendaten“ und „politisches System“ lassen sich nach Wasem als von der Gesundheitspolitik kaum veränderbare Rahmenbedingungen einstufen (Vgl. Wasem (1997), S.80).

¹¹³ Vgl. Deutscher Bundestag (1988a), S.407.

¹¹⁴ Bei Frauen fällt die Krankheitshäufigkeit im allgemeinen höher ausfällt als bei Männern (Vgl. hierzu Zahlen des Statistischen Bundesamts: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab9.php>).

¹¹⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), S.92, sowie Erbsfeld (1995), S.7.

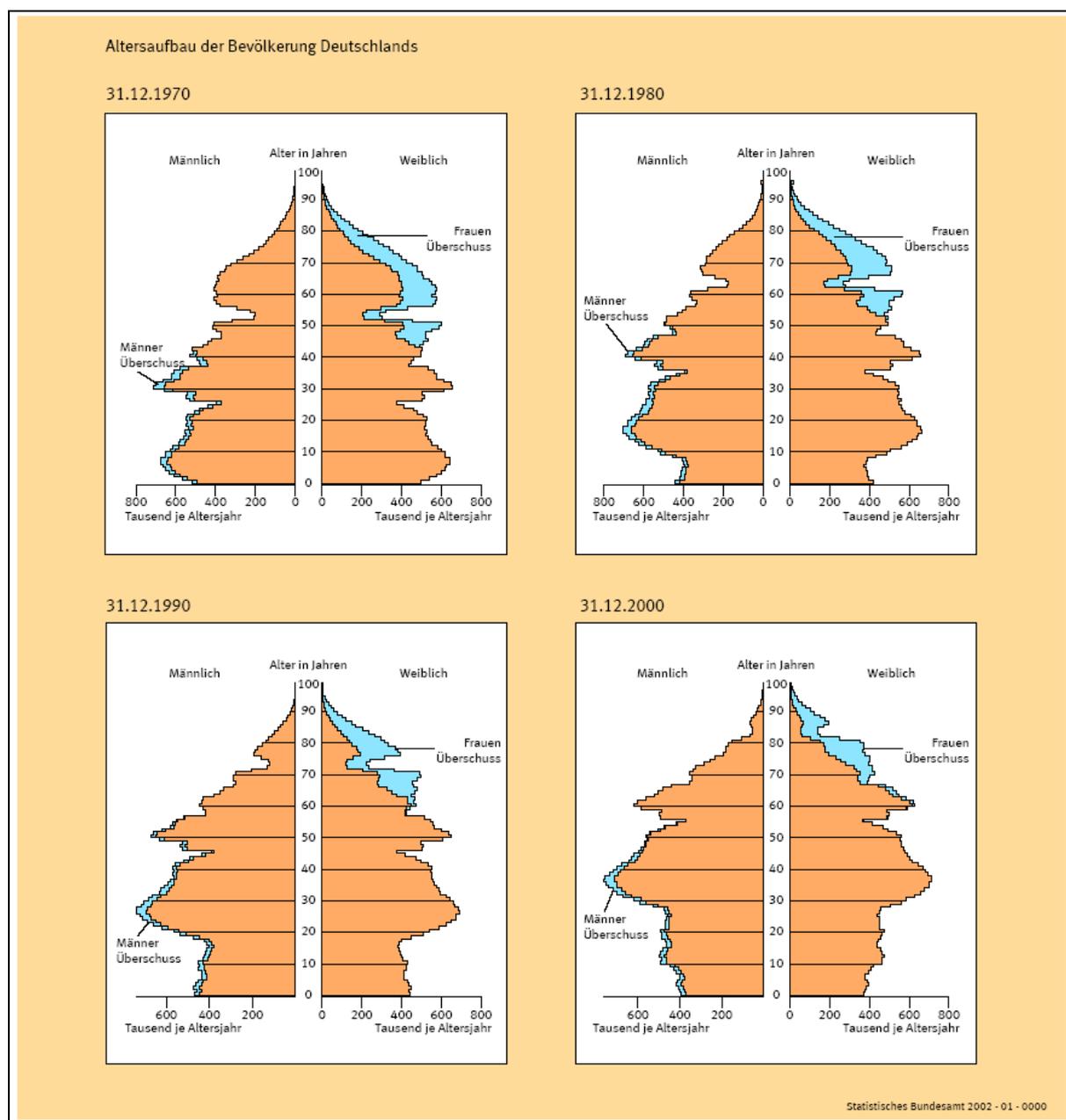


Abbildung 13: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland¹¹⁶

Die langsame Veränderung der Bevölkerungsstruktur hin zu einem größeren Anteil höherer Altersklassen führt nicht nur zu einer kontinuierlichen Verschlechterung des Verhältnisses von erwerbstätigen Beitragszahlern zur inaktiven Bevölkerung, sondern bewirkt auch einen Zuwachs in der Inanspruchnahme medizinische Leistungen.¹¹⁷ Da erfahrungsgemäß die Krankheitshäufigkeit mit zunehmendem Alter steigt, leiden ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren in der Regel öfter an relativ ausgabenintensiven Erkrankungen sowie an Multimorbidität.¹¹⁸ So treten die durch die Verschiebung-

¹¹⁶ Statistisches Bundesamt (2003), S.55.

¹¹⁷ Vgl. Pohlmeier, Ulrich (1996), S.51.

¹¹⁸ Die Krankheitshäufigkeit eines über 65-jährigen liegt ca. viermal so hoch wie die der unter 30-jährigen (Vgl. hierzu: Allekotte (1980), S.360).

gen des Morbiditätsspektrums heute prävalenten chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes mellitus bevorzugt im Alter auf.¹¹⁹ Diese Erkrankungen werden zwar nach dem neuesten Stand der Wissenschaft behandelt, was zu einem Rückgang der Sterblichkeit führen kann, sie sind aber in der Regel nicht endgültig heilbar. Das hat zur Konsequenz, dass auf Grund des medizinischen Fortschrittes zwar die mittlere Lebenserwartung steigt¹²⁰ und immer mehr Menschen wegen der Möglichkeit, medizinische Eingriffe bis in das hohe Lebensalter des Patienten ohne größere Komplikationen vorzunehmen, immer länger leben. Allerdings bedürfen sie im Falle einer chronischen Erkrankung einer jahrelangen und somit in der Regel auch ausgabensteigernden ärztlichen Betreuung und Behandlung. Die demographische Entwicklung verändert demnach nicht nur die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit der Gesellschaft, sondern der wachsende Anteil älterer Menschen geht auch mit einer erhöhten Morbidität oder Multimorbidität einher.

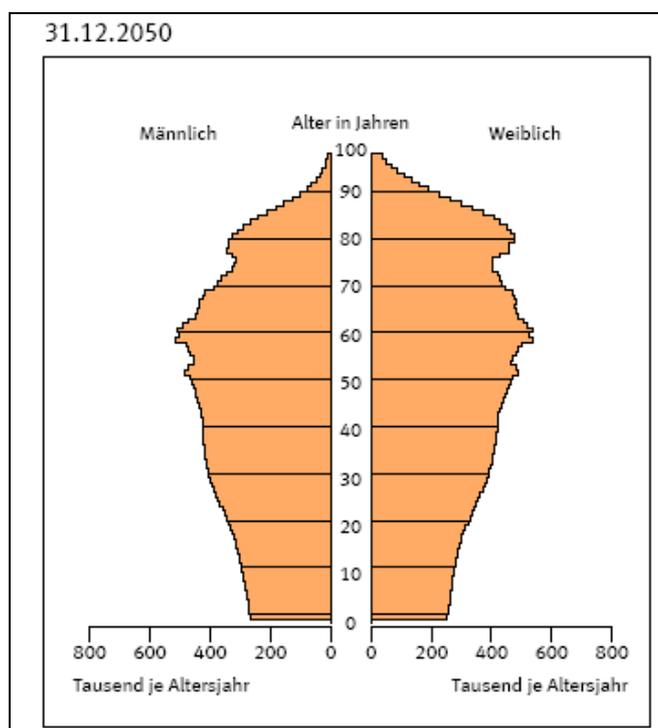


Abbildung 14: Bevölkerungsprognose für das Jahr 2050

Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung wirken sich um so stärker auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen aus, je stärker die hohen Altersgruppen in der Bevölkerung relativ zu den jungen Altersgruppen besetzt sind.¹²¹ Die stetige Verschiebung der Bevölkerungsstruktur hin zu mehr älteren Menschen hat die Alterspyramide in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten immer

¹¹⁹ Vgl. Arnold (1992), S.53. Der Wandel im Krankheitsspektrum wird begleitet vom Anstieg der Zivilisationskrankheiten (z. B. Herz-/Kreislaufkrankungen), den mit zunehmendem Alter eintretenden Alterserkrankungen sowie einer allgemein höheren Anfälligkeit für Erkrankungen im Alter (Vgl. Stuppardt (1996), S.233; Wasem (1997), S.81).

¹²⁰ Vgl. Erbsland (1995), S.9.

¹²¹ Vgl. Wasem (1997), S.81.

kopflastiger werden lassen (vgl. **Abb. 13**), ein Trend, der sich nach Meinung von Experten auch in Zukunft weiter abzeichnen wird (vgl. **Abb. 14**).¹²²

Diese Entwicklung beruhte in erster Linie auf dem Rückgang der Geburtenzahlen und ist auf den daraus resultierenden Anstieg des Anteils älterer Menschen zurückzuführen.¹²³ Die Zahlen der OECD bestätigen diese Entwicklung. Waren 1970 etwa 13,2% der Bevölkerung älter als 65, so betrug der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland im Jahr 1999 bereits 16,8% mit weiter steigender Tendenz (vgl. **Abb. 15**).¹²⁴

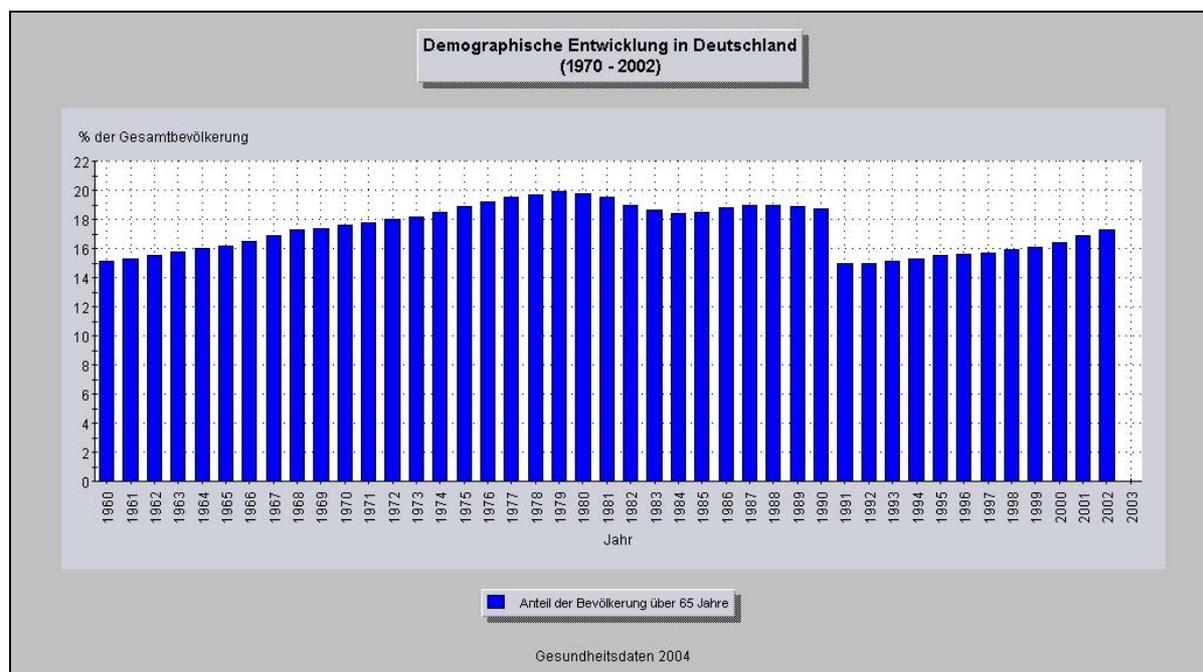


Abbildung 15: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre in Deutschland¹²⁵

In Krankenversicherungssystemen, welche die Gesamtbevölkerung umfassen, beeinflusst nicht nur die Bevölkerungsstruktur die Höhe der Gesundheitsausgaben, sondern auch die absolute Bevölkerungszahl.¹²⁶ Das Bevölkerungswachstum geht einher mit einer steigenden Nachfrage nach medizinischen Versorgungsleistungen und führt unmittelbar zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben. Bedingt durch geburtenstarke Vorgängergenerationen sowie als Folge der Wiedervereinigung ist die absolute Bevölkerungszahl in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen (vgl. **Abb. 16**).¹²⁷

¹²² Vgl. Oberdieck (1998), S.79ff.

¹²³ Vgl. Arnold (1995), S.19.

¹²⁴ Vgl. OECD (2004).

¹²⁵ Vgl. OECD (2004).

¹²⁶ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999), S.7.

¹²⁷ Vgl. hierzu: Statistisches Bundesamt (1995), S.42ff.; Statistisches Bundesamt (2004), S.21ff.

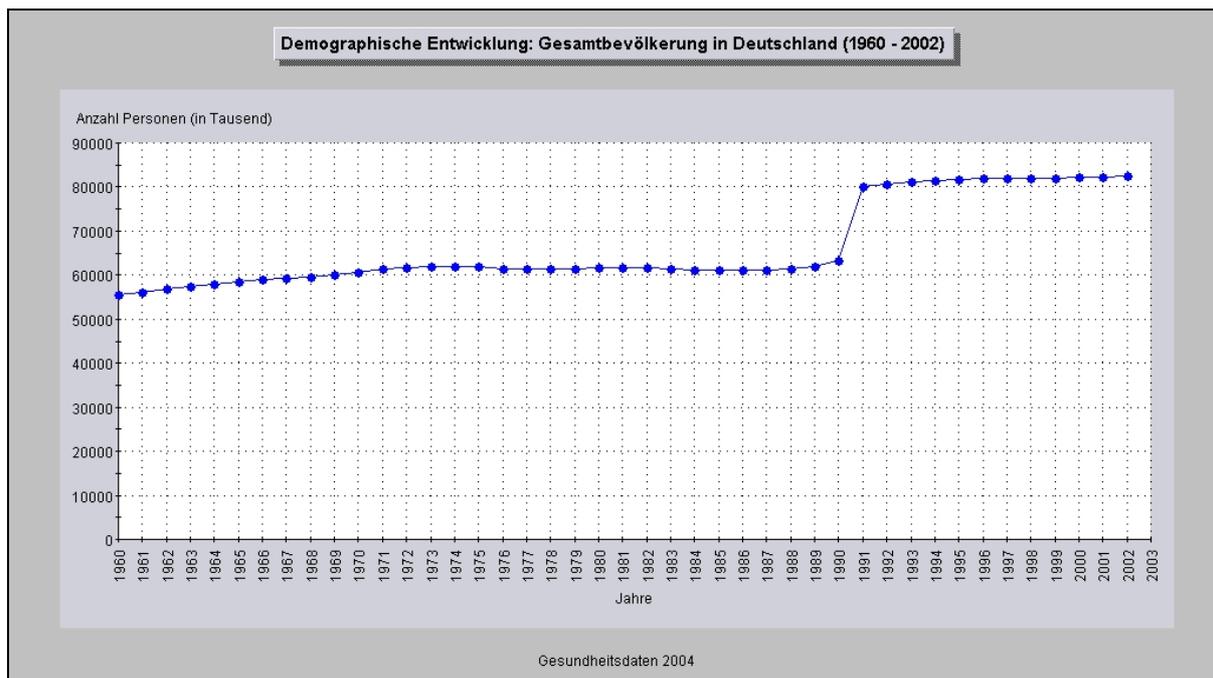


Abbildung 16: Die demographische Entwicklung in Deutschland¹²⁸

Die demographische Entwicklung in Deutschland unterliegt auf Grund der Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur und in der Bevölkerungszahl einem „doppelten Alterungsprozess“¹²⁹. Der zunehmende Einfluss, der von einer alternden Bevölkerung auf den Umfang und die Struktur der Gesundheitsausgaben ausgeht, wird in naher Zukunft verantwortlich sein für erhebliche Finanzierungsprobleme in der GKV. Die „doppelte Altersdynamik“ führt zu einem steigenden Bevölkerungsanteil älterer Menschen und zu höheren Gesundheitsausgaben mit erheblichen finanziellen Konsequenzen für die Beitragszahler. Da es zu den Zielen der GKV gehört, unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität über lohnbezogene Umverteilungen Bezieher von niedrigem Einkommen, Versicherte mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen sowie Rentner und Teilzeitbeschäftigte in die Gesundheitsversorgung zu integrieren,¹³⁰ führt die in Deutschland zu beobachtende demographische Entwicklung zu finanziellen Mehrbelastungen der aktiven Beitragszahler.¹³¹ Möchte die GKV weiterhin trotz des altersabhängigen Leistungsverbrauchs altersunabhängige Versicherungsprämien erheben und über lohnbezogene Umverteilungen die Gesundheitsausgaben ihrer Mitglieder finanzieren, wirkt sich eine stetige, altersbedingte Erhöhung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen negativ auf die Finanzlast der Beitragszahler aus. Unter diesen Umständen werden die kassenindividuellen Versicherungsprämien auch in Zukunft steigen und die Lohnnebenkosten weiter verteuern. Da jedoch die Bevölkerungszahl und die Bevölkerungsstruktur einer Steuerung durch die Gesundheitspolitik kaum

¹²⁸ Vgl. OECD (2004).

¹²⁹ Vgl. Arnold (1995), S.19.

¹³⁰ Vgl. Hof (2001), S.26.

¹³¹ Vgl. Oberdieck (1998), S.22.

zugänglich sind, müssen sie als exogene Größen und von der Politik als nicht zu beeinflussende Faktoren betrachtet werden.¹³²

8.1.2. Inflationsrate als gesamtwirtschaftliche Einflussgröße

Zu den gesamtwirtschaftlichen Ursachen, die sich auf die Ausgaben für die medizinische Versorgung auswirken, gehört die allgemeine Inflationsrate als Bestimmungsfaktor für die Preise medizinischer Leistungen.¹³³ Wie alle Güter und Dienstleistungen, die in einer Volkswirtschaft angeboten werden, unterliegen auch die Preise für Gesundheitsleistungen der allgemeinen Preissteigerung. Steigende Preise für medizinische Produkte sowie steigende Tariflöhne erhöhen den Finanzierungsbedarf im Gesundheitswesen und wirken sich negativ auf die Gesundheitsausgaben aus.

8.1.3. Politisches System

In Gesundheitssystemen, die einer starken Kontrolle und Steuerung durch das politische System unterliegen, beeinflussen staatliche Regelungen die Ausgaben im Gesundheitswesen. Zu den Regelungen, über die das politische System seinen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung ausübt und die zu Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen führen können, gehören nicht nur die Bestimmungen des Leistungskataloges öffentlich finanzierter Kostenträger, sondern auch staatliche Vorgaben über die Personalstärke in den Gesundheitseinrichtungen sowie über die Zulassung medizinisch-technischer Geräte.¹³⁴

8.1.4. Anreiz zur übermäßigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Ein weiterer wesentlicher Grund für die mangelnde Effizienz des deutschen Gesundheitssystems und die daraus resultierenden Finanzierungsprobleme liegt in der fehlenden Preissteuerung der Gesundheitsleistungen. Aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen heraus wird die individuelle Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch Patienten bewusst nicht durch das Preisausschlussprinzip determiniert.¹³⁵ Die Nachfrage der Patienten und Ärzte nach Gesundheitsleistungen ist vollkommen preisunabhängig und hängt im wesentlichen von der Gestaltung der Leistungsversprechen der Kran-

¹³² Vgl. Wasem (1997), S.81.

¹³³ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999), S.8.

¹³⁴ Vgl. Wasem (1997), S.83.

¹³⁵ Ein erster Schritt, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu steuern, wurde mit der Einführung der so genannten „Praxisgebühr“ für GKV-Versicherte unternommen. Mit der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde vom Gesetzgeber ab dem Jahr 2004 die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro für ambulante Arzt- und Zahnarztbesuche eingeführt. Die Versicherten haben diese Gebühr beim ersten Besuch einer Arzt- und Zahnarztpraxis pro Quartal zu entrichten, wobei der Betrag unabhängig von der Anzahl weiterer Konsultationen im Quartal ist. Mit der Einführung der Praxisgebühr hat der Gesetzgeber beabsichtigt, die Versicherten einen Beitrag zur Konsolidierung der Finanzlage der GKV leisten zu lassen und die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. (Vgl. § 28 Abs. 4 SGB V und Grabka, Schreyögg, Busse (2005)). Mit der Einführung der Praxisgebühr sind die Behandlungsfälle in allen Arztgruppen im gesamten Jahr 2004 dauerhaft zurückgegangen. (Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung (2005), o.V. (2005g)). Allerdings gibt es auch Zahlen aus Fachgruppen, die einen Rückgang bei Vorsorgeuntersuchungen belegen (van den Bergh (2004)). So sind zu Beginn der Gesundheitsreform Anfang 2004 deutlich weniger Frauen zur Krebsvorsorge gegangen als im Vergleichszeitraum (o.V. (2005a). Vgl. hierzu auch: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2004)).

kenversicherungen ab. Patienten, die einen vollen Versicherungsschutz genießen, haben grundsätzlich einen Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, da sie unabhängig von der Höhe und der Anzahl der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen lediglich die monatliche Versicherungsprämie zu entrichten haben. Vor diesem Hintergrund macht der Patient seine Entscheidung bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur davon abhängig, welche indirekten, nicht monetären Behandlungskosten ihm entstehen und dem erwarteten Behandlungsnutzen gegenüberstehen.¹³⁶ Obwohl sein zusätzlicher Konsum die Gesamtkosten der Versichertengemeinschaft erhöht, muss der Patient die in Anspruch genommenen Leistungen nicht direkt selbst bezahlen. Indem er jeden Monat einen pauschalen Betrag ohne Selbstbeteiligung und unabhängig von seinem tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungsvolumen an seine Krankenversicherung abführt, beteiligt er sich zwar indirekt an der Finanzierung der Gesundheitskosten, trägt aber im Verhältnis zur Versichertengemeinschaft nur einen marginal kleinen Anteil seiner Gesundheitsausgaben. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist somit vollkommen preisunelastisch¹³⁷ und wird ausschließlich von der sich stetig ändernden Präferenzstruktur der Patienten bestimmt.¹³⁸ Der Versicherte handelt unter diesen Umständen durchaus rational, wenn er sich alle diejenigen Leistungen beschafft, von denen er einen positiven Nutzen erwartet und die seine Gesundheit positiv beeinflussen können.¹³⁹ Da er nicht mit den tatsächlichen Kosten konfrontiert wird, die dem Sozialsystem durch seine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstehen, wird der Patient bereits für vergleichsweise geringfügige Befindlichkeitsstörungen die Leistungserbringer im Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Ohne eine ausreichende finanzielle Beteiligung des Patienten an den individuellen Behandlungsausgaben übersteigen die sozialen die individuellen Grenzkosten und Individual- und Systemrationalität fallen auseinander.¹⁴⁰ In diesem Fall ist die Gefahr einer Leistungsintensivierung und der Überinanspruchnahme von Leistungen immanent.¹⁴¹ **Abb. 17** zeigt die Anzahl der Arztbesuche als Indikator für die gestiegene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

¹³⁶ Hinzu kommt, dass der Wert dieser Dienstleistung und damit die Angemessenheit des Preis-Leistungs-Verhältnisses vom Nachfrager der Leistung in Folge der Immaterialität der Leistungserbringung nur schlecht eingeschätzt werden kann. (Vgl. Hilke (1989), S.21)

¹³⁷ Vgl. Schulenburg (1992), S.128.

¹³⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (1988a), S.409.

¹³⁹ Die Entscheidung, ob eine Befindlichkeitsstörung als Krankheit anzusehen ist und sich hieraus ein Versicherungsfall ergibt, liegt im Ermessen des Versicherten. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 darauf aufmerksam gemacht, dass die Befindlichkeitsstörungen, die zum Besuch eines Arztes veranlassten, bei 18% der ambulanten Patienten als geringfügig einzustufen sind. Die behandelnden Ärzte waren der Meinung, dass 30 % der Gesundheitsstörungen als geringfügig anzusehen sind (Vgl. SVR (2000), S. 252).

¹⁴⁰ Vgl. Wille, Ulrich (1991), S.26f.

¹⁴¹ Vgl. Neumann, Schaper (1998), S.205.



Abbildung 17: Arztbesuche in Deutschland¹⁴²

8.1.5. *Anspruchsverhalten der Versicherten*

In Ländern mit einem stetig steigenden Wohlstand der Gesellschaft ist eine Ausweitung des Leistungskataloges und ein Anstieg der Gesundheitsausgaben zu beobachten. In Abhängigkeit vom Wohlstandsniveau der Gesellschaft steigen die Ansprüche der Versicherten, wodurch es, um dem gestiegenen Anspruchsniveau der Versichertengemeinschaft wiederum gerecht werden zu können, zu einer Erweiterung und Verbesserung des Leistungskataloges der GKV kommt.¹⁴³ Die Versicherten wollen immer mehr und immer bessere medizinische Leistungen konsumieren, deren Finanzierung sich letztendlich nur durch steigende Beitragssätze zur Sozialversicherung sicherstellen lässt. Der Anstieg der Versicherungsprämien wiederum löst ein gesteigertes Anspruchsverhalten gegenüber dem Gesundheitssystem auf Seiten der Patienten aus, mit der Konsequenz, dass die Ausgaben für medizinische Leistungen weiter steigen und die Beitragssätze zu ihrer Finanzierung erhöht werden müssen. Diese Ausgaben- und Beitragssatzdynamisierung setzt eine nicht endende Anspruchsspirale der Versicherten zu Lasten der Kostenträger von Gesundheitsleistungen in Gang, es kommt zu spiralförmig verlaufenden Fehlsteuerungseffekten auf der Nachfrageseite.¹⁴⁴

8.2. *Angebotsseitige Determinanten des Ausgabenanstieges*

Zu den angebotsinduzierten Kosteneinflüssen gehören

- die Leistungsausweitung durch eine angebotsinduzierte Nachfrage,

¹⁴² Vgl. OECD (2004).

¹⁴³ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998), S.7.

¹⁴⁴ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998), S.7f.

- der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt in Form von neuen Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden,
- ein negativer Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen,
- die Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin
- sowie Strukturdefizite in der Gesundheitsversorgung.¹⁴⁵

8.2.1. Leistungsausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage

Im Rahmen der Ursachenforschung wird der These der angebotsinduzierten Nachfrage eine besondere Bedeutung für die Erklärung der Wachstumsdynamik der Gesundheitsausgaben beigemessen.¹⁴⁶ So war Töns schon Ende der 70er Jahre auf Grund empirischer Untersuchungen von der Gültigkeit der These überzeugt, dass die Höhe der Aufwendungen der Krankenkassen für ärztliche Behandlungen sehr stark vom Grad der medizinischen Versorgung abhängig ist: „Je mehr Ärzte an einem Ort tätig sind, um so mehr ärztliche Leistungen werden erbracht und steigen die Aufwendungen der Krankenkassen, auch wenn sich auf der Seite der Nachfrager nichts ändert; die Menge der erbrachten ärztlichen Leistungen scheint eher eine Funktion der Zahl der Ärzte als der Zahl der nachfragenden Versicherten oder Bürger zu sein.“¹⁴⁷

Die Grundaussage der These einer angebotsinduzierten Nachfrage besteht demnach darin, dass Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen angesichts der bestehenden Informationsasymmetrien [zwischen den Beteiligten] die Möglichkeit haben, Art und Umfang ihrer Leistungen selbst zu definieren.¹⁴⁸ Die Leistungserbringer sind bei steigender Arztdichte in der Lage, durch die gezielte Steuerung des Nachfrageverhaltens der Patienten und unter Ausnutzung ihres Handlungsspielraums die auf den einzelnen Arzt entfallende Nachfrage weitgehend autonom zu bestimmen und gegebenenfalls zu optimieren.¹⁴⁹ Es entsteht ein Überangebot im ambulanten Bereich.¹⁵⁰

¹⁴⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.39ff.

¹⁴⁶ Vgl. Adam (1983), hier S.2.

¹⁴⁷ Vgl. Töns (1977), S.20.

¹⁴⁸ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000), S.61.

¹⁴⁹ Allerdings hat die Möglichkeit der Leistungsanbieter, die Nachfrage selbst zu bestimmen, auch ihre Grenzen. Die begrenzte Bereitschaft der Patienten, sich den Belastungen zusätzlicher therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen auszusetzen, die wachsenden Informationsmöglichkeiten für die Patienten, die es ihnen ermöglichen, sich dem Informationsniveau der Ärzte zu nähern, die Durchführung von Wirtschaftlichkeitskontrollen durch Kostenträger und berufsständische Organisationen sowie die Gefahren, die sich in haftungs- und strafrechtlicher Hinsicht aus einer angebotsinduzierten Nachfrage ergeben können, können die Nachfragesteuerung durch die Ärzte ebenso determinieren wie Vorgaben zur Berücksichtigung von Qualitätsstandards bei der Behandlung von Patienten (Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000), S.63). Wer gegen solche Vorgaben verstößt, riskiert den Wechsel des Patienten zu einem anderen Arzt. Der Patient ist zunehmend in der Lage, seine Informationsdefizite gegenüber den Ärzten zu verringern und auf der Grundlage von vergleichenden Informationen Erwartungen an das Behandlungsgeschehen zu richten, die ihn nicht völlig in Abhängigkeit von seinem Arzt geraten lassen. Der behandelnde Arzt wird also abwägen müssen, ob der Vorteil aus einer Nachfrageausdehnung und dem daraus resultierenden Einkommenszuwachs größer ausfällt als das Risiko, den Patienten zu verlieren und möglicherweise Ansehenseinbußen zu erleiden, was durch Überweisungsverhalten der Kollegen zu spürbaren ökonomischen Konsequenzen führen kann (Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000), S.63).

¹⁵⁰ Vgl. Windthorst (2002), S.41.

Auf „normalen Märkten“ führt ein steigendes Angebot bei gleich bleibender Nachfrage zu einem Sinken des Preises.¹⁵¹ Würde die Markträumungsfunktion des Preises auch im Gesundheitswesen gelten, wäre die Sorge um eine Zunahme der Ärztedichte in Verbindung mit einer kostensteigernden Wirkung unbegründet, denn je mehr Arztleistungen angeboten werden, um so geringer würde ihr Preis ausfallen.¹⁵² Unter diesen Umständen würden sich neue Ärzte nur niederlassen, solange der Grenzerlös einer zusätzlichen Leistungseinheit über ihren Grenzkosten liegt. Da die Preise für medizinische Leistungen in Abhängigkeit vom Punktwert¹⁵³ festgelegt werden, erfüllt das Preissystem im Gesundheitswesen keine Markträumungsfunktion. Vielmehr genießen die behandelnden Ärzte auf Grund der asymmetrischen Informationsbeziehungen zwischen den Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen einen beträchtlichen Informationsvorsprung gegenüber ihren Patienten,¹⁵⁴ der es ihnen erlaubt, Art,

¹⁵¹ Vgl. Böventer, Illing (1995), S.25f.

¹⁵² Vgl. Schulenburg, (1992), S.127.

¹⁵³ Die Kassen überweisen die Honorare für ärztliche Leistung als Gesamtsumme an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese teilen die Honorarsumme für die verschiedenen Arztgruppen auf, wobei sich Unterschiede in der Vergütung in Abhängigkeit von der Fachrichtung ergeben. Manche Ärzte neigen dazu, Unterschiede in der Vergütung durch eine Ausweitung von Leistungen auszugleichen. Die Leistungen der Ärzte werden in Punkten bewertet, wobei der Punktwert maßgeblich das Einkommen des niedergelassenen Arztes beeinflusst. Der Punktwert ist nicht fix, sondern variiert in Abhängigkeit von der Menge der Leistungen. Rechnen Ärzte viele Leistungen ab, sinkt der Wert. Um ihr Einkommensniveau zu halten, neigen viele Ärzte dazu, noch mehr Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Dadurch sinkt der Punktwert noch weiter. Dies wird als Hamsterradefekt bezeichnet (Vgl. AOK (2005)). Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die niedergelassenen Ärzte immer mehr Leistungen erbringen und dafür über einen geringeren Punktwert immer weniger Geld erhalten. Damit haben es die Ärzte über diesen so genannten „Hamsterradefekt“ auch selbst zu verantworten, dass die jeweiligen Leistungen im Rahmen der Honorarbudgetierung immer geringer honoriert wurden. Mit Hilfe des EBM 2000plus soll nun der Weg aus diesem „Hamsterradefekt“ geschafft werden (Vgl. Dittrich (2000); Maus (2005), S.A 798).

¹⁵⁴ Die im Gesundheitswesen bestehende Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern medizinischer Leistungen stellt besondere Anforderungen an die Aufarbeitung von Informationen dar (Vgl. Schlemm, Scriba (2004), S. C397). Informationstechnologische Entwicklungen der letzten Jahre wie Internet oder Datenbanken eröffnen den Patienten kostengünstige Wege zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen und tragen dazu bei, das Informationsungleichgewicht zwischen Leistungsanbieter und Patienten abzubauen. Damit gewinnen patientenorientierte Informationen und Kommunikationsformen zusehend an Bedeutung. (Vgl. hierzu: Bürger (2003a und 2003b)). Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser ab dem Jahr 2005 verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen und diese den Patienten im Internet zugänglich zu machen (Vgl. § 137 Abs. 1 Nr.6 SGB V; Vgl. zu den Leistungsberichten auch: Schlemm, Scriba (2004), S.C397; Selbmann (2004); Weiser (2004)). Der einzelne Patient kann sich in Zukunft besser und umfangreicher über die Krankenhäuser und mögliche Behandlungsalternativen informieren. Dabei handelt es sich bei den Qualitätsberichten um ein Instrument, dessen Etablierung neben qualitätssteigernden Effekten vor allem auch dazu beiträgt, die Transparenz des Versorgungsgeschehens für die Nutzer zu erhöhen und damit zu einer gezielteren Inanspruchnahme der Versorgungsangebote beizutragen (Vgl. Schlemm, Scriba (2004), C397). Indem die Berichte über die Struktur, die Prozesse und die Ergebnisse der medizinischen Versorgung informieren, ermöglichen sie einen Vergleich der Krankenhäuser im Zeitverlauf (Wessel (2004)). Damit jedoch die angestrebte Transparenz im stationären Leistungsgeschehen auch tatsächlich erreicht wird, müssen in den Qualitätsberichten neben den Leistungs- und Strukturdaten des Krankenhauses auch Informationen über die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung sowie die Qualitätspolitik und sonstige interne Qualitätssicherungsmaßnahmen des Krankenhauses dargestellt werden. Als Folge der Veröffentlichungspflicht im Internet erhält die Öffentlichkeit einen relativ schnellen und mühelosen Zugang zu „einrichtungsbezogenen Informationen“ (Leber (2004), S.379) über Behandlungsmethoden, die häufigsten Diagnosen und die Therapiemöglichkeiten.

Umfang und Struktur ihres Leistungsangebotes innerhalb eines diskretionären Handlungsspielraumes autonom zu bestimmen und sich ihre eigene Nachfrage künstlich zu schaffen.¹⁵⁵

Im System der GKV spielen die monetären Kosten der Behandlung für die Konsumentenentscheidung keine entscheidende Rolle. Die Patienten sind in der Regel gegen anfallende Behandlungskosten in der Weise versichert, dass zahlreiche medizinische Leistungen mit einkommensabhängigen Zuzahlungen vom Sozialversicherungssystem übernommen werden. Die Zahlungsbereitschaft der Patienten stellt somit keine wirksame Begrenzung für ihren Konsum an Gesundheitsleistungen dar.¹⁵⁶ Die Patienten werden nicht mit den tatsächlich anfallenden Behandlungskosten konfrontiert, sondern fast ausschließlich mit einer fixen, unabhängig von der tatsächlich konsumierten Leistung zu entrichtenden Beitragszahlung. Der rational handelnde Versicherte kann ein Interesse daran haben, übermäßig viele und teure Leistungen in Anspruch zu nehmen, da er der Meinung ist, dafür bezahlt zu haben.¹⁵⁷ Im Vergleich zu jedem nicht-versicherten Patienten unterbleibt eine Kosten-Nutzen-Betrachtung. Für jeden versicherten Patienten ist es durchaus vorteilhaft, den Konsum medizinischer Leistungen solange auszuweiten, bis sich der Grenznutzen der Behandlung dem Wert Null nähert.¹⁵⁸ Erhält ein Arzt im Rahmen der konventionellen Krankenversicherung für jede erbrachte Leistung eine Bezahlung auf Basis einer Einzelleistungsvergütung, so ergibt sich bei einer Nichtauslastung der vorhandenen Kapazitäten für die Angebotsseite der Anreiz, den Patienten durch Empfehlungen zu einem gezielten Überkonsum medizinischer Leistungen anzuregen. Der Patient kann grundsätzlich die Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen nicht beurteilen und wird den Empfehlungen des Arztes folgen.

Ein auf der Einzelleistungsvergütung basierendes Honorierungssystem bietet dem Arzt damit die Möglichkeit, durch Verordnung zusätzlicher Leistungen seine materiellen Lebensbedingungen zu verbessern.¹⁵⁹ In seiner Doppelfunktion als Anbieter medizinischer Leistungen und als Berater bei der Entscheidung, welche Leistung der Patient bei der Bewältigung der Befindlichkeitsstörung nachfragen sollte, nimmt der behandelnde Arzt eine Schlüsselposition bei der Erstellung und Verteilung von Gesundheitsleistungen ein.¹⁶⁰ Es liegt in seinem Ermessen, innerhalb eines Gesamtrahmens die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu kontrollieren und sein Einkommen unter Berücksichtigung seiner zeitlichen Arbeitsleistung, seiner verbleibenden Freizeit und seiner ethischen Verpflichtung, Menschen im Krankheitsfalle angemessen zu behandeln,¹⁶¹ zu maximieren. Wegen der Eigenheit, die insbesondere für die Beziehung zwischen Ärzten und Nachfragern auf diesem Markt charakteristisch ist, besitzt der behandelnde Arzt gegenüber seinem Patienten in der Regel die Entscheidungskompetenz, die ihn zum Sachwalter der Interessen des Patienten werden lässt. Ein Patient, der einen niedergelassenen Arzt oder eine Klinikambulanz aus Vorsorgegründen, oder um eine subjektiv empfundene Be-

¹⁵⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.40.

¹⁵⁶ Vgl. Breyer, Zweifel (1999), S.245.

¹⁵⁷ Vgl. hierzu: Arrow (1963), S.941ff.

¹⁵⁸ Vgl. Hellbrück (1997), S.103.

¹⁵⁹ Vgl. Oberender, Ecker (1997), S.14; Breyer, Zweifel (1999), S.242ff.

¹⁶⁰ Vgl. Rüschemann, Roth, Krauss (2000), S.8. Allerdings speisen Patienten viele Entscheidungen längst nicht mehr nur aus einer Informationsquelle. In der Zwischenzeit nutzen sie die unterschiedlichsten Wege der Vorinformation für gesundheitliche Entscheidungen (Vgl. Henke (1999), S.99.).

¹⁶¹ Vgl. hierzu: Zweifel (1980), S.245ff.

findlichkeitsstörung diagnostizieren und/oder therapieren zu lassen, aufsucht,¹⁶² delegiert in Ermangelung des notwendigen Fachwissens und auf Grund fehlender Konsumentensouveränität die Entscheidungskompetenz für die Behandlung seiner Krankheit sowie die Auswahl bestimmter diagnostischer und therapeutischer Leistungen an den Arzt seines Vertrauens.¹⁶³ Dieser verfügt in der Regel über mehr Informationen, Wissen und Erfahrungen bezüglich der Behandlung einer Krankheit und ist somit jederzeit in der Lage, den „diskretionären Spielraum“ ausnutzen, der ihm bei der Leistungserbringung zugesprochen wird,¹⁶⁴ und Art, Umfang und Struktur der Behandlung innerhalb seines Handlungsspielraumes bis zur Ausschöpfung seines Praxisbudgets selbst zu bestimmen. Lässt sich nun der behandelnde Arzt bei der Entscheidungsfindung von eigenen Interessen leiten und bestellt seine Patienten immer wieder und regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen in seine Praxis ein, kann er bei steigender Arztlzahl eine zusätzliche Nachfrage schaffen, mehr und aufwendigere Untersuchungen durchführen und sein Einkommensniveau langfristig sichern. Variieren nun die Ärzte die Informationen, die sie an die Patienten weitergeben, systematisch in der Absicht, ihre eigene Auslastung sicherzustellen und durch ihr Verhalten ein bestimmtes Zieleinkommen zu realisieren, ohne einen Konkurrenzdruck auf die Preise für Gesundheitsleistungen befürchten zu müssen, spricht man von einer durch den Arzt als Anbieter medizinischer Leistungen induzierten Nachfrage.¹⁶⁵ Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen spiegelt deswegen in erster Linie die Entscheidungen der Anbieter und nicht der Patienten wider.¹⁶⁶ Die These der „angebotsinduzierten Nachfrage“ beruht somit auf den asymmetrischen Informationsbeziehungen, die zwischen den Ärzten und Patienten bestehen und im Gesundheitswesen in einer ungewöhnlichen Vielzahl und Intensität auftreten, und die Folge der hierarchischen Beziehung zwischen dem Anbieter einer Leistung (Arzt) auf der einen und dem Leistungsempfänger (Patient) auf der anderen Seite ist.

Erleichtert wird die Entscheidung des Arztes, eine künstliche Nachfrage zu schaffen, nicht nur durch den zum Beispiel in Deutschland vorherrschenden starken Versicherungsschutz der Patienten, sondern auch durch den medizinischen Fortschritt, der in den letzten Jahren zusehends in der Diagnostik zu beobachten war. Hinzu kommt, dass die ständige Weiterentwicklung und Verbesserung der Diagnostik den behandelnden Ärzten die Entscheidung erleichtert, ausgehend von den gegebenen Symptomen weitere Untersuchungen anzustellen und zusätzliche Leistungen zu verschreiben, die den Patienten zumindest nicht schaden und im Zweifelsfall noch einen geringfügigen Nutzenzuwachs erbringen können.¹⁶⁷ In diesem Fall rechtfertigt der Gesundheitseffekt, der aus der Inanspruchnahme zusätzlicher medizinischer Leistungen resultiert, den damit einhergehenden Mehrverbrauch an Ressourcen in keiner Weise.¹⁶⁸

¹⁶² Vgl. Schmädel (1981), S.110.

¹⁶³ Vgl. Rüschemann, Roth, Krauss (2000), S.8.

¹⁶⁴ Vgl. Adam (1983), hier S.17.

¹⁶⁵ Vgl. Breyer (1984), S.416.

¹⁶⁶ Vgl. Breyer (1984), S.415.

¹⁶⁷ Vgl. Breyer, Zweifel, (1999), S.245.

¹⁶⁸ Vgl. Breyer (1984), S.416.

Der Handlungsspielraum des Arztes ergibt sich aus dem Auseinanderfallen von Finanzierungsverantwortung und Leistungserbringung. Im Falle einer Befindlichkeitsstörung konsumiert der Patient eine Gesundheitsleistung, die der behandelnde Arzt bestimmt und die von der Krankenversicherung bezahlt wird. Inwieweit allerdings diese künstliche Nachfrageschaffung ökonomisch für den behandelnden Arzt oder ein Krankenhaus attraktiv ist und sich negativ auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen auswirken kann, ist in erster Linie von der Gestaltung der Leistungshonorierung für Ärzte und Krankenhäuser abhängig. In einem System, dem eine Einzelleistungsvergütung beziehungsweise eine Abrechnung nach Pfl egetagen zu Grunde liegt, ist eine Leistungsexpansion aus ökonomischen Gesichtspunkten für die Leistungserbringer wesentlich attraktiver als in einer Situation, in der die einzelnen Leistungserbringer pauschal vergütet werden.

Ebenso wie den niedergelassenen Ärzten wird auch den Krankenhäusern die Fähigkeit zugesprochen, durch Angebotsinduktion die Nachfrage nach stationären Leistungen zu erhöhen.¹⁶⁹ Auf Grund der Ausstattung mit spezifischen Geräten und Gebäuden sowie der Kombination spezialisierter Fachkräfte sind die Krankenhäuser nicht in der Lage, ihr Versorgungspotential kurzfristig den Bedürfnissen und der Nachfrage der Patienten nach stationären Leistungen anzupassen.¹⁷⁰ Die vorgehaltene Versorgungskapazität des stationären Sektors orientiert sich an der maximalen Nachfrage medizinischer Leistungen im stationären Bereich und verschafft der Bevölkerung ein Gefühl von Sicherheit, im Bedarfsfall umgehend und qualitativ hochwertig versorgt zu werden.¹⁷¹ Um die Auslastung ihrer Kapazitäten sicherzustellen, tendieren Krankenhäuser dazu, durch eine gezielte Steuerung der Nachfrage nach stationären Leistungen ihre Betten auszulasten und die stationäre Verweildauer der Patienten zu verlängern: „[...] Überweisungen innerhalb des Krankenhauses von Abteilung zu Abteilung oder eine nicht erforderliche Verweildauer wirken kostentreibend, ohne dass die entsprechenden Behandlungen medizinisch indiziert gewesen wären.“¹⁷² Krankenhäuser, die diese Strategie verfolgen, können mit Hilfe einer künstlichen Nachfrage nach stationären Gesundheitsleistungen zur Verbesserung ihrer Einkommenssituation beitragen.

Empirische Untersuchungen der letzten Jahre bestätigen den positiven Zusammenhang zwischen der Arztdichte, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. So ist Fuchs der Nachweis gelungen, dass zwischen der Arztdichte und der Pro-Kopf-Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen eine positive Korrelation besteht, ohne dass die für einen Wettbewerbsmarkt typische Ausweitung der Gleichgewichtsmenge in Verbindung mit einem Fallen des Gleichgewichtspreises zu beobachten gewesen wäre. Vielmehr konnte Fuchs bei seinem Vergleich verschiedener Regionen in den USA an Hand von Daten aus den Jahren 1963 und 1970 zeigen, dass als Folge einer um 10% höheren Chirurgen-Dichte nicht nur die Anzahl der Operationen pro Kopf der Bevölkerung um etwa 3% gestiegen ist, sondern auch höhere Gebührensätze und somit Preissteigerungen für Operationen zu verzeichnen waren.¹⁷³

¹⁶⁹ Vgl. Wasem (1997), S.84.

¹⁷⁰ Vgl. Henke, (1999), S.267.

¹⁷¹ Vgl. Mühlbacher (2002), S.51.

¹⁷² Vgl. Becker, Hensgen (2000), S.276.

¹⁷³ Vgl. Fuchs (1978), S.35ff.

In die gleiche Richtung zielt auch eine Untersuchung im Kanton Bern, die mittels Daten aus dem Jahr 1983 ebenfalls einen empirisch fundierten Zusammenhang zwischen der Anzahl der behandelnden Ärzte und der Menge der erbrachten ärztlichen Leistungen festgestellt hat. Die Analyse der vorhandenen Daten hat gezeigt, dass ein signifikant hoher Einfluss der Arztdichte auf die Kosten pro Behandlungsfall besteht und die angebotsinduzierte Nachfrage als eine der wesentlichen Ursachen für die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen anzusehen ist.¹⁷⁴

Allerdings geben Experten zu bedenken, dass das Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ nicht nur mit der Hypothese erklärt wird, dass der behandelnde Arzt seinen Informationsvorsprung zu Lasten der Patienten und Kostenträger ausnutzt, indem er verstärkt medizinisch nicht zwingend notwendige und unwirtschaftliche Leistungen verordnet und eine Maximierung seines Einkommensniveaus anstrebt. Vielmehr existieren noch zwei weitere, nachvollziehbare Erklärungsansätze für den empirisch beobachteten, positiven Zusammenhang zwischen der Veränderung der Arztdichte und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.¹⁷⁵

- (1) Bei einer wie in Deutschland einheitlich festgesetzten Gebührenordnung kann es auf dem Markt für Gesundheitsleistungen infolge der Preisregulierung zu einem permanenten Nachfrageüberhang nach medizinischen Leistungen kommen. Die Versicherten würden gerne mehr medizinische Leistungen zur Bewältigung ihrer subjektiv empfundenen Befindlichkeitsstörungen in Anspruch nehmen. Sind allerdings die behandelnden Ärzte unter diesen Gegebenheiten bereits an den Grenzen ihrer physischen Kapazitäten angelangt, bleibt ihnen nichts anderes übrig, als einzelne Patienten abzuweisen und von der Behandlung auszuschließen. Es entsteht auf Grund der begrenzten Kapazitäten eine Rationierung der Nachfrage. Kommt es in Folge einer ständig wachsenden Dichte ärztlicher Praxen zu einer Angebotsausweitung auf dem Markt für Gesundheitsleistungen, kann die Rationierung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufgehoben werden. Damit nimmt nicht nur das ärztliche Leistungsvolumen mit steigender Arztdichte zu, sondern es ist auch ein Ausgabenwachstum für Gesundheitsleistungen zu verzeichnen.
- (2) Als weiterer Erklärungsansatz für das beobachtete Phänomen dient der Rückgang der indirekten Kosten und die Zunahme der Behandlungsqualität. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist unabhängig von der Arztdichte mit nicht monetären Kosten eines Arztbesuches wie Such-, Warte-, Wege- und Behandlungszeit verbunden. Mit steigender Arztdichte sinken die indirekten Kosten, da der einzelne Patient aus einem größeren Angebot an Leistungserbringern auswählen und sich seinen individuellen Präferenzen entsprechend für einen Arzt seines Vertrauens in unmittelbarer Nachbarschaft entscheiden kann. Dadurch lassen sich nicht nur Zeit- und Wegekosten für das Aufsuchen einer Praxis vermeiden, sondern wegen der sinkenden Auslastung der einzelnen Ärzte ist auch mit einer Verkürzung der Wartezeit in den Wartezimmern sowie mit einer kürzeren Zeitspanne, die man im Durchschnitt auf einen Behandlungstermin warten muss, zu rechnen. Je geringer die nicht monetären Kosten ausfallen, desto eher wird der einzelne Versicherte bereit sein, auch bei so genannten „Bagatelleerkrankungen“ einen Arzt aufzusuchen und medizinisch vermeidbare Leistungen in Anspruch nehmen. Hinzu kommt, dass jeder Arzt zur Kompen-

¹⁷⁴ Vgl. Schulenburg (1987), S.134ff.

¹⁷⁵ Vgl. Breyer, Zweifel (1999), S.255ff.

sation potentieller Einkommenseinbußen und zur Aufrechterhaltung seiner Arbeitsauslastung versuchen wird, die Beratungszeit für jeden einzelnen Patienten auszudehnen und ihn von der Notwendigkeit zusätzlicher Leistungen zu überzeugen. Antizipiert dabei der einzelne Patient dieses Mehr an Beratung als wesentliches Qualitätsmerkmal, dürfte er wegen der preisunelastischen Nachfrage und einem gleich bleibendem Geldpreis von Null auf die subjektiv empfundene Qualitätserhöhung mit einer Ausdehnung seines Nachfrageverhaltens reagieren.

8.2.2. Medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt

Medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt im Gesundheitswesen definieren sich nicht anders als im rein ökonomischen Bereich.¹⁷⁶ Unter medizinisch-technischem Fortschritt versteht man die Einführung und Verbreitung technischer Geräte, die diagnostischen, therapeutischen, präventiven oder rehabilitativen Maßnahmen in der Medizin dienen.¹⁷⁷ Bestimmte Behandlungsergebnisse lassen sich unter Berücksichtigung der medizinischen, technischen und pharmazeutischen Verbesserungen mit wesentlich geringerem medizinischen Aufwand als bisher erreichen, oder die Entwicklung alternativer Behandlungsverfahren kann dazu beitragen, dass durch eine Optimierung des Behandlungsverlaufs mit dem gleichen Ressourceneinsatz wie bisher bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden können. Im Zuge des technischen Fortschritts lassen sich Technologien entwickeln und in den Behandlungsprozess integrieren, die neue Optionen im Bereich von Diagnose und Therapie eröffnen und zu besseren Behandlungsergebnissen führen können. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen spricht in diesem Zusammenhang von so genannten „Add-on“-Technologien, die nicht substitutiv, sondern zusätzlich zum Einsatz kommen und zu einem höheren Ressourcenverbrauch führen.¹⁷⁸ Zu den kostenintensivsten Produktinnovationen der letzten Jahrzehnte gehören zweifelsohne die medizinischen Fortschritte im Bereich der Herzchirurgie, als Christiaan Banard Mitte der 60er Jahre zum ersten Mal die Transplantation eines menschlichen Herzens gelungen ist: „Als Christiaan Banard 1967 das erste menschliche Herz verpflanzte, stiegen im gleichen Augenblick die Kosten einer derartigen Therapie von Null auf 200.000 Mark.“¹⁷⁹

Der medizinische Fortschritt im Gesundheitswesen kann in unterschiedlichen Formen in Erscheinung treten. Zum einen können innovative Produkte entwickelt werden, die darauf abzielen, entweder das Behandlungsspektrum durch die Einführung neuer Güter und Dienste am Markt zu erweitern, oder bereits verwendete Produkte qualitativ zu verbessern. Verbesserungsinnovationen bei medizinisch-technischen Geräten äußern sich nicht nur in der Erweiterung der Anwendungsfelder und in Qualitätssteigerungen, sondern auch in preisgünstigeren Geräten mit einfacherem Standard.¹⁸⁰

Andererseits lässt sich im Rahmen von Prozessinnovationen die Herstellung eines bestimmten Produktes bzw. einer Leistung zu geringeren Kosten realisieren. Der medizinische und der medizinisch-technische Wandel erhöhen die Effizienz und die Effektivität im Gesundheitswesen, wenn es gelingt,

¹⁷⁶ Vgl. Hof (2001), S.28.

¹⁷⁷ Vgl. Oberdieck (1998), S.24.

¹⁷⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.40.

¹⁷⁹ Vgl. Krämer (1982), S.92.

¹⁸⁰ Vgl. Oberdieck (1998), S.24.

neue, qualitativ hochwertige oder kostengünstige Verfahren zu entwickeln, die in der Lage sind, die bisher verwendeten Behandlungsmethoden zu ersetzen.¹⁸¹ Neu entwickelte Produktionsverfahren können das Verhältnis von Input und Output verbessern und kosteneinsparende Effizienzsteigerungen bewirken. Von medizinischer Seite wird in diesem Zusammenhang von „substitute technologies“ gesprochen.¹⁸² So ist es bereits gelungen, mit Hilfe der Entwicklungen im Bereich der minimal-invasiven Medizin Cholezystektomien (Entfernen der Gallenblase) durch laparoskopische Eingriffe für die Patienten schonender und um gut 20% kostengünstiger durchzuführen als mit dem bisherigen offenchirurgischen Verfahren.¹⁸³ Ein weiteres Beispiel für Prozessinnovationen im Gesundheitswesen sind labortechnische Einrichtungen, mit deren Hilfe sich im Vergleich zu früher Blutproben in der gleichen Zeit auf die doppelte Zahl von Parametern untersuchen lassen.¹⁸⁴

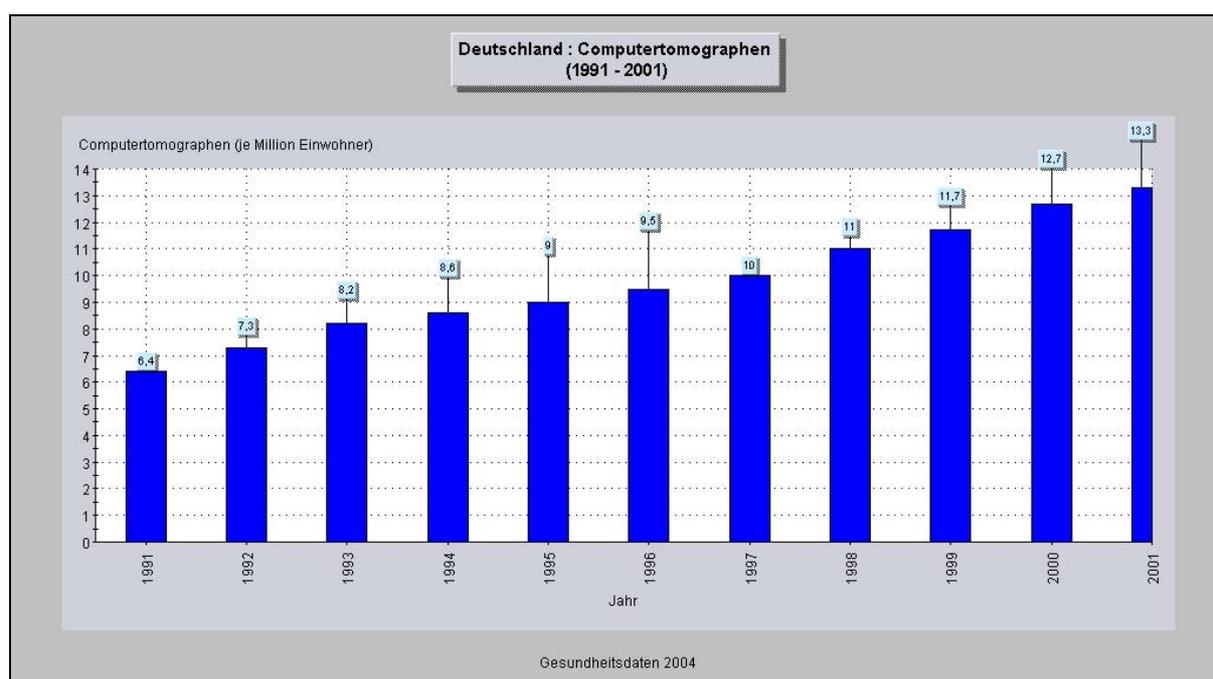


Abbildung 18: Medizinisch-technischer Fortschritt: Computertomographen in Deutschland¹⁸⁵

In Folge des umfangreichen Versicherungsschutzes, den die Patienten in Deutschland genießen, dominierten in den letzten Jahren die ausgabensteigernden Produktinnovationen und nicht etwa die andere Technologien ersetzenden, kostensenkenden Prozessinnovationen mit höherer Effizienz.¹⁸⁶ Wie in allen Dienstleistungsbereichen führt der technische Fortschritt auch im Gesundheitswesen zu einer starken Ausdehnung der apparativen Technik.¹⁸⁷ Ein Patient mit einer subjektiv empfundenen Befind-

¹⁸¹ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000), S.92.

¹⁸² Vgl. Oberdieck (1998), S.24.

¹⁸³ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996), S.190.

¹⁸⁴ Vgl. Breyer, Zweifel (1999), S.404.

¹⁸⁵ Vgl. OECD (2004).

¹⁸⁶ Vgl. Hof (2001), S.29.

¹⁸⁷ Vgl. Herder-Dorneich (1983), S.44.

lichkeitsstörung begibt sich mit der Erwartung in die Obhut eines Arztes, möglichst rasch und intensiv an medizinischen und medizinisch-technischen Neuerungen zur Beseitigung seiner Störung zu partizipieren. Produktinnovationen werden deshalb eher selten auf ihr Kosten-/Nutzenverhältnis hin überprüft, sondern in erster Linie auf ihre medizinische Wirksamkeit getestet und angewendet.¹⁸⁸ Fortschritte in der medizinischen Behandlung, wie zum Beispiel die Entwicklung und Einführung eines dem Computertomographen vergleichbaren Geräts zur Sichtbarmachung von Gehirnströmen, verbessern als Produktinnovationen die Überlebenschancen der Bevölkerung vor allem im fortgeschrittenen Alter.¹⁸⁹

Der medizinische Fortschritt hat in den letzten Jahren auch dazu beigetragen, die Lebenserwartung nicht nur bei Geburt, sondern auch in höheren Lebensstadien zu steigern. So ist die Lebenserwartung bei Geburt in den alten Ländern von 1960 bis 1995 um ca. 6,8 Jahre bei den Jungen und um 8,1 Jahre bei den Mädchen gestiegen. Im gleichen Zeitraum ist die Lebenserwartung in der Generation der 65jährigen Männer und der gleichaltrigen Frauen um 2,4 beziehungsweise 4,2 Jahre gestiegen.¹⁹⁰ Die Erfolge auf dem Gebiet der medizinischen und medizinisch-technischen Forschung führen dazu, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung langsam, aber kontinuierlich wächst. Es entsteht eine Wechselwirkung zwischen dem medizinischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung. Ältere Menschen erkranken häufiger und nehmen vermehrt teure medizinische Leistungen in Anspruch, wodurch es zu überdurchschnittlichen finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens kommt (vgl. **Abb. 18**). Durch die technische Entwicklung sind die Ausgaben für Behandlungen mit einem Computertomographen in den letzten Jahren gestiegen). Dieses im Gesundheitswesen zu beobachtende Phänomen der Lebenszeitverlängerung als Folge des medizinischen Fortschritts wird als „Sisyphus-Syndrom“ bezeichnet.¹⁹¹ Damit zählen die Entwicklung und Anwendung neuer medizinisch-technischer Verfahren zu den wesentlichen Ursachen für die Steigerung der Gesundheitsausgaben.¹⁹²

8.2.3. *Negativer Preisstruktureffekt*

Preisstruktureffekte innerhalb des Gesundheitswesens sind das Ergebnis einer nicht parallel verlaufenden Entwicklung von Löhnen und Arbeitsproduktivität und messen die Abweichung eines spezifischen Preisindex vom allgemeinen Preisniveau.¹⁹³ Die Beschäftigten im arbeitsintensiven Gesundheitssektor wollen an der allgemeinen Lohnentwicklung partizipieren. Diese Erwartungshaltung führt dazu, dass die Einkommen der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Einklang mit denen der Arbeitnehmer in anderen Sektoren der Volkswirtschaft wachsen. Da aber das Wachstum der Arbeitsproduktivität im Gesundheitsbereich im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren, die eine stärkere Substitu-

¹⁸⁸ Vgl. Wasem (1997), S.85.

¹⁸⁹ Vgl. Breyer, Zweifel (1999), S.396.

¹⁹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (1988a), S.410.

¹⁹¹ Zur theoretischen Begründung des „Sisyphus-Syndroms“: Zweifel (1990), S.373ff.; Wasem (1997), S.85; Breyer, Zweifel (1999), S.396.

¹⁹² Vgl. Meyer (1993), S.348.

¹⁹³ Vgl. Wille, Ulrich (1991), S.55.

tion von Arbeit durch Kapital erlauben,¹⁹⁴ wesentlich schwächer ausfällt, können die über dem Arbeitsproduktivitätszuwachs liegenden Lohnforderungen im Gesundheitswesen nur durch höhere Preise für medizinische Leistungen aufgefangen werden.¹⁹⁵ Als Konsequenz aus dieser für den Gesundheitsmarkt spezifischen Lücke zwischen der Entwicklung der Arbeitsproduktivität und jener der Löhne verändern sich die relativen Preise tendenziell zuungunsten des Gesundheitswesens und seiner Kostenträger.¹⁹⁶ In Verbindung mit der überproportionalen Lohnentwicklung entstehen eine überdurchschnittliche sektorale Inflationsrate und ein negativer Preisstruktureffekt. Dieser Zusammenhang zwischen dem Lohn- und Produktivitätswachstum und den daraus resultierenden Preisveränderungen, der sich besonders für dienstleistungsintensive Wirtschaftssektoren beobachten lässt, dient als weitere Erklärung für ein überproportionales Ausgabenwachstum in der medizinischen Versorgung.

8.2.4. Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin

Die in den USA weit verbreitete Praxis, bei ärztlichen Kunstfehlern Schadensersatzforderungen einzuklagen, hat inzwischen auch Deutschland erreicht. Um zu verhindern, dass sie von Patienten für das Nicht-Erreichen angestrebter Behandlungsergebnisse zur Rechenschaft gezogen werden, tendieren immer mehr Ärzte zu einer leistungs- und ausgabenintensiven Defensivmedizin.¹⁹⁷ So versuchen sich risikoscheue Ärzte durch umfangreiche und detaillierte Diagnosen, Patientenaufklärungen und Dokumentationen abzusichern, ohne die Folgen für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem zu berücksichtigen.¹⁹⁸

8.2.5. Strukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen

Ein zentraler Schwachpunkt des deutschen Gesundheitssystems ist die gesetzlich streng fixierte institutionelle Trennung zwischen den einzelnen Versorgungssektoren des Gesundheitswesens, die einer ganzheitlichen Patientenversorgung entgegensteht¹⁹⁹ und als „eines der größten Strukturdefizite des Gesundheitswesens“²⁰⁰ angesehen wird. Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist stark ausdifferenziert und spezialisiert (vgl. **Abb. 19**).

¹⁹⁴ Vgl. Wille, Ulrich (1991), S.32.

¹⁹⁵ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999), S.12; Hof (2001), S.30. „Die Differenz zwischen der Wachstumsrate des Preisindex des Gesundheitssektors und der Steigerungsrate des allgemeinen Preisniveaus ergibt den negativen Preisstruktureffekt“, (Vgl. Schneider (2003), S.13).

¹⁹⁶ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.40.

¹⁹⁷ Vgl. Beleites (1999), S.A 2879. „Ärzte, die als perfekte Sachwalter ihrer Patienten handeln, neigen unter dem Risiko einer Verurteilung zu einer übermäßigen Ausweitung der Sorgfalt“, (Olbrich (2004), S.568).

¹⁹⁸ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999), S.12; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.41.

¹⁹⁹ Vgl. Mühlbacher (2002), S.54; Windthorst (2002), S.40.

²⁰⁰ Koop (2005).

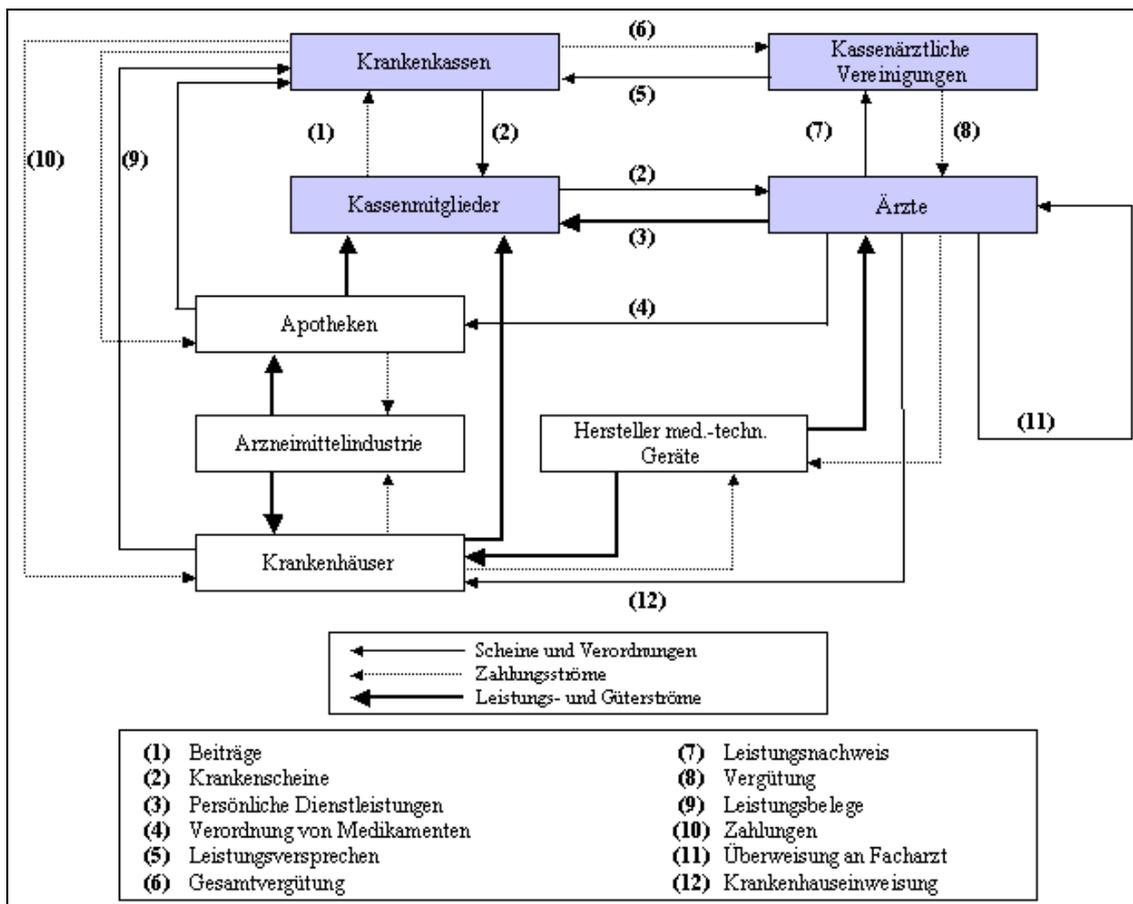


Abbildung 19: Das System der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland²⁰¹

Die Patientenversorgung erfolgt in Deutschland in einem hochgradig arbeitsteiligen Prozess.²⁰² Die Organisationsstruktur der Gesundheitsversorgung im deutschen Gesundheitswesen gliedert sich in den stationären Sektor, den ambulanten Sektor und die Arzneimittelversorgung.²⁰³ Die Heterogenität und die Vielfalt der für die Patientenversorgung zuständigen Leistungserbringer²⁰⁴ hat dazu geführt, dass im gesamten Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung über die Jahre hinweg Informations-, Kommunikations- und Koordinationsdefizite entstanden sind.²⁰⁵ Auf Grund der vertikalen Abgrenzung der Aufgabenbereiche der einzelnen Versorgungssektoren, insbesondere aber auf Grund der Segmentierung der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung²⁰⁶ und der Tatsache, dass

²⁰¹ Vgl. Albeck (1997), S.94.

²⁰² Vgl. Janßen (2000), S.202 und Böcken, Braun, Schnee (2002).

²⁰³ Vgl. Mühlbacher (2002), S.51. Die Aufspaltung der medizinischen Versorgung in einen ambulanten und einen stationären Leistungsbereich innerhalb der GKV hat zu starren Versorgungsstrukturen geführt, die bei Krankheiten, die eine sektorenübergreifende Behandlung erfordern, erhebliche Reibungsverluste an den Schnittstellen zur Folge haben und somit wirtschaftlich wenig effizient sind (Vgl. Windthorst (2002), S.40).

²⁰⁴ Vgl. Mühlbacher (2002), S.52.

²⁰⁵ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999), S.12; Kolb (2000), S.105.

²⁰⁶ Die starre Abschottung der Leistungssektoren in Bezug auf ihre jeweiligen Organisations- und Finanzierungsstrukturen gilt als zentrale Ursache der bestehenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite (Jacobs, Schröder (2003), S.103).

sich insbesondere der ambulante und stationäre Versorgungsbereich als Konkurrenten²⁰⁷ empfinden, ist der medizinische Behandlungsprozess keine durchorganisierte, ganzheitliche Behandlungskette.²⁰⁸ Viele Krankheiten verlangen das Angebot einer ganzheitlichen, koordinierten Versorgung der Versicherten.²⁰⁹ Brüche im Behandlungsprozess wirken sich negativ auf den Therapieerfolg aus, da medizinische Leistungen nicht in optimaler Weise ihre Wirkung entfalten können und einzelne Leistungen entweder mehrfach oder mangels ausreichender Informationen falsch eingesetzt werden.²¹⁰ Die sektorale Segmentierung lässt das Geld nicht der Leistung folgen und trägt wesentlich zur Unter- und Fehlversorgung, zur unzureichenden Versorgung von chronisch Kranken und zu relativ teuren Krankheitsbildern bei, teilweise auch zu mangelnder Qualität und einem Missverhältnis zwischen Aufwand und Ergebnis.²¹¹

Die Patienten begegnen während des Behandlungsverlaufs einer Vielzahl von Versorgungsformen, die sie mit technisierten Verfahren konfrontieren und bei denen sie zahlreichen Akteuren begegnen, die unterschiedlichen Berufsgruppen angehören und spezielle Funktionen ausüben. Beim Durchlaufen der Versorgungskette werden die Patienten nicht selten mit unterschiedlichen Versorgungskonzepten und unter Umständen auch mit einem Spannungsverhältnis an der Schnittstelle zwischen den Sektoren konfrontiert. Für die Patienten bedeutet dies Zusatzbelastungen wie Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen,²¹² die Verzögerung von Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen sowie eine nicht patientengerechte Aufsplittung des Angebots an Gesundheitsleistungen verbunden mit Kontinuitätsbrüchen in der Patientenversorgung.²¹³ Für die Leistungserbringer ergeben sich daraus doppelte Personalbesetzungen und apparative Kapazitäten²¹⁴, die sich bei ihnen wie auch den Kostenträgern in finanziellen Mehrfachbelastungen niederschlagen.²¹⁵

Zusätzlich gefördert wird die Abgrenzung der einzelnen Behandlungsbereiche durch die unterschiedlichen Honorierungsverfahren in den Sektoren.²¹⁶ Von Seiten des Gesetzgebers sind die Versorgungsaufträge der Vertragsärzte und Krankenhäuser durch die sektoralen Budgets²¹⁷ zur Vergütung der ambulanten und stationären Leistungen klar definiert und voneinander abgegrenzt. Die einzelnen Budgets stehen einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich

²⁰⁷ Vgl. Becker, Hensgen (2000), S.276.

²⁰⁸ Vgl. Windthorst (2002), S.41. Die vertikale Segmentierung verursacht Mängel in der Effektivität und Effizienz und damit eine unnötige Ausgabenbelastung (Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998), S.6).

²⁰⁹ Vgl. Orłowski (2000), S.191.

²¹⁰ Vgl. Mühlbacher (2002), S.52.

²¹¹ Vgl. Clade (2003a), S.507; Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001); AOK-Bundesverband et al. (2001).

²¹² Vgl. Baum (2000), S.4.

²¹³ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998), S.6f.

²¹⁴ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998), S.6; Windthorst (2002), S.41.

²¹⁵ Vgl. Achner, Düllings (2001), S.29.

²¹⁶ Vgl. Wasem (2003), S.2.

²¹⁷ Das Gesamtbudget für Vertragsärzte umfasst sämtliche ambulanten Leistungen im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung. Für die Krankenhäuser stehen individuelle Budgets zur Verfügung.

effizienten Patientenversorgung im Wege und fixieren die Autonomie der Versorgungsbereich.²¹⁸ Die Vergütungssysteme bieten den Leistungserbringern wenig Anreize für einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen,²¹⁹ da Finanzverlagerungen im Gesundheitswesen verhindert werden. Das im deutschen Gesundheitssystem vorhandene Geld konnte somit nicht der Leistung folgen und führte auf Grund von Doppelvergütungen zu Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen. Das Hauptproblem der Ausdifferenzierung komplexer Versorgungsketten besteht nach Stillfried jedoch darin, dass einzelne Leistungen zu wenig aufeinander und damit auch nicht auf die Erfordernisse des Behandlungsprozesses im Ganzen abgestimmt sind.²²⁰ Damit lässt die Effizienz der Leistungserbringung nach herrschender Meinung in vielen Versorgungsbereichen des deutschen Gesundheitssystem noch zu wünschen übrig.²²¹

Die bislang geltenden Regelungen mit Ausnahme der Öffnungsparagrafen § 63 SGB V (Realisierung zeitlich begrenzter Modellverhaben) und § 73a SGB V (Strukturverträge mit Beschränkung auf das Vertragsarztsystem) haben nicht die Bereitschaft der verschiedenen Leistungserbringer gefördert, Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern einzugehen und auf diese Weise Kosteneinsparungs- und Qualitätspotentiale zu realisieren.²²²

Hinzu kommt die starke Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit dem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, die ein Aufweichen dieser starren Aufgabenverteilung bisher verhinderte.

9. Zusammenfassung

Die Finanzierungsprobleme in der GKV haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung resultieren aus den Beitragszahlungen der erwerbstätigen Mitglieder in der GKV sowie den Beitragszahlungen der Rentner. Die Höhe der Einnahmen wird in der Regel einkommensproportional bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben; die Pro-Kopf-Beitragszahlungen der Rentner liegen mit ca. 1.400 Euro (1996) deutlich unter denen der erwerbstätigen Mitglieder (2.650 Euro; 1996). Durch den demographischen Wandel verschiebt sich das Verhältnis von erwerbstätigen Beitragszahlern und Rentnern: Einerseits nimmt die Zahl der Rentner in der GKV zu, andererseits sinkt als Folge der zurückgehenden Geburtenzahlen die Zahl der Erwerbstätigen, mit der Konsequenz, dass sich das Verhältnis von Rentnern zu erwerbstätigen Mitgliedern von ca. 0,4

²¹⁸ Vgl. Rüschemann, Roth, Krauss (2000), S.3.

²¹⁹ Vgl. Augurzky et al. (2004a), S.9.

²²⁰ Vgl. Stillfried (2000), S.175.

²²¹ Vgl. Cassel (2002), S.4.

²²² „Fließende Übergänge zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sind im deutschen Gesundheits-Alltag noch viel zu selten. Oft genug gibt es gerade an den so genannten Schnittstellen erhebliche Reibungsverluste bei der Patientenversorgung. Denn Informations- und Handlungsdefizite erschweren immer noch die Kooperation zwischen Klinik (und) niedergelassener Arztpraxis (...).“ (Engelmohr (2000), S.16).

im Jahr 1993 auf über 0,8 im Jahr 2030 mehr als verdoppeln wird²²³ und die Einnahmen aus den Beitragszahlungen sinken werden.²²⁴

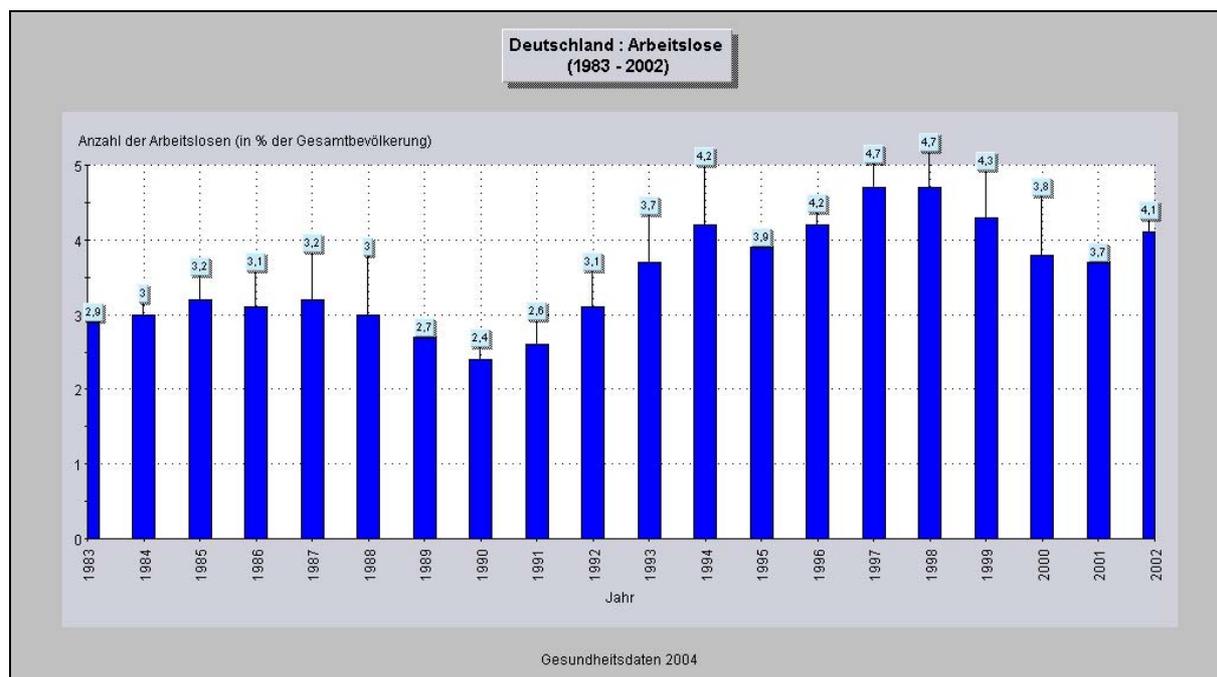


Abbildung 20: Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland²²⁵

Neben den Veränderungen in der Versichertenstruktur bekamen die Gesetzlichen Krankenversicherungen auch die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt der letzten Jahre deutlich zu spüren (vgl. **Abb. 20**). Die Verkürzung der Arbeitszeit und die nach wie vor sehr hohe Arbeitslosigkeit²²⁶ haben dazu geführt, dass sich in den letzten Jahren die einkommensabhängige Bemessungsgrundlage kontinuierlich zu Lasten der Beitragszahlungen verändert hat. Ein Rückgang der beitragspflichtigen Einkommen führt zu immer größeren Einnahmeausfällen für die Krankenversicherungen. Da aber zeitgleich die Ausgaben für Gesundheitsleistungen einen größeren Anstieg zu verzeichnen hatten als die Einnahmen der GKV, sahen sich die Gesetzlichen Krankenversicherungen gezwungen, die Einbußen auf der Einnahmeseite zu kompensieren. Als Konsequenz daraus wurde der durchschnittliche GKV-Beitragsatz in den letzten Jahren kontinuierlich angehoben.²²⁷ Der durchschnittliche Beitragsatz ist von 1970 bis

²²³ Vgl. Knappe, Rachold (1997), S.101f.

²²⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (1988a), S.437.

²²⁵ Vgl. OECD (2004).

²²⁶ Im Dezember 2004 waren in Deutschland 4.464 Mio. Menschen ohne Arbeit. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 10,8% (Vgl. Ritzer (2005), S.19). Im Dezember 2005 hatten 4.606 Mio. Menschen in Deutschland keine Arbeit. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 11,1%, (Vgl. Viering (2005), S.19).

²²⁷ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998), S.9.

Mitte der 90er Jahre von 8,20% auf 13,20% gestiegen.²²⁸ Im Jahr 2004 wurden durchschnittlich 14,23% des Arbeitseinkommens als Beiträge an die Krankenversicherung abgeführt.²²⁹

In der Diskussion um die Begrenzung des Einnahmerückgangs wird oft außer Acht gelassen, dass ein Schließen der Finanzierungslücke über einen weiteren Anstieg der durchschnittlichen Beitragssätze sich nicht nur nachteilig auf die Einkommen der privaten Haushalte auswirkt, sondern auch die Lohnnebenkosten in Deutschland negativ beeinflusst und deswegen vor dem Hintergrund der Diskussion um eine steigende Abgabenlast und den Wirtschaftsstandort Deutschland abzulehnen ist. Steigende Beitragssätze hemmen nicht nur die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer und belasten das Konsumverhalten der Bevölkerung, sondern forcieren auch den Drang zur Schattenwirtschaft und gefährden den Abbau der Arbeitslosigkeit. Sie sind nach allgemeiner Meinung Gift im Kampf gegen die Arbeitslosigkeit.²³⁰

Vor diesem Hintergrund ist die Politik besonders gefordert, nach neuen Wegen und Versorgungsmodellen im Gesundheitswesen zu suchen. Das Augenmerk der Entscheidungsträger gilt der langfristigen Sicherstellung der Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitssystems, wobei die Bezahlbarkeit des Faktors „Arbeit“ für Arbeitgeber und seine Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Vergleich nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Die Kenntnis der Einflussgrößen auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben kann den Akteuren des Gesundheitssektors wichtige Informationen über den zukünftigen Finanzierungsbedarf im Gesundheitswesen liefern und die Politik in der Ableitung und Umsetzung marktbeeinflussender Maßnahmen unterstützen.²³¹ Die Ineffizienzen des bestehenden Systems, der technologische Fortschritt sowie die demographische Entwicklung in Deutschland verlangen nach einer strukturellen Veränderung im Gesundheitswesen. Durch die Schaffung integrierter Behandlungsstrukturen²³² sowie integrierter Behandlungsprozesse²³³ (zum Beispiel) hat der Gesetzgeber einen neuen Weg eingeschlagen und bereits die ersten Rahmenbedingungen für marktlich koordinierte Effizienz- und Leistungssteigerungen im deutschen Gesundheitssystem geschaffen.²³⁴

²²⁸ Vgl. Albeck (1997), S.96.

²²⁹ Vgl. Techniker Krankenkasse (2005), S.23.

²³⁰ Vgl. Blüm (1987), S.245.

²³¹ Vgl. Zdrowomyslaw, Dürig (1997), S.91.

²³² Auf Grundlage § 95 SGB V des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) können Medizinische Versorgungszentren gegründet werden. Bei dieser Versorgungsform waren die aus den Polikliniken der DDR hervorgegangenen Gesundheitszentren in den neuen Bundesländern Vorbild. Patienten finden in den Medizinischen Versorgungszentren Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Physiotherapeuten und andere nichtärztliche Heilberufe sowie eine Apotheke und weitere Versorgungs- und Beratungsangebote. Vgl. hierzu Kapitel VII.4.

²³³ Z.B. Disease Management-Programme nach § 137 SGB V. Vgl. hierzu Kapitel VII.7.

²³⁴ Vgl. hierzu: Nissen (2002), S.22ff.

III. Neue Vergütungskonzepte zur Bewältigung der Probleme im deutschen Gesundheitssystem

Die Steuerungs- und Strukturdefizite führen zur Schaffung neuer Organisationsformen im Gesundheitswesen.

Da die behandelnden Ärzte für ihr Verhalten und ihr fehlendes Kostenbewusstsein bisher nicht zur Verantwortung gezogen werden,²³⁵ entsteht ein Verantwortungsvakuum. Damit Krankenkassen die zusätzlichen, hauptsächlich durch das fehlende ökonomische Bewusstsein der Ärzte verursachten Kosten in Form von Beitragssatzerhöhungen nicht an die Versicherungsnehmer weiterreichen, sind die Politik und die Interessenverbände des Gesundheitswesens gefordert, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Sie müssen sich des Problems der unkontrollierten Leistungsausweitung annehmen und gemeinsam mit den Leistungsanbietern nach Lösungen zur Vermeidung weiterer, unkontrollierbarer Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen suchen. Die Versorgungsqualität darf dabei nicht außer Acht gelassen werden und muss auf einem für die Patienten zufrieden stellenden Niveau gehalten werden.

In Deutschland ist die rot-grüne Bundesregierung 1998 mit dem Ziel angetreten, das deutsche Gesundheitssystem zu reformieren, die sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu forcieren und das stationäre Entgeltsystem auf der Basis von Diagnosis Related Groups neu zu gestalten. Der Gesetzgeber hat die Voraussetzungen für ausgabenbegrenzende Versorgungsstrukturen und Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen geschaffen. Ziel ist, auf Dauer die Probleme des deutschen Gesundheitssystems in den Griff zu bekommen sowie die für den Aufbau und die langfristige Sicherstellung eines effektiven, wirtschaftlich effizienten und bezahlbaren Versicherungsschutzes für die Patienten notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. In Zukunft sollen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle bei der Versorgung der Patienten, insbesondere von Versicherten mit chronischen Erkrankungen spielen. Um diese ökonomisch und medizinisch anspruchsvollen Ziele auch erreichen zu können, wird eine enge organisatorische Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen angestrebt, in der Absicht, Leistungen wirtschaftlich effizient zu erbringen, Kostenentwicklungen zu kontrollieren und die medizinische und ökonomische Verantwortung zusammenzuführen. Aus diesem Grund hat sich der Gesetzgeber entschlossen, im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 die bisher existierende sektorielle Trennung im Gesundheitswesen aufzubrechen und durch sektorenübergreifende und kooperative Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu ergänzen.

1. Implementierung eines DRG-basierten Entgeltssystems für Krankenhäuser

Mit der Gesundheitsstrukturreform 2000 hat die rot-grüne Bundesregierung die Einführung eines komplett pauschalierenden Entgeltssystems als Finanzierungsgrundlage für den Krankenhausbereich beschlossen. Zur Begründung für die Reform des Abrechnungssystems verweist die Bundesregierung auf die fehlenden rechtlichen Voraussetzungen für bedarfsgerechte Investitionen und eine leistungsgerechte Mittelverteilung innerhalb des stationären Behandlungsablaufs, die für fehlende Transparenz bei Leistungen und Preisen im Krankenhausbereich sorgen. Das bisherige Nebeneinander von Fallpau-

²³⁵ Vgl. Oberender, Ecker (1997), S.11.

schalen, Sonderentgelten sowie Abteilungs- und Basispflegesätzen erlaubt eine leistungsorientierte Bewertung von Krankenhausleistungen nur in Ansätzen. Die fehlende Transparenz erschwert die Vergleichbarkeit von Leistungen nicht nur für Patienten, sondern auch für die Krankenkassen und die Budgetverhandlungen. Der Gesetzgeber hat sich dieser Problematik angenommen und sich das ehrgeizige Ziel gesetzt, durch die Implementierung eines geeigneten Steuerungsinstrumentes die leistungsgerechte Mittelverteilung für den gesamten stationären Sektor sicherzustellen. Beabsichtigt ist, dass die Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens gemeinsam und unter Berücksichtigung eines im Gesetz detailliert vorgegebenen Zeit- und Stufenplanes ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem entwickeln, das für sämtliche operativen und konservativen Krankenhausleistungen anzuwenden ist und die spezifischen deutschen Versorgungs- und Kostenstrukturen leistungsgerecht bewertet und abbildet.²³⁶

Dem Gesetzgeber ist es gelungen, mit der Selbstverwaltung Konsens über die Notwendigkeit einer Neustrukturierung des gegenwärtigen Abrechnungssystems herzustellen und mit der Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes die Rahmenbedingungen für mehr Transparenz des Leistungsgeschehens, einen effektiven Einsatz der begrenzten Finanzmittel sowie eine leistungsgerechte Vergütung im Krankenhaussektor zu schaffen.²³⁷ Die deutschen Krankenhäuser stehen damit vor der wohl größten Reform ihres Preissystems.²³⁸

2. „*Diagnosis Related Groups*“ als *Patientenklassifikationssystem*

Der Begriff „*Diagnosis Related Group*“ (DRG) steht für ein Fallgruppensystem, in dem die Gesamtgruppe aller vollstationären Fälle eines Krankenhauses nach medizinischen Merkmalen nachvollziehbar in bewertete Untergruppen eingeteilt wird.²³⁹ Das Hauptziel dieses Systems besteht darin, Patienten, die in Bezug auf das medizinische Erscheinungsbild ihrer Erkrankung und den kostenmäßigen Aufwand für das Leistungsgeschehen Übereinstimmungen aufzuweisen haben, in medizinisch homogene Gruppen zusammenzufassen. Die Krankenhäuser erhalten von den Kostenträgern für jeden Behandlungsfall einen Festpreis, dessen Höhe sich zukünftig nicht mehr nach der stationären Aufenthaltsdauer des Patienten richtet, sondern sich ausschließlich an der gestellten Diagnose des zu behandelnden Falles und der daraus resultierenden durchschnittlichen Kosten zu orientieren hat und durch den Grund des Klinikaufenthaltes bestimmt wird.²⁴⁰ Nach Abschluss der Einführung des neuen Abrechnungssystems würden medizinische Eingriffe den Vorgaben des neuen Preissystems²⁴¹ folgend bundesweit einheitlich vergütet werden.

²³⁶ Vgl. Clade (2000), S.341.

²³⁷ Vgl. Schlottmann, Schellschmidt (1999), S.36.

²³⁸ Vgl. Dänzer, Pfaff (1999), S.649.

²³⁹ Vgl. Schlottmann, Schellschmidt (1999), S.38.

²⁴⁰ Das neue Abrechnungssystem gibt den Krankenhäusern einen Anreiz, die Patienten unter Berücksichtigung von Qualitätsvorgaben möglichst schnell wieder zu entlassen, weil sich auf diese Weise die Erlöse des Krankenhauses steigern lassen. Voraussetzung dafür aber ist, dass eine qualitativ hochwertige Anschlussbehandlung der Patienten gewährleistet werden kann. Diese kann mit Hilfe von Kooperationsverträgen von vor- und nachgelagerten Leistungserstellern sichergestellt werden (Vgl. Strehlau-Schwoll (2002), S.997).

²⁴¹ Bei den regulierten Preisen handelt sich genau genommen um eine durchschnittliche Kostenerstattung (Anmerkung des Autors).

Der Gesetzgeber als Verfechter eines fallbezogenen Vergütungssystems hatte die Selbstverwaltungspartner verpflichtet, sich bei der konzeptionellen und inhaltlichen Ausgestaltung der Gesetzesvorlagen an den „DRG“ zu orientieren und Erfahrungen, die bereits auf internationaler Ebene mit diesem Patientenklassifikationssystem gemacht wurden, bei der Umsetzung des Projektvorhabens zu berücksichtigen: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren (...) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups orientiert (...).“²⁴² Bei dem vom deutschen Gesetzgeber präferierten DRG-System handelt es sich um ein in den USA entwickeltes, diagnosebezogenes Klassifizierungssystem für stationär behandelte Patienten. Die USA als Vorreiter eines diagnose-orientierten Preissystems, Australien sowie zahlreiche Europäische Staaten haben bereits frühzeitig die Gefahr einer unkontrollierten Kostenentwicklung erkannt und einen DRG-basierten Abrechnungsmodus für stationäre Krankenhausleistungen als Teil der Bemühungen um Kostendämpfung eingeführt. In Europa setzen derzeit acht Länder (Dänemark, Finnland, Italien, Lettland, Norwegen, Portugal, Schweden und Spanien) DRGs zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen ein. Frankreich benutzt sein Fallgruppensystem als Instrument zur Budgetbemessung, Belgien und Irland zur abrechnungswirksamen Verweildauersteuerung. Nur Großbritannien verwendet sein DRG-angelehntes Patientenklassifikationssystem zur bedarfsassoziierten Leistungssteuerung und nur in Ausnahmefällen zur Abrechnung.²⁴³ In Deutschland soll letztendlich die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen durchgängig über ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem im Sinne des § 17 b Abs. 1 KHG erfolgen,²⁴⁴ wobei sich leistungsorientierte Vergütungsformen dadurch auszeichnen, dass sie für eine vorher festgelegte Leistungseinheit die Zahlung eines festen Preises vorsehen und kostenintensive Leistungen höher vergütet werden als weniger aufwendige Leistungen.²⁴⁵

Die überwiegend positiven Erfahrungen, die insbesondere Australien mit der Einführung des DRG-Systems in den letzten Jahren sammeln konnte, sowie die spezifische Struktur des tagesgleichen Pflegesatzes als zentraler Bestimmungsfaktor für die expansive Ausgabenentwicklung im deutschen Krankenhaussektor²⁴⁶ haben den deutschen Gesetzgeber dazu veranlasst, das bisherige stationäre Vergütungssystem durch diagnosebezogene Fallgruppen nach australischem Vorbild und unter Berücksichtigung der deutschen Verhältnisse zu ersetzen. Bereits in ihrer ersten Vereinbarung vom Juni 2000²⁴⁷ haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen auf die Übernahme der Systematik der „Australian Refined Diagnosis Related Groups“ (AR-DRG) als Ausgangsbasis für das deutsche DRG-System ver-

²⁴² Vgl. § 17 b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 10. April 1991 (BGBl. I S.886) zuletzt geändert durch das zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 22. 6.2005 (BGBl. I S.1720) [im folgenden zitiert: § 17 b KHG].

²⁴³ Vgl. Rochell, Roeder (2001), S.50.

²⁴⁴ Vgl. Schröder, Dudey (2001), S.285.

²⁴⁵ Vgl. Baum, Tuschen (2000), S.453.

²⁴⁶ Vgl. Sell (2000), S.103.

²⁴⁷ Vgl. o.V. (2000a), S.348-349.

ständig,²⁴⁸ nicht ohne auf die notwendige Adaption der australischen DRGs an die deutschen Verhältnisse hinzuweisen.²⁴⁹ Bei dem australischen System handelt es sich um ein Refined-DRG-System der neuesten Generation, welches zu jeder Basis-DRG durchgehend eine feste Anzahl von Schweregradstufen kennt.²⁵⁰ Um das Krankheits- und Leistungsspektrum deutscher Krankenhäuser möglichst umfassend und genau über die Fallpauschalen abbilden zu können und eine differenzierte, leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen, müssen neben der Bestimmung der nationalen Relativgewichte auf der Basis von Daten aus deutschen Krankenhäusern auch die Vorgaben des Gesetzes zur Integration von Strukturzuschlägen in die Leistungsvergütung²⁵¹ berücksichtigt werden. Auf diese Weise soll innerhalb von wenigen Jahren ein für alle stationären Behandlungsfälle geeignetes und sachgerecht kalkuliertes Vergütungssystem entwickelt und als verbindlicher Abrechnungsmodus für stationäre Leistungen eingeführt werden. **Abb. 21** liefert einen Überblick über die Systematik und Entwicklung der DRG.

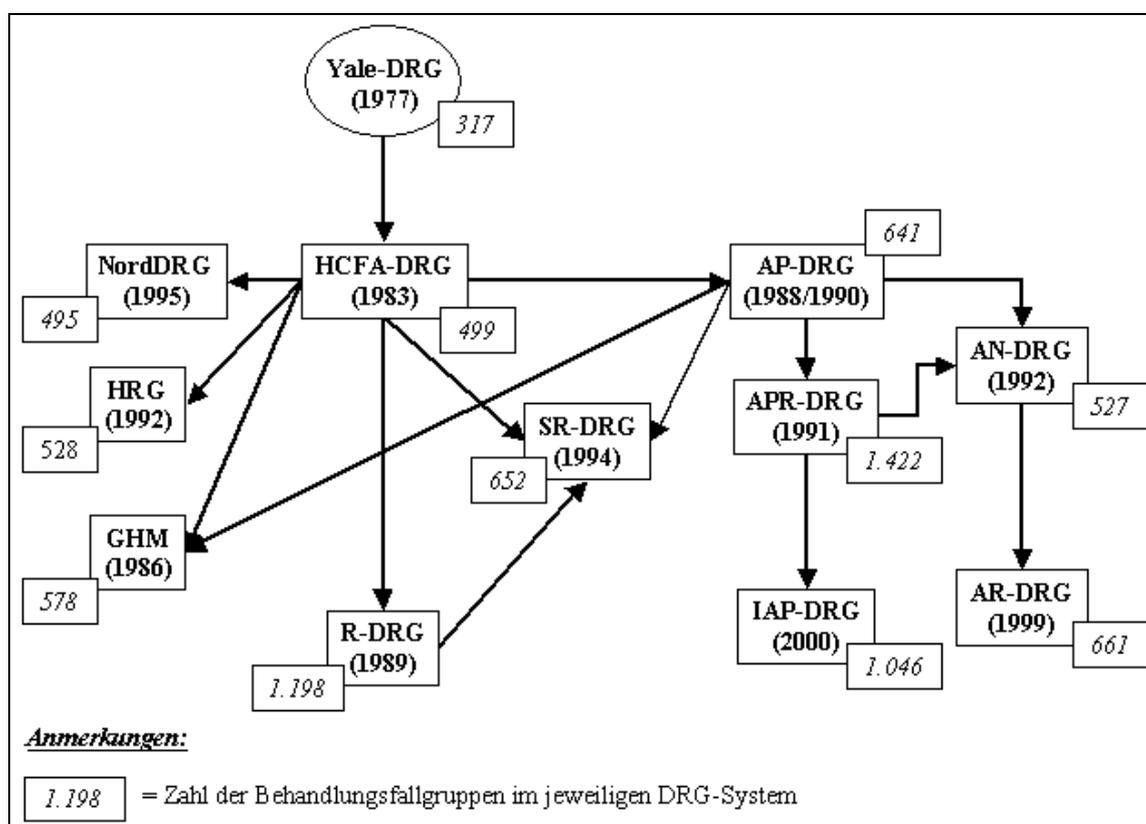


Abbildung 21: Die Systematik der DRG-Familie²⁵²

²⁴⁸ Vgl. § 17 b KHG.

²⁴⁹ Vgl. Schlottmann (2002), S.26.

²⁵⁰ Vgl. Roeder, Rochell, Scheid (2000), S.344.

²⁵¹ Vgl. Lauterbach, Lungen (2000a), S.39.

²⁵² In Anlehnung und Ergänzung an Fischer (2001), S.21, und Sell (2000).

3. Fallgruppierung in DRG-Systemen

Fallgruppensysteme werden eingesetzt, um eine strukturelle Einteilung der stationären Behandlungsfälle zu ermöglichen. Zu den Eigenschaften der DRG-Systeme gehört, dass die stationären Behandlungsfälle durch die Identifizierung bestimmter medizinischer Merkmale in möglichst homogenen Fallgruppen mit ähnlichen oder identischen Behandlungskosten zusammengefasst werden. Die Eingruppierung der Behandlungsfälle erfolgt in der Regel auf der Grundlage der vorliegenden Diagnose-daten, Operationskennziffern und Nebendiagnosen, sowie unter Berücksichtigung der Entlassungsart und des Alters streng regelhaft und vollautomatisch über ein EDV-Modell (vgl. **Abb. 22**).²⁵³

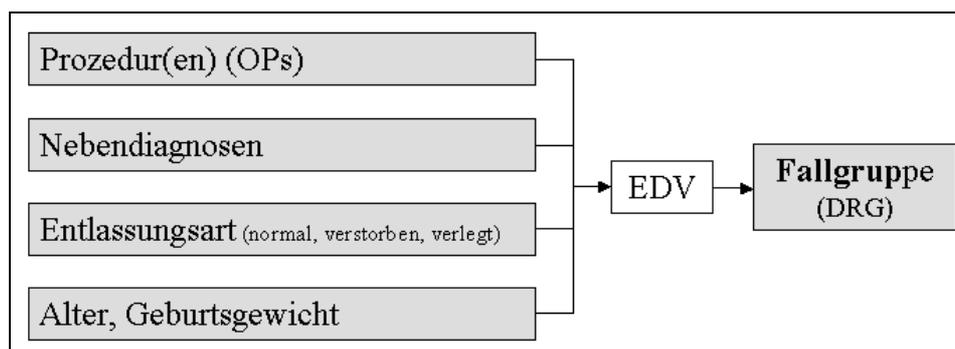


Abbildung 22: Eingruppierung eines Behandlungsfalles in eine Fallgruppe (DRG)²⁵⁴

Die Patienten werden bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus zunächst anhand ihrer Krankheitsbilder und der Hauptdiagnose einer Hauptkategorie („Major Diagnostic Category“ - MDC) zugeordnet, wobei als Differenzierungsmerkmale die wichtigsten Organe, Organsysteme (zum Beispiel Atmungsorgane) und Krankheitsursachen wie beispielsweise Infektionen dienen. Ursprünglich gab es 23 MDCs. In der Zwischenzeit sind in zahlreichen Systemen auch Kategorien für HIV-Erkrankungen und Polytrauma-Fälle vergeben, so dass sich die Anzahl der Hauptkategorien erhöht hat und nun insgesamt 26 Hauptkategorien vorliegen.²⁵⁵ In einem zweiten Schritt erfolgt eine Eingruppierung der Patienten nach der von der Klinik als sinnvoll betrachteten Behandlungsart. Zur Auswahl stehen Fallgruppen, die entweder einen operativen Eingriff zur Behandlung des Krankheitsbildes vorsehen oder sich auf die Anwendung nicht-operativer, konservativer Behandlungsmethoden konzentrieren. Als weitere Strukturierungsmerkmale lassen sich in einem dritten Schritt sekundäre Diagnosen sowie potentielle Komplikationen als wesentliche Komorbiditäten definieren und - soweit diese (negativen) Begleiterscheinungen die Behandlungskosten der Hauptdiagnose erhöhen - im Rahmen der Patientenklassifikation berücksichtigen.²⁵⁶

²⁵³ Vgl. Mansky (1998), S.917.

²⁵⁴ Vgl. Mansky (1998).

²⁵⁵ Vgl. Dänzer, Pfaff (1999), S.650.

²⁵⁶ Vgl. Mansky (1998), S.916.

Über dieses hierarchische Verfahren erhält man eine Vielzahl von Fallgruppen, deren Anzahl in Abhängigkeit vom Differenzierungsgrad des Klassifikationssystems steigt und von denen letztendlich nur ein Bruchteil medizinisch sinnvoll ist und für die Praxis Relevanz besitzt.²⁵⁷

4. Grundstruktur eines DRG-basierten Vergütungssystems

4.1. Kalkulation deutscher Kostengewichte

Eine zentrale Komponente bei der Implementierung des australischen DRG-Systems ist die Kalkulation deutscher Relativgewichte zur Bestimmung der Vergütungshöhe der einzelnen Fallgruppen. Die Höhe des Vergütungsbetrages wird nicht den einzelnen DRGs unmittelbar zugeordnet, sondern der Kostenaufwand des stationären Aufenthaltes einer bestimmten DRG-Gruppe wird durch das relative Kostenverhältnis dieser Behandlung zu einer theoretisch definierten Basisgröße dargestellt.²⁵⁸ Diese Basisgröße, die sich aus dem Durchschnitt aller Relativgewichte ergibt, wird auf 1,0 normiert und dient als Bezugsgröße für den relativen Unterschied der durchschnittlichen Behandlungskosten. Eine DRG mit dem Kostengewicht von 0,5 hat eine unterdurchschnittliche Vergütung und erhält einen um ein Drittel niedrigeren Vergütungsbetrag als eine DRG mit dem Faktor 1,5. Die Relativgewichte pro DRG bilden somit den durchschnittlichen Aufwand für eine Fallgruppe im Verhältnis zum Aufwand für einen Durchschnittsfall ab.²⁵⁹ „Die DRG-Kostengewichte verkörpern also den relativen „Punktwert“ pro Fallgruppe und sind ein Maß für die durchschnittliche Aufwendigkeit der Behandlung“, so Wolfram Fischer in seinem Aufsatz zu den Grundzügen von DRG-Systemen.²⁶⁰

Der tatsächliche Preis, den Krankenhäuser für die Behandlung eines Patienten erhalten, ergibt sich aus der Multiplikation des ermittelten Relativgewichtes mit der so genannten „Base-Rate“. Diese gibt den mittleren Fallpreis an, der für die Behandlung des Falles mit der Basisgröße 1,0 festgelegt worden und für alle DRGs gleich hoch ist. Als Ergebnis erhält man das absolute Vergütungsniveau aller DRGs.

Ein besseres Verständnis der Grundstruktur eines diagnosebasierten Entgeltsystems vermittelt ein Beispiel, das dem Aufsatz von Stefan Sell entnommen ist.²⁶¹ Bei einem Patienten, der zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert worden ist, wird die Haupt-Diagnose Appendektomie ohne Komplikationen und gewöhnliche Begleiterkrankungen gestellt. Als mittlerer Fallpreis ist ein Betrag in Höhe von 2.750 € ermittelt worden. Das relative Kostengewicht für diesen Behandlungsfall beträgt 0,81, so dass das Krankenhaus für die wirtschaftlich effiziente und qualitativ hochwertige Behandlung des Blinddarm-Patienten vom zuständigen Kostenträger eine Vergütungssumme in Höhe von 2227,50 € erhält.

²⁵⁷ Vgl. Mansky (1998), S.917.

²⁵⁸ Vgl. Sell (2000), S.110.

²⁵⁹ Vgl. Burger (1999), S.28.

²⁶⁰ Vgl. Fischer (2001), S.16.

²⁶¹ Vgl. Sell (2000), S.110. [Die von Sell verwendeten DM-Preise sind vom Autor dieses Beitrages in EURO-Preise umgerechnet worden. Aus Gründen der Vereinfachung wurde die Umrechnung im Verhältnis 2:1 vorgenommen.]

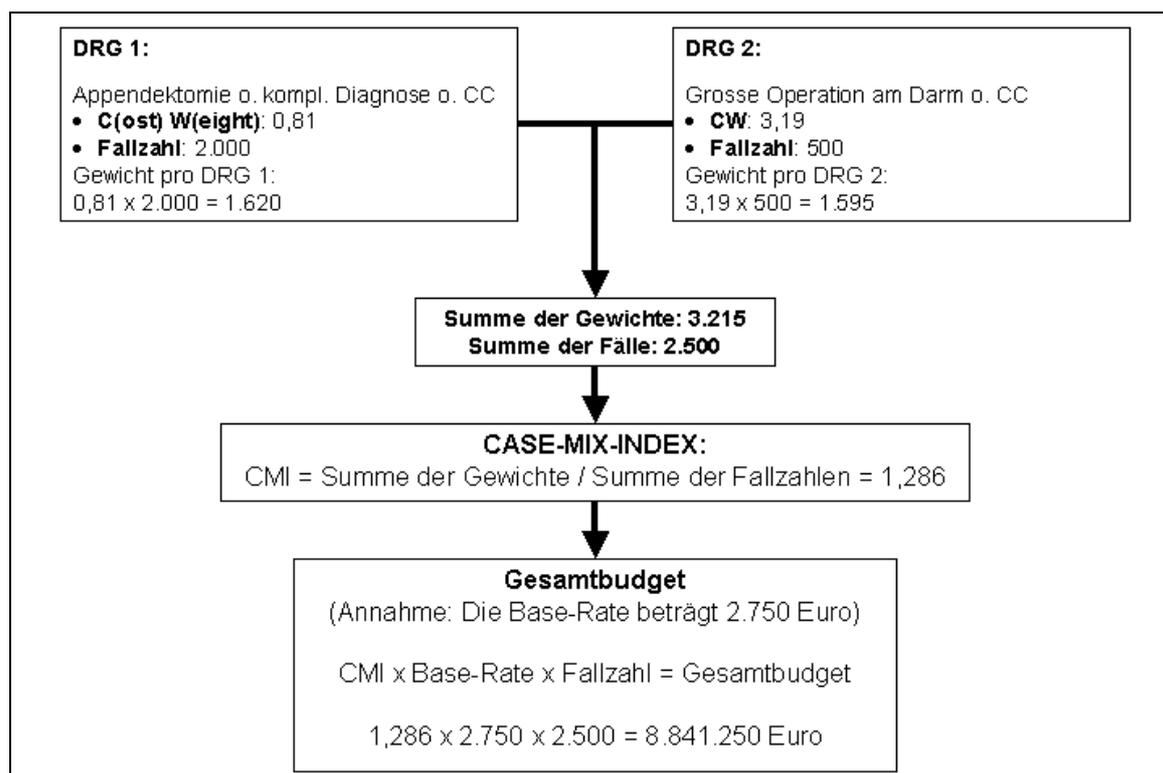


Abbildung 23: Beispiel für die Berechnung des CMI und die Ermittlung des Gesamtbudgets

Das Gesamtbudget einer Krankenhausabteilung errechnet sich aus dem Durchschnitt der Relativgewichte unter Zuhilfenahme des so genannten „Case-Mix-Index“ (CMI). Der CMI ist der gewichtete Mittelwert der Kostengewichte einer organisatorischen Einheit und liefert Informationen über die durchschnittlichen Behandlungskosten einer Abteilung. Das folgende Beispiel von Sell illustriert die Vorgehensweise bei der Berechnung eines Abteilungsbudgets (vgl. **Abb. 23**).²⁶²

Eine allgemeinchirurgische Krankenhausabteilung hat sich im Rahmen ihres Leistungsangebotes auf zwei DRGs spezialisiert. Zum einen konzentrieren sich die Ärzte dieser Abteilung auf Appendektomien ohne komplizierte Diagnosen und Begleiterkrankungen (DRG 1), andererseits werden von ihnen im Rahmen ihrer Leistungsspezialisierung umfangreiche Darmoperationen ohne Komplikationen (DRG 2) durchgeführt. Es wird angenommen, dass in einem nicht näher definierten Betrachtungszeitraum 2.000 Blinddarm- und 500 Darmoperationen vorzunehmen sind und die relativen Kostengewichte für die beiden DRGs 0,81 beziehungsweise 3,19 betragen. Die Multiplikation dieser Kostenfaktoren mit den Fallzahlen liefert mit 1.620 für die DRG 1 beziehungsweise 1.595 für DRG 2 die Gewichte der einzelnen Fallgruppen. Aus der Summe dieser Gewichte (= 3.215), dividiert durch die addierten Fallzahlen (= 2.500), erhält man einen CMI von 1,286, wonach die beiden Behandlungsfälle im Durchschnitt um fast 29% kostenaufwendiger sind als die Behandlungen im Basisfall. Bei einer Base-Rate von 2.750 € würde sich das Gesamtbudget (= CMI x Base-Rate x Fallzahl) der Abteilung demnach auf 8.841.250 € belaufen.

Die knappen Zeitvorgaben bei der Neugestaltung der stationären Vergütung seitens des Gesetzgebers konfrontierten die Selbstverwaltung mit einem hohen Entscheidungs- und Erwartungsdruck bei der

²⁶² Vgl. Sell (2000), S.110.

Bestimmung der deutschen Bewertungsrelationen. Zur Diskussion standen in diesem Zusammenhang die unbearbeitete Übernahme international vorhandener Kostengewichte, als auch eine vollständige Neukalkulation der Gewichte entweder über eine Stichprobe von deutschen Krankenhäusern mit Kostenträgerrechnung oder auf Basis der bisherigen Ist-Erlöse.²⁶³ Vor dem Hintergrund der äußerst knapp bemessenen Entwicklungs- und Einführungszeit hatten die Selbstverwaltungsorgane zu entscheiden, welche dieser Alternativen am ehesten den Anforderungen des deutschen Krankenhausfinanzierungsgesetzes entgegenkommt und die erfolgreiche Integration eines pauschalierenden Entgeltsystems in das deutsche Gesundheitswesen im Sinne des Gesetzes unterstützt. Die bloße Übernahme internationaler Gewichte ist technisch grundsätzlich zwar möglich und wegen des äußerst engen Zeitplanes, in dem das Projekt zu realisieren ist, auch empfehlenswert. Aber auf Grund der medizinischen und ökonomischen Rahmenbedingungen in Deutschland, die sich erheblich von denen Australiens, für dessen pauschaliertes Preissystem sich die Selbstverwaltung entschieden hat, unterscheiden, ist diese Vorgehensweise abzulehnen. Hiergegen spricht in erster Linie, dass ausländische DRGs oftmals andere Kostenbestandteile aufzuweisen haben und die Behandlungsmethoden sowie der abgedeckte Personenkreis im Ausland von denen in Deutschland abweichen können. Das kann dazu führen, dass sich bei einer unkritischen Übernahme bestehender Bewertungsgrößen das ausländische Preissystem nur bedingt für das deutsche Krankenhauswesen eignet und eine kostendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten auf Grund unterschiedlicher Bemessungsgrundlagen nur eingeschränkt oder gar nicht zu gewährleisten ist. Deswegen haben sich die Vertreter der Selbstverwaltungsorgane ungeachtet der restriktiven Zeitvorgaben des Gesetzes für eine komplette Neukalkulation der deutschen Kostengewichte entschieden.

Entscheidend für die Akzeptanz und den Erfolg des DRG-Systems ist seine dynamische und regelmäßige Anpassung und Pflege durch die beteiligten Vertragsparteien. Die Selbstverwaltungsorgane haben darauf zu achten, dass Preissenkungspotentiale als Instrument zur Kompensation von Mengenausweitungen ebenso konsequent umgesetzt werden wie Adaptionen des Systems an neue medizinische Entwicklungen. Angesichts der raschen Entwicklung medizinischer Verfahren und Techniken erfordert der langjährige Einsatz eines leistungsorientierten Entgeltsystems dessen regelmäßige, systematisierte Pflege und Weiterentwicklung.²⁶⁴

4.2. Ergänzende Vergütungsregelungen zur Vermeidung von Erlösausfällen

Zu den Intentionen von DRGs gehört es, durch die Fallgruppenbildung ein genaues Abbild von den im einzelnen Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie der Schwere der behandelten Fälle zu erhalten,²⁶⁵ wobei die zu definierenden Fallgruppen in ihrem Leistungsspektrum jederzeit nachvollziehbar und überprüfbar sein sollen.²⁶⁶ Aus diesem Grund und um den Anreiz zur internen Kosteneffizienz aufrecht zu erhalten, ist die Vergütung für alle Krankenhausleistungen gleich hoch.²⁶⁷ Potentielle Kos-

²⁶³ Vgl. Günster, Klauber, Schellschmidt (2000), S.261ff.

²⁶⁴ Vgl. Mansky (1998), S.919.

²⁶⁵ Vgl. Günster, Klauber, Schellschmidt (2000), S.246.

²⁶⁶ Vgl. Bergers (2002).

²⁶⁷ Vgl. Lauterbach, Lungen (2000a), S.39.

tenunterschiede sind auf Abweichungen in der Fallschwere zurückzuführen oder mit Ineffizienzen in der medizinischen Behandlung von Patienten zu begründen. Ein ineffizientes Leistungsgeschehen liegt zumindest dann vor, wenn hinsichtlich der Fallschwere keine Differenzen festzustellen sind und einzelne Kliniken trotz identischer (Fall-) Strukturen höhere Ausgaben zu verzeichnen haben als Krankenhäuser mit effizienten wirtschaftlichen und medizinischen Strukturen, sofern die im Folgenden geschilderten Bedingungen nicht zutreffen.

Kostenunterschiede sind allerdings nicht ausschließlich auf individuell bedingte Ineffizienzen zurückzuführen. Jenseits der Fallschwere existieren auch externe Einflüsse, die zu zusätzlichen finanziellen Belastungen der stationären Einrichtungen führen können und sich nicht mit einem ineffizienten Ressourcenverbrauch im internen Leistungsgeschehen eines Krankenhauses erklären lassen.²⁶⁸ Da sich diese finanziellen Zusatzbelastungen dem Einflussbereich des Krankenhausmanagements entziehen, sieht der Gesetzgeber einen besonderen Regelungsbedarf bei der Implementierung zusätzlicher Vergütungsregeln zur Vermeidung situativ bedingter Kostendifferenzen zwischen den Krankenhäusern. Über bundesweit einheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge sind strukturell bedingte Kostenunterschiede, die zusätzliche Vergütungsansprüche seitens der Leistungsanbieter begründen können, zu finanzieren und auszugleichen. Zur Diskussion stehen Ausgleichszahlungen für krankenhausesindividuelle Leistungen, deren Finanzierungstatbestand nicht für alle Krankenhäuser vorliegt und somit nicht durch das Vergütungssystem des § 17 b Abs.1 Satz 1 KHG abgedeckt ist.

Stationäre Einrichtungen, die als Aus- und Weiterbildungsstätte für Pflegekräfte und Ärzte fungieren, sollen ihre zusätzlichen Leistungen genauso honoriert bekommen wie Krankenhäuser, die sich an der Notfallversorgung von Patienten beteiligen oder deren Vorhaltung von Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung auf Grund regionaler oder fachrichtungsbedingter Unterschiede nicht kostendeckend zu finanzieren sind.²⁶⁹ Die potentielle Deckungslücke als Folge der Vorhaltekosten kann nicht den betroffenen Krankenhäusern angelastet werden und ist durch Zuschlagsregelungen gesondert zu berücksichtigen. Um Missbrauch zu verhindern, sind die Anzahl der Struktur-Parameter zur Beibehaltung der gewünschten Anreize des DRG-Systems stark einzuschränken und zeitlich zu begrenzen.

4.3. Sonderregelungen im Bereich „Psychiatrie“

Bei der Regelung der Vergütungsfrage sind auch diejenigen medizinische Bereiche zu berücksichtigen, die sich nicht für eine Gruppierung in eine praktikable Anzahl homogener Fallgruppen und eine Vergütung über Fallpauschalen eignen. Behandlungsfälle, die in den Zuständigkeitsbereich einer psychiatrischen Einrichtung fallen, sind den Vorgaben des Gesetzes folgend von der zukünftigen Krankenhausvergütung über Fallpauschalen ausgeschlossen.²⁷⁰ Gegen eine Aufnahme von psychiatrischen Krankheitsfällen in ein diagnose-basiertes Vergütungssystem spricht vor allem, dass psychiatrische Behandlungsfälle den Anforderungen einer ausreichenden Homogenität sowohl in medizinischer Hin-

²⁶⁸ „Angesichts der knappen finanziellen und personellen Ressourcen sollte sich das Krankenhaus jedoch auf seine Kernkompetenzen und Kernaufgaben konzentrieren.“ (Picot, Schwartz (1995), S.586).

²⁶⁹ Vgl. Neubauer, Nowy (2002), S.30.

²⁷⁰ Vgl. § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG.

sicht als auch hinsichtlich der Kosten für die Fallgruppierung nicht gerecht werden²⁷¹ und deswegen eine Integration der Psychiatrie in ein landeseinheitliches DRG-Preissystem zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich und sinnvoll ist. Für Behandlungsfälle, die in den Ausnahmbereich des Gesetzes fallen und nicht durch das DRG-System erfasst und abgedeckt werden, sind alternative Vergütungsregelungen vorzusehen.

4.4. Auswirkungen des DRG-basierten Vergütungssystems auf das Kooperationsverhalten von Krankenhäusern

Das Fallpauschalengesetz sieht vor, dass nach dem Ende der Konvergenzphase vom Jahr 2007 an sämtliche Krankenhausleistungen ausschließlich über Pauschalen vergütet werden.²⁷² Die Höhe des Vergütungsbetrages richtet sich in Zukunft nach dem Grund des Klinikaufenthaltes ohne Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus. Anreize für eine Leistungserbringung im Krankenhaus unter Wahrung des Wirtschaftlichkeitsprinzips werden in der Regel dann gesetzt, wenn die Leistungsmenge und damit die Basis für die Einnahmen sich nicht vom Krankenhaus nach Belieben beeinflussen lässt und sich die Berechnung der Preise nicht an den Ausgaben des einzelnen Krankenhauses orientiert, sondern davon unabhängig ist.²⁷³ Um vorzubeugen, dass als Folge des neuen Vergütungssystems Qualitätseinbußen und Liegezeitverkürzungen zu verzeichnen sind²⁷⁴ und die Kosteneinsparungen zu Lasten der Patienten gehen, sieht das Gesetz die Implementierung von Qualitätskontrollen zur Überwachung medizinischer Standards vor.²⁷⁵ Qualitätssicherung und Mengensteuerung sind nach Expertenmeinung um so mehr erforderlich, als das neue Entgeltsystem die Spezialisierung der Krankenhausmedizin begünstigt, die akutstationäre Phase tendenziell verkürzt und ein Suchprozess zur Optimierung des vorgehaltenen Leistungsspektrums ausgelöst wird.²⁷⁶ Zu der erklärten Zielsetzung des Gesetzgebers gehört es, mit dem neuen Vergütungssystem die Transparenz bei Leistungen und Preisen zu erhöhen und für mehr Finanzierungsgerechtigkeit im stationären Sektor zu sorgen, damit Krankenhäuser in Zukunft für die gleiche Behandlungsleistung auch die gleiche Vergütung bekommen.²⁷⁷

Mit der Ablösung des bisherigen gemischten Entgeltsystems werden unwirtschaftliche Krankenhäuser zukünftig mit niedrigeren Entgelten ausgestattet als Häuser,²⁷⁸ die bereits heute auf eine wirtschaftlich und medizinisch effiziente Krankenversorgung achten und ihre Leistungen preisgünstiger anbieten als vergleichbare Einrichtungen mit identischen oder ähnlichen Leistungsstrukturen. Es wird damit ge-

²⁷¹ Vgl. Günster, Klauber, Schnellschmidt (2000), S.251.

²⁷² Vgl. Lauterbach, Lungen (2000a), S.36. Die Einführung von Fallpauschalen für sämtliche Krankenhausleistungen bedeutet einen Paradigmawechsel in der Krankenhausfinanzierung mit dem endgültigen Abschied von der Vergütung nach dem Selbstkostenprinzip (Vgl. Schalkhäuser (2001), S.A 2546).

²⁷³ Vgl. Burger (1999), S.25.

²⁷⁴ Studien aus den USA haben ergeben, dass Patienten nach Einführung des DRG-Systems in den vereinigten Staaten in einem weniger stabilen Gesundheitszustand entlassen wurden (Vgl. hierzu: Coffey, Louis (2001)).

²⁷⁵ Vgl. § 17 b Abs. 2 Satz 2 KHG.

²⁷⁶ Vgl. Clade (1998), S.A. 1926.

²⁷⁷ Vgl. o.V. (2000b), S.495.

²⁷⁸ Vgl. Hoffmann (2000), S.10.

rechnet, dass die Bestimmungen zur Einführung eines durchgängig pauschalierten Entgeltsystems den Alltag in den deutschen Krankenhäusern deutlich verändern und in Zeiten knapper werdender finanzieller Mittel entscheidende Impulse für eine strategische Neuausrichtung hin zu mehr Case-Management und intersektoralen Kooperationen geben werden. Nicht nur das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern wird sich nach Ansicht von Experten für die Patienten und Versicherungen durch die DRGs transparenter gestalten,²⁷⁹ sondern es wird auch eine vollkommene Neuorientierung im Wettbewerb der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte stattfinden.²⁸⁰

Mit der Einführung des neuen Abrechnungsmodus erhalten die Krankenhäuser zusätzlich zur medizinischen auch die ökonomische Verantwortung, womit sich das gesamte finanzielle Risiko der medizinischen Behandlung eines Patienten von den Kostenträgern auf die stationären Leistungsanbieter verlagert. Die Krankenhäuser können durch gezielte Eingriffe in das eigene Versorgungsgeschehen die interne Kostenstruktur verbessern, und durch eine rationale interne Leistungs- und Ressourcensteuerung sowie eine verbesserte Planung Fehlbelegungen vermeiden und Effizienzgewinne realisieren.²⁸¹ Die Reduzierung der stationären Verweildauer²⁸² und der Abbau von Überkapazitäten wirken sich neben der Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich des Krankenhauses oder in die Hände von Vertragspartnern ebenso positiv auf die krankenhausinterne Kosten- und Erlössituation aus, wie die kontinuierliche Verbesserung der Kodierqualität der Patientendaten²⁸³ zur Vermeidung von Erlösausfällen und der Verzicht auf medizinisch wirkungslose Behandlungsmaßnahmen. Die konsequente Berücksichtigung und Umsetzung von Einsparungs- und Erlöspotentialen durch die Krankenhäuser trägt dazu bei, einen effizienten Behandlungsprozess im Sinne des Gesetzgebers zu gewährleisten und langfristig die wirtschaftliche Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit der Klinik zu sichern. Stationäre Einrichtungen, die mit ihren Kosten auf Grund ihres wirtschaftlich und medizinisch effizienten Leistungsgeschehens deutlich unter den durchschnittlichen Fallgruppenkosten liegen, werden somit auf der Seite der Leistungsanbieter zu den Gewinnern dieses vollpauschalierten und leistungsbezogenen Entgeltsystems gehören und finanzielle Mehrerlöse erzielen. Hingegen droht Krankenhäusern, die mit überdurchschnittlichen Kosten der Leistungserbringung agieren und sich gezielten, krankenhausinternen Maßnahmen zur Einführung und Umsetzung des neuen Preissystems widersetzen, die Erwirtschaftung existenzgefährdender Defizite. Reform-unwillige Krankenhäuser, die keine Bereitschaft zeigen, sich den situativen Veränderungen anzupassen und Kostensenkungspotentiale zu realisieren, riskieren den Verlust ihrer Liquidität und die Verdrängung aus dem Markt für stationäre Leistungen.²⁸⁴

²⁷⁹ Vgl. Neubauer (2000), S.360.

²⁸⁰ Vgl. o.V. (2002b).

²⁸¹ Vgl. Klitzsch (2000), S.A 2746; Schulz-Nieswandt (2000), S.117.

²⁸² In Ländern, in denen bereits DRG-basierte Abrechnungssysteme angewendet werden, ist es zu drastischen Verweildauerverkürzungen im Krankenhaussektor gekommen. Diese Verweildauerverkürzungen, gekoppelt mit dem politischen Wunsch einer Stärkung der ambulanten Behandlungen gegenüber der stationären Leistungserbringung, werden zu einem deutlichen Kapazitätsabbau im Krankenhaussektor und damit zu einem zunehmenden Wettbewerb führen (Vgl. Fuchs (2002), S.43).

²⁸³ Vgl. Schmitz, Robbers, Roths, Steiner (2000), S.52; zu den Kodierrichtlinien in Deutschland: Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2002).

²⁸⁴ Vgl. Merten (2005).

Die Aussicht auf Gewinne beziehungsweise die Gefahr von Verlusten forciert den Konkurrenzdruck der Krankenhäuser untereinander sowie zu anderen Leistungsanbietern ebenso wie die vom Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Integrierten Versorgung angestrebte intersektorale Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs.²⁸⁵ Aus diesem Grund werden die Krankenhäuser verstärkt nach strategischen Lösungen suchen, die es ihnen erlauben, einen Mittelweg zwischen der Realisierung von Kosteneinsparungspotentialen auf der einen Seite und von Einnahmesteigerungen andererseits einzuschlagen.²⁸⁶ Sie werden unter dem Gesichtspunkt der Kosteneffizienz dazu übergehen, Leistungen, die krankenhausintern mangels ausreichender Auslastung/Nachfrage nicht kostendeckend zu erbringen sind, an spezialisierte externe Anbieter abzutreten, wenn diese sich im Gegenzug bereit erklären, vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen und auf diese Weise potentielle Einnahmeausfälle der Krankenhäuser auszugleichen.

Außerdem ist zu erwarten, dass stationäre Einrichtungen im Kontext eines zielgruppenspezifischen Patientenmanagements die eigene Erlössituation zu verbessern suchen. Die Krankenhäuser erhalten einen Anreiz, um alle Patienten zu konkurrieren, also auch um solche, deren Krankheitsverläufe eine hohe Behandlungsintensität erfordern und Behandlungskosten verursachen, die den Fallwert der DRG deutlich übersteigen.²⁸⁷ Dabei handelt es sich um so genannte Hochrisikopatienten, die relativ zum Standardfall der DRG schwerer erkranken und länger hospitalisiert sind, und für die betroffenen Krankenhäuser ohne entsprechende Regelungen ein betriebswirtschaftliches Risiko darstellen. Für das Krankenhaus wäre es unter diesen Umständen aus finanziellen Gründen besonders reizvoll, die durch überdurchschnittlichen Ressourcenverbrauch entstehenden monetären Zusatzbelastungen zu minimieren und den Patienten Leistungen vorzuenthalten.²⁸⁸ Um das finanzielle Risikopotential für Krankenhäuser möglichst gering zu halten und eine Unterversorgung der Patienten zu verhindern, sieht für die Behandlung von Hochkostenpatienten die Möglichkeit fallbezogener Zuschläge vor, die die Mehrkosten der Behandlung jenseits des Schwellenwertes kompensieren und helfen sollen, Risikoselektion zu vermeiden.²⁸⁹

Als Konsequenz aus dem neuen Preissystem und der damit verbundenen Veränderung der Rahmenbedingungen ist mit einer strategischen Neuausrichtung der Krankenhäuser zu rechnen. Krankenhäuser werden verstärkt als Initiatoren sektorenübergreifender Kooperationen auftreten, um durch eine gezielte Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern die Nachfrage nach stationären Leistungen zu sichern und krankenhausinterne Einnahmeausfälle zu kompensieren. Die Verlagerung der prästationären Diagnostik sowie der poststationären ambulanten Weiterbehandlung von Patienten im Rahmen von strategischen Kooperationen in die Hände von Vertragsärzten werden als Möglichkeiten gesehen, die Ausgabenstruktur eines Krankenhauses zu verändern und positiv zu beeinflussen. Das Krankenhaus kann sich auf das Erbringen bestimmter Leistungen konzentrieren und durch die Spezialisierung die eigene Wettbewerbsposition und Erlössituation gegenüber konkurrierenden Leistungsanbietern

²⁸⁵ Vgl. zum Thema „Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs“ auch: Nissen (2002).

²⁸⁶ „In einem System mit fallpauschalierten Entgelten sind (...) möglichst viele Fälle je Bett für den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses von zentraler Bedeutung.“ (Reibnitz (1999), S.34).

²⁸⁷ Vgl. Günster (2001), S.141.

²⁸⁸ Vgl. Günster (2001), S.143.

²⁸⁹ Vgl. § 7 Ziffer 2 KHEntG.

sichern und ausbauen. Die Konzentration auf die eigenen Stärken sowie die Spezialisierung innerhalb des teil- und vollstationären Leistungsspektrums lassen die Kooperation mit Mitbewerbern, zu denen neben Krankenhäusern der gleichen Trägergruppe auch stationäre Einrichtungen anderer Träger sowie niedergelassene Ärzte gehören, an Bedeutung gewinnen und werden als Strategie zur Kostenvermeidung angesehen.

IV. „Kooperationen“ als zielgerichtete Strategie und ihre Bedeutung für Krankenhäuser

1. Kooperationsbegriff

1.1. Definitionsansätze in der deutschsprachigen Literatur

Die Definition der Kooperation ist in der Literatur nicht einheitlich. Die definitorischen Ansätze und Auffassungen des Kooperationsbegriffes in der Fachliteratur sind zahlreich und schwer überschaubar.²⁹⁰ Zahlreiche Autoren sowohl in der deutschsprachigen als auch in der angelsächsischen Literatur vertreten unterschiedliche Auffassungen zum Begriff „Kooperation“. Ihr Standpunkt wird durch unterschiedliche theoretische Ansätze und die Verwendung verschiedener Kriterien bei der Bestimmung des Kooperationsbegriffes deutlich. Auch wenn sich einzelne Ansätze auf den ersten Blick nicht wesentlich voneinander unterscheiden, eine genauere Analyse der unterschiedlichen Definitionen genügt, um einige feine Unterschiede in wesentlichen Punkten zu erkennen.

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über die unterschiedlichen Definitionsansätze durch die Auswahl einiger Auffassungen zu geben und daraus eine für dieses Forschungsvorhaben hilfreichen Kooperationsbegriff durch die Bestimmung der Merkmale zwischenbetrieblicher Kooperationen abzuleiten.

Aschoff²⁹¹ betont die Freiwilligkeit der Zusammenarbeit einzelner Unternehmen und die Wahrung der rechtlichen Selbständigkeit der Kooperationspartner. Allerdings geht Aschoff in seinem Definitionsansatz sehr weit. Neben unternehmenspolitisch motivierten Zielen fordert er auch die Einhaltung situativ bedingter Vorgaben, zu denen in seinen Augen die Realisierung von Kooperationen unter Berücksichtigung gesetzlich verbindlich formulierter Rahmenbedingungen gehört:²⁹² „Kooperation ist jede innerhalb eines vom Staat gesetzten Rahmens stattfindenden freiwilligen Zusammenarbeit selbständiger Unternehmen mit dem Ziel, bei grundsätzlicher Aufrechterhaltung ihrer Entscheidungsfreiheit durch Zusammenarbeit auf einzelnen Gebieten technischen und wirtschaftlichen Fortschritt zu erzielen.“²⁹³

Sölter konkretisiert in seiner Sichtweise den Zweck von Unternehmenszusammenschlüssen.²⁹⁴ Das eigentliche Ziel einer gezielten Funktionskoordinierung einzelner Unternehmen sieht Sölter in der Förderung und der Stärkung der Marktposition der Kooperationspartner gegenüber Wettbewerbern. Durch die Schaffung von Rationalisierungspotentialen, durch die Bildung größerer Wettbewerbseinheiten, durch die Beachtung gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie durch die Wahrung der wirtschaftlichen Selbständigkeit der potentiellen Kooperationspartner lassen sich nach Ansicht Sölters vertraglich oder durch sonstige Abstimmungen determinierte Gemeinschaften zur Förderung der Wettbewerbsfähigkeit realisieren:²⁹⁵ „Kooperationen finden innerhalb gesetzlicher Rahmenbedingun-

²⁹⁰ Hammes spricht in diesem Zusammenhang von „Begriffpluralismus“ (Hammes (1994), S.31).

²⁹¹ Vgl. Aschoff (1965), S.202f.

²⁹² Vgl. Thelen (1993), S.46.

²⁹³ Achoff (1965), S.202.

²⁹⁴ Vgl. hierzu: Sölter (1966), S.223.

²⁹⁵ Vgl. Thelen (1993), S.46.

gen statt und sind die Folge von Verträgen oder sonstigen Abstimmungen zwischen wirtschaftlich selbständigen Unternehmen. Sie bewirken eine teilweise oder volle Funktionskoordinierung zwecks der Förderung der Wettbewerbsfähigkeit der Beteiligten durch Rationalisierung oder durch die Schaffung größerer Wettbewerbseinheiten.“

Der Auffassung Bidlingmaiers folgend spricht man von Kooperationen, wenn mindestens zwei Unternehmen versuchen, aufgrund freiwilliger Abmachungen gewisse Aufgaben gemeinschaftlich zu erfüllen, in der Erwartung, durch eine Abstimmung der unternehmensspezifischen Funktionsbereiche gegenüber dem jeweils individuellen Vorgehen einen höheren Grad der Zielerfüllung zu erreichen.²⁹⁶ Aufgrund der fehlenden Forderung nach der Aufrechterhaltung der Selbständigkeit der Kooperationspartner lässt sich aus der Definition Bidlingsmaiers die Vermutung ableiten, dass gegen den Verlust der wirtschaftlichen und rechtlichen Unabhängigkeit einzelner Unternehmen in Kooperationsprojekten nichts einzuwenden ist und unter gegebenen Umständen sogar hinzunehmen ist. Das gesamte unternehmerische Wirken im Rahmen einer Kooperation ist seiner Meinung nach nur einem Ziel untergeordnet, nämlich der höheren Zielerreichung durch die Bildung von Unternehmenskooperationen. Jedes Unternehmen, das Funktionsbereiche in eine Kooperationsbeziehung einbringt, hat individuelle Interessen zurückzustellen und sich der Strategie der koordinierten und abgestimmten Zusammenarbeit unterzuordnen. Demnach wird von Bidlingmaier die wirtschaftliche beziehungsweise rechtliche Selbständigkeit der Kooperationspartner nicht als notwendige Voraussetzung für Kooperationen angesehen. Wenn die Situation es erfordert, können die potentiellen Kooperationspartner ihre Unabhängigkeit aufgeben und ihr ganzes unternehmerisches Wirken den Kooperationszielen unterordnen.

Porter und Fuller erweitern ihre Definition des Kooperationsbegriffes und ergänzen diesen um eine zeitliche Komponente.²⁹⁷ Ihrer Auffassung folgend spricht man erst von Kooperationen, wenn die Zusammenarbeit von Unternehmen langfristig erfolgt.²⁹⁸ Die einzelnen Kooperationspartner koordinieren innerhalb eines langfristig und formell angelegten Bündnisses bestimmte Unternehmensaktivitäten, ohne allerdings ihre rechtliche und wirtschaftliche Selbständigkeit aufzugeben. Wie Aschoff und Sölter fordern auch Porter und Fuller, dass Unternehmen durch eine gezielte und abgestimmte Zusammenarbeit mit anderen Unternehmungen ihre wirtschaftliche und rechtliche Selbständigkeit nicht aufgeben.

Blohm vertritt die Ansicht, dass Kooperationen eine Form zwischenbetrieblicher Beziehungen darstellen.²⁹⁹ Die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Unternehmensbereichen beruht auf stillschweigenden oder schriftlich fixierten Vereinbarungen und regelt den Umfang der gemeinsamen Aufgabenerfüllung. Die rechtliche Selbständigkeit der betroffenen Bereiche bleibt sowohl von mündlichen als auch

²⁹⁶ Vgl. Bidlingmaier (1967), S.358.

²⁹⁷ Vgl. Porter, Fuller (1989), S.364.

²⁹⁸ Kleinaltenkamp und Wolters betonen die zeitliche Komponente für Kooperationsprojekte. Sie vertreten die Ansicht, dass Kooperationen nur stabil sind, wenn deren zukünftige Bedeutung in Relation zur Gegenwart nicht zu gering eingeschätzt wird. Mit der Fristigkeit der Kooperationsverträge wird die Zukunft der Kooperationsbeziehung bewertet. Kurzfristige Verträge beinhalten die Option, den Kooperationspartner zu wechseln, falls sich dadurch vorteilhaftere Transaktionsmöglichkeiten eröffnen. In diesem Fall erhält mindestens einer der beteiligten Kooperationsparteien keinen Anreiz, längerfristig zu planen, da sich lediglich kurzfristige Performanceverbesserungen erzielen lassen. (Vgl. Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.69f.).

²⁹⁹ Vgl. Blohm (1980), S.1112.

schriftlichen Abmachungen unberührt. Unternehmensbereiche, die nicht in die Kooperation eingebracht werden und von der Zusammenarbeit mit anderen Unternehmen nicht betroffen sind, bleiben von den Kooperationsvereinbarungen unberührt und wirtschaftlich voneinander unabhängig.

Auffällig an der Definition ist, dass Blohm im Vergleich zu den anderen Autoren im Zusammenhang mit Kooperationen bei der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit von Unternehmen von Beziehungen spricht. Der Begriff „Beziehung“ dient in der Regel als Bezeichnung für die aktuellen und potentiellen Vorgänge zwischen zwei oder mehreren Individuen, unabhängig von der zeitlichen Dauer der Wechselbeziehung. Eine Beziehung beschreibt eine Handlungseinheit beziehungsweise ein soziales Gebilde von längerfristigem Bestand.³⁰⁰ Das Miteinander von Individuen in Handlungseinheiten verlangt, ein gewisses Maß an Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Partnern zu erfüllen. Dazu gehört, das jedes Individuum im Rahmen eines Beziehungsgeflechts bestimmte Aufgaben und Pflichten zu erfüllen hat, ohne die ein reibungsloses Wirken mit anderen Individuen oder Wirtschaftssubjekten nicht zu bewerkstelligen ist. Angewandt auf Unternehmenskooperationen heißt das, dass jedes an einer zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit beteiligtes Unternehmen Aufgaben und Pflichten zu übernehmen hat, um die unternehmerische Zusammenarbeit langfristig zu sichern und zu einem gemeinsamen Erfolg zu führen.

Für Boettcher sind Kooperationen das Ergebnis von Verhandlungen und Abmachungen, die auf ein bewusstes Handeln von Wirtschaftseinheiten zielen und die durch die Koordination von Einzelaktivitäten der beteiligten Parteien einen gemeinsamen Zweck verfolgen.³⁰¹

Rotering definiert Kooperationen als eine auf einer stillschweigenden oder vertraglichen Vereinbarung beruhenden Zusammenarbeit zwischen rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Unternehmen, die durch Funktionsabstimmung oder Funktionsausgliederung und –übertragung auf einen Kooperationspartner im wirtschaftlichen Bereich erfolgen.³⁰² Was die Dauer der Kooperationsvereinbarung angeht, vertritt Rotering die Meinung, dass es sich bei zwischenbetrieblichen Kooperationen um die bewusste, explizit vereinbarte und jederzeit einseitig kündbare Zusammenarbeit der Unternehmen handelt.³⁰³ Die Definition von Rotering enthält genauso die wie von Porter und Fuller eingeführte Zeitkomponente, allerdings nur in kurzer Frist.³⁰⁴ Die Ansicht von Rotering, dass es sich bei Kooperationen um eine jederzeit kündbare Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Unternehmen handelt, erlaubt die Interpretation, dass die zwischenbetriebliche Zusammenarbeit jederzeit ohne Nennung von Gründen vorzeitig beendet werden kann. Nachdem Porter und Fuller fordern, dass es sich bei Kooperationen um ein langfristiges Bündnis handelt, schlägt Rotering einen neuen Weg ein und betont die (mögliche) Kurzfristigkeit und Projektbezogenheit der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit.

³⁰⁰ Vgl. Fuchs, Klima, Lautmann, Rammstedt, Wienhold (1978), S.112.

³⁰¹ Vgl. Boettcher (1974), S.22.

³⁰² Vgl. Rotering (1990), S.41.

³⁰³ Vgl. Rotering (1990), S.41. Kleinaltenkamp und Wolters sehen darin eine Belastung für eine erfolgreiche Umsetzung des Kooperationsprojektes (Vgl. Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.69f.).

³⁰⁴ Vgl. zur Unterscheidung von Kooperationen hinsichtlich ihrer Zeitdauer: Abel (1992), S.91, und Eisele (1995), S.18.

Rasche betont in seiner Definition die Notwendigkeit von Kooperationen aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten.³⁰⁵ Wie Sölter fordert Rasche die Ausrichtung von Kooperationen an wirtschaftlichen Zielen wie der Durchsetzung von Rationalisierungsmaßnahmen und der Verbesserung der Wettbewerbskraft der Kooperationspartner. Bei Kooperationen handelt es sich seiner Ansicht nach um die freiwillige Zusammenarbeit selbständiger Unternehmen mit der Absicht, ohne Aufgabe der grundsätzlichen unternehmerischen Entscheidungsfreiheit gemeinsame (wirtschaftliche) Ziele zu realisieren. Wegen der Vorgabe der Realisierung wirtschaftlicher Ziele handelt es sich bei Kooperationen um zweckgebundene, an Wirtschaftlichkeitszielen orientierte Gebilde, deren Umsetzung ohne staatliche Vorgaben zu erfolgen hat.³⁰⁶

Endress sieht in Kooperationen die Zusammenarbeit von mindestens zwei Wirtschaftssubjekten auf wirtschaftlichem Gebiet, die nicht ausschließlich an dem in der freien Wirtschaft geltenden Konkurrenzprinzip orientiert ist.³⁰⁷ Grundsätzlich soll die Selbständigkeit der Unternehmen im Rahmen von Kooperationen bei freiwilligem Verzicht auf einige vertraglich vereinbarte Handlungsalternativen und –freiheiten erhalten bleiben. Wettbewerb in anderen oder übergreifenden Handlungseinheiten bleibt weiterhin bestehen, setzt aber neben exakt kalkulierbaren ökonomischen Vorteilen ein großes Maß an Vertrauen³⁰⁸ und angestrebten Wir-Bewusstsein zwischen den Kooperationspartnern voraus.

Einen anderen Weg schlägt Benisch ein, da er keine direkte Definition für Kooperationen liefert Benisch.³⁰⁹ Vielmehr versucht er durch die Bestimmung von Begriffsmerkmalen die charakteristischen Eigenschaften von Kooperationen herauszuarbeiten. Seiner Ansicht nach gehören zu den wesentlichen Merkmalen der Kooperation die Koordinierung oder Zusammenlegung einzelner Unternehmensfunktionen zu dem Zweck, die Leistung der beteiligten Unternehmen zu steigern und ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen. Des weiteren sind Kooperationen durch die Aufrechterhaltung der wirtschaftlichen und rechtlichen Selbständigkeit im Verhältnis zum Kooperationspartner gekennzeichnet.

1.2. Definitionsansätze in der angelsächsischen Literatur

In der angelsächsischen Literatur ist das Angebot an Definitionen für den Begriff „Kooperation“ genauso vielfältig wie in der deutschsprachigen Literatur. Beispielhaft für die angelsächsische Literatur

³⁰⁵ Vgl. Rasche (1970), S.15.

³⁰⁶ Mit Hilfe der Instrumente der Wertanalyse („Value Analysis“) sowie der Wertgestaltung („Value Engineering“) lassen sich wertschöpfende Partnerschaften realisieren. Die Kooperationspartner arbeiten dabei mit dem Ziel zusammen, das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu optimieren, indem Produkte, Serviceleistungen oder auch Verfahrensentwicklungen verbessert werden (Vgl. Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.68f.).

³⁰⁷ Vgl. Endriss (1991), S.13.

³⁰⁸ Es existieren drei grundsätzliche Sichtweisen, die die Rolle von Vertrauen in Kooperationsbeziehungen thematisieren: die empirische, die rationalistische und die konditionale Sichtweise (Vgl. Wurche (1994), S.145f.) Die empirische Perspektive thematisiert das Vertrauen als Folge einer menschlichen Grunddisposition. Menschen lernen durch ihre Erziehung, zu vertrauen, und stabilisieren diese Vertrauensfähigkeit im Laufe ihres Lebens durch wiederholtes Praktizieren (Vgl. dazu kritisch: Luhmann (1973), S.29f.). Der zentrale Ausgangspunkt der rationalistischen Perspektive ist die Idee, dass Kooperationen das Ergebnis einer individuellen Nutzenmaximierung sind. Kooperationen sind die zwangsläufige Folge eines nutzenmaximalen Verhaltens egoistischer Akteure (Schüßler (1990), S.1ff.). Die konditionale Sichtweise betont die Rolle von Vertrauen zur Überwindung der Begründungsdefizite praktischer Kooperationsituationen.

³⁰⁹ Vgl. Benisch (1973), S.67f.

wird auf den Definitionsansatz von Quelch, Buzell und Salama zurückgegriffen, die Kooperationen als strategische Allianzen verstehen. Sie definieren strategische Allianzen als einen zwischenbetrieblichen Zusammenschluss von mindestens zwei Unternehmen, der in der Absicht erfolgt, durch geeignete Rationalisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen sowie durch die Realisierung von Skalen-, Innovations- und Marketingeffekten eine Verbesserung der wirtschaftlichen oder technischen Situation der Kooperationspartner zu erreichen.³¹⁰

2. *Kooperationseigenschaften*

Fast allen Definitionsansätzen gemein ist die Forderung der Autoren nach wirtschaftlicher Selbständigkeit der Kooperationspartner. Ein Unternehmen gilt in der Regel als wirtschaftlich abhängig, wenn es seine Leistungs- und Kontrollbefugnisse überwiegend an Dritte, z.B. Kooperationspartner, abgegeben hat. Wirtschaftliche Selbständigkeit eines Unternehmens ist somit als Abwesenheit von wirtschaftlicher Abhängigkeit zu interpretieren (= Negativdefinition). Charakteristisch für die wirtschaftliche Selbständigkeit eines Unternehmens ist seine Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die Planung und Realisierung von eigenen Initiativen, die in eigener Verantwortung und unter Berücksichtigung ökonomischer Überlegungen umgesetzt werden sollen. Erfolgt eine partielle oder vollständige Zusammenlegung einzelner Geschäfts- und Betriebsfunktionen im Rahmen von Kooperationen, ist eine Einschränkung der unternehmerischen Selbständigkeit denkbar, allerdings unter der Voraussetzung, dass der Entscheidungsspielraum des in seiner Selbständigkeit eingeschränkten Unternehmens nicht vollständig verloren gehen darf. Im Falle einseitig auftretender finanzieller Verflechtungen von Unternehmen droht ein Verlust der wirtschaftlichen Unabhängigkeit. Finanzielle Beteiligungen am Kooperationspartner führen zu Veränderungen in bestehenden Eigentums- und Besitzverhältnissen. Das Eigentum und die damit verbundenen Weisungs- und Kontrollrechte gehen in bestimmtem Umfang auf das beteiligungserwerbende Unternehmen über, die Entscheidungsfreiheit der Eigentums- und Besitzrechte abtretenden Partei geht, wenn nicht vollständig, so doch partiell verloren. „Die Einschränkung der Selbständigkeit [beziehungsweise der Grad der Abhängigkeit eines Unternehmens; Anmerkung des Autors] ist um so größer, je höher der Prozentsatz der Kapitalanteile ist, den das Partnerunternehmen übernimmt.“, so Thelen.³¹¹ Infolgedessen spricht man im Rahmen finanzieller Beteiligungsbeziehungen von Kooperationen, wenn sich ein Unternehmen mit weniger als 50% am Kapital des Fremdunternehmens beteiligt.³¹²

Die Verteilung der Entscheidungs- und Kontrollgewalt bleibt bei Beteiligungen unter 50% überwiegend unverändert. Bei Kapitalverflechtungen über 50% übernimmt das erwerbende Unternehmen in Folge der Neuverteilung bestehender Eigentums- und Besitzverhältnisse die Kontroll- und Entscheidungsgewalt beim Partnerunternehmen. In diesem Fall spricht man von einer Fusion der Unterneh-

³¹⁰ Vgl. Quelch, Buzell, Salama (1992): „Strategic alliances are formal industrial, commercial, financial or technical alliances established between two or more firms with such purposes as achieving the size necessary to compete, rationalizing or restructuring their processes and achieving economics of scale, resources for innovation or marketing efficiencies.“

³¹¹ Thelen (1993), S.48.

³¹² Thelen (1993), S.48.

men.³¹³ Die Vorteile finanzieller Beteiligungen im Rahmen von Kooperationen liegen auf der Hand. Die finanzielle Verflechtung dient dazu, den Kooperationspartner vom „ehrlichen“ und langfristigen Interesse an einer zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit zu überzeugen. Durch wechselseitige, relativ schwer zu lösende finanzielle Beteiligungen lässt sich die Stabilität und das langfristige Überleben der Kooperation forcieren.

Die Forderung nach der Wahrung der Selbständigkeit der Unternehmen sollte sich nicht nur auf die Entscheidung für oder gegen einen Eintritt in Kooperationsverhandlungen mit potentiellen Partnern beschränken. Der Grundsatz der Selbständigkeit sollte für die gesamte Dauer der Kooperation erhalten bleiben.³¹⁴ Damit wird sichergestellt, dass die kooperative Zusammenarbeit jederzeit und aus freien Stücken auf Verlangen eines Kooperationspartners einseitig gekündigt und beendet werden darf. Unterliegt die Entscheidung für einen Austritt aus der Kooperationsvereinbarung wirtschaftlichen Grenzen, birgt diese Handlungsalternative bei alleinigem Weiterführen der Geschäfte das Risiko, aus dem Markt gedrängt zu werden. Allerdings wird die einseitige Kündbarkeit der Zusammenarbeit oder, wie es Zeilberger nennt, die „Reversibilität der Kooperationsentscheidung“³¹⁵ in der Regel nicht als notwendiges und zweckmäßiges Definitionsmerkmal angesehen.

Die kooperative Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Unternehmen hat der Auffassung der Mehrheit der Autoren folgend freiwillig und ohne Zutun des Staates zu erfolgen.³¹⁶ Die Entscheidung eines Unternehmens für oder gegen eine Kooperation beruht ausschließlich auf strategischen Überlegungen und ist das Ergebnis eines alle Vor- und Nachteile abwägenden Entscheidungsfindungsprozesses. Die Anregung zu einer Kooperation kann zwar von dritter Stelle kommen, z.B. durch eine Empfehlung des Staates, darf allerdings für die potentiellen Kooperationspartner keinen bindenden Charakter haben und als gesetzliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit verstanden werden. So genießen die im Rahmen des Gesetzes zur Gesundheitsreform 2000 verabschiedete §n§ 140 a-d SGB V („Integrierte Versorgung“) ausschließlich Empfehlungscharakter. Der Gesetzgeber empfiehlt den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern die Bildung integrativer Versorgungsnetze in der Absicht, den Patienten eine kostengünstigere und qualitativ bessere Versorgung als Alternative zur bestehenden Regelversorgung anzubieten. Die Entscheidung für das Einschlagen neuer Wege in der Patientenversorgung wird vom Gesetzgeber nicht verbindlich vorgeschrieben, die Entscheidung für oder wider ein Integriertes Versorgungsangebot beruht in erster Linie auf der Freiwilligkeit der potentiellen Integrationspartner.

³¹³ Vgl. zum Begriff der Fusion auch Pausenberger (1974). Vgl. hierzu auch Kapitel IV.5.

³¹⁴ Dieses Phänomen wird in der Literatur als „Paradoxon der Kooperation“ bezeichnet: Organisationen nutzen Kooperationen, um sich mit deren Hilfe unabhängiger von Umwelteinflüssen zu machen. Allerdings erkaufen sich die Organisationen diese Unabhängigkeit zu dem Preis, dass in den Bereichen, die Bestandteil des Kooperationsprojektes sind, ihre Handlungsfreiheit eingeschränkt wird. Vgl. hierzu: Belzer (1993), S.42; Zelle (1998), S.47.

³¹⁵ Vgl. Zeilberger (1986), S.8.

³¹⁶ Wurche schlägt vor, von Kooperationen genau dann zu sprechen, wenn sich die Akteure der Kooperationsvereinbarung immer wieder freiwillig dazu bereit finden, die eigenen Mittel so zu wählen, dass dadurch die Ziele und Interessen des jeweils anderen respektiert und berücksichtigt werden (Vgl. Wurche (1994), S.144f.).

Beeinflusst wird die Freiwilligkeit der Kooperationsentscheidung durch marktmäßige und konjunkturell bedingte Entwicklungen. Ergibt sich für ein Unternehmen aufgrund seiner wirtschaftlichen Lage die Notwendigkeit eines Kooperationsbeitritts, stellt sich die Frage, ob aufgrund wirtschaftlicher Gegebenheiten der Grundsatz der Freiwilligkeit von Kooperationen hinfällig ist. Die überwiegende Mehrheit der Autoren vertritt die Ansicht, dass die wirtschaftlich bedingte Entscheidung einer zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit die Freiwilligkeit der Kooperationsentscheidung nicht ausschließt. In wirtschaftlich beziehungsweise konjunkturell schwierigen Zeiten wie auch in Zeiten wirtschaftlichen Wachstums wird die Entscheidungsfreiheit der Unternehmen nicht eingeschränkt. Unabhängig von der wirtschaftlichen Situation haben die Entscheidungsträger eines Unternehmens die Wahl zwischen verschiedenen strategischen Optionen. Ein Unternehmen kann sich einerseits für die kooperative Zusammenarbeit mit einem Partnerunternehmen entscheiden. Auf der anderen Seite kann es sich darauf konzentrieren, die Unternehmensgeschäfte alleine und ohne eine strategische Partnerschaft im Alleingang weiterzuführen, allerdings verbunden mit Risiko, in für das Unternehmen wirtschaftlich schwierigen Zeiten aus dem Markt verdrängt zu werden.

Der Kooperation liegt eine vertragliche Vereinbarung zwischen den an der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit beteiligten Unternehmen zugrunde.³¹⁷ Das Abkommen regelt Art und Ausmaß der Zusammenarbeit sowie die Rechte und Pflichten der vertragsschließenden Parteien.³¹⁸ Für die Kooperationspartner sind klare Vorgaben und Zuständigkeitsregelungen für die anzustrebenden Kooperationsbereiche zur Vermeidung kooperationsinterner Konflikte von entscheidender Bedeutung. Die Vereinbarung kann von den Entscheidungsträgern der vertragsschließenden Unternehmen sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Form getroffen werden.³¹⁹

Austauschkooperationen liegen vor, wenn sich Unternehmervvertreter verpflichten, im Zusammenspiel mit anderen Unternehmen wechselseitig bestimmte Leistungen sowohl materieller als auch immaterieller Art zu erbringen.³²⁰ Dabei kann die Aktivitätsübernahme durch einen Kooperationspartner neben physischen Gütern auch den Informationsaustausch mit dem Partner in Form von Wissenstransfers umfassen.³²¹

Kooperationen werden in der Regel in der Absicht geschlossen, durch das gemeinsame Handeln mehrerer Unternehmen ein gemeinsames Ziel zu verfolgen. Zu den wesentlichen Motiven von Kooperationsvereinbarungen gehören neben einer Steigerung der Leistungsfähigkeit und Flexibilität der Kooperationspartner z.B. durch einen höheren Auslastungsgrad der bestehenden Kapazitäten auch die Verbesserung der Wettbewerbsposition relativ zum Konkurrenzunternehmen durch die Nutzung von Rationalisierungspotentialen. Die Kooperationsziele sind somit auf die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Kooperationspartner gerichtet.³²²

³¹⁷ Vgl. Thelen (1993), S.49.

³¹⁸ Vgl. Thelen (1993), S.49.

³¹⁹ Vgl. Thelen (1993), S.49.

³²⁰ Vgl. Buse (1997), S.443.

³²¹ Hauschildt (1998), S.13; Buse (1997), S.456.

³²² Müller, K. (1990), S.360; Rupprecht-Däullery (1994), S.26ff.; Buse (1997), S.447.

Aus der Fülle der verschiedenen Definitionsansätze sowie mit Hilfe der daraus abgeleiteten Kooperationsseigenschaften lässt sich nach Meinung des Verfassers folgende allgemeingültige und für das Forschungsvorhaben dieser Arbeit geeignete Definition für das Konstrukt „Kooperation“ ableiten:³²³

„Bei Kooperationen handelt sich um den freiwilligen, vertraglich geregelten Zusammenschluss von mindestens zwei wirtschaftlich und rechtlich selbständigen Unternehmen, der in der Absicht erfolgt, durch eine Zusammenlegung einzelner Betriebs- und Geschäftsfelder gemeinsame Ziele zu verfolgen. Zu den wesentlichen Zielen von Kooperationen gehören die Verbesserung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit.“

3. Kooperationsmotive: drei theoretische Erklärungsansätze

In diesem Abschnitt werden mit Hilfe dreier Erklärungsansätze die Motive für die Wahl von Unternehmenskooperationen vorgestellt und diskutiert. Damit rückt die Frage ins Zentrum der Betrachtung, warum Kooperationen in Zeiten eines stetig wachsenden Wettbewerbs, fortschreitender Globalisierung und technischen Wandels³²⁴ als Form unternehmensübergreifender Zusammenarbeit in Theorie und Praxis soviel Aufmerksamkeit gewidmet wird und sie ein fester Bestandteil in den Unternehmensstrategien zahlreicher Unternehmen aus den verschiedensten Branchen sind.

Die immer wieder geäußerte Einschätzung, dass strategische Allianzen und Kooperationen in zunehmenden Maße von Unternehmen unterschiedlichster Branchen und ihren Entscheidungsträgern zur Lösung strategischer Probleme eingesetzt werden, ist empirisch nachweisbar.³²⁵ Unbestritten ist, dass mit zwischenbetrieblichen Kooperationen letztlich immer durch eine Verringerung des Kostenaufwandes oder eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit die Steigerung der einzelbetrieblichen Leistungsfähigkeit angestrebt wird.³²⁶

Bruce Kogut liefert drei theoretische Erklärungsansätze für die Motivation eines Joint Ventures.³²⁷ Als Joint Venture³²⁸ wird eine auf Kapitalbeteiligung beruhende Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehreren Partnern bezeichnet. Es wird in der Absicht eingegangen, ein Unternehmen gemeinsam unter Teilung von Geschäftsführung und Risiko zu führen,³²⁹ wobei die Kooperation in einem bestimmten wirtschaftlichen Umfeld erfolgt.³³⁰ Für Ahn ist in diesem Zusammenhang der den Partnern aus der

³²³ Gemäß der inhaltlichen Ausrichtung dieser Arbeit wird der Kooperationsbegriff nur im Sinne einer sektorübergreifenden Kooperation verwendet. Krankenhausinterne Kooperationen finden keine Berücksichtigung. Zu den krankenhaushinteren Kooperationsformen: Vgl. Braun (1995), S.207ff.

³²⁴ Vgl. Buse (1997), S.442.

³²⁵ Vgl. hierzu: Doz (1992), S.50ff.; Pekar, Allio (1994), S.57f.; Hammes (1995), S.62f.; Hergert, Morris (1988), S.99-109; Gerybadze (1995), S.20ff.

³²⁶ Vgl. Müller (1990), S.362.

³²⁷ Vgl. Kogut (1988), S.320ff. Sölter nennt drei „Optimierungsziele“ als Hauptmotive der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit: „Funktionsoptimum“, „Betriebsoptimum“, „Unternehmensoptimum“ (Vgl. Sölter (1966), S.223).

³²⁸ Zum Begriff des „Joint Ventures“ Vgl. auch: Engelhardt, Seibert (1981), S.428-435; Kumar (1975), S.257-263. Joint Ventures werden vor allem als Kooperationsform zwischen Unternehmen unterschiedlicher Nationalität gewählt (Vgl. Schertler (1991), S.226).

³²⁹ Vgl. Endres (1987), S.374.

³³⁰ Vgl. Bald (1995), S.37.

strategischen Zusammenarbeit zukommende gemeinsame Nutzen das wesentliche Merkmal eines Joint Ventures und stellt den anvisierten Nutzen in den Mittelpunkt der Zusammenarbeit.³³¹ Da es sich bei einem Joint Venture um eine spezifische Kooperationsform auf der Basis von Kapitalverflechtungen zwischen den Partnerunternehmen handelt, lassen sich an Hand der Ausführungen von Kogut zu diesem Thema allgemein gültige Beweggründe für die gezielte Zusammenarbeit von Unternehmen im Rahmen von Kooperationen ableiten.

Die grundsätzliche Entscheidung eines Unternehmens für eine bestimmte Organisationsform basiert oftmals nicht auf ihrer eigenen Vorteilhaftigkeit, sondern liegt vielmehr in den Nachteilen alternativer Strategien oder auch in gesetzlichen Beschränkungen begründet. Bei einer Kooperation handelt es sich in der Regel um eine von zahlreichen strategischen Optionen für zwei oder mehrere Unternehmen, in bestimmten Geschäftsfeldern sowohl ohne als auch mit gegenseitiger finanzieller Beteiligung zusammenzuarbeiten und Unternehmensziele gemeinsam zu verfolgen. Die unternehmensübergreifende Zusammenarbeit stellt für ein Unternehmen durchaus eine strategische und effiziente Alternative dar, wenn die Summe der produktionswirtschaftlichen und organisatorischen Kosten im Rahmen einer Kooperation geringer ausfällt als bei einem Alleingang.³³²

Die im Folgenden dargestellten theoretischen Ansätze stellen einen Versuch dar, zu erklären, warum Kooperationen als strategische Variante immer mehr an Bedeutung gewinnen und von zahlreichen Unternehmen als alternative Organisationsform bevorzugt gewählt werden.³³³

3.1. Transaktionskostentheorie

Kooperationen stellen ein komplexes Gebilde dar, deren Umsetzung von allen Beteiligten besondere Fähigkeiten und Anstrengungen in Bezug auf Konfliktvermeidung und die Koordinierung potentieller Kooperationsfelder und -partner abverlangt. Alle unternehmerischen Aktivitäten, die auf eine erfolgreiche Durchführung des Kooperationsvorhabens zielen und Kooperationen erst ermöglichen, verursachen Transaktionskosten, die sich negativ auf den wirtschaftlichen Erfolg des Projektes auswirken.³³⁴

Als ökonomische Organisationstheorie erklärt der Transaktionskostenansatz kooperationsrelevante Zusammenhänge zwischen Unternehmen.³³⁵ Im Rahmen der Transaktionskostentheorie trifft eine Unternehmung seine Organisationsentscheidung in Abhängigkeit von der Höhe der anfallenden Transak-

³³¹ Vgl. Ahn (1981), S.54.

³³² Vgl. Kaufmann (1993), S.279.

³³³ Als Beispiel für eine strategische Kooperation mit anderen Partnern sei hier ein Unternehmen aus der Luftfahrtbranche angeführt. Um im globalen Wettbewerb um Kunden wettbewerbsfähig zu bleiben und den Passagieren ein umfassendes Streckennetz mit 688 Flughäfen in 129 Ländern anbieten zu können, kooperiert die deutsche Lufthansa im Rahmen des weltweiten Luftfahrtbündnisses „Star Alliance“ mit insgesamt 14 verschiedenen Fluggesellschaften. Einigen dieser Kooperationen liegen Kapitalbeteiligungen zugrunde (z.B. mit der italienischen Gesellschaft „Air Dolomiti“), andere wiederum beruhen ausschließlich auf einer vertraglich fixierten Zusammenarbeit ohne Kapitalverflechtungen (z.B. mit der US-amerikanischen Gesellschaft „United Airlines“)

³³⁴ Nach Ansicht von Bogaschewsky rechtfertigen allerdings nur häufiger wiederkehrende Transaktionen zweiseitige Koordinationssysteme und damit die Kooperation (Vgl. Bogaschewsky (1995), S.168).

³³⁵ Vgl. Stölzle (1999), S.25; Picot (1991), S.149. Vgl. hierzu auch Rotering (1993).

tionskosten.³³⁶ Die Entscheidung fällt zugunsten derjenigen Handlungsalternative aus, bei der sich nicht nur die Unternehmensziele realisieren, sondern sich auch die Produktions- und Transaktionskosten in Übereinstimmung mit den Unternehmenszielen minimieren lassen.³³⁷ Dabei können die Kosten, die einer Unternehmung während des Produktionsprozesses entstehen, zwischen den Partnerunternehmen auf Grund unterschiedlicher Produktionsverfahren, verwendeter Technologien und Skalenerträge variieren. „Prominentester Anwendungsbereich der Transaktionskostentheorie ist die Ermittlung des vertikalen Integrationsgrades, d.h. die Beantwortung der Frage, welche Teilleistungen eigenerstellt, welche fremdbezogen und welche über Einbindungsformen mittleren Grades (z.B. Kooperationsverträge) erstellt werden sollen.“³³⁸

Nach Picot können Transaktionskosten in vier Kostenarten eingeteilt werden, die sich an die Phasen einer Transaktion anlehnen.³³⁹ Bereits während der Vorbereitungsphase des Kooperationsprojektes fallen finanzielle Ausgaben in Gestalt von Anbahnungs- und Planungskosten an³⁴⁰. Darunter sind solche Kosten zu verstehen, die durch die Identifikation von unternehmensinternen Unwirtschaftlichkeiten, von Marktanteilen und Wettbewerbsstärken sowie durch die Beschaffung von Informationen über potentielle Partner entstehen. Verläuft die Partnersuche erfolgreich und wird ein für die strategische Zusammenarbeit geeignetes Unternehmen gefunden, entstehen im Rahmen der Kooperationsverhandlung so genannte Vereinbarungskosten³⁴¹. Diese sind abhängig von der Intensität und der zeitlichen Ausdehnung von Verhandlungen, Vertragsformulierung und Einigung. Je schneller sich die potentiellen Partner auf einen Kooperationsvertrag einigen und potentielle Gefahren für ihre Zusammenarbeit beseitigen, um so geringer fallen die Vereinbarungskosten aus. Im weiteren Verlauf des Kooperationsprojektes fallen in der Regel auch Kontroll- und Anpassungskosten an, die sich genauso wertmindernd auf das Wertsteigerungspotential der Kooperation auswirken wie die bereits erwähnten Kostenarten. Bei den Kontrollkosten handelt es sich um laufende Ausgaben, die für die Sicherstellung und Einhaltung von Termin-, Qualitäts-, Mengen- und Preisvereinbarungen im Rahmen der Zusammenarbeit aufzubringen sind, in der Absicht, opportunistisches Verhalten des Partners zu verhindern.³⁴² Anpassungskosten entstehen, wenn auf Grund veränderter Umwelt- und Rahmenbedingungen kostenverur-

³³⁶ Transaktionen finden nach Williamson immer dann statt, wenn eine Leistung über eine technisch trennbare Schnittstelle hinweg übertragen wird. (Vgl. Williamson (1990), S.1).

³³⁷ Vgl. Picot, Schneider, Laub (1989), S.361.

³³⁸ Picot (1991), S.149.

³³⁹ Vgl. Picot (1982), S.270.

³⁴⁰ Bevor eine Geschäftsbeziehung mit einem anderen Unternehmen eingegangen wird, muss erst der geeignete Partner für die Transaktionen gefunden werden. Die Suche nach potentiellen Transaktions-/ Kooperationspartnern verursacht Anbahnungskosten. Vgl. hierzu: Vogt (1997), S.19; Picot (1982), S.270; Windsperger (1983), S.896; Picot (1986), S.3; Braun (1995), S.205; Coase (1996), S.89-104.

³⁴¹ Ist die Suche nach dem geeigneten Kooperationspartner erfolgreich verlaufen, müssen gemeinsam die Inhalte der Zusammenarbeit geklärt und festgelegt werden. Kosten, die im Rahmen solcher Vertragsverhandlungen und -formulierungen anfallen, werden als Vereinbarungskosten bezeichnet. Vgl. hierzu: Vogt (1997), S.19; Picot (1982), S.270; Windsperger (1983), S.896; Picot (1986), S.3; Braun (1995), S.205; Coase (1996), S.89-104.

³⁴² Kontrollkosten fallen in Folge der Überprüfung der Einhaltung der vertraglich festgelegten Vereinbarungen an. Einsparungen, die sich aus der Unterbindung opportunistischen Verhaltens ergeben, wirken sich kostenmindernd auf die Transaktionskosten aus. Vgl. hierzu: Vogt (1997), S.19; Picot (1982), S.270; Windsperger (1983), S.896; Picot (1986), S.3; Braun (1995), S.205; Coase (1996), S.89-104.

sachende Prozess- und Strukturveränderungen während der Laufzeit der Vereinbarung durchzusetzen sind.³⁴³ Die Bruttowertsteigerung abzüglich der anfallenden potentiellen Koordinationskosten ergeben den Nettoeffekt, der das gesamte (tatsächliche) Wertsteigerungspotential einer strategischen Kooperation darstellt (= Nettowertsteigerung).

Transaktionskosten sind das Ergebnis von Informationsasymmetrien zwischen den Kooperationspartnern.³⁴⁴ Sie sind eine Form von Informationskosten, die zur Koordination wirtschaftlicher Leistungsbeziehungen notwendig sind.³⁴⁵ Die Tatsache, dass nicht alle zukünftigen Geschäftsvorfälle und somit auch Konfliktpotentiale vorhersehbar sind, bedeutet eine (kontinuierliche) Belastung für den Erfolg der unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit. Unter Berücksichtigung der Ziele einer Unternehmenskooperation, nämlich der Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der Partner gegenüber konkurrierenden Dritten, spielen das Verhältnis der Kooperationspartner zueinander und die Art und Weise der Gestaltung der Zusammenarbeit eine besondere Rolle, da sie einen großen Einfluss auf die Realisierung und den Erfolg der Kooperationsvereinbarung haben. Ohne das opportunistische Verhalten einzelner Beteiligter könnten Kooperationen und Transaktionen völlig formlos, ausschließlich auf Versprechen und das gegenseitige Vertrauen beruhend organisiert werden.³⁴⁶ Keiner der Beteiligten müsste befürchten, dass sich der jeweils andere Vorteile gegenüber dem Kooperationspartner verschaffen möchte.

Die Realität sieht jedoch anders aus. Das Verhältnis von Wirtschaftssubjekten im Rahmen von Kooperationen wird in der Literatur als „agonistisch“ bezeichnet, da jeder Wirtschaftsbeziehung ein kämpferisches Element zugrunde liegt.³⁴⁷ Jeder Akteur versucht, seine Interessen und Vorteile gegenüber

³⁴³ Während der Laufzeit der unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit kann es zu Veränderungen der Umwelt- und Rahmenbedingungen kommen, die eine Anpassung der Kooperationsvereinbarung erforderlich machen. Dabei entstehen im Rahmen der Anpassungsmaßnahmen – zum Beispiel in Form von Nachverhandlungen und Vertragsänderungen – so genannte Anpassungskosten. Vgl. hierzu: Vogt (1997), S.19; Picot (1982), S.270; Windsperger (1983), S.896; Picot (1986), S.3; Braun (1995), S.205; Coase (1996), S.89-104.

³⁴⁴ Die in Abhängigkeit von dem gewählten Beherrschungs- und Überwachungssystem anfallenden Transaktionskosten stellen die bei einer Transaktion auftretenden, in monetären Einheiten ausgedrückten „Reibungsverluste“ dar, die Arrow als „Betriebskosten des Wirtschaftssystems“ bezeichnet (Vgl. Arrow (1996), S.42ff.).

³⁴⁵ Vgl. Picot (1982), S.270.

³⁴⁶ Ein kooperatives Verhalten der Vertragspartner ist zu erwarten, wenn die potentiellen Partner ihr partnerschaftliches Verständnis unter Beweis stellen und durch eine größere Informationstransparenz gegenseitiges Vertrauen aufgebaut wird (Vgl. Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.64). Ein pareto-optimaler Zustand kann demnach erreicht werden, wenn sich die Kooperationspartner vertrauen und partnerschaftlich zusammenarbeiten (Vgl. Olson (1965), S.2).

³⁴⁷ Ein wesentliches Merkmal von Kooperationsbeziehungen ist, dass sie mit erheblichen Unsicherheiten verbunden sind. Dieser Zustand ist das Ergebnis von imperfekten und/oder unvollständigen Informationen (Vgl. Holler, Illing (1993), S.42ff.) somit einer fehlenden Informationstransparenz. Imperfekte Informationen zeichnen sich dadurch aus, dass sich die Handlungen des Kooperationspartners nicht beobachten lassen und sich individuelle, nicht beobachtbare Handlungen zum eigenen Vorteil ausnutzen lassen. Von unvollständigen Informationen wird gesprochen, wenn die Präferenzen der Kooperationspartner nicht transparent und somit nicht eindeutig zu identifizieren sind (Vgl. Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.58). Ein intensiver Austausch von Informationen sowie die Weitergabe von Signalen, welche die Kooperationsbereitschaft der Kooperationspartner intendieren, reduzieren das Risiko von Missverständnissen und Unsicherheit. (Vgl. Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.65). Auch wenn die Weitergabe von Signalen mit Kosten verbunden ist, rechtfertigen die potentiell erreichbaren Vorteile einer gezielten Zusammenarbeit diese Aktivitäten. So lassen sich nicht nur Gewinnsteigerungen realisieren,

denjenigen des anderen durchzusetzen,³⁴⁸ indem er zugunsten der eigenen Vorteilsmaximierung seine Kooperationspartner durch opportunistisches Verhalten zu täuschen und auszunutzen bereit ist. Der Erfolg der Kooperationsvereinbarung ist durch das Verhalten einzelner gefährdet,³⁴⁹ da die individuelle Nutzenmaximierung im Zentrum der Interessen des einzelnen Unternehmens liegt.³⁵⁰

Dominiert Misstrauen eine Kooperationsbeziehung bzw. werden die Transaktionskosten durch die beschränkte Rationalität oder das opportunistische Verhalten eines Kooperationsbeteiligten negativ beeinflusst,³⁵¹ so bedeutet dies eine Belastung für das Kooperationsvorhaben. Beschränkt rational handelnde Entscheidungsträger sind Wirtschaftssubjekte mit kognitiven Beschränkungen, die rationales Handeln intendieren,³⁵² und sich durch ihr Verhalten zu einer Belastung für die Kooperationsvereinbarung entwickeln. Ein beschränkt rational handelndes Individuum vergleicht in einer vom Transaktionskostenansatz modellierten Entscheidungssituation die Transaktionskosten verschiedener Organisationsformen. Der Entscheidungsträger wird sich dabei unter Berücksichtigung seiner subjektiven Erwartungen für die kostenminimale Handlungsalternative entscheiden, ohne allerdings alle zukünftigen Zustände und Handlungsoptionen bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.³⁵³ Somit liegt nicht die objektive Realität, sondern das subjektive innere Modell, das sich das Wirtschaftssubjekt von seiner Umwelt macht, seiner Entscheidungsfindung zugrunde. Das innere Modell steht als intervenierende Variable zwischen den einen Entscheidungsprozeß auslösenden Stimuli und der durch den Entscheidungsprozeß determinierten Reaktion des Wirtschaftssubjektes.³⁵⁴ In diesem Fall ist kein nutzenma-

sen sich nicht nur Gewinnsteigerungen realisieren, sondern auch die Unsicherheiten und Risiken durch eine stabile, vertrauensvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Partnern verringern oder sogar ausschließen (Vgl. hierzu Plötner (1995), S.35ff.). Allerdings wird im Zusammenhang mit der Weitergabe von Signalen häufig die Schwierigkeit darin gesehen, dass sie zum einen von ihrem Sender und ihrem Empfänger unterschiedlich interpretiert werden können, und zum anderen, dass vorsätzlich irreführende Signale lediglich zum Vortäuschen kooperativen Verhaltens gesendet werden (Vgl. Neumann, Morgenstern (2004), S.54).

³⁴⁸ Vgl. Bott (1967), S.144; Hillmann (1994), S.447.

³⁴⁹ Vgl. Hillmann (1994), S.447.

³⁵⁰ Vgl. Picot (1982), S.269. Kooperationen sind in der Praxis über weite Strecken auch dem Risiko ausgesetzt, dass einer der Kooperationspartner die vereinbarte Zusammenarbeit vorzeitig und zu einem für ihn günstigen Zeitpunkt für beendet erklärt, falls nicht die Verteilung der Belastungen, die aus der Kooperationsvereinbarung resultieren, und der Kooperationserträge zu seinen Gunsten ausfallen. (Vgl. Boettcher (1974), S.133f.).

³⁵¹ Vgl. Picot (1986), S.8f.; Picot, Dietl, Franck (1999), S.69.

³⁵² Vgl. Windsperger (1983), S.890.

³⁵³ Vgl. Bogaschewsky (1995), S.165f. Eine modelltheoretische Formulierung der Kooperationsbeziehung erfolgt in der spieltheoretischen Konstruktion des Gefangenendilemmas (Vgl. exemplarisch hierzu: Axelrod (1991), S.7ff.; Szyperski, Winand (1974), S.128ff.; Holler, Illing (2003), S.2ff.; Rapoport, Chammah, (1965). Die Problematik dieses Modells besteht darin, dass eine Situation beschrieben wird, in der opportunistisches Verhalten gewisse Chancen beinhaltet und in der deshalb die kollektive Rationalität nicht pauschal gegenüber der individuellen Nutzenmaximierung ausgezeichnet werden kann (Vgl. Raub, Voss (1986), S.311). Das Dilemma dieser Situation besteht darin, dass die optimale Lösung aufgrund des rationalen Verhaltens der Akteure, ihre eigenen Nutzen zu maximieren, verfehlt wird. Im Falle einer opportunistischen Strategie verliert einer der Partner, während der andere Kooperationsteilnehmer gewinnt. Der mögliche Kooperationsgewinn wird nicht realisiert. Dieses Dilemma lässt sich vermeiden, indem die Kooperationspartner versuchen, die Kooperativität des jeweils anderen im Moment der Entscheidung gedanklich zu antizipieren. (Vgl. Wurche (1997), S.149).

³⁵⁴ Vgl. Kirsch (1994), S.12.

ximierendes Verhalten des Entscheidungsträgers zu beobachten, sondern eines, das ausschließlich auf das Zufriedenstellen eines vorgegebenen Nutzenniveaus angelegt ist.³⁵⁵

Die Komplexität der Umwelt macht es jedem Beteiligten unmöglich, Kenntnis von allen Zuständen der Umwelt und von allen Handlungsalternativen und ihren Konsequenzen zu erlangen.³⁵⁶ In einer Situation, die durch unvollständige Information gekennzeichnet ist, verursacht die Koordination von Transaktionen Ausgaben. Diese Kosten, die für die Kontrolle der Kooperationsbeziehungen und zur Vermeidung von Reibungsverlusten anfallen, determinieren den Erfolg der Zusammenarbeit, indem sie die potentiellen Kooperationssynergien und ökonomischen Vorteile einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit zunichte machen können.

Das Problem ökonomischer Organisationen bzw. die Koordination von Transaktionen wird in der Theorie als Vertragsproblem formuliert.³⁵⁷ Die Implementierung und die Durchsetzung von Verträgen zur Sicherstellung einer stabilen Vertrauensgrundlage³⁵⁸ und zur Vermeidung von Reibungsverlusten zwischen den Kooperationspartnern, die durch die Koordination von Transaktionen entstehen,³⁵⁹ verursachen Transaktionskosten. Diverse Kontrollmechanismen bieten dabei für das Kooperationsvorhaben einen wirksamen Schutz nicht nur gegen eventuelle unlautere Absichten eines Kooperationspartners, sondern auch gegen ökonomische Reibungsverluste, die sich aus der Zusammenarbeit ergeben können. Für eine Unternehmung kann es unter Berücksichtigung seiner Kostenminimierungsabsicht durchaus sinnvoll sein, im Bedarfsfall benötigte Produkte oder Leistungen in eigener Produktion herzustellen, auch wenn die Eigenerstellung mit höheren Produktionskosten verbunden ist und sich durch die Fremdvergabe von Leistungen an Dritte Kosten in der Herstellung einsparen ließen. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn die Transaktionskosten, die durch die Schaffung von Kontrollmechanismen anfallen, die erhöhten Produktionskosten übersteigen würden.³⁶⁰

Zur Vermeidung von Kosten, die ausschließlich auf der Koordination unternehmerischer Tätigkeiten und der Vermeidung opportunistischen Verhaltens beruhen, wäre es für alle Beteiligten besonders wünschenswert, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Maßnahmen zur Kontrolle und Überprüfung der Kooperationsbeziehung nicht erforderlich sind und sich dadurch die Transaktionskosten in Grenzen halten ließen. Da sich diese Vorgabe nicht realisieren lässt, gehört die möglichst reibungslose Abwicklung der aufgabenbezogenen Beziehungen zwischen den Beteiligten zu den wesentlichen Aufgaben einer Organisationsform.³⁶¹ Vor diesem Hintergrund wird sich die effizienteste Gestaltungsal-

³⁵⁵ Vgl. Williamson (1985), S.45f.

³⁵⁶ Vgl. Windsperger (1983), S.894.

³⁵⁷ Vgl. hierzu: Hamm (2002), S.112; Williamson (1990), S.22.

³⁵⁸ „Das Vertrauen in den Kooperationspartner ist anscheinend nicht so groß, als dass man auf eine vertragliche Fixierung der Kooperationsinhalte sowie der Rechte und Pflichten der Kooperationspartner verzichten könnte.“ (Hammes (1995), S.69).

³⁵⁹ Vgl. Thiele (1994), S.993; Arrow (1983), S.43.

³⁶⁰ Die optimale Organisationsform für wirtschaftliche Aktivitäten wird demzufolge nicht ausschließlich durch die Transaktionskosten determiniert, sondern bei der Beurteilung alternativer Koordinationsstrukturen sind auch immer die Produktionskosten der Herstellung zu berücksichtigen (Vgl. Williamson (1990), S.25).

³⁶¹ Vgl. Picot (1982), S.269.

ternative mit den niedrigsten, entscheidungsrelevanten Kosten als Organisationsform durchsetzen.³⁶² Das gegenseitige Vertrauen und das Verhalten der Partner, das dies unterstützt, sind damit ein wesentlicher, empirisch nachgewiesener Erfolgsfaktor der Kooperation.³⁶³

Bleicher vertritt die Ansicht, dass die Vertrauensgrundlage zwischen Partnerunternehmen ausschlaggebend ist für den Erfolg und damit für die Effizienz einer Kooperationsvereinbarung.³⁶⁴ Gelingt es den Kooperationspartnern, den Spielraum für einseitige Manipulationen und damit die Schwierigkeiten und Kosten für die Zusammenarbeit zu determinieren, steigen die Erfolgsaussichten für einen langfristigen Fortbestand des Kooperationsprojektes.³⁶⁵ Eine stabile Vertrauensgrundlage, die nicht nur transaktionskostensenkende und damit effizienzsteigernde Wirkungen auslöst, sondern auch in der Lage ist, die Kooperationsziele ohne Vernachlässigung der individuellen Unternehmensziele und der Interessen der Partnerunternehmen zu realisieren, stellt die langfristige Überlebensfähigkeit des Kooperationsprojektes sicher und fördert die gemeinsame und einvernehmliche Realisierung der Kooperationsziele.³⁶⁶

<i>Merkmalsausprägung</i>	<i>Kooperationen</i>	<i>Akquisitionen</i>
Bindungsintensität	niedrig bis mittel	hoch bis sehr hoch
Wirtschaftliche Selbständigkeit	Keine einheitliche wirtschaftliche Führung	Einheitliche wirtschaftliche Führung (endet für erworbenes Objekt)
rangmäßige Beziehung	Gleichordnung	Über- und Unterordnung
Möglichkeit der Beendigung des Zusammenschlusses	Entscheidungsfreiheit für alle Partner im gleichen Ausmaß	Entscheidungsfreiheit nur für das erwerbende Unternehmen
Leistungsprozeßmäßiger Umfang des Zusammenschlusses	Teile der Unternehmensaufgabe / Wertschöpfungskette	Gesamte Unternehmensaufgabe / Wertschöpfungskette
Eingesetzte Produktions-Faktorkombination	Vielfach neu, erst für die Kooperation geschaffen	Bereits vorhanden
Bindungsmittel	Vertrag, personelle Verflechtung, Kapitalbeteiligung	Mehrheitliche Kapitalbeteiligung, vollständiger Vermögenserwerb

Tabelle 1: Merkmalsausprägungen von Kooperationen und Akquisitionen

Die Vorteile von Kooperationen werden durch die Nachteile alternativer Organisationsformen, wie zum Beispiel von Akquisitionen, bestimmt. Bei Akquisitionen handelt es sich im Gegensatz zu normalen Kooperationen um den Erwerb von Eigentumsrechten eines Unternehmens an einer anderen Unternehmung oder an in sich geschlossenen und abgrenzbaren unternehmerischen Teileinheiten mittels

³⁶² Vgl. Vogt (1997), S.4; Windsperger (1983), S.895.

³⁶³ Vgl. Weder, (1989), S.63; Vgl. hierzu auch Braun (1995), S.205f.

³⁶⁴ Vgl. Bleicher (1989b), S.86f.

³⁶⁵ Dass in Kooperationsbeziehungen mit Opportunismus und Manipulationen gerechnet werden muss, ist Folge der Annahme der begrenzten Rationalität (Vgl. Grüninger (2001), S.51).

³⁶⁶ Zur Bedeutung von Vertrauen für Kooperationen: Vgl. Grüninger (2001), S.67ff.; Buse (1997), S.455f.

einer mehrheitlichen Übertragung von Kapitalanteilen der zu übernehmenden Gesellschaft an den Erwerber.³⁶⁷ Die Übernahme von Anteilen hat zur Konsequenz, dass der Erwerber die Möglichkeiten einer beherrschenden Einflussnahme auf die Unternehmensziele des Übernahmekandidaten erhält, ohne dass er seine schon vor der Transaktion existierende Rechtspersönlichkeit mit dem Erwerb verlieren muss. Der Erwerb eines Unternehmens führt in der Regel zu einer Ausweitung der Geschäftstätigkeit auf Bereiche außerhalb der eigenen Kernkompetenzen. Durch Akquisition selbst können hohe finanzielle Belastungen entstehen, die unter dem Gesichtspunkt der Transaktions- und Produktionskostenminimierung den Erwerb von Unternehmensteilen nicht unbedingt als beste und kostengünstigste Alternative erscheinen lassen. Kogut lehnt deswegen Akquisitionen im Rahmen der Transaktionskostentheorie als ökonomisch nicht sinnvolle Alternative ab: „(...) lies in the diseconomies of acquisition due to the costs of divesting or managing unrelated activities or the higher costs of internal development.“³⁶⁸ **Tabelle 1** verdeutlicht die Unterschiede in einzelnen Merkmalsausprägungen von Kooperationen und Akquisitionen. Sind die unternehmensinternen Voraussetzungen für eine transaktionskostengünstige Zusammenarbeit nicht gegeben, können die Organisationskosten leicht die angestrebten produktionswirtschaftlichen Vorteile überkompensieren und Kooperationsvereinbarungen in ihren strategischen Vorteilen determinieren.

Abb. 24 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Formen der Partnerschaft.

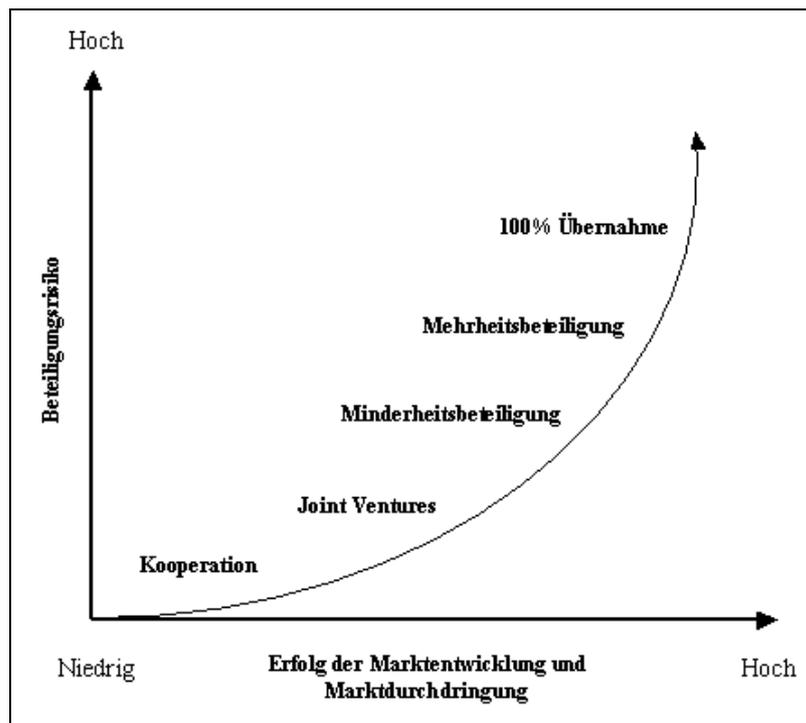


Abbildung 24: Formen der Partnerschaft³⁶⁹

³⁶⁷ Vgl. Pieper (1998), S.17.

³⁶⁸ Vgl. Kogut (1988), S.320.

³⁶⁹ Gösche (1995), S.35.

Der Transaktionskosten-Ansatz erlaubt eine Bewertung der verschiedenen Strategiealternativen und dient dem Management als Entscheidungshilfe, ob und mit welchem potentiellen Partner im Rahmen seiner wettbewerbsstrategischen Konzeption Kooperationsverhandlungen aufgenommen werden.

Wird die Vorbereitungsphase zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht und fällt die strategische Entscheidung zu Gunsten der unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit aus, erteilt in der Regel das Management unter Berücksichtigung der Analyseergebnisse seinen Mitarbeitern den konkreten Auftrag zur formalen und detaillierten Planung des Kooperationsvorhabens.

3.2. Strategisches Verhalten von Unternehmen

„Die Strategie ist der Weg, über den die Veränderung zu einem konstruktiven, tragfähigen Konzept ausgebaut wird; sie verlangt eine Änderung des bisherigen, alten Verhaltensmusters. Ohne Änderung des alten Verhaltensmusters gibt es keine neue Strategie.“³⁷⁰

Eine weitere Begründung für die Bildung von Kooperationen liefern die strategischen Verhaltensabsichten von Unternehmen. Einzelne Unternehmen können wegen ihrer beschränkten personellen und sachlichen Ressourcen nicht alle Anforderungen, die als Voraussetzung für ein langfristiges Überleben der Unternehmung anzusehen sind, eigenständig erfüllen. Aus diesem Grund werden sich die betroffenen Unternehmen für eine Strategie entscheiden, die sich durch einen langfristigen und zukunftsorientierten Charakter auszeichnet und das Unternehmen als Ganzes betrachtet.³⁷¹ Durch strategisch geprägte Veränderungen soll eine Verbesserung der Unternehmenssituation erreicht werden. Dabei legt das Unternehmen sein Hauptaugenmerk auf die Schaffung künftiger Erfolgspotentiale³⁷² wie zum Beispiel die Gewinnmaximierung oder die Verbesserung seiner Wettbewerbsposition³⁷³ gegenüber Konkurrenten, ohne allerdings die enge prozessuale Verknüpfung von Zielen und Verfahrensweisen im Strategieevaluationsprozess zu vernachlässigen.³⁷⁴

Die Entscheidung einer Unternehmung zugunsten einer Organisationsform ist grundsätzlich davon abhängig, mit welcher sich die Marktposition einer Unternehmung sichern und unter Umständen sogar ausbauen lässt. Dabei kann strategisches Verhalten durchaus wohlfahrtsfördernd sein, wenn sich durch die Bildung von Kooperationen für das einzelne Unternehmen bestimmte Kosten zum Beispiel durch die Aufteilung von Forschungs- und Entwicklungskosten reduzieren lassen und die Partnerunternehmen das Produkt trotzdem getrennt voneinander vertreiben. In Bezug auf die Preisgestaltung und die Produktqualität können Kooperationen vorteilhaft sein, wenn die Kooperationspartner durch ihr stra-

³⁷⁰ Vgl. Hinterhuber (1980), S.24.

³⁷¹ Vgl. Krieg (1985), S.266f.

³⁷² Vgl. Pümpin (1982), S.29ff.

³⁷³ Für Porter ist die Wettbewerbsstrategie eine Kombination von Zielen, die ein Unternehmen verfolgt, und von Mitteln, die es dazu einsetzt (Vgl. Porter (1983), S.17)

³⁷⁴ [...], we would emphasize that these words [goals, strategies and policies] are accordionlike and that the processes used to formulate them, while distinct, should be (and usually are) interrelated (Vgl. Hofer, Schendel, (1978), S.20).

tegisches Verhalten Größenvorteile bei Einkauf und Produktion realisieren oder auf Grund einer spezialisierten Arbeitsteilung im Rahmen des Leistungsprozesses die Produktqualität verbessern.³⁷⁵

Diese beiden Erklärungsansätze, die Transaktionskostentheorie³⁷⁶ und das strategische Verhalten der Unternehmen, unterscheiden sich nicht nur in den ihnen zugrunde liegenden Motiven, sondern auch in ihren jeweiligen Anforderungen an die Partnerunternehmen. Wird ein bestimmtes Unternehmen im Rahmen der Transaktionskostentheorie unter dem Gesichtspunkt der Kostenminimierung als Kooperationspartner ausgewählt, so stehen bei strategischem Verhalten der Unternehmen Marktanteile und – positionen der potentiellen Partnerunternehmen im Vordergrund.

3.3. Exkurs: Zusammenspiel von Absichten, Strategien, Maßnahmen und Zielen am Beispiel eines Krankenhauses

„Die marktorientierte Ausrichtung und Führung eines Dienstleistungsunternehmens erfordert die Erarbeitung einer Marketing-Konzeption auf den drei Ebenen Ziele, Strategien und Maßnahmen bzw. Instrumente.“³⁷⁷ In welchem Zusammenhang die Absichten, Strategien, Maßnahmen und Ziele einer Unternehmung stehen, lässt sich am Beispiel eines Krankenhauses verdeutlichen, das unter Berücksichtigung seiner Zielvorgaben nach strategischen Alternativen sucht. In diesem äußerst differenzierten, von Kreikebaum diskutierten Strategieevaluationsansatz sind die Strategien nicht nur in „übergeordnete Absichten“ mit Zielcharakter eingebettet, sondern auch in „abgeleitete Maßnahmen“ sowie stark konkretisierte Ziele.³⁷⁸

Der stetige Wandel der finanziellen, wissenschaftlichen, technischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen³⁷⁹ zwingt Krankenhäuser immer mehr dazu, über strategische Alternativen zur Existenzsicherung nachzudenken, wobei es zu ihren generellen Absichten gehört, ihre krankenhauserinterne Wirtschaftlichkeit zu steigern³⁸⁰ und langfristig gesehen durch eine Sicherstellung der wirtschaftlichen Selbständigkeit ihre Marktanteile zu vergrößern. Bei diesen Absichten handelt es sich um Vorgaben über die Art und Richtung der angestrebten Ziele eines Krankenhauses. Die Absichten, die ein Krankenhaus zur Wahrung seiner Interessen verfolgt, lassen sich nicht nur konkretisieren und spezialisieren, sondern auch für das Krankenhaus als Ganzes oder für einzelne Geschäfts- und Funktionsbereiche des

³⁷⁵ Unzureichende Produktionskapazitäten oder unterkritische Auslastungen können durch einen „Kapazitätswap“ mit einem Wettbewerber im Rahmen von Kooperationen beseitigt werden. Ebenso können Produktpalettes mit Wettbewerbern die eigene, unvollständige Produktpalette ergänzen (Vgl. Hammes (1995), S.74).

³⁷⁶ Vgl. zur Kritik am Transaktionskostenansatz, insbesondere an seiner Fähigkeit zur Erklärung von Kooperationen: Sydow (1993), S.145ff.

³⁷⁷ Meffert (1995), S.458.

³⁷⁸ Vgl. Kreikebaum (1993), S.155.

³⁷⁹ Beispiele für die veränderten Rahmenbedingungen sind die Implementierung eines vollständig pauschalierenden Entgeltsystems für den stationären Sektor (DRG), die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen (DMP) sowie die Möglichkeit des Angebots Integrierter Versorgungsmodelle als Alternative zur Regelversorgung.

³⁸⁰ Vgl. § 1 Abs. 1 KHG. Zu den weiteren Zielen eines Krankenhauses gehören die Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sowie Leistungen eines Beitrages zu sozial tragfähigen Pflegesätzen (Vgl. § 1 Abs. 1 KHG). Nach Ansicht von Eichhorn unterliegen Krankenhäuser einer „dualen Zielsetzung“ (Vgl. Eichhorn (1979), S.6). Demnach steht auf der einen Seite der öffentliche Auftrag, den Krankenhäuser zu erfüllen haben, auf der anderen Seite stehen eigenwirtschaftliche Zielsetzungen. (Vgl. hierzu Braun (1999c), S.214ff.)

Krankenhauses festlegen. Aus den generellen Absichtserklärungen einer Klinik werden von den Entscheidungsträgern spezielle Vorhaben abgeleitet, die in der Sicherstellung einer medizinisch effizienten Behandlung, in einer kostendeckenden Leistungserbringung sowie einer Deckung der Patientenbedürfnisse und –zufriedenheit im stationären Sektor bestehen können. Im Rahmen dieser Absichtsspezifizierung erfolgt allerdings noch keine Quantifizierung der Vorgaben, da diese ohne die Festlegung von Strategien und Maßnahmen selten in realistischer Weise zu bestimmen sind, und das Krankenhaus in seinem Handlungs- und Entscheidungsspielraum zu sehr determiniert. Der Verzicht auf ein vorzeitiges, konkretes Beziffern von Absichten ermöglicht eine Suche nach geeigneten Strategien und schließt Handlungsalternativen nicht schon von vornherein aus. Würde nämlich das anzustrebende Ziel vor der Strategiesuche und –bewertung zu genau festgelegt werden, liefe das Krankenhaus Gefahr, ein zu niedriges Ziel vorzugeben und die Suche nach der besten Strategie zu früh abzubrechen.

Nachdem im Hinblick auf die Absichten innerhalb des Krankenhauses ein Konsens unter den Entscheidungsträgern hergestellt worden ist, sind die zur Diskussion stehenden strategischen Optionen zu analysieren, um die genannten Absichtserklärungen auch umsetzen zu können. Den Ankündigungen des Krankenhauses müssen Taten folgen. Den Absichten des Krankenhauses entsprechend ist eine Strategie zur Umsetzung der Absichtserklärungen zu entwickeln. Strategien bieten dabei eine Möglichkeit, die vorhandenen und die potentiellen Stärken des Unternehmens einzusetzen, um Veränderungen der Umweltbedingungen in geeigneter Weise zu begegnen oder auf diese aktiven Einfluss auszuüben. In Frage kommen dabei in erster Linie Produkt- und Marktstrategien.³⁸¹

Im Rahmen der Produktstrategie versucht das Krankenhaus die medizinischen und medizintechnischen Entwicklungen und Innovationen im Gesundheitswesen in den Behandlungsprozess zu integrieren und den Nachfragern nach stationären Leistungen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik beruhende Behandlungsmethoden anzubieten.

Befürworten die Entscheidungsträger in einem Krankenhaus hingegen die Marktstrategie, müssen die Krankenhäuser geeignete Marketingmaßnahmen ergreifen, um ihre erfolgsrelevanten Kunden³⁸² wie beispielsweise die niedergelassenen Ärzte oder Patienten dauerhaft an ihr Haus zu binden. Ihnen muss ein Anreiz gegeben werden, im Bedarfsfall die Leistungen nur eines Krankenhauses in Anspruch zu nehmen. Diese Strategie beinhaltet im einzelnen nicht nur die Auswahl der geeigneten Kundenkreise, sondern verpflichtet die Krankenhäuser dazu, auf die Interessen und Wünsche der potentiellen Kunden Rücksicht zu nehmen. Unter Beachtung der vorhandenen Potentiale wird sich das betroffene Krankenhaus für die Strategiealternative entscheiden, die am ehesten in der Lage ist, die unternehmensspezifischen Absichten umzusetzen und seinen Interessen gerecht zu werden.

Die einzelnen zur Diskussion stehenden Strategiealternativen sind allerdings in der Regel nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern sind im Sinne der unternehmensinternen Pläne und Vorgaben sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Einem Krankenhaus mit eindeutigen Präferenzen für eine Marktstrategie fällt die Umsetzung dieser strategischen Option leichter, wenn es sich durch die Integration neuer, auf dem neuesten Stand der Wissenschaft beruhenden Behandlungsmethoden in den stationären Leistungskatalog von den Angeboten und Fähigkeiten der Konkurrenz positiv abzuheben weiß. Ein

³⁸¹ Vgl. zu Produkt- und Marktstrategien: Godefroid (2003), S.158ff; Rupp (1980).

³⁸² Vgl. Braun (1999d), S.9.

niedergelassener Arzt wird eher bereit sein, die Leistungen eines bestimmten Krankenhauses in Anspruch zu nehmen, wenn er davon ausgehen kann, dass sein Patient nach dem aktuellen Stand der Forschung und mit den medizinisch besten Instrumenten und Apparaten möglichst schonend behandelt wird.

Das Krankenhaus als Verfechter der Marktstrategie muss sich im klaren sein, welche Maßnahmen zur Auswahl stehen und welche am ehesten geeignet sind, die Strategie zu konkretisieren und die anzustrebenden Ziele umsetzen. Zur Durchführung der beschriebenen Marktstrategie bieten sich sektorenübergreifende Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens an, wobei sich insbesondere eine strategische Zusammenarbeit mit

- ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen,
- mit anderen Krankenhäusern,
- mit Krankenversicherungen,
- mit Lieferanten von Medizinprodukten und Arzneimitteln,
- mit niedergelassenen Ärzten,
- mit Notfalldiensten,
- mit öffentlichen Apotheken sowie
- mit Praxisnetzen

anbietet.³⁸³

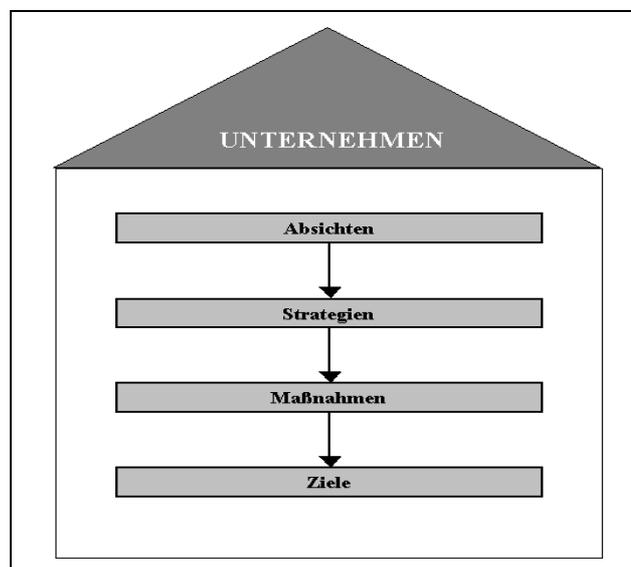


Abbildung 25: Hierarchische Zuordnung von Absichten, Strategien, Maßnahmen und Zielen eines Unternehmens

³⁸³ In einer Befragung, die das IBG in Zusammenarbeit mit der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) im ersten Halbjahr 2003 durchgeführt hat und an der zahlreiche stationäre Einrichtungen Baden-Württembergs teilgenommen haben, haben die Krankenhäuser nicht nur angegeben, mit welchen der genannten Institutionen des Gesundheitswesens bereits Kooperationen bestehen bzw. geplant sind. Sie konnte sich auch dazu äußern, wie sie in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie für die Zukunft einschätzen (Vgl. hierzu Kapitel VIII.8 der Arbeit).

Nachdem die Strategie und die dazugehörigen Maßnahmen von den Entscheidungsträgern des Krankenhauses unter Berücksichtigung rechtlicher Restriktionen festgelegt worden sind, sind die Ziele des Krankenhauses im Einzelnen zu konkretisieren und gegebenenfalls zu quantifizieren. Zu den Zielen eines Krankenhauses können u.a. die Vorgabe eines bestimmten Auslastungsgrades der stationären Kapazitäten, die Verbesserung der medizinischen Versorgung sowie die Zufriedenheit der Patienten gehören. **Abb. 25** zeigt den Zusammenhang zwischen Absichten, Strategien, Maßnahmen und Zielen.

3.4. *Technologietransfer mittels Kooperationen*

Auf der Suche nach Handlungsoptionen, um Wissen und Fähigkeiten zum Beispiel über bestimmte Verfahrensprozesse zu generieren und nutzbar zu machen, stellen Kooperationen wegen ihrer beschränkten fachlichen und sachlichen Ressourcen und wegen der Dynamisierung und Komplexität des Wettbewerbs für immer mehr Unternehmen eine Organisationsalternative dar und spielen eine wichtige Rolle in ihren Überlegungen für einen Zugang zu neuen Technologien.³⁸⁴ Im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Können, Wissen, Zeit und der Verarbeitungsfähigkeit von Informationen bestehen grundsätzlich für alle Wirtschaftssubjekte Kapazitätsbeschränkungen.³⁸⁵ Deshalb ist es fast ausnahmslos für alle Unternehmen erforderlich, dass sie sich nach strategischen Organisationsalternativen umschauen und in Erwägung ziehen, die Erfüllung der Unternehmensziele und –aufgaben im Rahmen der Organisationsentscheidung quantitativ und qualitativ auf mehrere Aufgabenträger zu verteilen. Kooperationen als strategische Organisationsalternative sind in der Lage, durch eine (temporäre) Nutzung von Ressourcen und Kompetenzen des Partnerunternehmens, die komplementär zu den eigenen sind, Defizite in der eigenen Ressourcenausstattung auszugleichen.³⁸⁶ Dieser strategische Erklärungsansatz basiert darauf, dass Unternehmen Kooperationen als geeignetes Mittel dafür entdeckt haben, weiterentwickelte Technologien von Konkurrenzunternehmen zu erlernen und auf diese Weise ihre Fähigkeiten und Kompetenzen auszubauen.³⁸⁷ Aus den Ergebnissen empirischer Untersuchungen wird deutlich, dass für immer mehr Unternehmen der Zugang zu Ressourcen³⁸⁸ und Märkten das bedeutendste Motiv für die Bildung von Kooperationen darstellt.³⁸⁹

Kooperationen können Unternehmen helfen, ihre Wettbewerbssituation zu stärken, indem im Rahmen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit rascher auf im eigenen Hause nicht vorhandenes

³⁸⁴ Vgl. Fichtel (1997), S.149; Wührer (1993), S.25; Töpfer (1990), S.252.

³⁸⁵ Vgl. Picot (1982), S.269.

³⁸⁶ Vgl. Buse (1997), S.450; Hammes (1995), S.73.

³⁸⁷ Aufgrund der zum Teil enormen Schwierigkeit, Kernkompetenzen in vergleichbar kurzer Zeit zu entwickeln, andererseits die Märkte den Zugriff des Anbieters auf bestimmte Kernkompetenzen aber erfordern, denken immer mehr Unternehmen über Kooperationen nach, um sich Fähigkeiten durch die Zusammenarbeit mit Konkurrenten anzueignen und die Wettbewerbsfähigkeit auf diese Weise zu erhalten bzw. auszubauen (Vgl. Freiling (1998), S.25).

³⁸⁸ Zu dem grundlegenden Ziel der Partizipation an einer Kooperation gehört es, mit Hilfe der Ressourcenvielfalt für die an der Kooperation beteiligten Unternehmen und den zwischen den Kooperationspartnern bestehenden Ressourcenkomplementarität gemeinsam Wettbewerbsvorteile zu realisieren (Vgl. Blecker (2000), S.1).

³⁸⁹ Vgl. Kaufmann, Kokalij, May-Strobl (1990), S.92ff.

Know-how zurückgegriffen³⁹⁰ oder gemeinsam mit der Kompetenz eines Partners neue Problemlösungen entwickelt werden können.³⁹¹ Unternehmen weisen in der Regel hinsichtlich ihrer Ressourcenausstattung Unterschiede auf und sind auf Grund der Unvollkommenheit der Faktormärkte nicht in Lage, fehlende Ressourcen in beliebiger Weise selber zu erwerben.³⁹²

In kooperativer Zusammenarbeit mit anderen Unternehmen lässt sich nicht nur das Risikopotential eines Alleinganges minimieren, sondern auch oft das für die Realisierung erforderliche personelle und finanzielle Potential erreichen, wodurch bestimmte Aufgaben des Leistungsprozesses nicht nur seriell, sondern auch kosten- und zeitsparend parallel in Angriff genommen werden können.³⁹³ Eine Kooperationsvereinbarung ist dabei oftmals – unter Berücksichtigung der anfallenden Transaktionskosten – eine kostengünstige Alternative, um sich neue Produktionsverfahren anzueignen oder spezielle Fähigkeiten und Kenntnisse zu erlernen. Unternehmen, die wegen begrenzter Kapazitäten oder fehlender Kompetenzen nicht in der Lage sind, bestimmte Fähigkeiten zu erlernen, können mittels Kooperationen und dem daraus resultierenden Erfahrungs- und Technologieaustausch zeitnah Voraussetzungen für eine langfristige und wettbewerbsfähige Position am Markt schaffen.³⁹⁴ Unterbleiben von Seiten der betroffenen Unternehmen die Bemühungen, durch Kooperationsvereinbarungen an dem Wissen und den Erfahrungen eines potentiellen Partnerunternehmens zu partizipieren, kann dies die Errichtung von Marktzutrittsbarrieren mit langfristigen negativen wirtschaftlichen Konsequenzen für das Unternehmen bedeuten. Wenn es sich bei dem Wissen um in das Unternehmen eingebettetes Spezialwissen handelt, so kann es häufig nur durch einen langfristigen Erfahrungsaustausch im Rahmen von Kooperationen transferiert werden.³⁹⁵ Von Kooperationen wird damit ein zeitlich begrenzter Wissenstransfer in Verbindung mit Qualitätsverbesserungen erwartet, welcher sich durch rein vertraglich vereinbarte Technologie- und Wissenstransfers nicht realisieren lässt.³⁹⁶

4. Die Konzentration als Alternativen zur Kooperation: eine Abgrenzung

Aus etymologischer Sicht wird unter einer Konzentration die Gruppierung von Elementen um einen Mittelpunkt verstanden.³⁹⁷ Auf wirtschaftliche Tatbestände übertragen wird die Konzentration von Wirtschaftseinheiten als eine „Ballung ökonomischer Größen“³⁹⁸ definiert. Von dieser Ballung können alle ökonomischen Merkmale von Wirtschaftseinheiten betroffen sein. Dazu gehören Einkommen, Vermögen, Betriebe, Unternehmen oder Verfügungsmacht.³⁹⁹ Dabei kann sich der Konzentrationsbeg-

³⁹⁰ Vgl. Abel (1992), S.89.

³⁹¹ Vgl. Bühlmann, Moning, Waldkirch (1983), S.30.

³⁹² Buse (1997), S.449.

³⁹³ Vgl. Bühlmann, Moning, Waldkirch (1983), S.30.

³⁹⁴ Vgl. hierzu Gahl (1990), S.37ff.

³⁹⁵ Vgl. Schertler (1991), S.226.

³⁹⁶ Vgl. hierzu Staudt, Bock, Toberg (1989), S.145.

³⁹⁷ Vgl. Schubert, Küting (1981), S.55. Vgl. zum Begriff der Konzentration auch Brockhaus (1982), S.261.

³⁹⁸ Pohmer, Bea (1975), S.2221; Arndt, Ollenburg (1971), S.7.

³⁹⁹ Vgl. Pohmer, Bea (1975), S.2221; „Der Einfluss kann sich aus der Zusammenfassung von Produktionsfakten in einem Betrieb (Faktorkonzentration), aus der Zusammenfassung von Betrieben in Unternehmen (Be-

riff zum einen auf einen Zustand (Zeitpunktbetrachtung), zum anderen auf einen Prozess (Zeitraumbetrachtung) beziehen.⁴⁰⁰ Daraus wird deutlich, dass Konzentration sowohl einen strukturellen Zustand als auch einen strukturverändernden Prozess im Zeitablauf darstellen kann.⁴⁰¹

Eine Definition des Konzentrationsbegriffs liefert Haubrock, indem er auf unterschiedliche Erklärungsansätze in der Literatur zugreift. Für ihn liegt eine Konzentration vor, „wenn in einem festzulegenden ökonomischen Sektor bei den Teilnehmern Verdichtungen wirtschaftlicher Größen auftreten, die durch das Eingehen von mehr oder weniger starken Verbindungen zwischen den Wirtschaftseinheiten und/oder durch das überproportionale Anwachsen bzw. den unterproportionalen Rückgang bestimmter ökonomischer Faktoren bei einzelnen Wirtschaftseinheiten entstanden sind“⁴⁰².

Zentrales Handlungsmotiv von Unternehmen in Marktwirtschaften ist die Gewinnerzielungsabsicht. Zur Realisierung des Gewinnziels treffen die Unternehmen Entscheidungen, die darauf abzielen, ihre Marktstellung nicht nur zu erhalten, sondern auch auszubauen. Die Unternehmenskonzentration kann auf zwei Arten zustande kommen. Die Unternehmen entwickeln Marktstrategien, die darauf abzielen, durch internes oder externes Wachstum ihre eigene Position auf dem Markt zu festigen.⁴⁰³ Die Konzentration durch internes Unternehmenswachstum bedeutet eine endogene Verdichtung ökonomischer Größen durch die Erweiterung unternehmensinterner Kapazitäten (z.B. Aufbau neuer Produktionsanlagen). Das externe Unternehmenswachstum ist gekennzeichnet durch den Erwerb bereits bestehender und bisher selbständiger Produktionskapazitäten.⁴⁰⁴

Abb. 26 enthält die wesentlichen Ursachen der Unternehmenskonzentration. Größenvorteile („economies of scale“) entstehen, wenn mit wachsender Betriebsgröße die Produktionskosten langsamer wachsen als die Ausbringungsmenge. Diversifizierungsvorteile („economies of scope“) liegen vor, wenn die Herstellung verschiedener Produkte durch das gleiche Unternehmen zu geringeren Gesamtkosten führt als die Produktion der Produkte durch jeweils unterschiedliche Unternehmen. Finanzierungsvorteile bestehen in erster Linie für große Unternehmen, da sie in Kreditverhandlungen ihre Größe ausspielen können und infolge eines geringeren Rückzahlungsrisikos für Banken leichter und billi-

triebskonzentration), der Zusammenfassung von Unternehmen (Unternehmenskonzentration i. e. S.), der Ballung der Einkommen (Einkommenskonzentration) und aus der Ballung von Vermögen (Vermögenskonzentration) ergeben.“ (Arndt (1974), S.29).

⁴⁰⁰ Vgl. Pohmer, Bea (1975), S.2221. Von Konzentration im Sinne der Zeitpunktbetrachtung wird gesprochen, wenn zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Merkmalsbetrag auf wenige Merkmalsträger (Absolute Konzentration) oder ungleichmäßig auf die einzelnen Merkmalsträger (relative Konzentration) verteilt ist. Vgl. hierzu: Schmidt (1996), S.127, und Pohmer, Bea (1975), S.2221. Von Konzentration im Sinne der Zeitraumbetrachtung wird gesprochen, wenn sich im Zeitlauf die Anzahl selbständiger und unabhängiger Wirtschaftssubjekte als wettbewerbspolitische Entscheidungsträger vermindert, was zum einen durch externes Wachstum in Form von Zusammenschlüssen i.w.S.mit anderen bisher unabhängigen Unternehmen, zum anderen durch starkes internes Wachstum der Unternehmen als Folge der Erweiterung der unternehmensinternen Produktionskapazitäten erfolgen kann. Vgl. hierzu: Schmidt (1996), S.127f., und Pohmer, Bea (1975), S.2221.

⁴⁰¹ Vgl. Haubrock (1994), S.43.

⁴⁰² Vgl. Haubrock (1994), S.44, sowie die dort angegebenen Quellen.

⁴⁰³ Vgl. Haubrock (1994), S.63.

⁴⁰⁴ Vgl. Haubrock (1994), S.63.

ger Kredite erhalten.⁴⁰⁵ Außerdem verleihen die Träger staatlicher Wirtschaftspolitik durch ihr Wirken dem Prozess der Unternehmenskonzentrationen zusätzliche Impulse: „In Bedrängnis geratene Großunternehmen werden durch Subventionen gestützt, die die Wettbewerbsposition ihrer kleineren Konkurrenten verschlechtern; Forschungs- und Technologiepolitik fördert erfahrungsgemäß häufig die größeren Unternehmen einer Branche oder macht die Gewährung von Mitteln davon abhängig, dass zuvor durch Unternehmenszusammenschlüsse größere Unternehmenseinheiten gebildet werden. Umweltauflagen können Finanzierungserfordernisse begründen, die nur die großen Betriebe einer Branche zu erfüllen vermögen. Auch das Steuersystem und das Patentrecht sind zumeist nicht so ausgestaltet, dass sie in ihren Wirkungen „konzentrationsneutral“ wären.“⁴⁰⁶

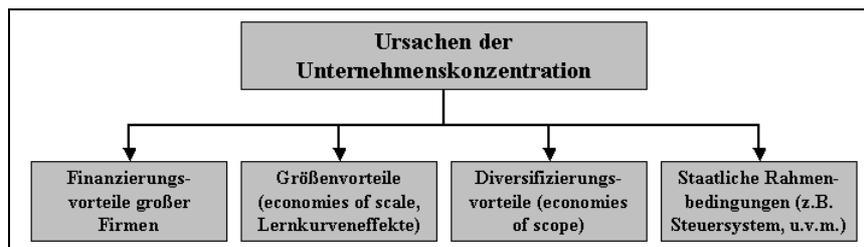


Abbildung 26: Ursachen der Unternehmenskonzentration⁴⁰⁷

Bei den Verflechtungsebenen differenziert man nach der Art der betroffenen Märkte. Analog zur Kooperation lassen sich hinsichtlich des externen Unternehmenswachstums Konzentrationen in horizontaler, vertikaler und diagonaler Richtung unterscheiden. Eine Konzentration in horizontaler Richtung liegt vor, wenn sich vormals unabhängige Unternehmen, die auf dem gleichen sachlich und räumlich relevanten Markt tätig sind, zusammenschließen. Die Ziele derartiger Zusammenschlüsse liegen in der Realisierung von Skaleneffekten („economies of scale“)⁴⁰⁸, marktstrategischer Zielsetzungen (z.B. Errichtung von Markteintrittsbarrieren) oder in der Förderung von Managementinteressen.⁴⁰⁹ Von einer vertikalen Konzentration wird gesprochen, sobald sich bisher selbständige Unternehmen zusammenschließen, die auf verschiedenen Wirtschaftsstufen tätig sind und in einer so genannten „Käufer-Verkäufer-Beziehung“ zueinander stehen. Die Vorteile der vertikalen Konzentration liegen für Wirtschaftssubjekte in erster Linie in der Reduzierung der Transaktionskosten sowie in der Umsetzung marktstrategischer Zielsetzungen, indem sie sich einen besseren Zugang zu den Bezugs- und Absatzwegen sichern.⁴¹⁰ Allerdings steht der Ersparnis von Transaktionskosten die Gefahr zusätzlicher Organisationskosten gegenüber, die anfallen können, wenn Wirtschaftseinheiten im Rahmen der vertikalen

⁴⁰⁵ Vgl. Baßeler, Heinrich, Koch (1995), S.215.

⁴⁰⁶ Berg (1995), S.272.

⁴⁰⁷ Vgl. Berg (1995), S.271.

⁴⁰⁸ Der Realisierung von Skaleneffekten steht allerdings die Gefahr negativer Skaleneffekte („Diseconomies of scale“) gegenüber. Negative Skaleneffekte treten auf, wenn die optimale Betriebs- und Unternehmensgröße überschritten werden und die langfristigen Stückkosten mit steigendem Output proportional steigen, (Vgl. hierzu Pindyck, Rubinfeld (1998), S.266ff.).

⁴⁰⁹ Vgl. Schmidt (1996), S.132.

⁴¹⁰ Vgl. Haubrock (1994), S.65.

Konzentration in Unternehmen integriert werden müssen.⁴¹¹ Charakteristisch für eine diagonale Konzentration ist, dass die konzentrierten Unternehmen auf Märkten tätig sind, deren Produkte und Dienstleistungen weder auf der Produktions- noch auf der Absatzseite in einem unmittelbaren Wettbewerb zueinander stehen.⁴¹² Unternehmen, die sich im Rahmen einer diagonalen Konzentration zusammenschließen, sind weder auf dem selben Markt tätig noch besteht zwischen ihnen eine Käufer-Verkäufer-Beziehung.⁴¹³ Mit ihrer Entscheidung zugunsten einer diagonalen Konzentration verfolgen die Unternehmen unterschiedliche Ziele. Zum einen erfolgen solche Zusammenschlüsse in der Absicht, durch eine Diversifizierung des Unternehmensportfolios das Unternehmensrisiko zu minimieren. Andererseits spielen marktstrategische Gründe eine wichtige Rolle bei der Strategieentscheidung der Unternehmen.⁴¹⁴

Als Erscheinungsformen für Unternehmenskonzentrationen kommen Konzerne und Fusionen in Frage.⁴¹⁵ Bei einem Konzern handelt es sich um einen Zusammenschluss rechtlich selbstständiger Unternehmen unter einheitlicher wirtschaftlicher Führung.⁴¹⁶ Die Wirtschaftssubjekte geben ihre wirtschaftliche Selbständigkeit auf und übergeben die wirtschaftliche Leitung an den Konzern. Die wirtschaftlich unselbständigen Konzernunternehmen behalten weiterhin ihre rechtliche Selbständigkeit.⁴¹⁷ Fusionen entstehen, wenn sich mehrere rechtlich selbstständige Unternehmen zusammenschließen und durch den Zusammenschluss eine neue, rechtlich selbstständige Wirtschaftseinheit entsteht.⁴¹⁸ Neben der wirtschaftlichen geht dabei auch die rechtliche Selbständigkeit mindestens eines beteiligten Wirtschaftssubjekts verloren. Die Fusion kann entweder durch Kauf⁴¹⁹ oder eine Neugründung⁴²⁰ erfolgen. Allerdings fehlt den konzernierten oder fusionierten Unternehmen das kooperationspezifische Merkmal wirtschaftlicher Dispositionsfreiheit und Selbständigkeit. Deswegen können nach Expertenmeinung Fusionen als kooperationsähnliche Handlungsweise aus dem Kreise echter Kooperationen ausgeschlossen werden.⁴²¹ Nach Ansicht von Haubrock handelt es sich bei der Fusion um die solideste und engste Form eines Unternehmenszusammenschlusses.⁴²²

Jede Unternehmenskonzentration geht einher mit einer Verringerung der Zahl der selbständigen Wirtschaftseinheiten, indem die bisher unabhängigen Einheiten einer einheitlichen Leitung unterstellt wer-

⁴¹¹ Vgl. Schmidt (1996), S.134.

⁴¹² KEK (2003), S.39.

⁴¹³ Vgl. Schmidt (1996), S.134 und Baßeler, Heinrich, Koch (1995), S.206.

⁴¹⁴ Vgl. Schmidt (1996), S.134.

⁴¹⁵ Vgl. Pohmer, Bea (1975), S.2225, Haubrock (1994), S.69ff. und Schubert, Küting (1981), S.318ff.

⁴¹⁶ Zur näheren Bestimmung des Konzerns: Vgl. § 18 AktG.

⁴¹⁷ Vgl. Haubrock (1994), S.69.

⁴¹⁸ Vgl. Wöhe (2000), S.337.

⁴¹⁹ Im diesem Fall kauft ein Unternehmen ein anderes und gliedert es mit der Folge ein, dass die Existenz des gekauften Unternehmens endet. Als Beispiel hierfür dient die Übernahme der Mannesmann AG durch das britische Unternehmen Vodafone (Vgl. Dohmen, Kerbusk (2000), S.78ff.).

⁴²⁰ Als Beispiel hierfür dient der Zusammenschluss der Daimler-Benz AG und der Chrysler Corporation im Jahr 1998. (Vgl. o.V. (1998a); o.V. (1998b)).

⁴²¹ Vgl. Schenk (1971), S.71.

⁴²² Vgl. Haubrock (1994), S.71.

den. Die Unternehmen verlieren ihre wirtschaftliche und teilweise auch ihre rechtliche Selbstständigkeit. Im Gegensatz dazu bleiben bei der Kooperation die selbständigen Unternehmenseinheiten weiterhin erhalten, wobei die Kooperation auf eine Stärkung dieser Einheiten abzielt. Die Selbstständigkeit der Unternehmen im Rahmen von Kooperationen kommt in der Freiwilligkeit der Beteiligung sowie im Verfahren der Willensbildung innerhalb des Kooperationsprojektes zum Ausdruck. Die Willensbildung innerhalb einer Kooperation erfolgt aufgrund von Mehrheitsentscheidungen der beteiligten Einheiten. Demgegenüber ist es für konzentrierte Unternehmen charakteristisch, dass die Entscheidungsbefugnis immer bei einer Stelle („einheitliche Leitung“) liegt und einzelne Teilbereiche ihren Handlungsspielraum nur durch Delegation erhalten.⁴²³ Somit ist die Kooperation Gegenpol und Alternative zur Konzentration.⁴²⁴

⁴²³ Vgl. Bayerisches Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen (1999), S.12.

⁴²⁴ Vgl. Bayerisches Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen (1999), S.11. Vgl. zur Abgrenzung der Begriffe „Kooperation“ und „Konzentration“ auch Brede (2006).

V. 4-Phasen Konzept als theoretische Grundlage für Entwicklung und Umsetzung von Kooperationen im Krankenhaus

Jedes Kooperationsvorhaben ist ein komplexes Unterfangen, das von der Absicht getragen wird, individuelle Stärken einzelner zu verbinden und Schwächen zu kompensieren. Mit Hilfe von Kooperationen kann das Unternehmen zum einen seine internen Ressourcen auf die traditionellen Aktivitäten konzentrieren, zum anderen fehlende Kompetenzen, die es allein nicht erlangen kann, hinzugewinnen.⁴²⁵ Kooperationen stellen somit eine Organisationsform für ökonomische Aktivitäten dar, mit der Unternehmen Wettbewerbsvorteile mehr durch ein Zusammenwirken und weniger durch Wettbewerb zu realisieren beabsichtigen.⁴²⁶

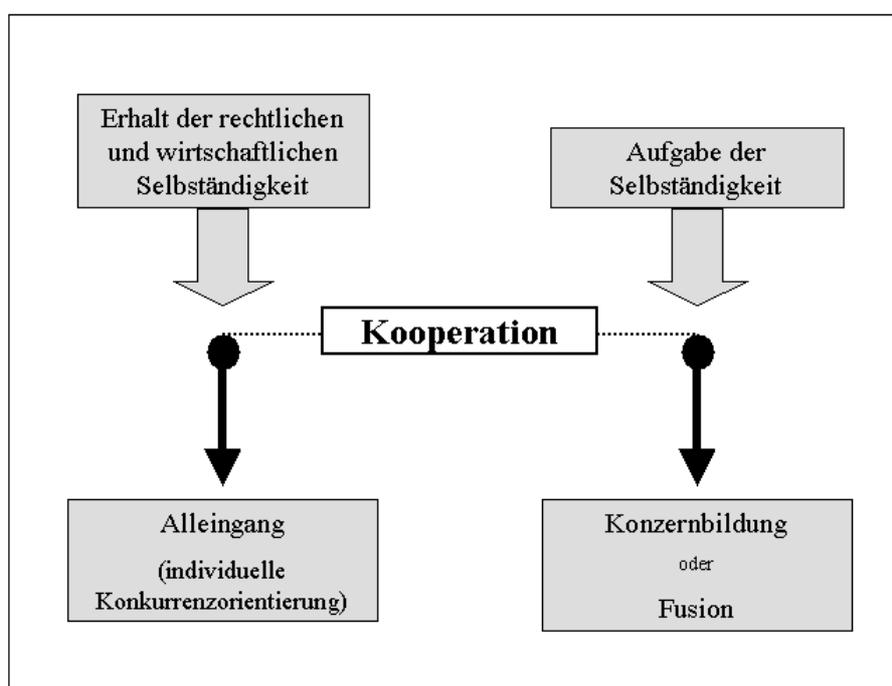


Abbildung 27: Kooperation und Alternativen zu Kooperationen⁴²⁷

Von der Kooperationsidee bis hin zur Realisierung sind zahlreiche ablauforganisatorische Prozessschritte zu gehen, deren Berücksichtigung durch das kooperationswillige Unternehmen eine notwendige Voraussetzung für den Erfolg des Kooperationsvorhabens darstellt. Das Eingehen von Kooperationen bedeutet eine Einschränkung der eigenen unternehmerischen Entscheidungsfreiheit. Deswegen sind die Interessen den Zielen des Kooperationsvorhabens unterzuordnen. Alle beteiligten Kooperationspartner verfügen über Zielvorstellungen für die Kooperation, welche im Zuge des Kooperationsprojektes so aufeinander abzustimmen sind, dass sie sich im Rahmen der Unternehmenskooperation

⁴²⁵ Vgl. Geck (1991), S.1337.

⁴²⁶ Vgl. Schäfer (1994), S.687; Kaluza, Blecker (1999), S.267. Karl Morasch analysiert die Auswirkungen von Allianzen auf den Wettbewerb aus volkswirtschaftlicher Sicht. Als theoretischen Rahmen verwendet er Oligopolmodelle aus der Industrieökonomik und Ansätze aus der mikroökonomischen Vertragstheorie (Vgl. hierzu: Morasch (1994)).

⁴²⁷ Vgl. Braun (1995), S.207.

realisieren lassen.⁴²⁸ Unter Umständen kann die unternehmensübergreifende Zusammenarbeit in Abhängigkeit vom Koordinationsgrad zu einer unfreiwilligen Übernahme (Fusion) durch den Kooperationspartner führen. Die Kooperation steht zwischen zwei strategischen Alternativen, die zum einen in der Konzentration⁴²⁹ oder in dem individuellen Alleingang (Konkurrenzverhalten) eines Unternehmens unter Beibehaltung der wirtschaftlichen und rechtlichen Selbständigkeit gesehen werden (Autonomiestrategie).⁴³⁰ Einen Alleingang können sich in der Regel nur Unternehmen leisten, die zumindest in ihrem Marktsegment eine gewissen Größe und Stärke aufzuweisen haben. Den schärfsten Engpass für einen Alleingang bildet der Personalbereich. Daneben fungieren die beschränkten finanziellen Mittel als Bremse für einen hinreichend raschen Alleingang.⁴³¹ Andererseits kann ein Unternehmen seine wirtschaftliche Selbständigkeit vollständig aufgeben und mit anderen Unternehmen fusionieren oder einen Konzern bilden (vgl. **Abb. 27**).⁴³² Im Gegensatz zu einer Vollintegration des Partnerunternehmens bleiben die beteiligten Kooperationsunternehmen [im Rahmen strategischer Kooperationen – Anmerkung des Autors] in ihren Zielsetzungen und in ihren Zielerreichungsmaßnahmen selbständig und bis auf die wahrgenommenen Kooperationsaufgaben unabhängig.⁴³³ Es ist Aufgabe des Kooperationsmanagements, sämtliche Schritte von der Planung bis hin zu der erfolgreichen Umsetzung des Kooperationsvorhaben genau einzuhalten und ungewollte, sich auf den Unternehmenszweck negativ auswirkende Entwicklungen zu vermeiden. Alle Vor- und Nachteile des Projektes sind im Kontext des Kooperationsmanagements zu analysieren und zu bewerten. Erst wenn die Überprüfung sämtlicher kooperationsrelevanter Daten und Informationen eine Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern empfiehlt, steht einer Realisierung des Kooperationsprojektes nichts mehr im Wege.

Die kooperative Zusammenarbeit von Unternehmen wird von Experten nicht als statisches Gebilde angesehen, sondern als ein Prozess, der einem ständigen Wandel unterliegt und jederzeit auf dynamische Veränderungen der Umweltbedingungen reagieren muss: „Bei einer Kooperation handelt es sich um einen fortlaufenden Prozess der Verhandlung, des Konsenses mit vielen Unsicherheiten, der nur bedingt plan- und beherrschbar ist.“⁴³⁴ Finden potentielle Risiken und Umweltveränderungen bei der Umsetzung des Kooperationsprojektes nur geringe oder keine Beachtung, werden die Bemühungen um eine erfolgreiche Realisierung der kooperativen Zielsetzung von Schwierigkeiten begleitet sein, die den Erfolg der Kooperation nachhaltig beeinflussen: „Unterschätzt wurden (und werden) dagegen die Schwierigkeiten der Umsetzung und die Konsequenzen aus den mannigfach sich ändernden strate-

⁴²⁸ Vgl. Tröndle (1987), S.137.

⁴²⁹ Vgl. Kapitel IV.4.

⁴³⁰ „Zwischen einer streng hierarchischen Lösung, d.h. der Eigenerstellung im Krankenhaus, und einer marktlichen Lösung, der Fremdvergabe an Dritte, sind zahlreiche Zwischenformen möglich.“ (Picot, Schwartz (1995), S.587).

⁴³¹ Vgl. Mengele (1994), S.11.

⁴³² Vgl. Braun (1995), S.206. Dreßler verwendet den Begriff ähnlich. Er sieht Kooperationen in einem Kontinuum zwischen den beiden Extremen „Markt“ und „Integration“ (Vgl. Dreßler (2000), S.47).

⁴³³ Vgl. hierzu: Tröndle (1987), S.137; Harms (1973), S.13. Hammes vermutet, dass situative Faktoren den Ausschlag geben, welche Ausgestaltungsform für eine Kooperation die „richtige“ ist. Zu diesen situativen Faktoren gehören seiner Meinung nach die Zeitdauer der Kooperation, Erfahrung der potentiellen Kooperationspartner mit dem Instrument der Kooperation, Inhalte der Kooperation und auch kulturelle Faktoren (Vgl. Hammes (1995), S.70).

gischen Gegebenheiten.“⁴³⁵ Kooperationen verlangen von ihren Mitgliedern die Bereitschaft, sich den neuen Herausforderungen zu stellen und sich dynamisch den evolutionären Impulsen der Umwelt zu stellen: „Diese grundlegend dynamische Einstellung verlangt die Bereitschaft, sich flexibel den Veränderungen anzupassen und durch gegenseitiges Lernen die sich bietenden Chancen wahrzunehmen.“⁴³⁶ Bis es allerdings soweit ist und das Kooperationsvorhaben erfolgreich bewerkstelligt ist, muss von allen Beteiligten mit Bedacht und Sorgfalt ein steiniger Weg zurückgelegt werden.

Die Entwicklung und Umsetzung eines Kooperationsprojektes kann im Kontext des Vier-Phasen-Konzeptes⁴³⁷ erfolgen, das den Lebenszyklus einer Kooperation beschreibt und dessen Anwendung den Aufbau einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit unterstützt (vgl. **Abb. 28**). Die Berücksichtigung der einzelnen Phasen und ihrer Vorgaben erleichtert die strategische Neuausrichtung des Unternehmens und fördert die Einführung innovativer Lösungen. Das Konzept unterstützt das Kooperationsvorhaben von der Ideenfindung („Strategischer Entscheid“ oder „Vorbereitung“) bis hin zu der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen im Rahmen des „Kooperationsmanagements“. Dazwischen sind in den einzelnen Phasen das Vorhaben und seine Verwirklichung zu planen („Konfiguration der Kooperation“) und die geeigneten Partner für eine erfolgreiche Zusammenarbeit auszuwählen („Partnerselektion“).

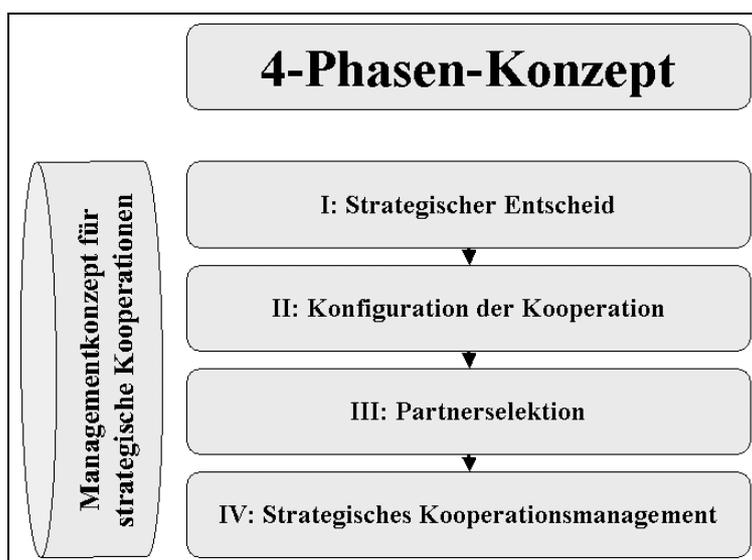


Abbildung 28: Managementkonzept für Kooperationen – das 4-Phasen-Modell

1. Phase I: strategische Entscheidung

Zu Beginn eines Kooperationsvorhabens steht die Entscheidung eines Unternehmens, im Hinblick auf die dynamischen Gegebenheiten der Umwelt, denen sich das Unternehmen ausgesetzt sieht, strategi-

⁴³⁴ Bleicher (1989a), S.5.

⁴³⁵ Taucher (1988), S.86.

⁴³⁶ Vgl. Lorange, Roos (1992), S.348; Bronder (1993), S.104.

⁴³⁷ Vgl. Bronder, Pritzl (1991), S.45. Heck (1999, S.62ff.) spricht von einem „5-Phasen-Ansatz“. Die ersten vier Phasen (Vorbereitung, Planung, Umsetzung und Betrieb) seines Modells sind auf alle Kooperationen

sche Veränderungen zur Verbesserung der Unternehmenssituation zu wagen und neue Wege in der Unternehmenspolitik einzuschlagen. Das Unternehmen muss die potentiellen strategischen Probleme, mit denen es konfrontiert wird, identifizieren und sich der Frage stellen, ob sich eine strategische Neuausrichtung als Lösungsalternative anbietet und eine unternehmensinterne Lösung dominiert. Nach Expertenmeinung implementieren strategische Kooperationen die wirtschaftlichen Leistungsbeziehungen organisatorisch innerhalb und außerhalb der Wertschöpfungskette⁴³⁸ und eröffnen neue Wege zur Rationalisierung und zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit des betroffenen Unternehmens.⁴³⁹

1.1. Bestandsaufnahme der Unternehmenssituation mittels Situationsanalyse

Ausschlaggebend für solche systematischen Überlegungen bezüglich der Unternehmensstrategie sind Merkmale des Unternehmensumfeldes, die es im Kontext des strategischen Entscheides und der Vorbereitungsphase zu identifizieren gilt. Zu den unternehmensspezifischen Eigenschaften gehören neben der eigenen Wettbewerbssituation auch die potentielle Stärke der Nachfrage- oder Anbieterseite sowie die unternehmerische Kostensituation und Ertragslage. Als strategische Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der unternehmerischen Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit stehen verschiedene Ansätze zur Auswahl. Außer strategischen Allianzen sind im Rahmen der strategischen Neuorientierung auch kapitalmäßige Verflechtungen sowie Bemühungen um ein eigenes, selbständiges Wachstum denkbar. Aus Gründen der Übersichtlichkeit beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die Darstellung des Managements von unternehmensübergreifenden Kooperationsvorhaben.

Im Prinzip wird ein Unternehmen seine Entscheidung für die Mitwirkung an einer Kooperation von den Vorteilen eines gemeinsamen Vorgehens gegenüber den Vorzügen einer individuellen Durchführung bestimmter Aktivitäten abhängig machen. Die Kooperationsentscheidung wird positiv ausfallen, wenn von der Umsetzung des Kooperationsvorhabens eindeutig positive Impulse ausgehen und Dynamisierungschancen für potentielle Problemfelder innerhalb einer Unternehmung zu erwarten sind. Bevor jedoch eine auf Kooperationen ausgerichtete Unternehmensstrategie entwickelt und formuliert sowie systematische und zielgerichtete Kooperationsverhandlungen aufgenommen werden, muss das Management die wirtschaftliche Ausgangslage sowie die Wettbewerbssituation seines Unternehmens analysieren. Erst wenn eine umfassende Informationsanalyse in Bezug auf das interne und externe Unternehmensumfeld durchgeführt wurde, und sich das Management an Hand der vorliegenden Ergebnisse ein Bild von den grundsätzlichen Interessen der Unternehmung und der Notwendigkeit einer strategischen Veränderung gemacht hat, kann eine informationsbasierte Unternehmensstrategie entwickelt werden. Die Mitarbeiter erhalten den Auftrag zur konkreten Planung und Umsetzung des Kooperationsprojektes. Eine Aussage über die Notwendigkeit einer strategischen Neuausrichtung kann allerdings nur getätigt werden, wenn das Unternehmen durch die Formulierung von Leitideen klare Vorgaben für die zukünftige Entwicklung und Positionierung am Zielmarkt trifft. Aus diesem Grund und um einen Überblick über das Wertschöpfungs- und Leistungspotential des Unternehmens zu bekommen,

anwendbar. Phase 5 (Ende) ist ausschließlich für Allianzen relevant, die für eine befristete Zeit geschlossen wurden und deren Zeithorizont deswegen als begrenzt anzusehen ist.

⁴³⁸ Vgl. Bronder, Pritzl (1991), S.45.

⁴³⁹ Vgl. Rasche (1970), S.171.

empfiehlt sich die Erstellung eines Chancen/Risiko- sowie eines Stärken/Schwächen-Profiles mit Hilfe einer unternehmensbezogenen Situationsanalyse.

Das Instrument der Situationsanalyse dient dazu, die Ausgangssituation des handelnden Unternehmens durch Informationsgewinnung, -verarbeitung und -verdichtung zu identifizieren und die Grundlage für die Formulierung konkreter Ziele zu schaffen. Die Analyseergebnisse, wie z.B. erkannte Mängel, Schwierigkeiten oder Chancen, dienen als Informationsquellen für die exakte Beschreibung allgemeiner unternehmerischer Zielvorstellungen. Für die Analyse des Ist-Zustandes stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die alle dazu beitragen, unternehmensspezifische Informationsprofile zu erstellen.

1.1.1. ABC-Analyse

Im Rahmen der ABC-Analyse wird eine Grundgesamtheit hinsichtlich bestimmter Kriterien (z.B. Umsatz, Absatz,...) in drei Klassen eingeteilt (A, B, C) in der Absicht, die Einheiten (z.B. Märkte, Abteilungen, ...) nach Maßgabe ihres Beitrages zum jeweils zu definierenden Unternehmenserfolg zu identifizieren. Einheiten, die den Klassen B und C zugeteilt werden, tragen nur durchschnittliche (B) oder wenige Leistungen (C) zum Unternehmenserfolg oder allgemein zum Zielkriterium bei.⁴⁴⁰

1.1.2. GAP-Analyse

Ziel der „GAP-Analyse“⁴⁴¹ ist es, Unterschiede zwischen dem angestrebten Soll-Zustand und dem tatsächlichen, ohne weitere Eingriffe des Managements erreichbaren Zustand aufzuzeigen und Empfehlungen abzugeben, mit Hilfe welcher operativen und strategischen Maßnahmen diese Ziellücke (Gap) geschlossen werden kann (vgl. **Abb. 29**).

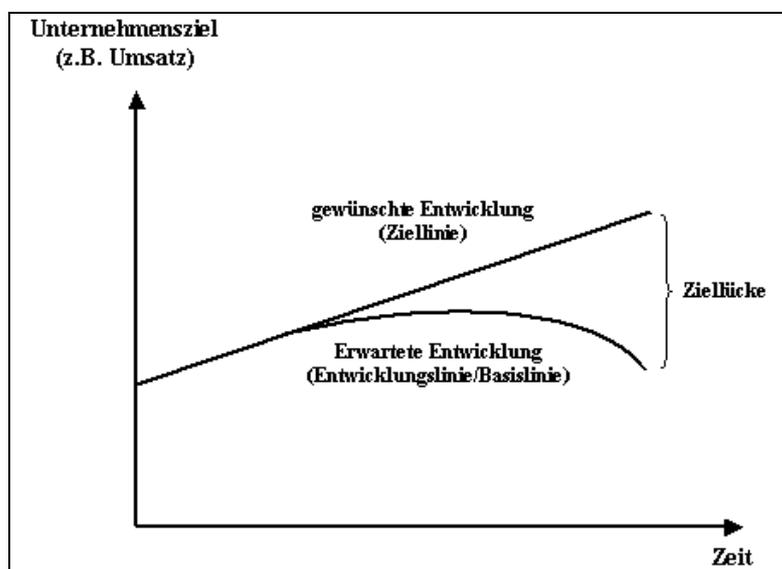


Abbildung 29: Die GAP-Analyse⁴⁴²

⁴⁴⁰ Vgl. Braun (1997d), S.8; Nieschlag, Dichtl, Hörschgen (1994), S.229f.

⁴⁴¹ Vgl. zur „GAP-Analyse“: Becker (1993), S.348ff.

⁴⁴² Vgl. Becker (1993), S.348; Budäus (2002), S.36.

Eine Ziellücke tritt auf, wenn ein Unternehmen seine angestrebten Ziele nicht mehr mit seinen bisher verfolgten Strategien erreichen kann.⁴⁴³ Die „GAP-Analyse“ eignet sich somit als strategischer Brückenschlag von der Situationsanalyse zur Strategiewahl.⁴⁴⁴

1.1.3. Wettbewerbsanalyse

Michael E. Porter vertritt die Meinung, dass 5 Einflussfaktoren den Wettbewerb in einer Branche determinieren, nämlich:

- die Bedrohung, die von den Expansionsanstrengungen neuer Marktteilnehmer ausgeht,
- der Druck potentieller Substitutionsprodukte oder –dienstleistungen,
- die Verhandlungsstärke und Marktmacht der Abnehmerseite,
- die Verhandlungsstärke und Marktmacht der Zulieferer,
- und der Grad der Rivalität zwischen den bestehenden Konkurrenten.⁴⁴⁵

Mit Hilfe der Wettbewerbsanalyse⁴⁴⁶ lassen sich wichtige Informationen über die langfristige Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmung, die Entwicklung und Attraktivität der bisherigen oder von alternativen Branchen, sowie über potentielle Vorgehensweisen von Konkurrenten gewinnen. Die Ergebnisse erlauben eine Aussage über das bestehende Wettbewerbspotential der Unternehmung und unterstützen die Formulierung neuer Unternehmensstrategien.

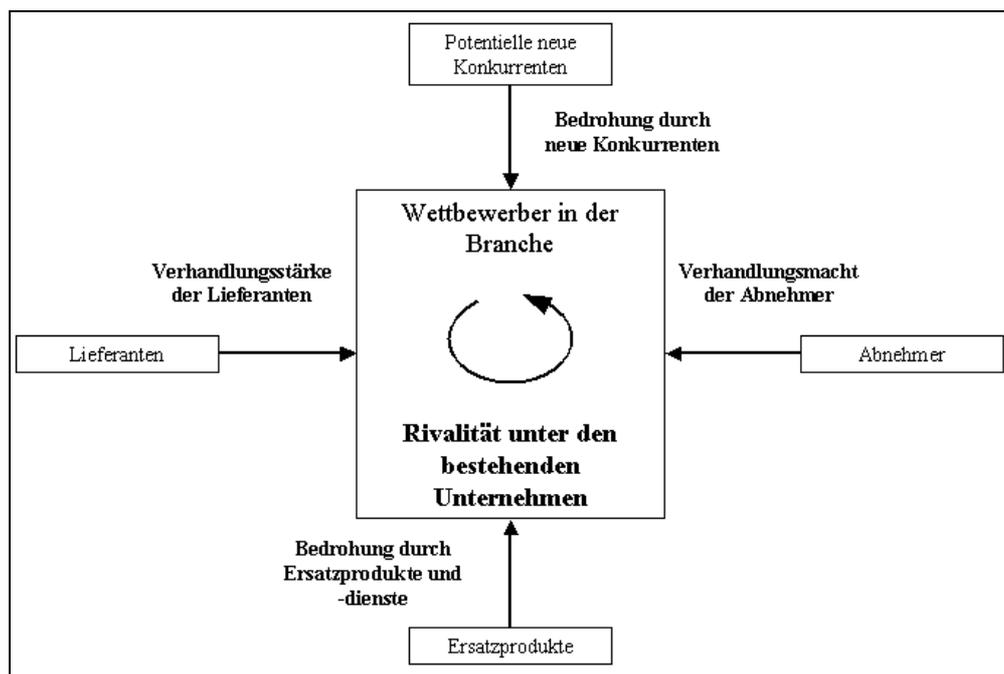


Abbildung 30: Determinanten des Wettbewerbs⁴⁴⁷

⁴⁴³ Vgl. Nieschlag, Dichtl, Hörschgen (1994), S.899.

⁴⁴⁴ Vgl. Seidl (2003), S.89.

⁴⁴⁵ Vgl. Porter (1999), S.33f.

⁴⁴⁶ Vgl. zur Wettbewerbsanalyse: Dreger (1992), Dreger (1996), Porter (2000).

⁴⁴⁷ Vgl. Porter (1999), S.34.

Die Management-Verantwortlichen können mit diesen Methoden unternehmens- und umfeldbezogene Informations- und Fähigkeitsprofile erstellen, die es ihnen erlauben, potentielle Fehlentwicklungen in der Unternehmenspolitik frühzeitig zu erkennen. Die Entscheidungsträger erhalten ein klares Bild über die Unternehmenssituation, indem kritische Problemfelder in der zukünftigen Unternehmensentwicklung und potentielle Dynamisierungschancen und –gefahren identifiziert werden, und können sich auf eine zielgerichtete und erfolgversprechende Strategie festlegen. **Abb. 30** gibt einen Überblick über die Determinanten des Wettbewerbs.

1.2. Identifikation kooperationsspezifischer Ziele zur Unterstützung unternehmerischer Strategieentscheidungen

Die Bestandsaufnahme der Unternehmenssituation und die Identifizierung kooperationsspezifischer Motive unterstützen das Management bei seiner Strategieentscheidung. Grundsätzlich werden mit strategischen Allianzen Ziele in Verbindung gesetzt, die im Rahmen einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit für das einzelne Unternehmen leichter und kostengünstiger zu verwirklichen sind als bei einem individuellen Vorgehen.

1.2.1. „Ziel“ als Grundlage der unternehmerischen Strategieentscheidung

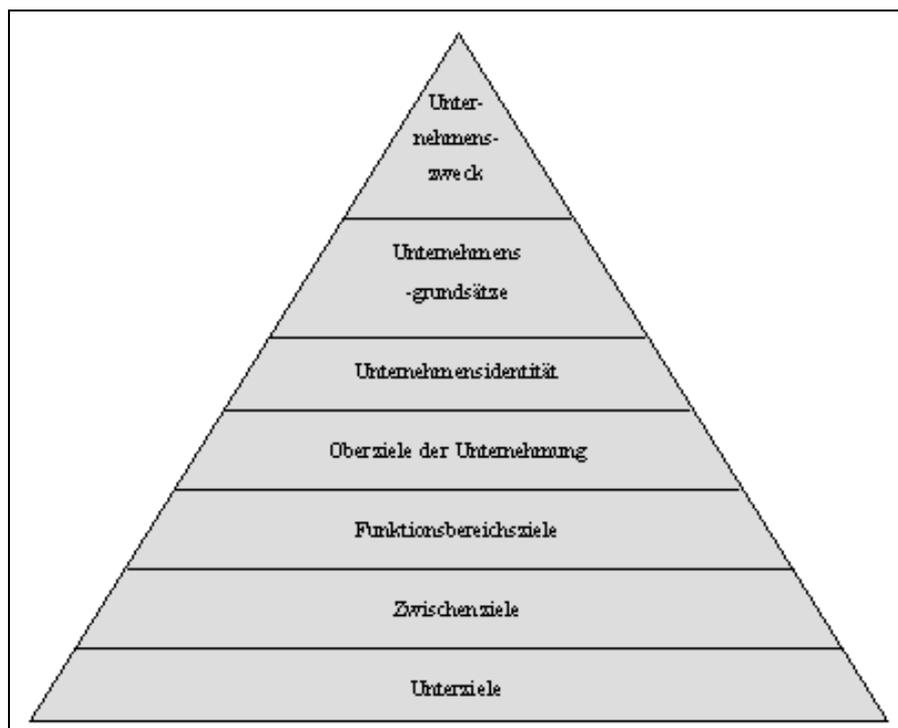


Abbildung 31: Hierarchie der Zielebenen⁴⁴⁸

Unter einem Ziel wird ein angestrebter, zukünftiger Zustand der Realität verstanden, den ein Unternehmen auf der Basis der in der Situationsanalyse ermittelten internen und externen Rahmenbedin-

⁴⁴⁸ Vgl. Meffert (2000), S.71.

gungen definiert.⁴⁴⁹ Diese projektbezogenen Ziele bestehen in der Regel aus einem übergeordnetem Ziel („Goal“), das in eine Vielzahl von in Beziehung zueinander stehende Teil- oder Unterzielen auf nachrangigen Hierarchieebenen zerlegt werden kann. Nach Ansicht von Heribert Meffert lassen sich die Unternehmensziele hierarchisch ordnen und in Form einer Zielpyramide graphisch darstellen (vgl. **Abb. 31**).⁴⁵⁰ An der Spitze der Pyramide steht der eigentliche Unternehmenszweck, der festlegt, welche Arten von Leistungen die Unternehmung als Teil der Gesamtwirtschaft erbringen soll.⁴⁵¹ Die klare und nicht zu eng gefasste Zweck-Definition gibt dem Unternehmen eine Grundrichtung für die Ausrichtung seiner Strategie vor. Bei der Bestimmung seiner Strategie darf das Unternehmen seine Identität nicht vernachlässigen, mit der es sich nach innen gegenüber seinen Mitarbeitern und nach außen gegenüber seinen Geschäftspartnern darstellt, und die es der Öffentlichkeit ermöglicht, ein spezifisches Image als Abbild der Identität herzustellen.⁴⁵² Unter der Unternehmensidentität wird im weitesten Sinne die „Unternehmenspersönlichkeit“ verstanden, die sich im Verhalten, der Kommunikation und dem Erscheinungsbild der Unternehmung ausdrückt.⁴⁵³

Bei der Festlegung konkreter Zielvorgaben und –strategien muss das Management behutsam vorgehen und darf deren lang- und kurzfristigen Auswirkungen auf die Unternehmensidentität nicht vernachlässigen. Falsche oder nicht geeignete Vorgaben wirken sich negativ auf das Erscheinungsbild der Unternehmung aus und können zu Imageeinbußen in ihrem Innen- und Außenverhältnis führen. Unternehmenszweck und -identität determinieren wiederum Unternehmensgrundsätze, welche die Mitarbeiter in ihrer persönlichen Entscheidungsfreiheit insoweit einschränken, als dass das Unternehmen zu wichtigen Fragestellungen einen konsistenten Standpunkt einnimmt. Sie dienen den Mitarbeitern als Orientierungs- und Richtgröße für ihr Handeln und üben einen erheblichen Einfluss auf die Zielinhalte der Unternehmung aus.⁴⁵⁴

Aufbauend auf einer differenzierten Situationsanalyse und den Oberzielen des Unternehmens kommen als potentielle Ziele Marktstellungsziele, Rentabilitätsziele, finanzielle Ziele, soziale Ziele und Prestigeziele in Frage.⁴⁵⁵ Als Handlungsziel kommt zum Beispiel die Sicherung der langfristigen Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmung in Frage. Die Handlungsziele enthalten somit eine Aussage über angestrebte Zustände, die aufgrund unternehmerischer Maßnahmen erreicht werden sollen.⁴⁵⁶ Erreicht werden die Zustände, indem auf hierarchisch untergeordneten Ebenen die strategischen und operativen Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung der Zielvorgaben geschaffen werden. Gewinn, Umsatzrentabilität, Rentabilität des Eigen- und Fremdkapitals werden den unternehmerischen Teilzielen zugeordnet, deren Erfüllung eine erfolgreiche Umsetzung der Handlungsziele im Sinne des Unterneh-

⁴⁴⁹ Vgl. Nieschlag, Dichtl, Hörschgen (1994), S.880.

⁴⁵⁰ Vgl. Meffert (2000), S.69f.

⁴⁵¹ Vgl. Hill (1968), S.13.

⁴⁵² Vgl. Kirsch, Trux (1982), S.76.

⁴⁵³ Vgl. Birkigt, Stadler (1985), S.20.

⁴⁵⁴ Vgl. Meffert (2000), S.71ff.

⁴⁵⁵ Vgl. Meffert (1995), S.458.

⁴⁵⁶ Vgl. Kupsch (1980), S.15f.

menzwecks fördert. Damit nimmt das Konkretisierungsniveau auf untergeordneten Ebenen der Zielhierarchie zu.⁴⁵⁷

Mit der Entscheidung für die Aufnahme von Kooperationsverhandlungen signalisiert⁴⁵⁸ das Unternehmen, dass für die Realisierung der Zielvorgaben keine strategischen Alternativen zur Verfügung stehen und das Management die strategische Option „Kooperation“ als einzige Maßnahme mit Erfolgspotential ansieht: „Wird im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel für eine Allianz entschieden, dann herrscht damit auch Klarheit darüber, dass das identifizierte Problem nicht unternehmensintern gelöst werden kann und die Wege über den Markt oder die Hierarchie ebenso ausscheiden.“⁴⁵⁹

1.2.2. Kooperationspezifische Ziele: Realisierung von Synergieeffekten und Kostenvorteilen

Bevor sich in ersten Sondierungsgesprächen mit kooperationswilligen Unternehmen Übereinstimmungen in der Erwartungshaltung an Kooperationen konkretisieren lassen, sollten potentielle Verhandlungspartner durch die Formulierung von Motiven und Beweggründen ihre Bereitschaft für eine unternehmensübergreifende Zusammenarbeit signalisieren. Im Folgenden werden die Kooperationsziele „Realisierung von Synergieeffekten“ und „Realisierung von Kostenvorteilen“⁴⁶⁰ dargestellt. „Mit zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit wird letztlich immer die Steigerung der einzelbetrieblichen Leistungsfähigkeit angestrebt, sei dies durch eine Verminderung des Kostenaufwands, durch die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit oder durch andere „Synergieeffekte“.⁴⁶¹

Unternehmen schließen sich zusammen, um gemeinsam Synergien zu nutzen. Synergien sind der Dreh- und Angelpunkt von Kooperationen. Werden sie nicht erreicht, werden die Vorteile der Zusammenarbeit zunichte gemacht.⁴⁶² Vor diesem Hintergrund lautet eine Grundregel von Kooperationen: „Niemals mehr bezahlen oder investieren, als später an Synergien freizusetzen ist.“⁴⁶³ Da Syner-

⁴⁵⁷ Vgl. Heinen (1991), S.13f.

⁴⁵⁸ Kleinaltenkamp und Wolters vertreten die Ansicht, dass die aus den Informationsasymmetrien resultierenden Unsicherheiten zwischen den Kooperationspartnern reduziert werden müssen. Ihrer Meinung nach sind Kooperationsvorhaben nur zu realisieren, wenn durch eine größere Transparenz bei den Informationen gegenseitiges Vertrauen aufgebaut wird. Dies lässt sich erreichen, indem die potentiellen Partner Signale hinsichtlich ihrer Kooperationsbereitschaft austauschen, um ihr kooperatives Verhalten zu unterstreichen. Dabei wird die Glaubwürdigkeit von Signalen von unternehmensinternen und –externen Faktoren beeinflusst. So determiniert die Größe eines Unternehmens seine Risikoneutralität, da größere Unternehmen mehr Möglichkeiten haben, Risiken zu diversifizieren (ausführlich zur Bedeutung von Signalen für Kooperationen: Kleinaltenkamp, Wolters (1997), S.64ff.).

⁴⁵⁹ Bronder, Pritzl (1991), S.45.

⁴⁶⁰ Die Reduktion der monetären Kosten gilt als Hauptziel von Kooperationen (Vgl. hierzu: Düttmann (1989), S.80 und Blohm (1980), S.1114). Seine Bedeutung bezieht dieses Ziel aus der stark gestiegenen Kostenbelastung für Unternehmen v.a. durch hoch komplexe und aufwendige technische Anlagen und Einrichtungen sowie den ansteigenden Kosten für die unternehmensinterne Koordination der Produktionsprozesse (Vgl. Hamel, Doz, Prahalad (1989)).

⁴⁶¹ Vgl. Müller (1990), S.362.

⁴⁶² Vgl. Schwenker (2001), S.3.

⁴⁶³ Schwenker (2001), S.3.

gieeffekte⁴⁶⁴ häufig niedriger als erhofft anfallen, ist die Geschwindigkeit ihrer Realisierung entscheidend für ihren Erfolg.⁴⁶⁵

Oft beeinflussen regionale und/oder ökonomische Gesichtspunkte die Expansionsüberlegungen von Unternehmen. Marktbarrieren entstehen auch dann, wenn aufgrund zu großer Entfernungen die Transportkosten zu hoch sind und/oder die Erlösaussichten des Zielmarktes eine Präsenz vor Ort nicht rechtfertigen. Mit Hilfe von Kooperationen lassen sich solche Eintrittsbarrieren umgehen, indem kooperationswillige Unternehmen vermehrt die Zusammenarbeit mit Geschäftspartnern suchen, die im Zielmarkt bereits eine Präsenz aufzuweisen haben und dort ihre Interessen und Expansionspläne vertreten können (Markterschließungsfunktion von Kooperationen).⁴⁶⁶ Vor diesem Hintergrund bieten Kooperationen eine sinnvolle strategische Alternative zu den Bemühungen um ein eigenes, unabhängiges Wachstum.

In wirtschaftlich schlechten Zeiten mit Absatz-, Umsatz- und Gewinneinbußen versuchen betroffene Unternehmen verstärkt, durch Eingriffe in ihre Kostenstruktur Einsparungspotentiale zu realisieren und die Kosten für die Produktion zu senken. Einsparungen schaffen finanzielle Freiräume und führen zu Kostenvorteilen gegenüber Wettbewerben. Vor diesem Hintergrund wird das Management einer Unternehmung nach Lösungen suchen, die es seinem Ziel „Realisierung von Kostensenkungspotentialen“ näher bringen und das langfristige Überleben auch über wirtschaftlich eher schlechte Zeiten hinaus sicherstellen. Neben Rationalisierungsmaßnahmen im gesamten Wertschöpfungsbereich einer Unternehmung bietet die unternehmensübergreifende Zusammenarbeit eine Alternative, die es den betroffenen Unternehmen ermöglicht, durch die Koordination von Produktionsprogrammen, die gemeinsame Nutzung von Ressourcen sowie die kostendeckende Auslastung bestehender Kapazitäten Diversifizierungs- („economies of scope“)⁴⁶⁷ und Größenvorteile („economies of scale“)⁴⁶⁸ und damit Einsparungseffekte auf der Kostenseite zu erzielen: „Die Verknüpfung einzelner Wertschöpfungsketten-Aktivitäten durch strategische Allianzen kann zu entscheidenden Kostenvorteilen in Gestalt von Skalen- und Erfahrungskurveneffekten führen.[...] Die Einsparungseffekte sind dabei umso größer, je höher die beschäftigungs- oder stückzahlabhängigen Degressionseffekte sind.“⁴⁶⁹

Ein weiterer Auslöser für die Bildung von Kooperationen kann der Wille einer Unternehmung sein, im Rahmen der kooperativen Zusammenarbeit projektbezogenes Fachwissen mit einem Partnerunternehmen zu teilen. In Zeiten eines schnellen technischen Wandels und von Marktveränderungen kann ein Unternehmen bei fehlender Flexibilität in existenzbedrohende Schwierigkeiten geraten. Unter Um-

⁴⁶⁴ Vgl. hierzu auch: Voigt (1990).

⁴⁶⁵ Vgl. Schwenker (2001), S.3.

⁴⁶⁶ Vgl. Schäfer (1994), S.690.

⁴⁶⁷ Diversifizierungsvorteile lassen sich erzielen, wenn die Herstellung mehrerer Produkte durch das gleiche Unternehmen zu niedrigeren Gesamtkosten führt, als wenn die einzelnen Produkte von jeweils unterschiedlichen Unternehmen produziert würden. Vgl. hierzu: Friese (1998), S.130.

⁴⁶⁸ Größenvorteile liegen vor, wenn mit wachsender Betriebsgröße die Produktionskosten langsamer wachsen als die Ausbringungsmenge, wenn also die Stückkosten der Produktion mit steigender Betriebsgröße sinken. Vgl. hierzu: Friese (1998), S.127.

⁴⁶⁹ Bronder (1993), S.31. Vgl. zum Thema „economies of scale“ und „economies of scope“: Backhaus, Meyer (1993), S.330f.; Baßeler, Heinrich, Koch (1995), S.214f.; Voigt (1993), S.247; Jarillo (1988), S.35; Geck (1991), S.1337; Bühner (1989), S.159.

ständen ist es nicht in der Lage, aus eigener Kraft auf die sich ändernden Rahmenbedingungen zu reagieren. Es drohen Absatzeinbußen und der Verlust gewinnbringender Marktanteile. Dabei können die Gründe für die fehlende Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von Unternehmen vielfältig sein. Unternehmensinterne Fehlplanungen schränken das Management einer Unternehmung in seinen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen ebenso ein wie Engpässe. Unternehmen sind nicht in der Lage, durch gezielte Veränderungen in der Unternehmenspolitik den neuen Anforderungen des Marktes gerecht zu werden. Begrenzte Personalkapazitäten in Verbindung mit einer dünnen Kapitaldecke verhindern, dass das Management Mitarbeiter aus bestimmten Bereichen der Wertschöpfungskette abzieht und in anderen, unter Umständen sachfremden Problemfeldern des Unternehmens einsetzt. Marktstellungs-, Rentabilitäts- oder Prestigeziele lassen sich im Alleingang nur schwer oder gar nicht verwirklichen. Der unternehmerischen Reaktions- und Anpassungsfähigkeit sind somit personelle, finanzielle und organisatorische Grenzen gesetzt, die kurzfristig aus eigener Kraft nicht aus dem Weg zu räumen sind.⁴⁷⁰ Zum anderen kann hinzukommen, dass es Unternehmen aufgrund ihrer Personalstrukturen am nötigen Fachwissen mangelt, um die aus den Marktveränderungen resultierenden Möglichkeiten zu nutzen.

Bis es einem Unternehmen gelingt, entsprechendes Fachwissen aus eigener Kraft zu generieren, können die unter Umständen kostenintensiv erworbenen Kompetenzen auf Grund der Kurzlebigkeit der Marktveränderungen wieder veraltet und für eine weitere Verwendung unbrauchbar sein. Zeitvorteile lassen sich im Alleingang nicht erfolgreich realisieren.⁴⁷¹ Dem Unternehmen entstehen Anpassungskosten, die sich mit keinen oder nur sehr geringen Einnahmen verrechnen lassen.⁴⁷² In Ermangelung ausreichender, fachlich qualifizierter Kapazitäten und Ressourcen beinhaltet der kurzfristige Aufbau von Fachwissen für das betreffende Unternehmen ein finanzielles Risikopotential, das es mit Hilfe strategischer Kooperationen zu vermeiden gilt. Lässt sich ein Partner finden, der sich ähnlichen Problemen ausgesetzt sieht, und gelingt es, ihn von den Vorteilen einer Zusammenarbeit zu überzeugen, können gemeinsame Fähigkeiten und Fachwissen im Rahmen des Kooperationsprozesses kostengünstig und erfolgreich gebündelt, ausgetauscht und Synergieeffekte zeitnah realisiert werden.⁴⁷³ Der kurz-

⁴⁷⁰ Der unaufhörliche Wandel der Wettbewerbsbedingungen zwingt die Unternehmen zu einer intensiven Suche nach neuen, dominierenden Wettbewerbsstrategien. Als Folge der stetig wechselnden Umweltbedingungen hat sich in den letzten Jahren der Faktor „Zeit“ zu einer einflussreichen und richtungbestimmenden Größe im Wettbewerb der Unternehmen entwickelt. Immer mehr Unternehmen versuchen, mit Hilfe einer konsequenten Ausnutzung des Zeitfaktors entlang der unternehmensinternen Wertschöpfungskette den sich schnell ändernden Anforderungen des Marktes gerecht zu werden und ihre Wettbewerbsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Allerdings ist nicht jedes Unternehmen in der Lage, durch unternehmensinterne Veränderungen auf plötzlich auftretende Marktveränderungen zeitnah zu reagieren und wettbewerbsentscheidende Zeitvorteile aus eigener Kraft zu realisieren. Ohne eine strategische Neuorientierung droht dem Unternehmen ein Wettbewerbsnachteil. Die Bildung strategischer Kooperationen hingegen forciert gezielt die unternehmerische Reaktionsschnelligkeit, indem bestimmte Aufgabenbereiche in der Produktentwicklung an spezialisierte Partnerunternehmen abgetreten werden und sich das Unternehmen auf seine Kernbereiche konzentrieren kann (Vgl. Stalk (1989)).

⁴⁷¹ Systematische Zeiteinsparungen machen Unternehmen nicht nur schneller und schlanker bei den Kosten. Sie helfen auch, den Kunden das zu bieten, was sie am meisten wünschen: höhere Qualität, neue Leistungen und besseren Service. (Vgl. Bower, Hout (1989), S.68).

⁴⁷² Vgl. Backhaus, Meyer (1993), S.331.

⁴⁷³ Zeit ist ein entscheidender Faktor. Kooperationen können helfen, beim Wettlauf um eine verbesserte Produktionseffizienz und Qualitätskontrolle den Weg abzukürzen (Hamel, Doz, Prahalad (1989), S.8).

fristige und teure Aufbau von Know-How für ein einzelnes Unternehmen wird vermieden, das wirtschaftliche Überleben der Kooperationspartner kann durch entsprechende strategische und operative Voraussetzungen langfristig sichergestellt werden. Somit ist der Faktor „Zeit“ ein strategischer Erfolgsfaktor für die Zukunft des Krankenhauses.⁴⁷⁴

Bei den angesprochenen Kooperationszielen handelt es sich nicht um isoliert voneinander zu betrachtende Einflussgrößen. Zwischen den einzelnen Zielen können Zielbeziehungen auftreten, die sich komplementär, konfliktär und indifferent zueinander verhalten können (vgl. **Abb. 32**).⁴⁷⁵ Von komplementären Zielbeziehungen wird gesprochen, wenn sich die Ziele bei ihrer Verwirklichung gegenseitig unterstützen. Konfliktäre Zielbeziehungen hingegen liegen vor, wenn die Realisierung eines Zieles nur auf Kosten eines anderen Zieles zu erreichen ist. Können einzelne Ziele unabhängig voneinander und ohne eine gegenseitige, negative oder positive Einflussnahme verwirklicht werden, handelt es sich um indifferente Zielbeziehungen. Die verschiedenen Ziele der Unternehmung oder des Kooperationsprojektes werden zu einem kompakten und konsistenten Zielsystem zusammengefasst, das die Stoßrichtung für die strategische Zusammenarbeit von Unternehmen vorgibt. Im Zielsystem können sich auf Grund seiner Komplexität und Inkompatibilität Konflikte ergeben, die dadurch zum Ausdruck kommen, dass eine bestimmte Maßnahme die Erreichung mindestens eines Zieles zwar fördert, gleichzeitig aber die Umsetzung mindestens eines anderen beeinträchtigt gefährdet wird.⁴⁷⁶ Für die Lösung von Zielkonflikten sind vom Unternehmensmanagement Prioritäten zu setzen und die einzelnen Ziele gemäß ihrer unterschiedlichen Bedeutung für die Umsetzung des Unternehmenszwecks zu gewichten.

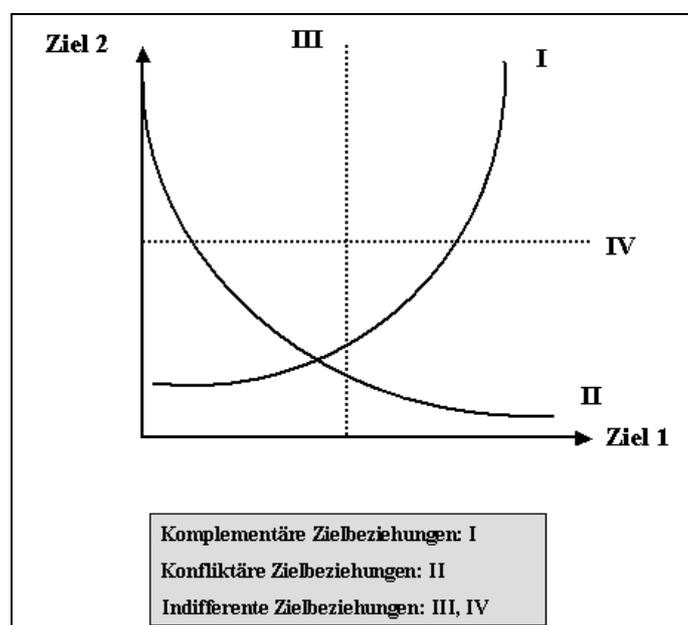


Abbildung 32: Komplementäre, konfliktäre und indifferente Zielbeziehungen⁴⁷⁷

⁴⁷⁴ Strategische Erfolgsfaktoren für die Zukunft eines Krankenhauses sind die nach Ziegenbein die drei klassischen Dimensionen des Wettbewerbs: Qualität, Kosten und Zeit (Vgl. Ziegenbein (2001), S.77).

⁴⁷⁵ Vgl. Nieschlag, Dichtl Hörschgen (1994), S.881.

⁴⁷⁶ Vgl. Nieschlag, Dichtl Hörschgen (1994), S.881.

⁴⁷⁷ Vgl. Nieschlag, Dichtl Hörschgen (1994), S.881.

1.2.3. Wertsteigerungspotential als Entscheidungskriterium für Kooperationen

Sobald sich ein kooperationswilliges Unternehmen seiner Ziele für eine unternehmensübergreifende Zusammenarbeit bewusst ist, gilt es im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsanalyse das Wertsteigerungspotential und den potentiellen finanziellen Erfolg der Kooperationsstrategie zu ermitteln. Strategische Kooperationen gelten als erfolgreich, wenn sie den Marktwert des Eigenkapitals der beteiligten Unternehmen steigern und somit den Interessen der Eigenkapitalgeber Rechnung tragen⁴⁷⁸ oder das Unternehmenswachstum zu einer günstigeren Relation zwischen Aufwand und potentielltem Ergebnis erfolgen kann.⁴⁷⁹ Nicht jede Strategie verspricht denselben wirtschaftlichen Erfolg. Deswegen sind die verschiedenen Strategiemöglichkeiten im Kontext eines Alternativenvergleichs zu analysieren und zu bewerten. Aussagekräftige Ergebnisse lassen sich allerdings nur gewinnen, wenn bei der Bewertung und Analyse aller Kooperationsalternativen dieselben Maßstäbe und Größen zugrunde gelegt werden. Es muss ein Konsens hergestellt werden, anhand welcher kooperationspezifischen Einflussgrößen eine Beurteilung der Erfolgsaussichten der verschiedenen, potentiellen Kooperationsprojekte vorgenommen werden kann. Zentrale Größen im Rahmen der Wertsteigerungsanalyse sind die so genannten Wertgeneratoren („value driver“) wie zum Beispiel das Umsatzwachstum, Steuerrate, Gewinnmarge, Investitions- und Wachstumsrate, Dauer des Wettbewerbs.⁴⁸⁰ Die Analyse liefert wichtige Informationen über die Kooperationsalternativen und hilft, Antworten auf folgende Fragen zu finden:

- Welches Kooperationsvorhaben kann helfen, zukünftige Wachstumschancen zu erschließen?
- Welcher potentielle Partner kann entscheidend zum Aufbau von Systemkompetenz und zu Umsatzsteigerungen beitragen?
- Mit welcher Kooperationsalternative lassen sich Kosteneinsparungen realisieren, die einhergehen mit einer Verbesserung der Gewinnmargen?

Die Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen ermöglicht einem kooperationswilligen Unternehmen, die Vorteile verschiedener Kooperationsmuster zu operationalisieren und die potentiellen Kooperationspartner in Abhängigkeit ihres Einflusses auf das Wertsteigerungspotential in eine Reihenfolge zu bringen. Fällt die Unternehmensentscheidung zugunsten eines Kooperationsprojektes aus, erleichtert das Aufstellen einer Präferenzordnung⁴⁸¹ dem Unternehmen die Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Kooperationspartner.

In der Regel wird die Wahl auf denjenigen Kooperationspartner fallen, der in der unternehmensinternen Präferenzordnung den höchsten Rangplatz einnimmt. Er verspricht das größte Wertsteigerungspotential und mit seiner Hilfe lassen sich am ehesten strategische Wettbewerbsvorteile erhalten oder erreichen. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass bisher bei der Beantwortung dieser Fragen keine Informationen über den wertmindernden Einfluss von Koordinationskosten enthalten sind und die Ergebnisse ausschließlich nur die Bruttowertsteigerung des einzelnen Kooperationsvorhabens widerspiegeln. Aus diesem Grund sind dem Wertsteigerungspotential im Rahmen einer umfassenden

⁴⁷⁸ Vgl. Michel (1994), S.23.

⁴⁷⁹ Vgl. Schäfer (1994), S.690.

⁴⁸⁰ Vgl. Bronder (1995), S.119f.; Michel (1994), S.22.

⁴⁸¹ Vgl. zum Thema „Präferenzordnung“: Böventer, Illing et al. (1995), S.56.

Kosten/Nutzen-Analyse sämtliche Kosten und Risiken der unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit gegenüberzustellen. Die Wertsteigerungspotentiale der einzelnen Kooperationen sind um die Wertminderungspotentiale zu verringern, die auf kooperationsinduzierten Nachteilen und Risikoveränderungen beruhen.⁴⁸²

2. Phase II: Konfiguration von Kooperationen

Sobald der strategische Entscheid positiv ausgefallen ist und vom Management ein konkreter und formaler Projektauftrag definiert und erteilt wird, erfolgt in einem zweiten Schritt die Konfiguration beziehungsweise Planung des Kooperationsvorhabens. Die Möglichkeit, planen zu können, kann als Indikator für die Autonomie eines Unternehmens gelten, strategische Entscheidungen fällen zu können, um die ökonomische beziehungsweise die Marktsituation zu verbessern.⁴⁸³ Ziel der Planungsphase ist die gewissenhafte und sorgfältige Vorbereitung der Kooperationsverhandlungen im Hinblick auf eine Verbesserung der unternehmerischen Wettbewerbsposition. Unternehmensinterne Arbeitskreise werden mit der Aufgabe betraut, potentielle Kooperationsfelder innerhalb der Unternehmung zu identifizieren und die festgestellten Wertsteigerungspotentiale auf ihre Realisierbarkeit durch Kooperationen hin zu überprüfen. Die mit der Vorbereitung des Kooperationsvorhabens betrauten Mitarbeiter sollen Umsetzungsvorschläge in Bezug auf die Verflechtungsintensität der Kooperationsbeziehung ausarbeiten⁴⁸⁴ und dem Management unterbreiten. Im Rahmen der Konfiguration sind seitens des Unternehmens alle Fragen nach der Kooperationsrichtung, den gemeinsamen Wertschöpfungsaktivitäten, der Bindungsintensität sowie der regionalen Ausrichtung zu klären.⁴⁸⁵ Die sorgfältige Planung und Ausarbeitung des Kooperationsprojektes stärken die Verhandlungsposition des kooperationswilligen Unternehmens und sind Voraussetzung für einen erfolgreichen Abschluss der Kooperationsverhandlungen.

Bevor jedoch die Kooperationsverhandlungen aufgenommen werden, sind die strategisch wichtigen Kooperationsfelder des Unternehmens zu bestimmen und zu definieren. Für die Bildung einer strategischen Kooperation kommen grundsätzlich alle Unternehmensfunktionen und –bereiche in Betracht, mit deren Hilfe kooperationsinduzierte Wertschöpfungspotentiale und die angestrebten Sachziele zu verwirklichen sind. Die Inhalte des Kooperationsfeldes sowie die optimale, zielkonforme Verflechtungsrichtung und –intensität müssen festgelegt werden, um im Zusammenschluss mit (einem) anderen Unternehmen möglichst viele Synergievorteile⁴⁸⁶ zu realisieren und einen hohen strategischen Nutzen zu erzielen.⁴⁸⁷ Das Kooperationsfeld konkretisiert die Bereiche und Funktionen der operierenden Unternehmung, in denen Kooperationen sinnvoll erscheinen, und wird durch die Verflechtungsrichtung und die zu verknüpfenden Wertschöpfungsaktivitäten innerhalb des Kooperationsvorhabens determiniert. Dabei ist von Seiten des Unternehmens zu klären, welche wertsteigernden Aktivitäten in

⁴⁸² Vgl. Michel (1994), S.25.

⁴⁸³ Vgl. Domeyer, Funder (1991), S.136.

⁴⁸⁴ Bei Kooperationen gilt die Beziehungsintensität zwischen den Kooperationspartnern als eine der wichtigsten Einflussgrößen auf die führungsorganisatorischen Konsequenzen von Kooperationsstrategien (Vgl. Schertler (1991), S.226).

⁴⁸⁵ Vgl. Michel (1994), S.25.

⁴⁸⁶ Vgl. Pausenberger (1989), S.621.

⁴⁸⁷ Vgl. Töpfer (1990). S.171; Straube (1972), S.3; Düttmann (1989), S.77.

die Partnerschaft eingebracht werden sollen und mit welchem Partner sich die Kooperationsziele und Synergiepotentiale am ehesten realisieren lassen. Ausschlaggebend für die Wahl des Kooperationspartners sind die Vorstellungen der Entscheidungsträger über die Verflechtungsrichtung und –intensität der Zusammenarbeit.

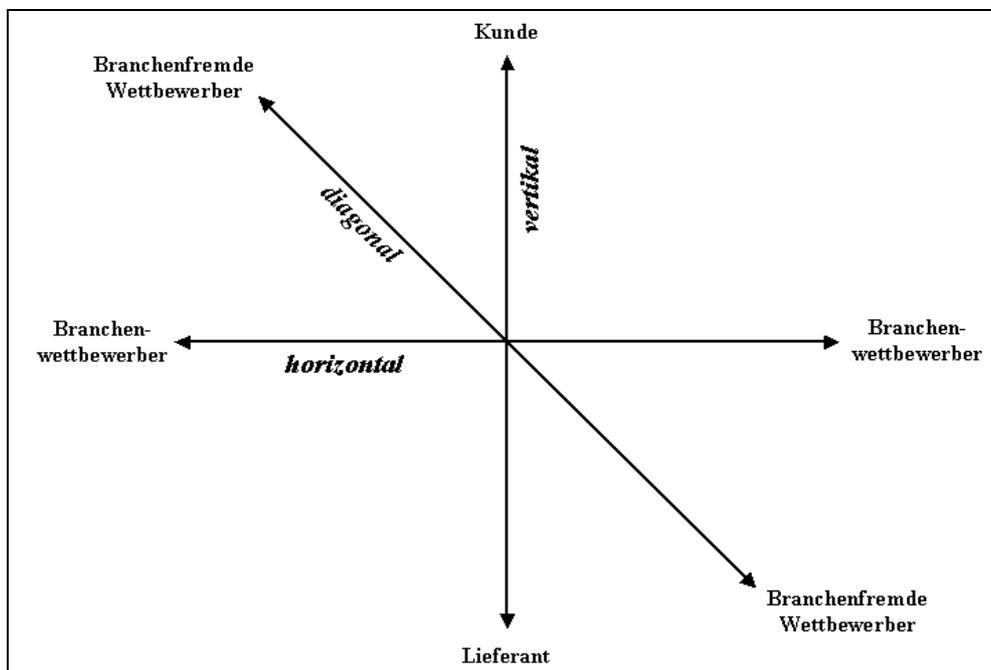


Abbildung 33: Kooperationsrichtungen

Zwischenbetriebliche Kooperationen lassen hinsichtlich der beteiligten Wirtschaftsstufen, denen die Partner angehören, differenzieren. Die Zusammenarbeit kann nicht nur auf die gleiche, sondern auch auf andere und zwar aus Sicht des operierenden Unternehmens vor- und nachgelagerte Wertschöpfungsstufen ausgerichtet sein.⁴⁸⁸ Die Verflechtungsrichtung einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit gibt an, wie die ausgesuchten Kooperationsfelder gegenüber den angestammten Geschäften und Wertschöpfungsaktivitäten zu positionieren sind.⁴⁸⁹ Somit lassen sich Kooperationen nach dem leistungswirtschaftlichen Zusammenhang einteilen, auf den sich die kooperative Zusammenarbeit erstreckt.⁴⁹⁰ Zur Auswahl stehen neben Kooperationen in horizontaler und vertikaler Richtung auch branchenübergreifende Partnerschaften in Gestalt lateraler Verknüpfungen von Geschäftsbeziehungen (vgl. **Abb. 33**). Allen Kooperationsformen gemein ist das Ziel, die Ergebnisqualität, die aus der Optimierung der Prozessabläufe entlang der Wertschöpfungskette resultieren kann, zu steigern.⁴⁹¹

⁴⁸⁸ Vgl. Töpfer (1990), S.185.

⁴⁸⁹ Vgl. Bronder (1995), S.145.

⁴⁹⁰ Vgl. Pausenberger (1989), S.622.

⁴⁹¹ Vgl. Zelle (1998), S.159.

2.1. Kooperationsrichtungen

Die Stellung der potentiellen Kooperationspartner in der Wertschöpfungskette bestimmt die Richtung der Zusammenarbeit, wobei zwischen horizontalen, vertikalen oder lateralen Kooperation unterschieden wird.⁴⁹²

2.1.1. Horizontale Kooperationen

Horizontale Kooperationen beschreiben das Verhältnis potentieller Konkurrenten zu einander, wobei sich die Partnerunternehmen auf der selben Wirtschaftsstufe begegnen. Bei einer horizontalen Kooperation entschließen sich zwei oder mehr Unternehmen auf Grund gleicher Sachziele, in einer oder mehreren Funktionen oder Bereichen zu kooperieren.⁴⁹³ Die potentiellen Partner weisen einen gleichen oder ähnlichen Tätigkeitsbereich auf und bieten gleichartige oder eng substituierbare Güter oder Leistungen an.⁴⁹⁴ Horizontale Kooperationen zwischen Wettbewerbern derselben Branchen oder derselben Produktionsstufe empfehlen sich, wenn die Unternehmen, die bereits im Vorfeld der Kooperation in einzelnen Marktsegmenten in einem Wettbewerbsverhältnis standen, die Realisierung wertsteigernder Kosten-, Zeit- oder Know-how-Vorteile anstreben oder mit Hilfe eines Partnerunternehmens den Zutritt zu bestimmten Märkten sichern möchten. Obwohl nach Expertenmeinung der Aufbau einer marktbeherrschenden Stellung und die Einführung wettbewerbsbeschränkender Maßnahmen nicht zu den vorrangigen Zielen der horizontalen Zusammenarbeit gehören⁴⁹⁵, lassen sich kooperationsinduzierte Veränderungen der Wettbewerbs- und Branchenstrukturen nicht völlig ausschließen.⁴⁹⁶

Die Produktionstiefe bleibt von der horizontalen Zusammenarbeit meistens völlig unberührt, in der Regel streben die Kooperationspartner eine Variation ihrer Produktionsbreite⁴⁹⁷ an und versuchen, durch das kooperationsbedingte, wechselseitige Engagement beiderseitige Marktvorteile wie der flächendeckenden Versorgung mit eigenen Produkten auszunutzen. Das Bundeskartellamt geht in seinen Tätigkeitsberichten noch weiter und differenziert horizontale Kooperationen hinsichtlich ihrer Produktausweitung.⁴⁹⁸ Ein horizontaler Zusammenschluss ohne Produktausweitung liegt demnach vor, wenn die Partnerunternehmen auf den gleichen Märkten aktiv sind und sich die Produktprogramme überschneiden. Dagegen spricht man von einer horizontalen Kooperation mit Produktausweitung, wenn die Partnerunternehmen auf benachbarten Märkten des gleichen Wirtschaftsbereiches tätig sind und der unternehmensübergreifende Zusammenschluss zu Produktergänzungen führt.

⁴⁹² Vgl. Braun (1995), S.198. Siehe zur Einteilung von Kooperationen in horizontaler, vertikaler und lateraler Richtung auch Nieschlag, Dichtl, Hörschgen (1997), S.282f.

⁴⁹³ Vgl. Mengele (1994), S.20.

⁴⁹⁴ Vgl. o.V. (1997), S.2245. Vgl. zu Kooperationen von Krankenhäusern untereinander: Gronemann (1988), S.55; Braun (1995), S.198. Als Kooperationspartner für Krankenhäuser im Rahmen einer horizontalen Zusammenarbeit kommen alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Größe, Versorgungsstufe und Trägerschaft in Frage (Vgl. Zelle (1998), S.17).

⁴⁹⁵ Vgl. Baur (1975), S.31.

⁴⁹⁶ Vgl. Michel (1992), S.228.

⁴⁹⁷ Vgl. Staudt, Kriegesmann, Behrendt (1996), S.927.

⁴⁹⁸ Vgl. Bundeskartellamt (1987), S.119.

2.1.2. Vertikale Kooperationen

Vertikale Kooperationen liegen vor, wenn sich Unternehmen verschiedener, aufeinander folgender Wirtschaftsstufen verbinden und ihre marktgerichteten Aktivitäten zur Umsetzung gemeinsamer Sachziele koordinieren. Der Zusammenschluss erfolgt auf Grund freiwilliger vertraglicher Abmachungen in der Erwartung, einen gegenüber dem individuellen Vorgehen höheren Grad der Zielerfüllung zu erreichen.⁴⁹⁹ Mit Hilfe einer gemeinsamen Planung, Durchführung und Kontrolle der unternehmerischen Aktivitäten in Folge des intensiven Zusammenwirkens versuchen die vertikalen Kooperationspartner existenzsichernde Wettbewerbsvorteile gegenüber tatsächlichen oder potentiellen Konkurrenten zu erzielen. Backhaus und Meyer sehen einen der Gründe für die Bildung stufenübergreifender Partnerschaften in der Reduktion der Wertschöpfungstiefe bei dem gleichzeitigen Versuch, die ausgelagerten Funktionen durch eine vertragliche (Kooperations-)Regelung abzusichern.⁵⁰⁰

In Abhängigkeit von der Ausdehnungsrichtung des Tätigkeitsbereichs einer Unternehmung lassen sich rückwärts- und vorwärtsgerichtete Kooperationen unterscheiden. Denkbar ist aus Sicht des handelnden Unternehmens die Integration eines Lieferanten als vorgelagerte Wertschöpfungsstufe oder eines Abnehmers/Kunden als nachgelagerte Wertschöpfungsstufe in den Produktionsprozess. Im ersten Fall spricht man von einer Rückwärtsintegration, die eine planmäßige Belieferung des operierenden Unternehmens mit knappen Gütern sicherstellen soll. Bei der Vorwärtsintegration handelt es sich um die gezielte Zusammenarbeit mit Vertretern nachgelagerter Wirtschaftsstufen, deren spezifisches Ziel die Gestaltung des Absatzes durch das handelnde Unternehmen ist.⁵⁰¹

2.1.3. Laterale Kooperationen

Laterale Kooperationen entstehen, wenn Unternehmen verschiedener Branchen miteinander kooperieren. Charakteristisch für laterale Kooperationen ist die Verknüpfung von Aktivitäten entlang der Wertschöpfungsketten branchenfremder Partnerunternehmen, bei denen sich die Leistungsangebote in Folge der branchenübergreifenden Zusammenarbeit zu einer Bedarfsgruppe ergänzen.⁵⁰² Unternehmen verschiedener Branchen koordinieren ihre Aktivitäten und Kompetenzen in der Absicht, durch die Kombination ihrer individuellen Stärken den Marktanforderungen und veränderten Rahmenbedingungen gerecht zu werden und durch eine Variation des Produktsortiments einen Wettbewerbsvorsprung gegenüber ihren Konkurrenten und Mitbewerbern herauszuholen. Laterale Kooperationen gewinnen zusehends in den Branchen an Bedeutung, die eine wachsende Tendenz hin zu System- beziehungsweise Komplementärangeboten zu verzeichnen haben. Die Zusammenarbeit mit branchenfremden Partnerunternehmen erschließt neue Geschäftsfelder und erlaubt eine Diversifikation des bestehenden Leistungsspektrums.

⁴⁹⁹ Vgl. Schenk (1971), S.72.

⁵⁰⁰ Vgl. Backhaus, Meyer (1990), S.330.

⁵⁰¹ Vgl. Pausenberger (1989), S.622ff.

⁵⁰² Vgl. Rupprecht-Däullary (1994), S.21.

2.2. Bestimmung der unternehmensinternen Kooperationsfelder

Nachdem sich die Entscheidungsträger Gedanken über die Verflechtungsrichtung gemacht und sich für eine bestimmte Richtung der Zusammenarbeit entschieden haben, sind die Wertschöpfungsaktivitäten zu ermitteln, die in das Kooperationsvorhaben eingebracht werden sollen, um eine angemessene Wertsteigerung im Sinne der unternehmensinternen Zielvorgaben zu erreichen. Rein theoretisch kann in allen Wertschöpfungsaktivitäten oder Funktionsbereichen eines Unternehmens kooperiert werden.⁵⁰³ Von der allgemein üblichen Einteilung der unternehmerischen Grundfunktionen ausgehend, lassen sich zwischenbetriebliche Kooperationen auf den Sektoren der Beschaffung, der Fertigung, des Absatzes, der Finanzierung und der Verwaltung verwirklichen.⁵⁰⁴ Die innerhalb der einzelnen Sektoren in Frage kommenden Kooperationsbereiche sind zu definieren und ihre Auswirkungen auf vorab festgelegte, kooperationspezifische Wertgeneratoren zu ermitteln.

Die einzelnen Kooperationsfelder unterscheiden sich in der Regel hinsichtlich ihres Wertsteigerungspotentials. Unter Berücksichtigung der strategischen Zielsetzung und der angestrebten Sachziele sollten sich Kooperationen auf die Bereiche und Funktionen der Unternehmung konzentrieren, die am ehesten in der Lage sind, die Erwartungen der Partner zu erfüllen. In der Regel fällt die Entscheidung zu Gunsten des Kooperationsfeldes aus, welches die unternehmensinterne Prioritätenliste anführt und bei dem sich beide Partner die meisten Transaktionsvorteile versprechen. Eine Grenze finden Kooperationen hingegen dort, wo Entscheidungen in Grundsatzfragen der Unternehmenspolitik zu treffen sind und das Management nicht bereit ist, seinen Einfluss auf die eigentliche Unternehmensführung durch strategische Maßnahmen beschränken zu lassen.⁵⁰⁵

2.3. Bindungsintensität als Erfolgskriterium für Kooperationen

Als letzte Aufgabe der Planungsphase müssen sich die Entscheidungsträger Gedanken machen über die Verflechtungsintensität der angestrebten Zusammenarbeit. Nach der Bindungsintensität können formlose oder vertraglich geregelte Kooperationen unterschieden werden, wobei die Basis für eine formlose Zusammenarbeit in geteilten Werten und Normen, in einem vertraglich nicht fixierten gemeinsamen Interesse oder einer generellen Koorientierung liegen kann.⁵⁰⁶

Die gemeinschaftliche Aufgabenwahrnehmung innerhalb einzelner Bereiche und Funktionen beeinträchtigt alle beteiligten Parteien in ihrer Selbständigkeit und führt zu einer mehr oder weniger starken Beeinträchtigung ihres unternehmerischen Entscheidungsspielraumes. Eine Partnerschaft einzugehen bedeutet neben zahlreichen potentiellen Vorteilen immer auch einen Verlust der unternehmerischen Eigenständigkeit und Flexibilität. Mit zunehmender Intensität der Zusammenarbeit, die beispielsweise in der völligen Ausgliederung eines Funktionsbereiches liegen kann⁵⁰⁷, besteht die Gefahr einer Ein-

⁵⁰³ Hammes (1995), S.71.

⁵⁰⁴ Vgl. Knoblich (1969), S.507.

⁵⁰⁵ Vgl. Knoblich (1969), S.507.

⁵⁰⁶ Vgl. Kutschker (1994), S.125.

⁵⁰⁷ „Die strategische Relevanz von Teilbereichen, die außerhalb der Kernbereiche eines Krankenhauses angesiedelt sind, wie zum Beispiel Reinigungsdienst, Fuhrpark, Buchhaltung ist eher gering. Die Aufgabe ist tendenziell an spezialisierte Dienstleistungsunternehmen zu vergeben. Im Krankenhaus können auf diese Weise personelle und finanzielle Ressourcen, die für die Erbringung dieser Leistungen gebunden sind, frei-

schränkung der unternehmerischen Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Geschäftspolitik. Jede Art von Kooperation impliziert somit eine hohe Abhängigkeit vom Verhalten, vom Engagement und von der Zuverlässigkeit des Kooperationspartners.⁵⁰⁸ Deswegen gilt der Grundsatz: Je höher der Grad der Bindungsintensität ist, desto mehr wird der Erfolg der unternehmerischen Zusammenarbeit vom sachzielkonformen Verhalten und Vertrauen des Kooperationspartners bestimmt. Das zentrale Problem von Kooperationen besteht darin, dass ein Teil der Handlungen des Kooperationspartners weder überwacht noch erzwungen werden kann, obwohl gerade diese Handlungen die Erreichbarkeit der Kooperationsziele nachhaltig beeinflussen.⁵⁰⁹ Dieser Sachverhalt wird insbesondere dann zu einem Problem für die Kooperationsbeziehung, wenn einer der Kooperationspartner bestehende Handlungsspielräume nutzt, um auf Kosten des anderen seinen eigenen Vorteil zu maximieren.⁵¹⁰ Das opportunistische Verhalten einzelner Beteiligter erschwert auf Grund des fehlenden Vertrauens in die Zuverlässigkeit des Partners die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung und verhindert die erfolgreiche Umsetzung der kooperativen Zielvorgaben.⁵¹¹ Die Bindungsintensität und damit der Grad der Einschränkung der Selbständigkeit der beteiligten Wirtschaftssubjekte sind demnach das genuine und problemadäquate Gliederungskriterium für Unternehmenszusammenschlüsse.⁵¹² Als Entscheidungsgrößen für die Intensität der Zusammenarbeit kommen in erster Linie der Zeithorizont, die Ressourcenzuordnung sowie der Formalisierungsgrad der angestrebten Zusammenarbeit in Frage.

Das Wissen um die kooperationspezifisch notwendige Verflechtungsintensität dient den kooperationswilligen Unternehmen als grobe Richtlinie für die spätere Partnersuche und die Vertragsverhandlungen. Die Informationen, die in Bezug auf die angestrebte Bindungsintensität gewonnen werden, erleichtern die Entwicklung des idealen Partnerprofils sowie die Bestimmung der passenden Konfigurationsform für strategische Kooperationen, und können als eigene Positionen in die Vertragsverhandlungen mit den potentiellen Partnern einfließen.⁵¹³

2.3.1. Zeithorizont der Zusammenarbeit

Entscheidend für die Intensität und die Dauer der Zusammenarbeit sind die Motive und Ziele, deren Realisierung zur zentralen Aufgabe des Kooperationsprojektes gemacht wird. Verschiedene Motive und Ziele implizieren unterschiedliche Zeithorizonte. Wird von den Unternehmen eine befristete projektbezogene Partnerschaft angestrebt, empfiehlt sich auf Grund der Kurzfristigkeit des Vorhabens eine geringe Verflechtungsintensität zwischen den Unternehmen. Es muss berücksichtigt werden, dass

gesetzt werden. Eine Fremdvergabe kann aber auch bei strategisch bedeutsamen Teilbereichen sinnvoll sein, wenn die relative Eigenkompetenz in diesen Bereichen eher gering ist. Dies ist bei unzureichender technischer und personeller Ausstattung oder mangelndem Know-how der Fall. Tendenziell ist eine Auslagerung von nicht-patientengebundenen Tätigkeitsbereichen wie Laboruntersuchungen einfacher zu realisieren als eine Fremdvergabe von patientengebundenen Aufgaben.“ (Picot, Schwartz (1995), S.586; Vgl. auch Rathje (1997), S.180).

⁵⁰⁸ Vgl. Kremlicka (1980), S.27.

⁵⁰⁹ Vgl. Wurche (1994), S.144.

⁵¹⁰ Vgl. Wurche (1994), S.144.

⁵¹¹ Vgl. Bogaschewsky (1995), S.166f.

⁵¹² Vgl. Pausenberger (1989), S.623.

⁵¹³ Vgl. Bronder (1993), S.74.

es sich dabei um eine punktuelle Zusammenarbeit handelt; diese muss nach erfolgreicher Erledigung ohne größere Probleme beendet werden können. Handelt es sich bei der anvisierten Zusammenarbeit allerdings um eine auf längere Dauer angelegte Kooperation, empfiehlt sich, eine hohe Verflechtungsintensität anzustreben, in der Absicht, durch den Aufbau einer gemeinsamen Vertrauensbasis die Gefahr opportunistischen Verhaltens seitens des Partners auszuschließen oder zu minimieren und die Überlebensfähigkeit der Kooperation langfristig zu sichern.

2.3.2. Kooperationsinterne Ressourcenzuordnung

Die Bindungsintensität der Kooperation wird durch die Ressourcenverteilung determiniert.⁵¹⁴ Die Kooperationspartner stellen im Hinblick auf das geplante Kooperationsfeld und den Kooperationszweck die finanziellen, technischen, personellen und organisatorischen Mittel zur Verfügung. Aus diesem Grund und um den Anforderungen des Kooperationsvorhabens gerecht zu werden, haben die Vertragspartner bereits vor Inkrafttreten der Kooperationsvereinbarung eine Einigung darüber erzielt, wie die Regelungen in Bezug auf die Ressourcenzuordnung innerhalb der unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit aussehen sollen. Die potentiellen Partner müssen sich mit dieser Frage auseinandersetzen und klären, ob die Ressourcen in gepoolter oder getrennter Form in die Kooperation einzubringen sind. Für den Fall, dass sich die Verhandlungspartner auf die Beibehaltung geteilter Ressourcen verständigen, verbleiben diese im jeweiligen Unternehmen und ihre Nutzung durch das Partnerunternehmen wird zum Beispiel über Management- und Lizenzverträge ermöglicht und geregelt. Einigen sich die Unternehmen hingegen auf eine gemeinsame Durchführung der Wertschöpfungsaktivitäten im Rahmen der Kooperation, sollten die vorhandenen und für die angestrebte Wertschöpfung benötigten Ressourcen in einen Pool eingebracht werden. Den Kooperationspartnern wird ein Zugriffsrecht zugestanden, das es ihnen erlaubt, die Ressourcen des Partners zur Erfüllung der Kooperationsziele zu nutzen.

2.3.3. Formalisierungsgrad der Kooperation

Mit der Festlegung der Ressourcenzuordnung wird der Formalisierungsgrad zumindest teilweise vorbestimmt.⁵¹⁵ Dabei handelt es sich um die rechtlich formale Ausgestaltung der Partnerschaft. Die Form der Kooperation kann reichen von formlosen gegenseitigen Erklärungen der Zusammenarbeit über schriftliche Vereinbarungen und wechselseitige Minderheitsbeteiligungen der Kooperationspartner bis hin zu so genannten „Equity-Joint-Ventures.“⁵¹⁶ Welcher Formalisierungsgrad bei der Umsetzung des Kooperationsprojektes letztendlich Anwendung findet, hängt ab von den Erwartungen der potentiellen Kooperationspartner in Bezug auf ihre Ziele an ihre strategisch geprägte Zusammenarbeit ab.

3. Phase III: Partnerselektion

Nach übereinstimmender Meinung fruchten alle guten Hinweise zum Management von Kooperationsbeziehungen wenig, wenn der falsche Kooperationspartner, der von seinen Interessen her nur eine

⁵¹⁴ Vgl. Bronder (1995), S.156.

⁵¹⁵ Vgl. Michel (1994), S.26.

⁵¹⁶ Vgl. Michel (1994), S.26.

geringe Übereinstimmung mitbringt, gewählt wird.⁵¹⁷ Aus diesem Grund ist neben der Implementierung einer gemeinsamen Unternehmensphilosophie zur Vermeidung kulturell bedingter Meinungsverschiedenheiten in der Zusammenarbeit auch die Auswahl eines geeigneten Partners für den Erfolg der Kooperation ausschlaggebend.⁵¹⁸ Nach Ansicht von Jordan D. Lewis beginnen erfolgreiche Kooperationen bei der Partnerwahl und bauen darauf auf.⁵¹⁹ Ist die strategische Kooperationsentscheidung gefallen, muss das operierende Unternehmen den passende Partner für die Zusammenarbeit finden und diesen von den Vorteilen der unternehmensübergreifenden Koordination einzelner Aktivitäten entlang der Wertschöpfungskette überzeugen. Deshalb muss die Partnerwahl auf einer präzisen Definition der vorrangigen Ziele und der dafür entscheidenden Bedürfnisse beruhen.⁵²⁰ Mit Hilfe der in den beiden vorangegangenen Phasen angestellten Gestaltungsüberlegungen ist ein Partnerprofil als Such- und Selektionsrahmen für das weitere Vorgehen zu erstellen. Dieses Profil sollte, wenn nicht alle, so zumindest doch die wichtigsten Anforderungskriterien enthalten, die von den potentiellen Partnern zu erfüllen sind. Als Entscheidungskriterien für die Partnerwahl eignen sich grundsätzlich alle Informationen über die Firmengröße, die Kapital- und Eigentümerverhältnisse, das Umsatzvolumen und den Personalbestand des potentiellen Kooperationspartners.⁵²¹ Alle Unternehmen, die diese Anforderungen erfüllen, sind als Partner für eine Kooperationsbeziehung prädestiniert.

Wichtige Voraussetzung für das erfolgreiche Gelingen einer strategischen Partnerschaft ist das Herstellen einer weitgehenden Kompatibilität zwischen den Absichten und dem Verhalten der einzelnen Kooperationspartner. Abstimmungsschwierigkeiten, die sich in Bezug auf Strategien, Strukturen und Kulturen zwischen potentiellen Partnerunternehmen ergeben, stellen mögliche Konfliktfelder für die Zusammenarbeit dar und bedrohen den Erfolg des Kooperationsvorhabens. Unternehmen, die einander nicht akzeptieren, können nicht gut zusammenarbeiten, so die weit verbreitete Expertenmeinung.⁵²² Eine wenig sorgfältig durchgeführte Partnerselektion und die Nichtberücksichtigung kultureller, struktureller oder organisatorischer Unstimmigkeiten riskieren sowohl Zeiteinbußen als auch finanzielle Verluste. Potentielle Chancen, die sich aus einer konfliktfreien, unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit ergeben würden, können nicht wahrgenommen werden. Die Koordination von Aktivitäten und die gemeinsame Erfüllung des Kooperationszwecks ist geprägt von kooperationshemmenden Streitigkeiten. Die Ergebnislage des Kooperationsfeldes wird als Konsequenz wachsender Missverständnisse negativ beeinflusst. Das Risiko eines vorzeitigen Scheiterns des Kooperationsvorhabens ist immanent. Daher gehören die Identifikation des richtigen Partners und seine Bewertung in strategischer und kultureller Hinsicht zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren einer unternehmensübergreifenden Kooperation.⁵²³

⁵¹⁷ Bleicher (1989), S.80

⁵¹⁸ Vgl. Schäfer (1994), S.601.

⁵¹⁹ Vgl. Lewis (1991), S.265.

⁵²⁰ Vgl. Lewis (1991), S.266.

⁵²¹ Vgl. Rasche (1970), S.174; als weitere Entscheidungskriterien kommen sämtliche Informationen über Management, Produktionsprogramm, Maschinenpark, Kundenkreis, Image am Markt, Marketing-Ausrichtung, schöpferisches Unternehmertum u.v.m. in Frage (Vgl. Rasche (1970), S.174).

⁵²² Vgl. Lewis (1991), S.271.

⁵²³ Vgl. Heck (1999), S.64.

Die kooperative Kompetenz eines potentiellen Partners ist wichtig für die erfolgreiche Entwicklung des Kooperationsprojektes. Die Identifikation seiner Stärken und Schwächen, sowie seiner Ressourcen und die Analyse seines bisherigen Verhaltens erlauben Rückschlüsse auf seine Fähigkeit, sich kooperativ in eine unternehmensübergreifende Zusammenarbeit einzubringen und zu integrieren. Der Erfolg eines Kooperationsvorhabens kann sichergestellt werden, wenn bereits bei der Wahl des Partners auf die weitgehende Kompatibilität der Zielvorstellungen und Führungsphilosophien geachtet wird. Gemeinsamkeiten in der strategischen Zielsetzung, das Vorhandensein von Übereinstimmungen in den Unternehmenskulturen der Partner, die Gleichwertigkeit der eingebrachten komplementären Beiträge erleichtern und fördern ebenso wie die Bereitschaft der Partner, voneinander zu lernen, die erfolgreiche Umsetzung des Kooperationsvorhabens und sichern seine langfristige Existenz.⁵²⁴ Um zu vermeiden, dass Kooperationen ausschließlich in der Absicht gebildet werden, die eigene Position zu stärken und gleichzeitig eigenes Fachwissen und Informationen vorzuenthalten, und zu verhindern, dass als Folge von Interessenkonflikten ein vorzeitiger Bruch der Zusammenarbeit droht, ist das Augenmerk auf die Einhaltung des Anreiz- und Beitragsgleichgewichtes für alle Partner der strategischen Allianz zu richten:⁵²⁵ „Good partnerships, like good marriages, don't work on the basis of ownership or control. It takes effort and commitment and enthusiasm from both sides if either is to realize the hoped-for-benefits.“⁵²⁶

Die Unvereinbarkeit von Unternehmensinteressen und -philosophien bedroht die Leistungsfähigkeit jeder Kooperationsbeziehung und forciert ihr vorzeitiges Ende. Auf Grund der Einzigartigkeit jedes Unternehmens bestehen zwischen potentiellen Kooperationspartner immer kulturelle und strategische Unterschiede, die sich auch durch eine äußerst gewissenhafte Durchführung der Partnerwahl nicht überwinden und vermeiden lassen. Wenn allerdings beide Seiten zu große kulturelle oder strategische Differenzen aufweisen, die sich beim besten Willen aller Beteiligten nicht überbrücken oder wenigstens minimieren lassen, oder keine ausreichenden Informationen über die Ansichten und Werte des Partners vorhanden oder verfügbar sind, empfiehlt sich, die Fähigkeit zur strategischen Zusammenarbeit in einem formlosen und ungezwungenen Rahmen ohne langfristige Verpflichtungen auszuprobieren und zu überprüfen: „Arbeiten wir einmal in kleinem, weniger formellem Umfang zusammen, und sehen wir, wie es geht.“⁵²⁷ Erst wenn der Modellversuch erfolgreich verläuft und Einvernehmen über die Verträglichkeit der potentiellen Partner besteht, kann die Planung und Umsetzung eines komplexen Kooperationsvorhabens in Angriff genommen werden.

Die Wahl des Kooperationspartners hat systematisch zu erfolgen, um das Risiko unliebsamer Überraschungen und Missverständnisse schon vor Beginn der Kooperation weitestgehend auszuschließen. Als Ansprechpartner für das Kooperationsvorhaben eignen sich grundsätzlich alle Unternehmen im bekannten Umfeld des agierenden Unternehmens. Dazu gehören Handelspartner oder Lieferanten,

⁵²⁴ Vgl. Schäfer (1994), S.691. Deswegen sollte bereits bei der Partnerselektion darauf geachtet werden, dass die kooperationsspezifischen Ziele und Motive der potentiellen Partner weitestgehend deckungsgleich und komplementär sind und die zukünftige Kooperationsbeziehung auf gegenseitigem Verständnis und Akzeptanz beruht (Vgl. Backhaus, Piltz (1990), S.9).

⁵²⁵ Vgl. Backhaus, Piltz (1990), S.9.

⁵²⁶ Vgl. Ohmae (1989), S.148.

⁵²⁷ Vgl. Lewis (1991), S.267.

aber auch Wettbewerber sowie branchenfremde Unternehmen. Diese kommen als Kandidaten für die zwischenbetriebliche Zusammenarbeit in Frage und sind in die strategischen Kooperationsüberlegungen des operierenden Unternehmens mit einzubeziehen. Das hat den Vorteil, dass diese potentiellen Partner in der Regel die gleichen Märkte bedienen, ähnliche oder komplementäre Ressourcen und Ziele aufzuweisen haben und bereits erste Informationen als Basis für gegenseitiges Vertrauen besitzen.⁵²⁸ Eine leistungsfähige und erfolgreiche Kooperation wird sich nach Ansicht von Experten nur einstellen, wenn es gelingt, bei der Partnerwahl auf eine strategische und kulturelle Verträglichkeit zwischen den Unternehmen zu achten⁵²⁹ und Unsicherheiten in Bezug auf die Fähigkeiten des Partners, latente Konflikte, Planungslücken und vieles mehr nahezu auszuschließen.⁵³⁰

Das Partnerprofil, das von dem kooperationswilligen Unternehmen als Selektionsrahmen im Hinblick auf die Identifikation des geeigneten Partners erstellt wird, bringt das Idealbild des Kooperationspartners zum Ausdruck und unterstützt das Unternehmen bei seiner Suche nach einem geeigneten Partner. In der Regel verläuft die Suche nach einem Partner, der sämtlichen kulturellen und strategischen Anforderungen des Idealbildes entspricht, wenig erfolgreich. Damit aber das Kooperationsprojekt nicht schon vor Beginn der Zusammenarbeit an der Partnerwahl scheitert, muss das handelnde Unternehmen seine Anpassungsfähigkeit überprüfen und auf Grund seiner Einsicht in die potentielle Unvereinbarkeit seiner Vorstellungen mit der Realität bereit sein, Änderungen in den Anforderungsprofilen vorzunehmen und den Fähigkeiten, Wünschen und Werten des potentiellen Partners entgegenzukommen.

Die endgültige Entscheidung für einen Partner mündet in der Regel in einen kommunikativen Prozess von Kontakt- und Auswahlgesprächen, in welchen Informationen bezüglich seiner Kooperationsbereitschaft gewonnen werden.⁵³¹ Ist die Suche nach dem geeigneten Partner erfolgreich verlaufen und das passende Unternehmen gefunden, sind in einem von beiden Seiten gemeinsam zu formulierenden Kooperationsabkommen die Ziele und Gestaltungsparameter sowie die Bereiche der Zusammenarbeit zu konkretisieren und zu fixieren. Die Schwierigkeit der Vertragsverhandlungen wird von Experten in erster Linie darin gesehen, das strategische Kooperationsprogramm in ein formales Rechts- und Koordinationsgefüge zu integrieren.⁵³² Zwar kann man, eine beiderseitige Kooperationsbereitschaft vorausgesetzt, davon ausgehen, dass die Zielvorstellungen beider Verhandlungsparteien weitestgehend identisch sind. Die Fragen nach Mitteln, Art und Weise der Zielerreichung sind allerdings mit der Wahl des Partners noch nicht ausreichend geklärt.⁵³³ In Verhandlungsrunden sind bereits vorhandene Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Zielerreichung zu identifizieren und Unstimmigkeiten in der Mittelverwendung zu analysieren und aus dem Weg zu räumen.

Als Verhandlungsergebnis kommt ein Kooperationsvertrag zustande, bei dem es sich um einen rechtswirksamen Geschäftsplan handelt, der den Vertragspartnern durch die Formulierung gemeinsamer Vereinbarungen und Zielinhalte klare Verhaltensrichtlinien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

⁵²⁸ Vgl. Lewis (1991), S.253.

⁵²⁹ Vgl. Bronder, Pritzl (1991), S.4.

⁵³⁰ Vgl. Lewis (1991), S.280.

⁵³¹ Vgl. Staudt, Kriegesmann, Behrendt (1996), S.934.

⁵³² Vgl. Bronder, Pritzl (1991), S.51.

⁵³³ Vgl. Endress (1991), S.31.

vorgibt. Die Kooperationsvereinbarung stärkt das Kooperationsversprechen und den gemeinsamen Kooperationswillen. Andererseits ist die Formulierung rechtlich bindender Vorgaben gleichbedeutend mit einer Einschränkung der Handlungsfreiheit aller beteiligten Unternehmen. Sämtliches unternehmerisches Handeln ist an die Vereinbarungen des Kooperationsvertrages gebunden, womit der Flexibilität der Unternehmen, auf veränderte Umwelt- und Rahmenbedingungen reagieren zu können, Grenzen gesetzt sind. Somit kann eine schnelle Anpassung der unternehmerischen Aktivitäten an die veränderten Gegebenheiten der Umwelt stark eingeschränkt werden. Deswegen muss im Rahmen der Vertragsverhandlungen eine Möglichkeit gefunden werden, der es den Kooperationspartnern erlaubt, jederzeit angemessen auf situative Veränderungen im Sinne des Kooperationsvertrages zu reagieren, ohne den Kooperationszweck in Frage zu stellen und den Erfolg der Kooperation zu gefährden. Verhindert der Vertrag eine schnelle und reibungslose Anpassung der Kooperationsaktivitäten an die veränderten Umweltbedingungen, droht der Verlust der eigenen, kooperationsbedingten Wettbewerbsstärke. Dynamische Mitwettbewerber können die strategische und operative Schwäche der Kooperationspartner ausnutzen und ihre Wettbewerbsposition durch einen Ausbau ihrer Marktanteile relativ zum Kooperationsprojekt sichern und stärken. Deswegen ist bereits bei der Vertragsgestaltung darauf zu achten, dass Regelungen gefunden werden, die den Kooperationspartnern ausreichend Handlungsspielraum zugestehen, um jederzeit auf situative Veränderungen reagieren zu können, und den Fortbestand und die Weiterentwicklung des Projektes nicht durch das Abweichen einzelner Mitglieder von inhaltlich zu eng gefassten Kooperationsvorhaben gefährden.

Die Schaffung optimaler Rahmenbedingungen für den Zeitraum der Vertragsverhandlungen fördert die Verhandlungsbereitschaft und somit den Einigungsprozess und beeinflusst den späteren Erfolg der Allianz durch qualitativ bessere Verhandlungsergebnisse.⁵³⁴ Deswegen kommt der Wahl des Verhandlungsortes und der Delegationsmitglieder eine wichtige Bedeutung zu. Bereits bei der Wahl des Verhandlungsortes und der Delegationsmitglieder ist auf eine sachgerechte und zielgerichtete Verhandlungsatmosphäre zu achten, um zu vermeiden, dass sich Interessenvertreter zu sehr durch Äußerlichkeiten und Höflichkeitsnormen beeinflussen lassen und sich im Falle eines Scheiterns der Verhandlungen auf Lärm oder andere Negativerscheinungen wie zum Beispiel auf die fehlende fachliche Qualifikation von Verhandlungspartnern berufen können.⁵³⁵ Die Zusammenstellung der Verhandlungsgruppe sollte durch eine ausgeglichene Besetzung und Interaktion zwischen Spezialisten wie Juristen und anderen Funktionsträgern geprägt sein. Experten sehen in einer zu einseitig ausgerichteten Zusammensetzung des Verhandlungsgremiums die Gefahr, dass zum Beispiel wegen einer juristischen Dominanz im Kooperationsvertrag fast ausschließlich risikominimierende Trennungsregelungen parapiert werden und die generelle Vision der Kooperation, die optimistische Grundhaltung der Kooperationspartner sowie die Kooperationsfelder keine ausreichende Beachtung finden.⁵³⁶

Einer der wichtigsten Punkte, die es mit dem Kooperationsvertrag zu determinieren gilt, ist die Bestimmung des anvisierten Kooperationsfeldes. Vor dem Hintergrund des Kooperationszweckes und der Informationen, die in vorangegangenen Phasen ermittelt wurden, sind im Vertrag die unterschied-

⁵³⁴ Vgl. Bronder (1995), S.183.

⁵³⁵ Vgl. zur Wahl des geeigneten Verhandlungsortes: Endress (1991), S.37f.

⁵³⁶ Vgl. Bronder (1995), S.184f.

lichen Szenarien zu berücksichtigen, die einen Beitrag zum kooperationspezifischen Wertsteigerungspotential liefern und sich durch die Koordination verschiedener Wertschöpfungsaktivitäten realisieren lassen. In diesem Zusammenhang sind nicht nur die Verflechtungsrichtung und –intensität der Kooperation zu konkretisieren, sondern auch die lokale Ausrichtung der Zusammenarbeit und die zur Erfüllung des Kooperationszwecks benötigten Ressourcen festzulegen und die Aufgabenverteilung innerhalb des Kooperationsprojektes in groben Zügen als Handlungsrahmen zu bestimmen. Da es sich wie bereits gesehen bei Kooperationen um ein dynamisches Gebilde handelt, das sich nicht dem Wandel der Umwelt entziehen kann, sollten die Kooperationsverträge so genannte „Letter of Intent“-Klauseln enthalten, die den Kooperationsmitgliedern die Option einräumen, während der bereits bestehenden Zusammenarbeit nach weiteren attraktiven Anknüpfungspunkten für die Kooperation zu suchen und geeignete Kooperationsfelder zu identifizieren.

4. Phase IV: Strategisches Kooperationsmanagement

Die Kooperation von selbständigen Unternehmen verlangt vom Management die Einsicht, dass es sich dabei um einen fortlaufenden Prozess der Verhandlung, des Konsenses mit vielen Unsicherheiten handelt, der nur bedingt plan- und beherrschbar ist.⁵³⁷ Als dynamische Gebilde, die sowohl externen als auch internen Veränderungen unterliegen,⁵³⁸ erfordern Kooperationen Anpassungen, die auch in deren Auflösung bestehen können. Kooperationen unterliegen einem fortlaufenden Wandel, den es während des gesamten Prozesses zu berücksichtigen gilt. Von den kooperationswilligen Unternehmen wird die Bereitschaft und Fähigkeit verlangt, sich dynamisch und flexibel den Veränderungen der Umwelt anzupassen und durch gegenseitiges Lernen die sich bietenden Chancen wahrzunehmen.

Für den langfristigen Erfolg einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit ist es wichtig, dass es gelingt, eine gemeinsame Vertrauensbasis als Fundament für die kooperative Zusammenarbeit aufzubauen. Die Verschiedenartigkeit der Unternehmen in strategischer, kultureller und organisatorischer Hinsicht beinhaltet für jedes Kooperationsprojekt ein gewisses Konfliktpotential, das die Kooperationspartner in der Wahrnehmung ihrer Interessen und der Zielerfüllung determiniert. Eine zielgerichtete Zusammenarbeit, die möglichst langfristig und konfliktfrei funktionieren soll, bedarf einer präzisen Abstimmung zwischen den Kooperationspartnern. In den anstehenden Vertragsverhandlungen sind bereits klare und eindeutige Zielvorgaben für die Kooperation aufzustellen und die Inhalte und Grenzen der Zusammenarbeit sowie die Aufgaben, Rechte und Pflichten der einzelnen Partner klar zu definieren und voneinander abzugrenzen, um Unstimmigkeiten bei der gemeinsamen Erfüllung des Kooperationszwecks nahezu auszuschließen. Gelingt es, einen Konsens über den Sinn und Zweck von Kooperationen herzustellen, lässt sich die Anzahl kooperationsinterner Streitigkeiten bereits im Anfangsstadium der Zusammenarbeit gering halten oder sogar völlig ausschließen. Die Voraussetzungen für einen langfristigen Kooperationserfolg wären geschaffen.⁵³⁹

Um den Anforderungen der sich im stetigen Wandel befindenden Umwelt gerecht zu werden und um den in Folge dieser Veränderung auftretenden Interessenkonflikten entgegenzutreten, gehört die Imp-

⁵³⁷ Vgl. Bleicher (1989a), S.5.

⁵³⁸ Vgl. Blecker (1999), S.96ff.

⁵³⁹ Vgl. Fleischer (1996), S.335ff.

lementierung eines effektiven und funktionstüchtigen Konfliktmanagements zu den wichtigsten Aufgaben des Kooperationsmanagements.⁵⁴⁰ Konflikte bewirken in jedem Unternehmen eine Vielzahl von Reibungsverlusten und offenbaren Schwachstellen in der Zusammenarbeit.⁵⁴¹ Bei Konflikten handelt es sich um Spannungssituationen, in denen zwei oder mehrere voneinander abhängige Parteien (hier Kooperationspartner) mit Nachdruck versuchen, scheinbar oder tatsächlich unvereinbare Handlungspläne zu verwirklichen und sich dabei ihrer Gegnerschaft bewusst sind.⁵⁴² Als Konsequenz von Konflikten, die nicht oder nicht frühzeitig identifiziert werden, treten Kommunikationsprobleme zwischen den Partnern auf, die zu frustrierten Mitarbeitern und lähmenden Misstrauen führen können. Ein Scheitern und somit eine frühzeitige Beendigung der Kooperationsbeziehung ist denkbar und unter Umständen nicht zu verhindern. Damit Kooperationen nicht schon in ihrer Anfangsphase an nicht geklärten Konfliktpotentialen zu scheitern drohen, empfiehlt es sich, durch die Einführung geeigneter Maßnahmen ein leistungsfähiges Konfliktmanagement im Kontext der Kooperationsvereinbarung zu entwickeln und dabei auf eine zielorientierte und bewusste Gestaltung und Steuerung von Konfliktmustern zur Beseitigung von Interessenkollisionen zu achten. Aufgabe der Konfliktbehandlung ist somit die ausgewogene Beachtung der Interessen aller Kooperationspartner zur Herstellung einer objektivierte Konsensbildung.⁵⁴³ Die positive Kraft, die von Konflikten ausgehen kann, sollte von allen Beteiligten zur Identifikation von Innovationen und deren Implementierung zur Konfliktbehandlung genutzt werden.

Durch Methoden und Instrumente der präventiven Konfliktbehandlung lassen sich Konflikte bereits frühzeitig erkennen und auf einer sehr niedrigen Eskalationsstufe kanalisieren. Die am Konflikt beteiligten Parteien erkennen von sich aus, dass ihre Ziele miteinander unvereinbar und Meinungsverschiedenheiten vorprogrammiert sind. Sie sind bereit, sich freiwillig an einem gemeinsamen Suchprozess zu beteiligen und nach miteinander in Einklang stehenden Zielvorstellungen und konsensfähigen Konfliktlösungen zu suchen. Eingriffe von Dritten zur Konfliktlösung sind nicht geplant und vorgesehen.

Im Rahmen der kurativen Konfliktbehandlung gilt es, plötzlich auftretenden Spannungssituationen zu begegnen. Auf Grund des überraschenden und unverhofft starken Aufbrechens des Konfliktpotentials erreichen sie einen höheren Eskalationsgrad. Detaillierte Regeln und Vorgaben zur Konfliktlösung werden in diesem Fall der Komplexität und Individualität plötzlich auftretender Konflikte nicht mehr gerecht. Von den Kooperationspartnern wird verlangt, allgemeinverbindliche Rahmenvereinbarungen bereits in den Kooperationsverträgen zu formulieren und sich auf gemeinsam zu entwickelnde Methoden und Instrumente der Konfliktbehandlung zu einigen.

⁵⁴⁰ Blecker hält folgende 4 Erfolgsfaktoren für eine optimale, interorganisationale Interaktion unverzichtbar: Konnektivität, Challengezeit und Responsezeit, Integrationsfähigkeit und Interaktionssicherheit. Vgl. Blecker (1999), S.252ff., sowie Blecker (2000).

⁵⁴¹ Vgl. Endress (1991), S.92.

⁵⁴² Vgl. Rüttinger (1980), S.22.

⁵⁴³ Vgl. Tröndle (1987), S.94.

VI. Das Krankenhaus und seine Abhängigkeit von niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen

Globalziel der Kooperation ist die Verbesserung des Erfüllungsgrades der Aufgaben im Leistungserstellungsprozess am Patienten unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen. Die bei individuellen Handeln auftretenden Schwächen sollen für jeden einzelnen Kooperationspartner, aber auch für alle anderen an der Kooperation beteiligten Leistungserbringer gemindert bzw. vollständig bzw. vollständig beseitigt werden.⁵⁴⁴ Dem ökonomischen Prinzip folgend sollen die krankenhauserne Wirtschaftlichkeit gesteigert und eine Vergrößerung der Marktanteile zur Sicherstellung des wirtschaftlichen Überlebens angestrebt werden. Dafür bieten sich den Krankenhäusern zahlreiche Dienstleistungsunternehmen im deutschen Gesundheitswesen als Kooperationspartner an.

1. Das Krankenhaus im Mittelpunkt eines umfangreichen Beziehungsgeflechts

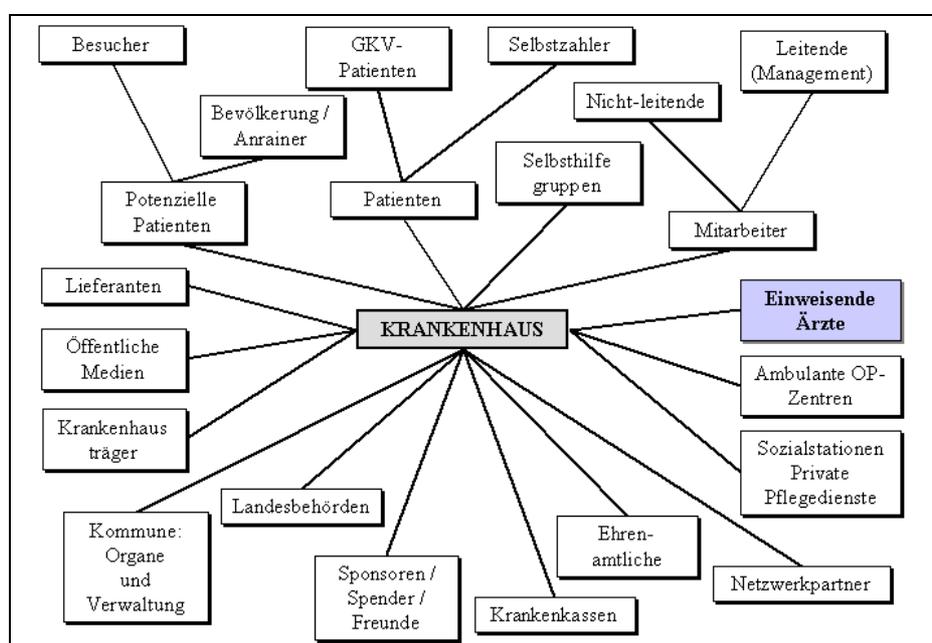


Abbildung 34: Das Krankenhaus und seine Zielgruppen⁵⁴⁵

Indem der Kosten-, Qualitäts- und Wettbewerbsdruck auf den stationären Sektor zunimmt, gewinnt für Krankenhäuser die strategische Neuausrichtung hin zu Kooperationen an Bedeutung. Krankenhäuser, die im Zentrum eines umfangreichen Beziehungsgeflechts stehen⁵⁴⁶, können mit unterschiedlichen

⁵⁴⁴ Vgl. Kolb (2000), S.106.

⁵⁴⁵ Braun (1999d), S.9.

⁵⁴⁶ Krankenhäuser als Orte spezialisierter Versorgung sind Kernbestand optimaler medizinischer Versorgungsketten. So sind z.B. Praxisnetze ohne Krankenhäuser objektiv lückenhaft, und die Vernetzung kann Krankenhäusern helfen, sich am Markt zu bewähren. Wo es Krankenhäusern gelingt, den Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern eine in sich stimmige und abgestimmte Versorgung für alle unterschiedlichen Behandlungssituationen in der Patientenkarriere des betreffenden Kranken zu verschaffen, haben sie ein innovatives und außerordentlich hochwertiges Dienstleistungsprodukt erstellt, dessen

Dienstleistungsunternehmen des Gesundheitswesens Kooperationen eingehen.⁵⁴⁷ **Abb. 34** zeigt das Beziehungsgeflecht des Krankenhauses.

2. Potentielle Kooperationspartner für Krankenhäuser

2.1. Überblick über die Kooperationspartner des Krankenhauses

Zu den potentiellen Kooperationspartnern eines Krankenhauses gehören neben Vertretern der vor- und nachgelagerten Versorgungsstufe (vertikal) auch Leistungsanbieter der gleichen Behandlungsstufe (horizontal) sowie Anbieter von Dienstleistungen, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Behandlungsgeschehen eines Krankenhauses stehen (lateral).⁵⁴⁸ **Abb. 35** gibt einen Überblick über potentielle Kooperationspartner für Krankenhäuser.

vertikal	horizontal	lateral
<i>Ambulante OP-Zentren</i>	<i>Brandzentren</i>	<i>Altenheime</i>
<i>Facharztzentren</i>	<i>Krankenhäuser</i>	<i>Apotheken</i>
<i>Gemeinschaftspraxen</i>	<i>Spezialkliniken</i>	<i>Ausländische Kostenträger</i>
<i>Niedergelassener Arzt</i>		<i>Krankenkassen</i>
<i>Praxisgemeinschaften</i>		<i>Lieferanten</i>
<i>Praxisnetze</i>		<i>Patientenvermittler</i>
<i>Rehabilitationseinrichtungen</i>		<i>Physiotherapeuten</i>
		<i>Private Pflegedienste</i>
		<i>Reisebüros</i>
		<i>Selbsthilfegruppen</i>
		<i>Sozialstationen</i>
		<i>Wellness-Einrichtungen</i>

Abbildung 35: Potentielle Kooperationspartner aus Sicht des Krankenhauses (eigene Darstellung)⁵⁴⁹

2.2. Praxisnetze als Kooperationspartner des Krankenhauses

Im Bereich des ambulanten Sektors bieten sich neben einzelnen niedergelassenen Ärzten auch Praxisnetze als Kooperationspartner für Krankenhäuser an.

Qualität eine den Bestand des „Produzenten“ sichernde Wirkung im Wettbewerb nicht verfehlen wird. (Vgl. Henke (1999), S.98f.).

⁵⁴⁷ Vgl. Braun (2004a), S.32.

⁵⁴⁸ Vgl. Braun, Güssow (2005).

⁵⁴⁹ Indem sich immer mehr Krankenhäuser der Kundengruppe der ausländischen Patienten öffnen, erschließen sich die Krankenhäuser neue Erlösmöglichkeiten außerhalb der gedeckelten Budgets. Die Zusammenarbeit mit ausländischen Kostenträgern, Patientenvermittlern und Reisebüros kann diese Entwicklung unterstützen und den Krankenhäusern bei der Erschließung dieses innovativen Geschäftsfeldes helfen (Vgl. ausführlich zu der Bedeutung ausländischer Patienten für deutsche Krankenhäuser: Braun, Christ, Heuser (2002) und Braun 2004b).

Bei einem Praxisnetz handelt es sich als „eigenständige Form der Integrationsversorgung“⁵⁵⁰ um einen lokalen oder regionalen Verbund von Arztpraxen,⁵⁵¹ der in der Absicht gebildet wurde, den Patienten eine organisierte und geregelte Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte anzubieten.⁵⁵² Haus- und Fachärzte aller Fachrichtungen schließen sich in einem Netz zusammen und stimmen die Behandlung ihrer Patienten aufeinander ab. Die Kooperation von Haus- und Fachärzten in einem Praxisnetz soll dazu beitragen, die Patientenversorgung zu verbessern sowie Kosteneinsparungen durch verminderte Krankenhauseinweisungen, weniger Verordnungen und die Vermeidung von Doppeluntersuchungen zu erreichen.⁵⁵³

Aufgrund der hohen der Individualität der Netzte fallen die Zielsetzungen für eine Netzgründung sehr unterschiedlich aus. Zu den häufigsten Zielen von Netzen gehören:

- Die bessere Ausschöpfung ärztlicher Rationalisierungspotentiale
- Die Mobilisierung zusätzlicher Finanzquellen
- Die Steigerung der ärztlichen Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit
- Die Sicherheit und Stärke in der Interessengemeinschaft
- Die Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität
- Die Verbesserung der interkollegialen Kommunikation sowie
- Die qualitative Verbesserung der Patientenversorgung.⁵⁵⁴

Praxisnetzen sind sehr unterschiedliche Organisationen mit individuellen Zielsetzungen und Entwicklungen. Aus diesem Grund lassen sich unterschiedliche Netztypen charakterisieren:⁵⁵⁵

(a) Qualitätsgemeinschaft

Im Rahmen einer Qualitätsgemeinschaft schließen sich niedergelassene Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zu einem Verbund zusammen. Ihr vorrangiges Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung durch Kooperationen der Arztpraxen einer Region zu verbessern.⁵⁵⁶ Zu den wesentlichen Bestandteilen einer Qualitätsgemeinschaft gehören die Einrichtung einer Anlaufpraxis außerhalb der gewöhnlichen Sprechzeiten, die Einrichtung und der Betrieb einer Leitstelle, die die Funktion eines Lotsen übernimmt und den Patienten durch den Behandlungsprozess begleitet, die Einrichtung eines Besuchsdienstes für Patienten, die im häuslichen Umfeld versorgt werden, die Entwicklung indikationsbezogener Versorgungsprojekte, die Einführung eines Pati-

⁵⁵⁰ Strodtholz (2005).

⁵⁵¹ Vgl. März (2003), S.5f.

⁵⁵² Vgl. Jeniche (2002), S.16; KVNO (2005).

⁵⁵³ Vgl. Szathmary (1999), S.60.

⁵⁵⁴ Vgl. Jeniche (2002), S.16; KVNO (2005).

⁵⁵⁵ Vgl. KVNO (2005). Eine andere Einteilung der Netztypen liefert Westebbe. Vgl. hierzu Jeniche (2002), S.21f. und Maus (2000), S.A 1427.

⁵⁵⁶ Vgl. zu Fragen des Qualitätsmanagements in Praxisnetzen: Siebolds (2003).

entenpasses zur Dokumentation von Diagnose- und Therapieentscheidungen, die Erstellung von Leitlinien sowie die Anwendung von Qualitätssicherungsaktivitäten.⁵⁵⁷

(b) Betriebswirtschaftliche Netze:

In Praxisnetzen, die aus betriebswirtschaftlicher Motivation heraus gegründet werden, werden ausgewählte betriebliche Funktionen nicht mehr dezentral von den einzelnen niedergelassenen Ärzten wahrgenommen, sondern zentral für alle Netzbeteiligten organisiert. Dafür wird eine zentrale Stelle eingerichtet, die für die Arztpraxen gegen Bezahlung tätig wird und von diesen organisatorische Aufgaben übernimmt. Zu den Aufgaben können gehören

- die zentrale Beschaffung der Geräte sowie des Praxis- und Bürobedarfs in der Absicht, durch die Bildung von Einkaufsgemeinschaften Mengenrabatte zu erhalten und dadurch eine Senkung der Praxiskosten zu erzielen,
- die Einrichtung und Verwaltung eines Gerätepools zur Vermeidung von Leerzeiten sowie
- die Einrichtung und Verwaltung eines Personalpools.

Ziel dieses Netztyps ist die Entlastung der Praxisinhaber von organisatorischen Aufgaben sowie die Reduzierung der Praxiskosten. Die wirtschaftliche Selbständigkeit der Arztpraxen bleibt erhalten.

(c) HVM-Modellgemeinschaft (HVM = Honorarverteilungsmaßstab)

Eine HVM-Modellgemeinschaft kann ähnliche Merkmale aufweisen wie eine Qualitätsgemeinschaft. Im Unterschied zur Qualitätsgemeinschaft hat in diesem Fall das Praxisnetz einen eigenen Honorartopf, aus dem das Geld unter den Netzärzten nach netzindividuellen Verteilungsregeln aufgeteilt wird.

Allen Netzen gemeinsam ist, dass sie intensive Kooperationsbeziehungen untereinander aufbauen und das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Ärzte zu erweitern suchen. Niedergelassene Ärzte, die sich in ein Netz einbringen, sehen die Überwindung des Einzelkämpferdaseins und damit einhergehend die Verringerung des ärztlichen Konkurrenzdrucks als Chance.⁵⁵⁸

Die Konzentration der Praxisnetze auf ihre regionalen Strukturen ermöglicht es ihnen, Kooperationen mit den in der Region vertretenen Krankenhäusern abzuschließen. In Zeiten der DRG wird Verweildauerverkürzungen im stationären Sektor gerechnet. Durch einen Vertrag mit einem Praxisnetz können Krankenhäuser die Übernahme von entlassenen Patienten durch einen Praxisverbund regeln und so die Kontinuität im Behandlungsverlauf des Patienten gewährleisten.

3. Abhängigkeit des ökonomischen Erfolgs eines Krankenhauses von niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen

Als Konsequenz aus den Regelungen zur Integrierten Versorgung, der Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme sowie der Implementierung eines diagnose-basierten Vergütungssystems für den

⁵⁵⁷ Vgl. KVNO (2005); Strodtholz (2005).

⁵⁵⁸ Vgl. KVNO (2005).

stationären Sektor, wird es für ein Krankenhaus immer wichtiger, sich unter Berücksichtigung der rechtlichen Restriktionen⁵⁵⁹ nach außen darzustellen, um einweisende Ärzte davon zu überzeugen, im Bedarfsfall dieses und kein anderes Krankenhaus auszuwählen.⁵⁶⁰

Der Erfolg eines Krankenhauses wird in der Literatur als multiattributives Konstrukt angesehen, dessen Zustandekommen von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist.⁵⁶¹ Die Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit, die Sicherstellung einer kontinuierlichen Auslastung der vorhandenen Kapazitäten und die Möglichkeit, kostendeckend zu arbeiten garantieren den Erfolg eines einzelnen Krankenhauses und sind von der Zufriedenheit der erfolgsrelevanten Zielgruppen abhängig.⁵⁶² Als Ansprechpartner des Krankenhauses gelten nicht nur die Patienten, die Gemeinde und die Förderer, sondern auch die niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze in ihrer Funktion als Einweiser. Diese nehmen bei der Wahl eines Krankenhauses bei elektiven Eingriffen und planbaren konservativen Behandlungen eine Schlüsselrolle ein.⁵⁶³ Der einzelne niedergelassene Arzt sowie Praxisnetze in der unmittelbaren Umgebung einer stationären Einrichtung agieren als Kundenvermittler für das Krankenhaus und können durch ihr Einweisungsverhalten den Auslastungsgrad des Krankenhauses und somit die Inanspruchnahme stationärer Leistungen gezielt beeinflussen⁵⁶⁴: „Niedergelassene Ärzte sind das natürliche Filialnetz des Krankenhauses“⁵⁶⁵.

Die einzelnen niedergelassenen Ärzte und die Praxisnetze stellen für das Krankenhaus jeweils eine bedeutende Kundengruppe dar, da sie mit ihrem Verhalten zum wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik beitragen und helfen, das langfristige Überleben einer stationären Einrichtung sicherzustellen.⁵⁶⁶ Dafür hat das Krankenhaus kontinuierlich die Qualität und Dauerhaftigkeit seiner Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen zu überprüfen.⁵⁶⁷ Um jedoch auf die Einweisungsentscheidung der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze einwirken zu können und das Verhältnis zu dieser Zielgruppe positiv zu beeinflussen, sind die marktorientierten Bemühungen der Krankenhäuser auf die einweisenden Ärzte und Praxisnetze auszurichten. Es ist eine Marketingkonzeption zu entwickeln, die es den Krankenhäusern erlaubt, sich nicht nur positiv von Konkurrenten abzuheben, sondern auch für

⁵⁵⁹ Einschränkungen für die Kommunikationspolitik eines Krankenhauses resultieren vor allem aus dem Heilmittelwerbegesetz sowie aus dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb, die beide sowohl für das Krankenhaus als Institution, als auch für den einzelnen Arzt Relevanz besitzen (Vgl. Braun, Schmutte (1998), S.24); zu diesem Thema auch: Bohle (1999), S.439-454.

⁵⁶⁰ Vgl. Braun (1994), S.618.

⁵⁶¹ Vgl. Mayer (1996), S.61.

⁵⁶² Vgl. zu den Zielgruppen eines Krankenhauses: Hermanns (2002), S.155ff.

⁵⁶³ Vgl. Braun (1997b), S.398.

⁵⁶⁴ Als Einweiser sichern die niedergelassenen Ärzte einem Krankenhaus bis zu 90 Prozent seiner Auslastung und können deshalb als eine der wichtigsten Kundengruppen angesehen werden, zumal wenn künftig nach der Einführung der DRG die richtigen Krankheitsbilder für die Kliniken bedeutender sind als die Menge der behandelten Patienten (Mutter, Keller, Morar (2001), S.600). Vgl. hierzu auch Oberender, Hacker, Meder (2001), S.575.

⁵⁶⁵ o.V. (2004h).

⁵⁶⁶ „Der einweisende Arzt ist der entscheidende Einflussfaktor bei der Wahl des Krankenhauses durch den Patienten. Gelingt es, ihm tangible Vorteile in der Zusammenarbeit zu verschaffen, kann dies die Auslastung dauerhaft sichern“ (Oberender, Hacker, Meder (2001), S.575). Vgl. hierzu auch Borges (2003).

⁵⁶⁷ Vgl. Braun, Nissen (2005), S.378.

die notwendige Zufriedenheit auf der Seite der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze zu sorgen.⁵⁶⁸ Bei der Marketingkonzeption, für deren Umsetzung sich aus operativer Sicht besonders der Einsatz von Marketinginstrumenten eignet⁵⁶⁹, handelt es sich um einen Handlungsplan, der für die Realisierung der angestrebten Ziele geeignete Strategien festlegt und auf deren Grundlage die geeigneten Marketinginstrumente bestimmt (vgl. **Abb. 36**).⁵⁷⁰ Zu diesen Instrumenten gehören die Produkt-, Distributions-, Preis- und Kommunikationspolitik des Krankenhauses. Mit ihrer Hilfe können sich Krankenhäuser sich im Bewusstsein der Einweiser positionieren.

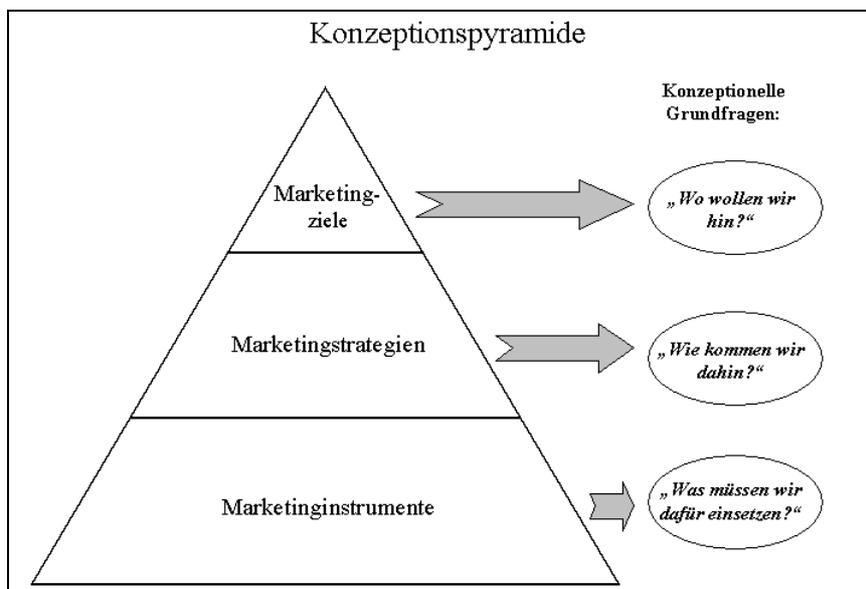


Abbildung 36: Die Konzeptionspyramide des Marketings⁵⁷¹

Lagen bislang die Anstrengungen vieler Unternehmen hauptsächlich in der Akquisition neuer Kunden⁵⁷², nimmt mittlerweile die kontinuierliche Pflege bereits bestehender Kundenbeziehungen eine zentrale Rolle ein. Dadurch soll eine dauerhafte Kundenbindung sichergestellt werden.⁵⁷³ Da sich eine dauerhafte Kundenbindung nach allgemeiner Auffassung nur durch die größtmögliche Zufriedenheit

⁵⁶⁸ Voraussetzung für eine rationale Arbeitsteilung innerhalb sektorenübergreifender Kooperationen sind die Anerkennung der jeweils gegenseitig vorhandenen Qualifikationen und eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern (Vgl. Henke (1999), S.100).

⁵⁶⁹ Zu den Marketinginstrumenten: Vgl. Becker (2002), S.91ff.; Meffert (2000), S.1167ff.; Hermanns, Kunz (2002), S.18ff.

⁵⁷⁰ Vgl. Becker (2002), S.4.

⁵⁷¹ Vgl. Becker (2002), S.3.

⁵⁷² Allgemeine Empirische Untersuchungen sind zu dem Ergebnis gekommen, dass es fünf- bis siebenmal teurer ist, einen neuen Kunden zu gewinnen als einen bestehenden Kunden zu halten (Vgl. Becker (2002), S.196).

⁵⁷³ In der Marketingforschung wird empfohlen, die Bedürfnisse, Wünsche, Einstellungen und Erwartungen der Kunden im Kontext der spezifischen Leistungsnachfrage/-inanspruchnahme zu erforschen und danach das Angebot auszurichten (Vgl. Lehmann (1998), S.831).

des Kunden erreichen lässt,⁵⁷⁴ muss sich ein Krankenhaus darum bemühen, durch die Optimierung der Kundenwünsche und -zufriedenheit eine dauerhafte und gewinnbringende Loyalität des Einweisers gegenüber seinen Leistungen zu erreichen.⁵⁷⁵ Eine hohe Kundenzufriedenheit führt nicht nur zu einer höheren Kundenbindung, sondern auch zu einer positiven Abgrenzung von der Konkurrenz, geringeren Akquisitionskosten für Neukunden und zu einem besseren Unternehmensimage.⁵⁷⁶ Damit ist die Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze als zentrales Ziel des Krankenhauses⁵⁷⁷ eine besonders wichtige, da vom (Leistungs-)Anbieter unmittelbar zu steuernde Einflussgröße der Kundenbindung.⁵⁷⁸

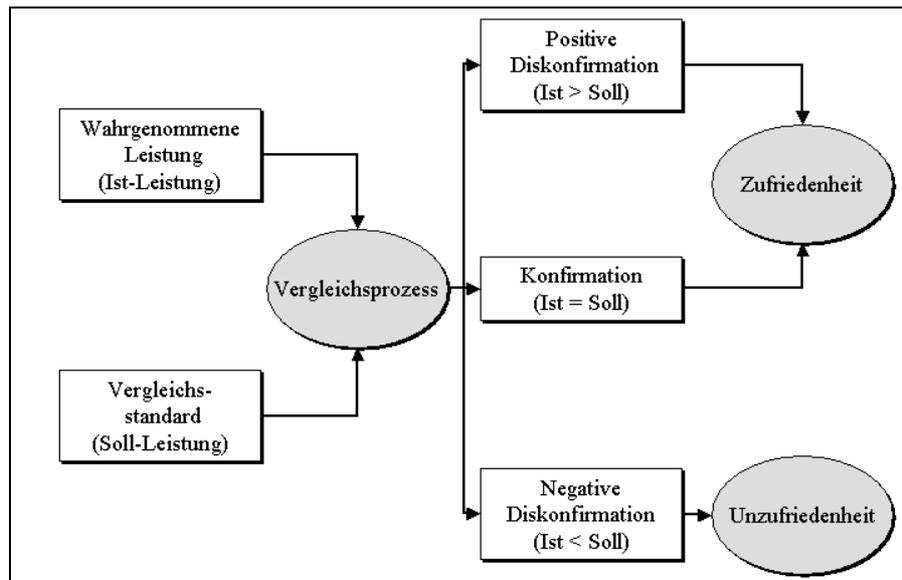


Abbildung 37: Das Konfirmations-/Diskonfirmations-Paradigma⁵⁷⁹

⁵⁷⁴ Obwohl die Zufriedenheit von Kunden kein Garant für deren Bindung an einen Leistungsanbieter darstellt, sehen zahlreiche Beiträge und Untersuchungen aus dem Bereich der Marketing-Forschung in der Kundenzufriedenheit die Voraussetzung für eine dauerhafte Bindung der Kunden an ein Unternehmen (Vgl. hierzu allgemein: Meffert (2003), S.139; Dichtl, Peter (1996), Peter (1997); Siefke (1998); Giering (2000); Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.83; Burmann (1991), S.249). Mit Hilfe ausgewählter verhaltenstheoretischer Erklärungsansätze lässt sich der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Bindung von Kunden erklären (Vgl. hierzu Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.90ff. (mit den dort angegebenen, umfassenden Quellenangaben)). Die „Theorie der kognitiven Dissonanz“ (a), die „Lerntheorie“ (b) sowie die „Risikotheorie“ (c) begründen den Zusammenhang zwischen den Konstrukten „Kundenzufriedenheit“ und „Kundenbindung“ mit der psychologischen Motivation und den kognitiven Entscheidungsprozessen der Kunden und betonen die Bedeutung von Zufriedenheit als eine wesentliche Determinante des Treueverhaltens (Vgl. Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.90). Homburg, Giering und Hentschel fassen verschiedenen Ansätze, die eine positive Korrelation zwischen den Konstrukten „Kundenzufriedenheit“ und „Kundenbindung“ postulieren oder empirisch signifikant nachgewiesen haben, detailliert und kritisch zusammen (Vgl. Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.93ff.).

⁵⁷⁵ Vgl. Müller, Riesenbeck (1991), S.67.

⁵⁷⁶ Vgl. Matzler, Hinterhuber, Handlbauer (1997a), S.650.

⁵⁷⁷ Vgl. Braun, Nissen (2005), S.378. Zu den zentralen Zielen eines Krankenhauses gehört das Marketingziel „Kundenzufriedenheit“. Dieses lässt sich aus den Oberzielen eines Krankenhauses ableiten (Vgl. Becker (2002), S.7) und wird als instrumentelles Zwischenziel für eine dauerhafte Bindung von Kunden angesehen (Vgl. Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.99; Stauss (2003), S.309).

⁵⁷⁸ Vgl. Diller (1996), S.90.

⁵⁷⁹ Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.85.

3.1. Die Entstehung von Einweiserzufriedenheit: das C/D-Paradigma

Das C/D-Modell⁵⁸⁰ erklärt die Entstehung von Kunden(un)zufriedenheit durch den Vergleich von individuellen Erwartungen bei der Leistung als Anspruchsniveau mit den durch die Inanspruchnahme der Leistungen erlebten Erfahrungen.⁵⁸¹ Diesem Paradigma folgend resultiert Kundenzufriedenheit aus einem Vergleichsprozess der Kunden nach einem Leistungsergebnis (vgl. **Abb. 37**). Es gibt die Übereinstimmungen zwischen den subjektiven Erwartungen und der tatsächlich erlebten Bedürfnisbefriedigung bei Dienstleistungen durch Kunden wieder,⁵⁸² wobei sich eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen und den tatsächlichen Leistungen⁵⁸³ durchaus negativ auf die Akzeptanz der Anbieterleistungen auswirken kann. Die niedergelassenen Ärzte als erfolgsrelevante Zielgruppe eines Krankenhauses vergleichen kontinuierlich ihre Erfahrungen (Ist-Größen), die sie bei der Zusammenarbeit mit der stationären Einrichtung und der Inanspruchnahme klinischer Leistungen gemacht haben und gegenwärtig noch machen, mit einem bestimmten, vorab definierten, psychischen Vergleichsstandard (Sollgröße).⁵⁸⁴ An Hand dieses Vergleiches beurteilen sie, ob die wahrgenommenen Leistungen ihren Erwartungen entsprechen. Stimmen die Ist-Leistungen mit der Vergleichsgröße überein (Konfirmation) beziehungsweise übertreffen die tatsächlichen gemachten Erfahrungen die Sollgröße (positive Diskonfirmation), fühlen sich die niedergelassenen Einweiser in ihren Erwartungen bestätigt. Zufriedenheit mit den Leistungen des Krankenhauses kann entstehen.

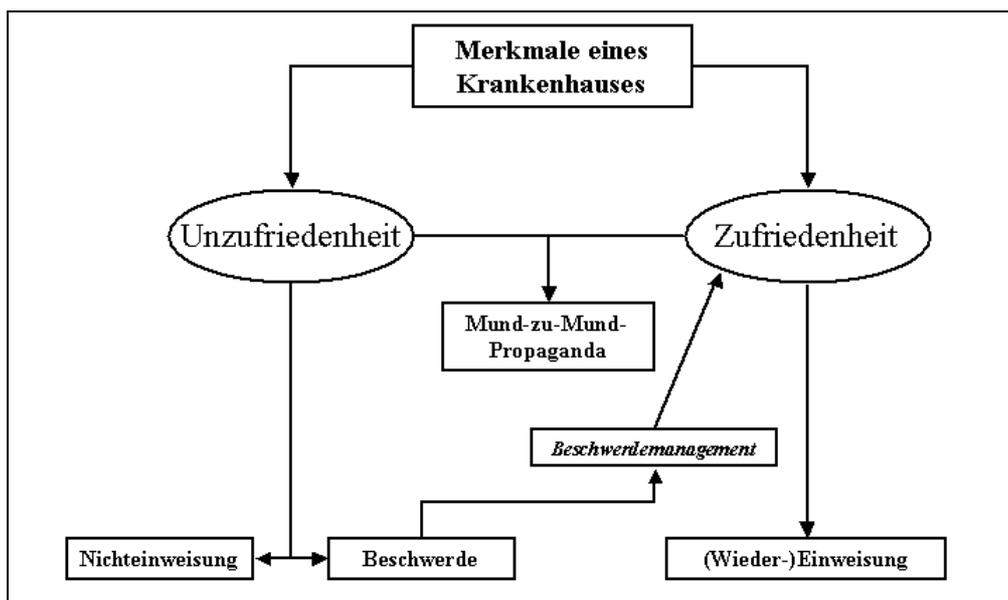


Abbildung 38: Reaktionen der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze auf die Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit einem Krankenhaus⁵⁸⁵

⁵⁸⁰ Vgl. hierzu auch: Oliver (1980), S.460-469.

⁵⁸¹ Vgl. Bruhn (1985), S.302.

⁵⁸² Vgl. Bruhn (1985), S.301.

⁵⁸³ Vgl. Matzler, Hinterhuber, Handlbauer (1997b), S.733.

⁵⁸⁴ Vgl. Korte (1995), S.28.

⁵⁸⁵ Grafik in Anlehnung und Ergänzung an Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.86.

In der Literatur herrscht weitgehender Konsens darüber, dass die Ist-Komponente des Vergleichsprozesses keinen objektiven Charakter genießt, sondern ausschließlich die vom einzelnen Kunden subjektiv wahrgenommene Leistung widerspiegelt.⁵⁸⁶ „Nicht das objektive Angebot bestimmt das Verhalten der Konsumenten, sondern das subjektiv wahrgenommene Angebot.“⁵⁸⁷ Aus diesem Grund kann eine nach „objektiven“ Qualitätskriterien identische Leistung in Folge unterschiedlicher Wahrnehmungseffekte bei den Einweisern mit einer differenzierten Ausprägung der Ist-Komponente in den Evaluierungsprozess eingehen.⁵⁸⁸ Unzufriedenheit der Kunden mit einer bestimmten Leistung ist in der Regel zu beobachten, wenn die impliziten oder expliziten Erwartungen der niedergelassenen Ärzte enttäuscht werden (negative Diskonfirmation).⁵⁸⁹ Als Folgen sind Abwanderung, negative Mund-zu-Mund-Propaganda oder auch Beschwerden zu beobachten, auf die ein Anbieter entweder passiv-reaktiv und dann eher unsystematisch oder aktiv auf der Basis eines vorab geplanten und gestalteten Beschwerdebehandlungssystems⁵⁹⁰ reagieren kann. Ziel ist in beiden Fällen die Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit.⁵⁹¹ **Abb. 38** zeigt die möglichen Reaktionen der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze auf die Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit einem Krankenhaus.

Die zufriedene Einstellung der Einweiser gegenüber einem Krankenhaus determiniert bestimmte Verhaltensintensionen in Form von Verbundenheit⁵⁹² sowie zustimmender Loyalität und ist nach Ansicht von Experten eine zentrale Voraussetzung für Kundenbindung.⁵⁹³ Eine dauerhafte Loyalität der Kunden wird sich einstellen, wenn die Angebotsleistung eines Krankenhauses den Kundenerwartungen besser entspricht als konkurrierende Angebote der Wettbewerber.⁵⁹⁴ Erst wenn die Erwartungen der Kunden übertroffen werden, entsteht wirkliche Zufriedenheit und ihre Loyalität gegenüber den Leistungen eines Krankenhauses steigt stark an. In der Regel kommt die Loyalität der Einweiser gegenüber einem Krankenhaus in ihrer Bereitschaft zum Ausdruck, die bisherigen Beziehungen zu einer stationären Einrichtung auf der Grundlage der guten Erfahrungen in der Vergangenheit (ex post-Perspektive) und des Vertrauens in die positive Entwicklung der Zusammenarbeit (ex ante-Perspektive) durch Folgehandlungen fortzusetzen. Dabei ist die psychologische Variable „Kundenzufriedenheit“ als Schlüsselfaktor für die Bindung der Kunden anzusehen, da sie sich als einzige Variable auf die fünf

⁵⁸⁶ Vgl. Woodruff, Cadotte, Jenkins (1987), S.306.

⁵⁸⁷ Kroeber-Riel, Weinberg (1992), S.267.

⁵⁸⁸ Vgl. Giering (2000), S.9.

⁵⁸⁹ Vgl. hierzu: Matzler, Hinterhuber, Handlbauer (1997b).

⁵⁹⁰ Meffert und Bruhn messen dem Beschwerdemanagement eine hohe Bedeutung bei. Ihrer Meinung nach sind bei der Durchführung eines Beschwerdemanagements folgende Zielsetzungen zu berücksichtigen: Herstellung einer hohen Zufriedenheit durch unbürokratische Beschwerdebearbeitung, Vermeidung von Kundenabwanderungen und negativer Mund-zu-Mund-Kommunikation, Verbesserung des Unternehmensimages, Informationsgewinnung als Grundlage von Leistungsverbesserungen, -modifikationen und -differenzierungen, Reduzierung von Fehlerkosten aufgrund von Korrekturmaßnahmen zur Vermeidung von Falsch- und Doppelarbeit sowie Garantieansprüchen (Vgl. Meffert, Bruhn (2000), S.324); Vgl. zu dieser Thematik auch: Wimmer, Roleff (2001), S.315ff.; Stauss (2003), S.309ff.

⁵⁹¹ Vgl. Günter (1998), S.287.

⁵⁹² Vgl. zur „Verbundenheitsstrategie“: Bliemel, Eggert (1998), S.39ff.

⁵⁹³ Vgl. Burmann (1991), S.249.

⁵⁹⁴ Vgl. Müller (1990b), S.58.

Faktoren der Kundenbindung auswirkt.⁵⁹⁵ Im Krankenhausbereich bestehen diese Faktoren aus der tatsächlichen und beabsichtigten Wiederinanspruchnahme von stationären Leistungen, der tatsächlichen und beabsichtigten Weiterempfehlung des Krankenhauses durch die Einweiser sowie die Inanspruchnahme weiterer Dienstleistungen des Krankenhauses wie z. B. Ernährungsberatung, Physiotherapie oder Laboruntersuchungen („Cross-Selling-Effekte“).

Da sich die Zufriedenheit der Kunden jedoch nicht von selbst einstellt, müssen die niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze durch vertrauenserweckende Maßnahmen des Krankenhauses davon überzeugt werden, ihre Patienten im Bedarfsfall in diejenige Klinik einzuweisen, die sich um qualitativ hochwertige Leistungen, einen hervorragenden Service und eine offene Kommunikation zum ambulanten Sektor bemüht.⁵⁹⁶ Die strategische Ausrichtung marktwirtschaftlich geführter Krankenhäuser hat sich deswegen an der erfolgsrelevanten Wirkungskette einer Klinik (vgl. **Abb. 39**) zu orientieren und zu versuchen, durch den Auf- und Ausbau der Vertrauensbasis nicht nur die Voraussetzungen für ein harmonisches Verhältnis zu niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen zu schaffen, sondern auch die potentiellen Einweiser dazu zu bringen, auch in Zukunft wiederholt Leistungen des Krankenhauses in Anspruch zu nehmen.⁵⁹⁷



Abbildung 39: Erfolgsrelevante Wirkungskette der Krankenhäuser

Die Vertrauensbildung ist eine wichtige Voraussetzung für das reibungslose Zusammenwirken von ambulantem und stationärem Sektor. Sie geht über die medizinische Leistung eines Krankenhauses hinaus und ist vor allem mit einer systematischen und zielgerichteten Gestaltung der Außenbeziehung einer Klinik zu erreichen (Krankenhausmarketing).⁵⁹⁸ Zur Gestaltung der Außenbeziehung gehören Kommunikationsformen wie Einladungen zu Fachvorträgen, Podiumsdiskussionen, gemeinsame Arbeitskreise, regelmäßige Informationsbriefe des Chefarztes einer Fachabteilung an die niedergelassenen Ärzte sowie Veranstaltungen der Fachabteilungen zur Darstellung ihres Leistungsspektrums (vgl. **Abb. 40**).⁵⁹⁹

⁵⁹⁵ Zu den 5 Faktoren der Kundenbindung: Vgl. Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.89.

⁵⁹⁶ Vgl. Mayer (1996), S.156.

⁵⁹⁷ Die Wichtigkeit der Einweiserzufriedenheit für die Bindung dieser Zielgruppe an ein Krankenhaus wird durch die Ergebnisse einer empirischen Einweiserstudie gestützt, die das Institut für Gesundheitsmanagement und Public Management in München im Jahr 2004 durchgeführt hat. Die Studie liefert Hinweise, wonach ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit einem Krankenhaus und dem Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte zu erkennen ist. Im Rahmen der Studie konnten die niedergelassenen Ärzte als Einweiser bzw. Nichteinweiser identifiziert werden. Nachdem auch explizit nach der Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus gefragt worden ist, konnte gezeigt werden, dass die Einweiser im Vergleich zu den Nichteinweisern mit dem Krankenhaus und seinen Leistungen zufriedener sind. Daraus kann für das Krankenhausmanagement die hohe Bedeutung für die Gestaltung der Einweiserzufriedenheit abgeleitet, um letztlich das Einweisungsverhalten zu steuern. Vgl. hierzu Braun, Nissen (2005).

⁵⁹⁸ Vgl. Riegl (1989), S.22.

⁵⁹⁹ Vgl. Mayer (1996), S.156; Braun (1994), S.622.

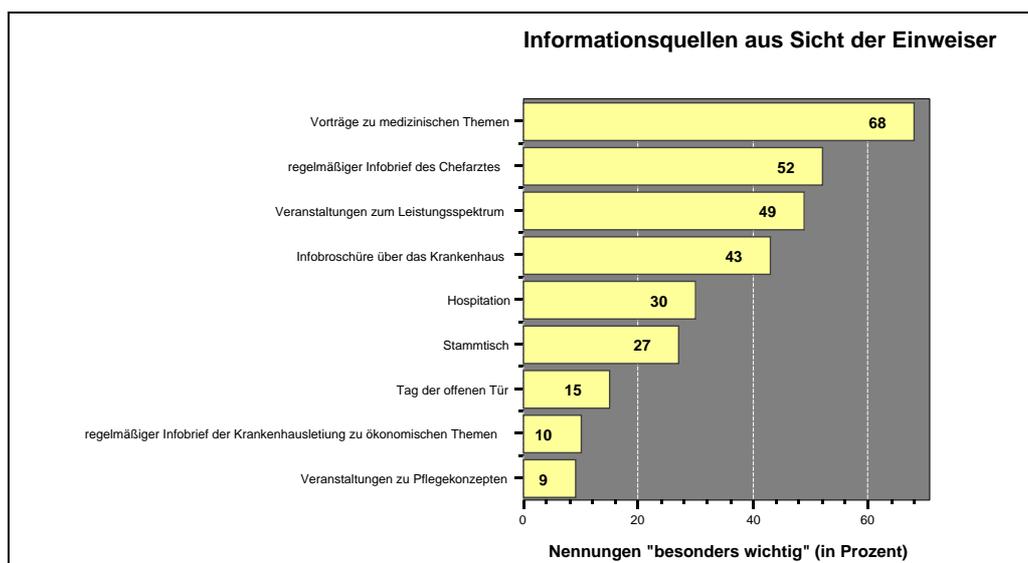


Abbildung 40: Kommunikationsformen des Krankenhauses mit niedergelassenen Ärzten⁶⁰⁰

Die Fokussierung auf die Zufriedenheit der Kunden verstärkt langfristig die Bindung zwischen dem Anbieter und dem Nachfrager einer Leistung und hilft, Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenten dauerhaft zu sichern.⁶⁰¹ Zufriedene Ärzte bekunden eher ihre Loyalität gegenüber einem Krankenhaus und nehmen wiederholt stationäre Leistungen der betreffenden Einrichtung in Anspruch. Kann das Krankenhaus sich auf die Loyalität einzelner niedergelassener Ärzte verlassen, sind die Einweiser eher bereit, auf Grund ihrer zufrieden stellenden Erfahrungen im Zusammenwirken mit dem Krankenhaus die Patientenströme gezielt zu steuern und diese in eine bestimmte Klinik zu lenken.⁶⁰² Zufriedene Einweiser determinieren somit durch ihr Verhalten die Auslastung eines Krankenhauses und tragen zu seinem wirtschaftlichen Erfolg bei. Damit die Bemühungen der Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte an ihr Haus zu binden, erfolgreich sind, ist es notwendig, sich gezielt mit dieser Zielgruppe auseinander zu setzen und die krankenhausesindividuellen Stärken und Schwächen aus Sicht der Einweiser im Rahmen einer Zufriedenheitsanalyse zu identifizieren.⁶⁰³ Wer also Kundenzufriedenheit aktiv gestalten will, muss sich Klarheit darüber verschaffen, welche Faktoren das Urteil der Kunden (Einweiser) prägen,⁶⁰⁴ welcher Zufriedenheitsgrad bei den relevanten Zielgruppen vorliegt und welche Soll-Zufriedenheitswerte anzustreben sind.⁶⁰⁵

Um sich durch gute Beziehungen zu seinen Einweisern gegenüber Konkurrenten abzuheben⁶⁰⁶ und sich im Bewusstsein der Einweiser positiv zu positionieren, muss das Krankenhaus den Bedürfnissen und Erwartungen der niedergelassenen Ärzte entsprechen und ihnen im Rahmen des Krankenhausma-

⁶⁰⁰ Vgl. Braun, Schmutte (1998), S.36.

⁶⁰¹ Vgl. Grossklaus (1994), S.156.

⁶⁰² Vgl. Braun (1999b), S.18.

⁶⁰³ Vgl. Hermanns, Kunz (2002), S.15. Zur Situationsanalyse im Marketing: Meffert (2000), S.63ff.

⁶⁰⁴ Vgl. hierzu: Braun, Nissen (2005).

⁶⁰⁵ Vgl. Müller, Riesenbeck (1991), S.71.

⁶⁰⁶ Vgl. Coddington, Moore (1987), S.70.

nagements die entsprechende Aufmerksamkeit zukommen lassen. Ein loyales Kundenpotential lässt sich dauerhaft nur durch ein aktives Management erschließen, das jeweils über den gesamten Zeitraum, in dem eine Leistung in Anspruch genommen wird, einen situationsadäquaten, flexibel gestaltbaren Dialog mit den Kunden gewährleistet.⁶⁰⁷

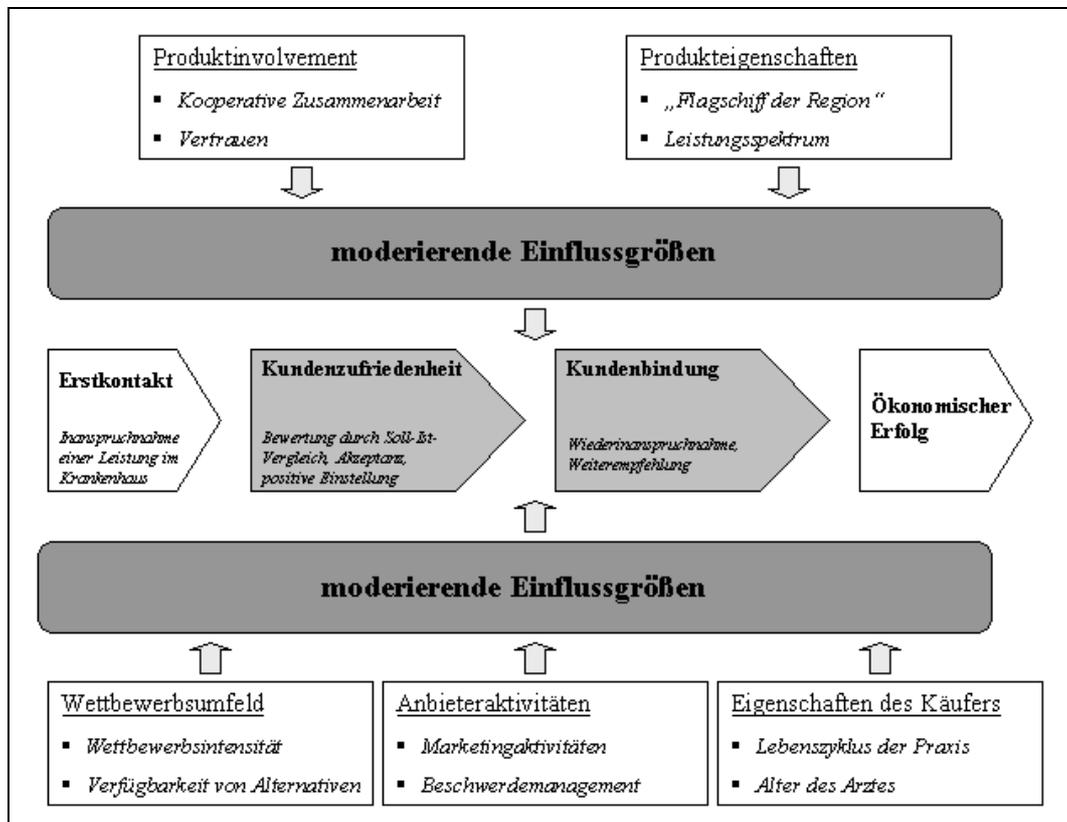


Abbildung 41: Moderierende Einflussgrößen des Zusammenhangs zwischen Einweiserzufriedenheit und -bindung im Krankenhausbereich⁶⁰⁸

Da der unterschiedlich stark ausgeprägte Einfluss⁶⁰⁹ von Kundenzufriedenheit auf die Kundenbindung nicht unabhängig vom Kontext der Kundenbeziehung ist, sind bei der Analyse des postulierten Zusammenhangs zwischen den beiden Konstrukten auch die situativen Faktoren in Form moderierender Variablen zu berücksichtigen. Dazu gehören im stationären Bereich die Leistungseigenschaften und das Wettbewerbsumfeld des Krankenhauses, die Krankenhausaktivitäten sowie die Eigenschaften der Einweiser.⁶¹⁰ Damit übernimmt die Kundenorientierung eine zentrale Rolle im Management des Dienstleistungsunternehmens Krankenhaus.⁶¹¹ Für das Marketingmanagement ist Kundenorientierung kein beliebiges oder austauschbares Postulat, keine Strategie, die man einschlägt oder eben nicht, son-

⁶⁰⁷ Vgl. Müller (1990a), S.43.

⁶⁰⁸ In Anlehnung und Ergänzung an Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.99, und Homburg, Bruhn (2003), S.10.

⁶⁰⁹ Vgl. Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.99.

⁶¹⁰ Zu den moderierenden Einflussfaktoren: Vgl. Homburg, Giering, Hentschel (1998), S.99, und Homburg, Faßnacht (2001), S.424ff.

⁶¹¹ Vgl. Schmutte (1999), S.3.

dem das „Maß aller Dinge“, der Schlüssel zum Erfolg. Begründet wird diese Sichtweise mit der Wirkungskette „Kundenorientierung → Kundenzufriedenheit → Kundenbindung → wirtschaftlicher Erfolg“.⁶¹² **Abb. 41** verdeutlicht die Wirkungskette unter Berücksichtigung der moderierenden Einflussgrößen.

3.2. *Abhängigkeit des ökonomischen Erfolgs eines Krankenhauses von Einweisern und anderen Faktoren - ein formales Modell*

Der Erfolg eines Krankenhauses und seine Abhängigkeit vom Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze lassen sich durch ein einfaches formales Modell zeigen, welches Variablen enthält, die das Verhalten der einweisenden Ärzte darstellen.⁶¹³ Eine sinnvolle Variation dieser Parameter lässt Rückschlüsse auf den Einfluss des Einweiserhaltens auf den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses zu und ermöglicht eine Deduktion verhaltensorientierter Richtlinien für ein Krankenhaus in Bezug auf die Krankenhaus-Einweiser-Beziehung. Mit Hilfe dieses formal relativ einfach gebauten Ansatzes lässt sich die Abhängigkeit des wirtschaftlichen Erfolges eines Krankenhauses von den Entscheidungen der Einweiser analysieren und die Existenz von Erfolgspotentialen für das Krankenhaus nachweisen. Die folgende Darstellung erfolgt in Anlehnung an das Modell von Alexander Mayer,⁶¹⁴ wobei die Pläne der rot-grünen Bundesregierung in Bezug auf eine Neugestaltung der stationären Vergütung (Implementierung diagnose-basierter Fallpauschalen) bereits Berücksichtigung finden.

Vor dem Hintergrund der erfolgsrelevanten Wirkungskette der Krankenhäuser (vgl. **Abb. 39**) lässt sich der Unternehmenserfolg eines Krankenhauses mittels des allgemeingültigen, wirtschaftlichen Erfolgsindikators „Gewinn“ messen.

Das Gewinn (G) eines Krankenhauses ist das Ergebnis aus der Differenz von Umsatz (U) und Kosten (K):

$$G = U - K.$$

Der Umsatz des Krankenhauses – gemessen in Euro – setzt sich in der Regel zusammen aus

- der Anzahl der einweisenden Ärzte (α),
- der Zahl der Einweisungen pro niedergelassenen Arzt (β),
- der Zahl der im Krankenhaus im Rahmen einer Behandlung erbrachten Leistungen je Patient (γ),
- der Art der Leistungsvergütung (σ).

und lässt sich vereinfacht als Funktion multiplikativer Verknüpfungen darstellen:

⁶¹² Vgl. Meyer, Blümelhuber (2001), S.376; Reichheld, Sasser (1991), S.108ff.

⁶¹³ Aus Gründen der Übersichtlichkeit und des besseren Verständnisses wird der Einfluss des Einweisers auf den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses ausschließlich anhand eines einzelnen niedergelassenen Arztes geschildert. Da es sich aber bei Praxisnetzen um einen Zusammenschluss mehrerer niedergelassener Ärzte handelt, können die Ausführungen und Erklärungen dieses Kapitels auch auf Praxisnetze übertragen werden.

⁶¹⁴ Vgl. Mayer (1996), S.63ff.

$$U = f(\alpha, \beta, \gamma, \sigma) = \alpha * \beta * \gamma * \tilde{\sigma}$$

Die Kosten eines Krankenhauses setzen sich zusammen aus

- der Anzahl der zu behandelnden Patienten (π),
- der Zahl der Leistungen je Patient (γ) sowie
- den Preisen je erbrachter Leistungen (κ).

Die monetären Größen „Personalkosten“, „Ausgaben für die nicht-medizinische Versorgung der Patienten (z.B. Verpflegungskosten)“ sowie die anfallenden Aufwendungen für Mieten und Pachten werden aus Gründen der Vereinfachung nicht explizit in der Kostenfunktion des Krankenhauses aufgeführt, sondern sie sind bereits implizit in den Preisen für die erbrachten Leistungen κ enthalten. Die vereinfachte Kostenfunktion eines Krankenhauses lautet somit:

$$K = f(\pi, \gamma, \kappa) = \pi * \gamma * \kappa.$$

Fasst man die beiden Funktionen subtraktiv zusammen, erhält man den Gewinn des Krankenhauses in Abhängigkeit der einzelnen Parameter der beiden Funktionen K und U

$$G = U - K = (\alpha * \beta * \gamma * \sigma) - (\pi * \gamma * \kappa) = G(\alpha, \beta, \gamma, \sigma, \pi, \kappa).$$

Ziel des Krankenhauses ist wie bei jedem marktwirtschaftlich agierendem Unternehmen die Maximierung seines Erfolges durch eine Optimierung seines Gewinns. Diese Annahme stellt sicher, dass sich der Erfolg eines Krankenhauses von selbst einstellt und die langfristige Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses in Verbindung mit einer kontinuierlichen Kapazitätsauslastung erhalten bleibt.

Im Rahmen der Analyse muss zwischen Größen differenziert werden, die einerseits vom Krankenhaus steuerbar sind und sich somit unter Berücksichtigung der situativen Rahmenbedingungen verändern lassen, andererseits exogen vorgegeben und damit von der einzelnen Klinik praktisch nicht beeinflussbar sind. Des weiteren muss unterschieden werden zwischen pauschal vergüteten Leistungen, zum Beispiel in Form von DRGs, und einer Leistungshonorierung auf der Basis von Einzelleistungen oder Pflorgetagen. Unabhängig von der Vergütungsform ist beiden Honorierungsformen der Zusammenhang gemeinsam, dass das ärztliche Honorar σ eine Funktion der Zahl der Leistungen je Patient ist:

$$\sigma(\gamma)$$

Im Rahmen der Einzelleistungsvergütung wird jede Leistung am Patienten einzelnen abgerechnet und vergütet. Ein allzu großzügiger Einsatz von nicht pauschal vergüteten Leistungen führt ohne Berücksichtigung der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Konsequenzen zu einem Anstieg des Vergütungsvolumens und somit zu Mehreinnahmen des Krankenhauses:

$$\delta\sigma/\delta\gamma > 0$$

Wegen der Gefahr von Imageschäden bei allzu großzügig erbrachten stationären Leistungen, die sich nachhaltig auf das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte auswirken und das Vertrauen der Patienten und Einweiser in die Zuverlässigkeit des Krankenhauses zerstören können, sowie aus ethischen Gründen ist allerdings von einer Maximierung der Einzelleistungen abzuraten.

Die deutschen Krankenhäuser erhalten den Intentionen des Fallpauschalengesetzes folgend zukünftig für die Behandlung ihrer Patienten einen diagnose-basierten Festbetrag zur Verfügung gestellt mit dem

Ziel, beim Einsatz von DRGs zu Vergütungszwecken eine leistungsgerechte Zuordnung von Erlösen auf die einzelnen Behandlungsfälle zu erreichen.⁶¹⁵ In einem System mit fallpauschalierten Entgelten sind kurze Verweildauern und möglichst viele Fälle je Bett für den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses von zentraler Bedeutung. Zu dem besonderen Merkmal einer auf diagnose-basierten Fallpauschalen (DRG) beruhenden Leistungsvergütung gehört, dass eine einzelfallbezogene Leistungsexpansion aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten nur selten oder gar nicht zu beobachten ist. Eine generelle Leistungsmaximierung ist nicht sinnvoll, da die Anwendung zusätzlicher beziehungsweise medizinisch nicht erforderlicher Leistungen vergütungstechnisch keine Berücksichtigung finden und für das Krankenhaus und seine Ärzte keine Einnahmesteigerungen zu erzielen sind. Somit gilt für die Krankenhausvergütung auf der Basis von Diagnosis Related Groups:

$$\delta\sigma/\delta\gamma = 0$$

Aus Gründen der Vereinfachung finden in der weiteren Analyse komplementäre Vergütungsregelungen wie zum Beispiel Strukturzuschläge zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen, die zu Einnahmenverbesserungen der Klinik führen können, keine Berücksichtigung.

Vergütungen in Form von Diagnosepauschalen sind geeignet, das Problem der Mengeninflation von Einzelleistungen zu lösen und den behandelnden Arzt zu motivieren, für die Behandlung des Patienten unter Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben zur Vermeidung einer Leistungsminimierung geeignete Diagnose- und Therapieschritte auszuwählen.⁶¹⁶ Das neue Entgeltssystem schafft deutliche Anreize zum Abbau unwirtschaftlicher Kapazitäten und zur Verbesserung der Prozesse. Das Festpreissystem mit seiner leistungsbezogenen Vergütung wird einen heilsamen marktwirtschaftlichen Zwang zur Qualitätssteigerung im stationären Sektor auslösen⁶¹⁷ und Krankenhausbehandlungen verstärkt mit Blick auf die Quantität der erbrachten Leistungen und die Qualität der Behandlungsergebnisse prüfen.⁶¹⁸

3.2.1. Abhängigkeit des ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses von endogenen und exogenen Größen

Zur Bestimmung des Einflusses der einzelnen Größen des Modells auf den Erfolg des Krankenhauses werden im Folgendem die einzelnen Parameter ceteris paribus variiert und die daraus resultierenden Veränderungen des Gewinns bewertet.

Um seinen Erfolg positiv zu beeinflussen, stehen jedem Krankenhaus grundsätzlich zwei Strategien zur Verfügung, die zwar in der folgenden Diskussion isoliert und unabhängig voneinander betrachtet werden, in der Praxis aber gemeinsam und integriert angewendet werden sollten. Als Reaktion auf die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen sollte jede stationäre Einrichtung versuchen, Umsatzverbesserungen herbeizuführen und gleichzeitig die Voraussetzungen zu schaffen, um Kosten einzusparen. Umsatzverbesserungen lassen sich erzielen, wenn es dem Krankenhaus gelingt, die Anzahl der

⁶¹⁵ Vgl. Lauterbach, Lungen (2000b), S.168.

⁶¹⁶ Vgl. Braun (1997c), S.4.

⁶¹⁷ Vgl. Lauterbach (2002b), S.461.

⁶¹⁸ Vgl. Buschner (2001), S.22.

Patienteneinweisungen durch eine Verbesserung des Verhältnisses zu den einweisenden Ärzten zu erhöhen und möglichst viele zufriedene Einweiser dauerhaft an sich zu binden. Eine Expansion der Leistungsmengen zur Erhöhung des Umsatzes ist aus bereits erwähnten Gründen abzulehnen. Ergänzend zu den Maßnahmen zur Umsatzsteigerung sollte jede stationäre Einrichtung auch eine Senkung der Kosten in Betracht ziehen und bereits frühzeitig Kostensenkungspotentiale innerhalb ihres Verantwortungsbereiches identifizieren. Zur Diskussion stehen nicht nur eine Reduzierung der Leistungen je Patient und eine Senkung der Patientenzahl im Krankenhaus, sondern auch eine Reduzierung der stationären Behandlungsausgaben durch eine Vermeidung von Doppeluntersuchungen und eine kostensenkende Verkürzung der stationären Verweildauer. Das Krankenhaus muss sich insbesondere vor dem Hintergrund der Neugestaltung der stationären Leistungsvergütung die Frage stellen, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aus Kostengründen aus dem stationären Leistungskatalog gestrichen werden können, ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität und der -attraktivität für Einweiser und Patienten befürchten zu müssen. Ein Mittel zur Kostenkontrolle und Kostensenkung im stationären Sektor sehen Experten in der Standardisierung von Behandlungsabläufen mit Hilfe von sogenannten klinischen Behandlungspfaden, die zum Ziel haben sollten, die Behandlungsprozesse im Krankenhaus zu optimieren und eine planlose Rationierung zu Lasten der Patienten zu vermeiden.⁶¹⁹ Die Optimierung der internen und der externen, organisationsübergreifenden Ablauforganisation bei der Behandlung von Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil der Einsparungsmaßnahmen von Krankenhäusern.⁶²⁰

3.2.2. Einfluss der Patientenzahl auf den ökonomischen Erfolg des Krankenhauses

Nicht jede Maßnahme, die Kosten senkt, ist auch geeignet, das langfristige Überleben des Krankenhauses zu sichern. Unabhängig von der Vergütungsform führt eine Reduzierung der Patientenzahl ($\delta\pi < 0$) zwar in Folge weniger zu erbringender Leistungen zu Kosteneinsparungen im Krankenhaus. Allerdings bedeutet dies auch einen Rückgang an abrechnungsfähigen Leistungen, eine Entwicklung, die Umsatzeinbußen für die stationäre Einrichtung nach sich ziehen kann. Wie sich jedoch Veränderungen des Umsatzes und der Kosten im Einzelnen auf die Gewinnsituation der Krankenhäuser auswirkt, lässt sich a priori nicht bestimmen. Je nachdem, ob der Effekt der Kostenreduzierung oder des Umsatzrückganges dominiert, sind bei einem Rückgang der Patientenzahlen verschiedene Gewinnreaktionen denkbar. Der Gewinn kann sinken (1), steigen (2) oder unverändert bleiben (3):

$$(1) \delta G/\delta\pi = \delta U/\delta\pi - \delta K/\delta\pi < 0, \text{ für } \delta K/\delta\pi > \delta U/\delta\pi$$

$$(2) \delta G/\delta\pi = \delta U/\delta\pi - \delta K/\delta\pi > 0, \text{ für } \delta K/\delta\pi < \delta U/\delta\pi$$

$$(3) \delta G/\delta\pi = \delta U/\delta\pi - \delta K/\delta\pi = 0, \text{ für } \delta K/\delta\pi = \delta U/\delta\pi$$

⁶¹⁹ Vgl. Roeder (2002), S.462.

⁶²⁰ Vgl. Braun (1997a), S.A 102.

3.2.3. Auswirkungen einer Leistungsrationierung auf den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses

Positiv kann sich auch die Reduzierung der Leistungen pro Patient ($\delta\gamma < 0$) auf die Kostensituation eines Krankenhauses auswirken, unabhängig von der Art der Leistungsvergütung.

Bei pauschal vergüteten Krankenhausaufenthalten würde jedoch eine Rationierung des Leistungsumfanges das Umsatzvolumen unverändert lassen. Die Kosten ließen sich senken und der Krankenhaus-erfolg würde zunehmen:

$$\delta G/\delta\gamma = (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) - \delta K/\delta\gamma > 0, \text{ für } \delta K/\delta\gamma > 0 \text{ und } \delta\sigma/\delta\gamma = 0.$$

Im stationären Bereich des deutschen Gesundheitswesens ist in den letzten Jahren eine Diskussion um mögliche Qualitätseinbußen als Folge des neuen, pauschalierenden Vergütungssystems entstanden. Um zu verhindern, dass Klinikärzte im Rahmen der neuen, diagnose-basierten Vergütungsregelungen eine Minimierung ihres Leistungsangebotes zu Lasten der Gesundheit der Patienten anstreben in der Absicht, auf diese Weise eine Maximierung des Krankenhausgewinns erreichen zu können, wird immer wieder gefordert, das klinikinterne und –externe Qualitätsmanagement Hand in Hand mit der Entwicklung der Pauschalen zu verstärken⁶²¹ und die Voraussetzungen für transparente und effiziente Abläufe im stationären Behandlungsgeschehen zu schaffen.⁶²² Einsparungspotential besteht im Rahmen nicht pauschal vergüteter Krankheitsbilder lediglich bei Leistungen, die aus medizinischer Sicht nicht gerechtfertigt und tatsächlich nicht gebraucht werden, wie z.B. die Durchführung überflüssiger, gewohnheitsbedingter Labor- oder Röntgenuntersuchungen.

Im Fall einer Einzelleistungsvergütung führt eine Reduzierung des Leistungsvolumens nicht nur auf der Kostenseite zu Einsparungen, sondern gleichzeitig auch zu einem Rückgang des Umsatzes im stationären Bereich, weshalb der Effekt auf den Gewinn a priori unbestimmt ist:

$$(1) \delta G/\delta\gamma = (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) - \delta K/\delta\gamma > 0, \text{ für } (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) < \delta K/\delta\gamma \text{ mit } \delta\sigma/\delta\gamma > 0$$

$$(2) \delta G/\delta\gamma = (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) - \delta K/\delta\gamma = 0, \text{ für } (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) = \delta K/\delta\gamma \text{ mit } \delta\sigma/\delta\gamma > 0$$

$$(3) \delta G/\delta\gamma = (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) - \delta K/\delta\gamma < 0, \text{ für } (\delta U/\delta\sigma)(\delta\sigma/\delta\gamma) > \delta K/\delta\gamma \text{ mit } \delta\sigma/\delta\gamma > 0$$

Weniger Leistungen bedeuten nicht zwangsläufig Gewinneinbußen für den stationären Sektor. Die von den Leistungskürzungen betroffenen Krankenhäuser und Abteilungen können zwar weniger Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen und haben deswegen einen Rückgang des Abrechnungsvolumens zu verzeichnen. Wie aber das Modell zeigt, lässt sich der Umsatzrückgang durch Einsparungen auf der Kostenseite zum Beispiel durch einen Kapazitätsabbau kompensieren. Je nachdem, welcher der beiden Effekte dominiert, können sich Leistungskürzungen positiv auf die Gewinnsituation des Krankenhauses auswirken (1), oder dazu führen, dass der Umsatzrückgang durch Kosteneinsparungen kompensiert (2) wird und sich keine Veränderungen des Gewinns beobachten lassen. Für den Fall, dass der Umsatzrückgang stärker ausfällt als die Kosteneinsparungen, sind auch Gewinneinbußen durchaus möglich (3).

⁶²¹ Vgl. Braun (1997c), S.4.

⁶²² Vgl. Braun, Egner, Schmutte (1997), S.42.

Der Erfolg eines einzelnen Krankenhauses ließe sich somit erhöhen, wenn der Umsatzrückgang in Folge eines geringeren Leistungsvolumens niedriger ausfällt als die Kostenreduzierung. Positiver Nebeneffekt einer kontrollierten Leistungsreduzierung in Verbindung mit einer Stabilisierung oder gar Reduzierung der Kosten ist die Sicherung der Stabilität der Krankenkassenbeiträge für die Versicherten. Rechnen die Krankenhäuser weniger Leistungen mit den Kassen ab, sinkt in Folge dessen das Finanzierungsvolumen der Krankenkassen. Die Einsparungen auf Kassenseite können wiederum in Form von Beitragssatzsenkungen an die Versicherten weitergegeben werden. Die Versicherungsnehmer kämen in den Genuss niedrigerer Prämienzahlungen.

Eine Senkung der Behandlungskosten ist auf Grund der Erwartungshaltung der Patienten und niedergelassenen Ärzte unabhängig vom Vergütungssystem für die Krankenhäuser nur schwer realisierbar. Um das Vertrauen zu den Nachfragern stationärer Leistungen nicht nachhaltig zu beeinträchtigen, scheinen Kosteneinsparungen nur möglich, wenn die Kliniken die Aufwendungen für Inputs zum Beispiel durch das Aushandeln günstiger Einkaufskonditionen (mit Beteiligung anderer Leistungserbringer) bei gleichzeitiger Sicherstellung des Krankenhausauftrages, nämlich der Heilung des Patienten, zu senken in der Lage sind.

3.2.4. Abhängigkeit des ökonomischen Erfolgs eines Krankenhauses vom Einweiserverhalten

In seiner Funktion als Berater bei der Entscheidung, welche Leistungen der Patient bei der Bewältigung einer Befindlichkeitsstörung wählen sollte, übernimmt der niedergelassene Arzt eine Schlüsselposition bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Der Patient kann grundsätzlich auf Grund fehlender Informationen die Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen nicht beurteilen und vertraut in der Regel den Empfehlungen seines behandelnden Arztes. Die entgegengebrachten Wertschätzungen der niedergelassenen Ärzte gegenüber einem Krankenhaus übertragen sich auf deren Patienten. Es liegt im Ermessen des jeweiligen Arztes, im Bedarfsfall Empfehlungen für ein bestimmtes Krankenhaus auszusprechen und den Patienten dort einzuweisen. Auf Grund der Tatsache, dass der niedergelassene Arzt seine Patienten zur ambulanten und stationären (Weiter-)Behandlung einweist und so dem Krankenhaus Fälle liefert, trägt er indirekt einen nicht zu vernachlässigenden Anteil zur Finanzierung der Klinik bei. Die Einweiser haben somit einen entscheidenden Einfluss auf die am Patienten zu erbringenden Krankenhausleistungen⁶²³ und determinieren durch ihr Verhalten den Erfolg eines Krankenhauses. Jedes Krankenhaus sollte bemüht sein, die Einweiser davon zu überzeugen, dass die eigene Klinik am besten für die Einweisung und die stationäre Behandlung der Patienten geeignet ist.⁶²⁴ Aus diesem Grund und um sich langfristig im Wettbewerb der Kliniken erfolgreich zu positionieren und Rückgänge bei den Patienteneinweisungen zu kompensieren beziehungsweise zu vermeiden, ist es für jedes Krankenhaus ratsam, kontinuierlich die Qualität und Dauerhaftigkeit seiner Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten zu überprüfen und klinikindividuell die Rahmenbedingungen für ein ausgewogenes Einweiserportfolio zu schaffen (vgl. **Abb. 42**).

⁶²³ Vgl. Bonnem (1979), S.92.

⁶²⁴ Vgl. Persily (1984), S.114f.

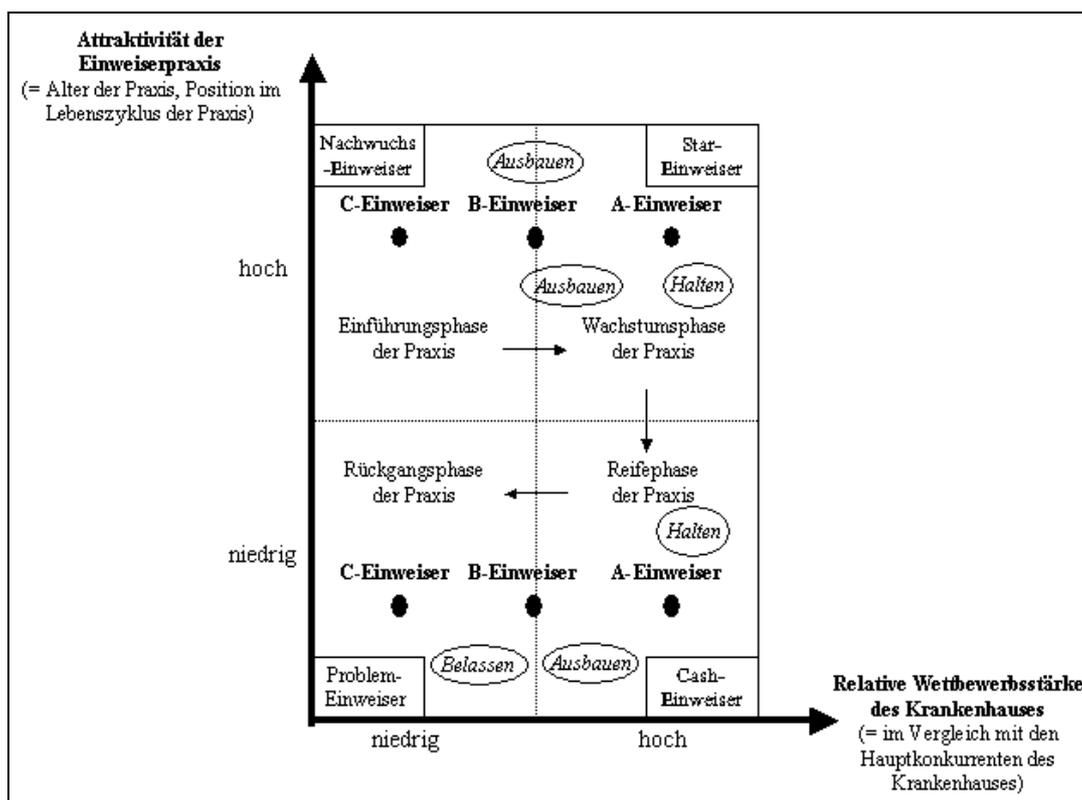


Abbildung 42: Einweiserportfolio aus der Perspektive des Krankenhauses⁶²⁵

Mit Hilfe des so genannten „Key-Account-Managements“ sind nicht nur die niedergelassene Ärzte, die für den gegenwärtigen oder zukünftigen Erfolg des Krankenhauses besonders bedeutsame Schlüsselkunden darstellen,⁶²⁶ als so genannte A- und B-Einweiser zu identifizieren, sondern auch gleichzeitig die potentiellen Gründe für ihre Zurückhaltung im Einweisungsverhalten zu ermitteln. Ursächlich für zu geringe Einweisungszahlen können sein:⁶²⁷

- Die räumliche Entfernung führt nur vereinzelt zu einer Einweisung durch den betreffenden Arzt.
- Der niedergelassene Arzt hat kaum Patienten, deren Krankheitsbild eine stationäre Behandlung rechtfertigen würde.
- Das stationäre Leistungsspektrum entspricht nicht den Erwartungen der potentiellen Einweiser.
- Der niedergelassene Arzt hat schlechte Erfahrungen mit dem Krankenhaus gemacht.
- Bei dem potentiellen Einweiser handelt es sich um einen neu niedergelassenen Arzt, der sich in der Suchphase befindet und noch keine Entscheidung getroffen hat, welches Krankenhaus in seiner Umgebung er zu seinem Stammhaus machen will.

⁶²⁵ Vgl. Braun, (1997b), S.403.

⁶²⁶ Vgl. Diller (1995), S.1365.

⁶²⁷ Vgl. Braun (1997b), S.402.

- Der niedergelassene Arzt besitzt keine, unzureichende oder sogar falsche Informationen über das Krankenhaus, so dass er in seiner Funktion als Meinungsbildner seine Patienten in andere Kliniken einweist (zum Beispiel C-Einweiser).
- Die Patienten der betreffenden niedergelassenen Ärzte haben eindeutige Präferenzen für andere Krankenhäuser.

Startet ein Krankenhaus vor dem Hintergrund zu geringer Einweisungszahlen und einer zu geringen Kapazitätsauslastung eine Marketingoffensive, mit dem Ziel, neue Einweiser zu akquirieren, kann das Plus an zusätzlichen Einweisern ceteris paribus sowohl in einem Vergütungssystem mit Fallpauschalen als auch bei Einzelleistungsvergütungen zu Umsatz- und Gewinnsteigerungen für die stationäre Einrichtung führen:

$$\delta U/\delta \alpha > 0, \text{ mit } \delta K/\delta \alpha = 0 \text{ und } \delta G/\delta \alpha > 0$$

Bei der Innenfinanzierung resultieren die Zahlungsmittel eines Krankenhauses in erster Linie aus der Verwertung der von ihm erstellten Leistungen am Markt. Basierend auf einem Vergütungssystem, das eine Leistungshonorierung in Form von Fallpauschalen vorsieht, kommt aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Sicherstellung eines konstant hohen Auslastungsgrades des Krankenhauses eine existentielle Bedeutung zu. Sind die Kapazitäten bzw. Betten einer Klinik ausreichend mit Patienten ausgelastet, kann das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen genügend Abrechnungsansprüche zur Finanzierung seiner Leistungen geltend machen. Je erfolgreicher vor diesem Hintergrund die Akquisition neuer Einweiser verläuft, um so mehr neue Behandlungsfälle lassen sich mit den Kostenträgern des Gesundheitswesens abrechnen. Die Einnahmen des Krankenhauses gelten als gesichert.

Da die Kostenfunktion des Krankenhauses per definitionem unabhängig von der Anzahl der einweisenden Ärzte ist, bleibt die Höhe der anfallenden Kosten von den Veränderungen der Einweiserzahl unberührt: ($\delta K/\delta \alpha = 0$). Wie die Analyse des Modells zeigt, ist die Bedeutung niedergelassener Ärzte von solch ökonomischer Wichtigkeit, dass es sich kein Krankenhaus leisten kann, auf eine Beziehungspflege zu dieser Gruppe zu verzichten. Die Neukundenakquisition gehört somit zu den Handlungsalternativen des Krankenhauses, um dauerhaft seine Gewinnsituation zu verbessern.

3.3. *Abhängigkeit des Einweiserhaltens vom Krankenhausimage*

Images sind stabile Systeme, die sich nur langfristig aufbauen und verändern lassen. Für den Konsumenten werden dadurch Unsicherheit und Komplexität reduziert, so dass sie an einem einmal aufgebauten Vorstellungsbild solange festhalten, bis starke Veränderungen der Realität sie zum Umdenken zwingen.⁶²⁸ Images können nicht direkt als Ganzes kommuniziert werden, sondern werden vom Einzelnen als kumulativer Effekt aus vielen singulären Botschaften entwickelt.⁶²⁹

Obwohl ein positives Image sich nicht zwangsläufig auf das Verhalten der Konsumenten auswirkt oder eine Inanspruchnahme einer Dienstleistung zur Folge hat, belegen jedoch empirisch durchgeführte Imagestudien eine hohe Korrelation zwischen Image und Verhalten.⁶³⁰ Images sind ein vor allem in

⁶²⁸ Tscheulin, Häberlein (1997), S.482.

⁶²⁹ Tscheulin, Häberlein (1997), S.482.

⁶³⁰ Vgl. Johannsen (1971), S.124.

gesättigten Märkten ein wichtiger Faktor für das Entscheidungsverhalten der Konsumenten, wo funktional und technologisch weitestgehend homogene Dienstleistungen angeboten werden.⁶³¹ Das bedeutet, dass das Image dann die Grundlage für eine subjektive Unterscheidung und Präferenzbildung ist, wenn die tatsächlichen Unterschiede der verschiedenen Angebote durch den Kunden beziehungsweise durch den dazwischengeschalteten Arzt nicht vollständig erfasst werden können.⁶³²

Das Image eines Krankenhauses bei den niedergelassenen Ärzten übt somit einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Entscheidung des Einweisers zu Gunsten einer stationären Einrichtung aus. Das Ansehen eines Krankenhauses bestimmt das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte und spiegelt die subjektiven Ansichten und Vorstellungen wider,⁶³³ welche die Ärzte im ambulanten Sektor von einzelnen Kliniken haben. Da die niedergelassenen Ärzte als Meinungsbildner für die Patienten fungieren,⁶³⁴ hängt es von ihrer Beurteilung ab, ob sie Empfehlungen für ein bestimmtes Krankenhaus unaufgefordert aussprechen oder ob sie dem Patienten auf dessen Anfrage hin eine Klinik vorschlagen, die ihres Erachtens dem erforderlichen Qualitätsniveau entspricht.⁶³⁵ Empirische Untersuchungen zeigen, dass im Dienstleistungsbereich vom Leistungsanbieter unabhängige Informationen, die Meinungsführer wie zum Beispiel niedergelassene Ärzte übermitteln, bevorzugt von deren Kunden antizipiert werden und einen größeren Einfluss auf ihre Auswahlentscheidung ausüben als Informationen, die direkt an den Kunden (Patienten) weitergereicht werden.⁶³⁶ Die Wertschätzung, die niedergelassene Ärzte gegenüber einem Krankenhaus zum Ausdruck bringen, überträgt sich somit auf die Patienten und wirkt sich letztendlich sehr stark auf den Auslastungsgrad der bettenführenden Abteilungen aus.⁶³⁷ Ein Krankenhaus sollte deswegen seine erfolgsrelevanten Zielgruppen wie Patienten und niedergelassene Ärzte mit vollständigen und wahrheitsgetreuen Informationen von der Leistungsfähigkeit der eigenen Klinik überzeugen und über zusätzliche, kostensparende Leistungsangebote wie etwa Präventionsleistungen informieren.⁶³⁸ Das Ziel eines Krankenhauses sollte sein, sich bewusst, geplant und andauernd um das Verhältnis und Vertrauen bei den Patienten⁶³⁹, den niedergelassenen Ärzten sowie der Gesamtbevölkerung des Einzugsgebietes bemühen.

Das Image eines Krankenhauses unter den niedergelassenen Ärzten ist in den Funktionen für den Umsatz und die Kosten implizit enthalten und muss deswegen nicht gesondert im Rahmen der Erfolgsrechnung des Krankenhauses modelliert werden. Der Imagefaktor des Krankenhauses ist Teil der Ein-

⁶³¹ Vgl. Trommsdorff (1992), S.323; Johannsen (1971), S.87f.

⁶³² Vgl. Tscheulin, Häberlein (1997), S.482.

⁶³³ Vgl. Kroeber-Riel, Weinberg (1996), S.196.

⁶³⁴ Vgl. Gerhard Riegl (1989), S.23.

⁶³⁵ Vgl. Braun, Schmutte, Spindler, Strosche (1996), S.75.

⁶³⁶ Vgl. Braun, Schmutte (1995), S.48.

⁶³⁷ Vgl. Braun (1994), S.618.

⁶³⁸ Vgl. Braun, Schmutte (1998), S.24. Informationstechnologische Entwicklungen der letzten Jahre wie Internet oder Datenbanken eröffnen den Patienten kostengünstige Wege zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen und tragen dazu bei, das Informationsungleichgewicht zwischen Leistungsanbietern und Patienten abzubauen. Patientenorientierte Informationen und Kommunikationsformen gewinnen zusehends an Bedeutung. (Vgl. hierzu: Bürger (2003a und 2003b)).

⁶³⁹ „Krankenhäuser lösen bei manchen Menschen angstbesetzte, stresserzeugende Assoziationen aus.“ (Duesing, Winter (1997), S.39).

flussgröße „Leistungen pro Patient“ (γ). Die Zahl der Leistungen am Patienten ist von den Krankenhäusern beeinflussbar und von den Krankenhausärzten selbst zu regeln.

In Abhängigkeit vom Vergütungssystem kann die Leistungsfreiheit der Krankenhäuser zu einer Über- bzw. Unterversorgung der Patienten führen. Für den Leistungsanbieter besteht grundsätzlich der Anreiz, mit möglichst geringem Aufwand zu behandeln, was insbesondere bei hochvergüteten Diagnosen lohnenswert ist.⁶⁴⁰ Neben potentiellen Qualitätseinbußen als Folge einer Minimierung des Leistungsvolumens werden häufig die Gefahren in der Patientenselektion unter einer DRG-basierten Vergütung gesehen,⁶⁴¹ eine Strategie, die sich ebenfalls negativ auf das Image einer stationären Einrichtung auswirken und zu Veränderungen im Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte führen kann. Die Gefahr einer selektiven Auswahl durch die Leistungserbringer ist insbesondere dann immanent, wenn Krankheitsfälle, bei denen eine zu teurere Behandlung vorauszusehen ist, zu niedrig vergütet würden.⁶⁴² Kann ein Krankenhaus eine Lenkung seiner stationären Aufnahmen vornehmen, wird es tendenziell einige DRG-Bereiche stärker bevorzugen und andere vermeiden.⁶⁴³ Die Leistungserbringer nehmen in dieser Situation aus finanziellen Gründen eine selektive Auswahl ihrer Patienten vor und versuchen, aus Wirtschaftlichkeitsgründen auf die Behandlung von Patienten mit wirtschaftlich unattraktiven Krankheitsverläufen zu verzichten. Antizipieren die einweisenden Ärzte oder sogar die Patienten dieses Verhalten eines Krankenhauses, drohen der betreffenden Klinik Imageverluste, die sich ebenfalls negativ auf das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte auswirken und zu Einbußen in der stationären Verweildauer und bei den Fallzahlen führen können.

Anders ist die Situation bei einer auf Einzelleistungen beruhenden Leistungshonorierung. Krankenhäuser, die ihre Leistungen am Versicherten einzeln abrechnen, können durch gezielte Mehrleistungen am Patienten den Behandlungsumfang ausdehnen und damit die Behandlungskosten zu Lasten der Kostenträger und Beitragszahler in die Höhe treiben. Sie haben keinen monetären Anreiz, medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen wie zusätzliche Labor- bzw. Röntgenuntersuchung zu vermeiden oder die stationäre Verweildauer zu verkürzen, indem sie ihre Patienten bereits wenige Tage nach einem operativen Eingriff wieder in die Obhut von niedergelassenen Ärzten entlassen. Jede erbrachte Leistung ist mit einer Zahlung verbunden und garantiert dem Krankenhaus Einnahmen. Das Mehr an medizinisch nicht induzierten und somit nicht notwendigen Leistungen führt zu einer Überversorgung der Patienten und zu Finanzierungsengpässen im Gesundheitswesen. Werden die Absichten einer Klinik und seiner Ärzte antizipiert, nämlich ökonomische Erfolgspotentiale auf Kosten der Patienten zu realisieren, riskiert das Krankenhaus Imageverluste unter den niedergelassenen Ärzten der Umgebung. Das Krankenhaus muss in diesem Fall mit negativen Konsequenzen für seine Wettbewerbssituation und seine Kapazitätsauslastung rechnen. Einer medizinisch nicht gerechtfertigten Über- bzw. Unterversorgung der Patienten durch eine stationäre Einrichtung können die einweisenden Ärzte mit negativen Verhaltensabsichten bestrafen, oder mit Abwanderungsbewegungen begegnen, indem sie in Zukunft weniger Patienten einweisen oder völlig auf die Inanspruchnahme klinischer Leistungen verzich-

⁶⁴⁰ Vgl. Lauterbach (2000), S.522.

⁶⁴¹ Vgl. Lauterbach, Lungen (2000b), S.173.

⁶⁴² Vgl. Lauterbach, Lungen (2000b), S.173.

⁶⁴³ Vgl. Lungen, Lauterbach (2002), S.94.

ten. Auf diese Weise haben es die Einweiser selbst in der Hand, einen Rückgang der Kapazitätsauslastung zu forcieren und das Krankenhaus für sein imageschädigendes Verhalten mit Umsatzeinbußen zu bestrafen.

Andreasen hatte in einer Studie herausgefunden, dass unzufriedene Kunden in der Regel nicht durch einen aktiven Widerspruch auf die Diskrepanz zwischen der wahrgenommenen Leistung und dem Vergleichsstandard reagieren und versuchen, durch Beschwerde ihre Unzufriedenheit zu beseitigen.

Die enttäuschten Kunden entscheiden sich vielmehr für die passive Alternative und bestrafen den Leistungsanbieter, in diesem Fall das Krankenhaus, mit Abwanderung.⁶⁴⁴

3.4. Zusammenfassung

Einweiser sind eine wichtige erfolgsrelevante Zielgruppe, deren Interessen und Erwartungen bei der Gestaltung des Krankenhausmarketing unter keinen Umständen vernachlässigt werden sollten. Durch ihr (Einweise-)Verhalten üben die niedergelassenen Ärzte einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf den wirtschaftlichen Erfolg des Dienstleisters „Krankenhaus“ aus. Bemüht sich der stationäre Bereich nicht in ausreichendem Maße darum, durch gezielte Maßnahmen die Anzahl und die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte zu erhöhen und diese von der Vorteilhaftigkeit einer koordinierten, sektorübergreifenden Zusammenarbeit zu überzeugen, können die niedergelassenen Ärzte das Ignorieren ihrer Interessen durch die Nichtberücksichtigung des Krankenhauses bei ihren Einweisungsentscheidungen bestrafen. Die Zukunftsplanung des Krankenhauses ist von Unsicherheit geprägt, es kann sich nicht mehr auf die einweisenden Ärzte als Partner verlassen. Um dieser Unsicherheit zu begegnen, ist eine informative und gut gestaltete Kommunikationspolitik seitens des Krankenhauses eine wesentliche, wenn nicht sogar die wichtigste Voraussetzung für die optimale Beziehung zwischen den einweisenden Ärzten einer Region und der stationären Einrichtung.

In einer Untersuchung, die das Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens an der Universität der Bundeswehr in München (IBG) durchgeführt hat, wurde gezeigt, dass niedergelassene Ärzte nicht nur sehr stark über medizinische Bereiche des Krankenhauses, sondern auch über die neuen Formen des ambulanten Operieren, der poststationären Behandlung und einiges mehr informiert werden möchten⁶⁴⁵ und die Einweisungsentscheidung der Ärzte maßgeblich durch die Wahrnehmung der einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser beeinflusst wird (vgl. **Abb. 43**).⁶⁴⁶

Orientieren sich die Krankenhäuser bei der Gestaltung ihrer Marketingaktivitäten an der erfolgsrelevanten Wirkungskette des Krankenhauses, können wesentliche Erfolgspotentiale des Krankenhauses ermittelt und ihre Wirkung auf dem Unternehmenserfolg analysiert werden. Wenn es dem Krankenhaus gelingt, die Einweiser davon zu überzeugen, dass das eigene Krankenhaus am besten für die Einweisung und die stationäre Weiterbehandlung ihrer Patienten geeignet ist, steht einer erfolgreichen

⁶⁴⁴ Vgl. Andreasen (1985), S.140.

⁶⁴⁵ Vgl. Braun (1994), S.621.

⁶⁴⁶ Vgl. Braun, Schmutte (1998), S.27.

Zusammenarbeit nichts mehr im Wege. Die niedergelassenen Ärzte determinieren infolgedessen die Position und den Erfolg einer Klinik im Markt für Krankenhausleistungen.⁶⁴⁷

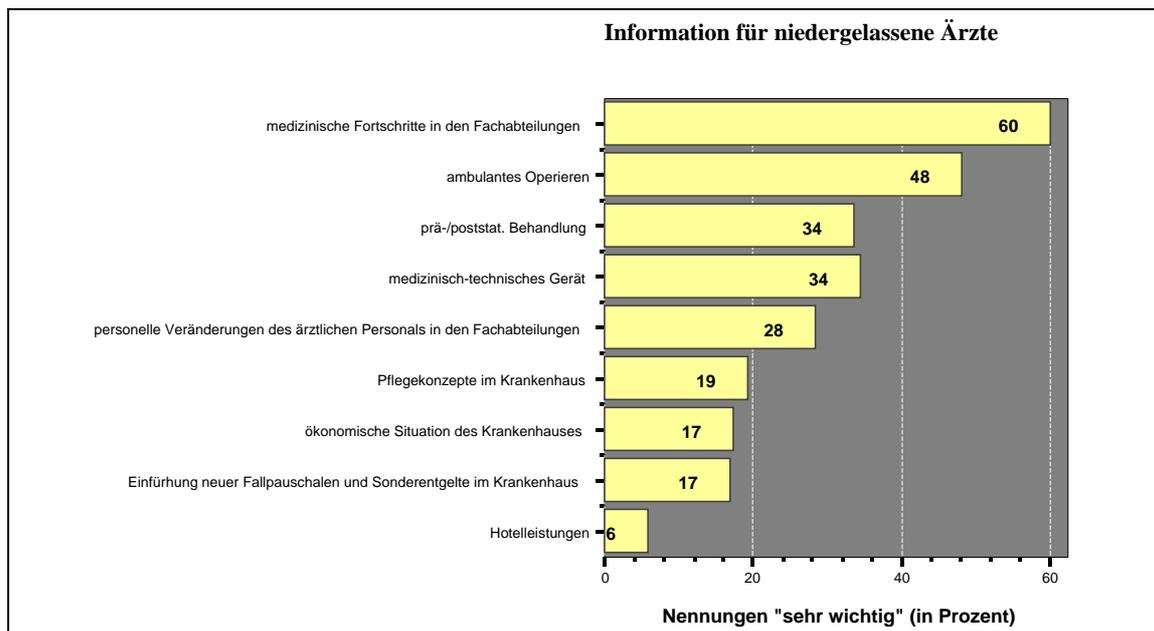


Abbildung 43: Informationen aus dem Krankenhaus für niedergelassene Ärzte⁶⁴⁸

Vor diesem Hintergrund gewinnt in der Praxis das Konstrukt „Kundenbindung“ (KB) immer mehr an Bedeutung und stellt für immer mehr Unternehmen ein wichtiges Marketingziel dar.⁶⁴⁹ In Zeiten stagnierender Märkte und zunehmender Marktsättigung und vor dem Hintergrund der sich stetig verändernden Rahmenbedingungen⁶⁵⁰ wird der Wettbewerb um neue Kunden immer härter. Deswegen sind die Unternehmen in allen Bereichen der Volkswirtschaft einschließlich des Gesundheitswesens gefordert, sich den stetig wechselnden Herausforderungen des Marktes zu stellen und strategisch neue Wege einzuschlagen, um ihr wirtschaftliches Überleben langfristig zu sichern. Da die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens (und somit auch eines Krankenhauses) wesentlich dadurch mitbestimmt wird, Kunden (Einweiser) zu binden,⁶⁵¹ muss das Ziel „Kundenbindung“ neben der Neukundenakquisition zum Mittelpunkt der Marketingausrichtung werden.⁶⁵² Was bietet sich in dieser Situation mehr an, als sich auf die zwei fundamentalen Optionen des Marketing⁶⁵³ zu konzentrieren und nicht nur durch eine zielgerichtete Kundenpolitik neue Kunden hinzu zu gewinnen und den bestehenden Kundenstamm zu erweitern, sondern sich auch auf die bestehenden Kundenbeziehungen zu konzentrieren und ihr Poten-

⁶⁴⁷ Vgl. Mayer (1996), S.67; Simon (1981), S.59.

⁶⁴⁸ Vgl. Braun (1994), S.621.

⁶⁴⁹ Vgl. Diller (1996), S.81.

⁶⁵⁰ Beispiele für die veränderten Rahmenbedingungen sind die Implementierung eines vollständig pauschalierenden Entgeltsystems für den stationären Sektor, die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen sowie die Integrierte Versorgung als Alternative zur Regelversorgung.

⁶⁵¹ Vgl. Matzler, Hinterhuber, Handlbauer (1997b), S.737.

⁶⁵² Vgl. Vernohr (1996), S.365.

⁶⁵³ Vgl. Bliemel, Eggert (1998), S.37; Kotler, Bliemel (1995), S.74ff.

tial besser und langfristig auszuschöpfen.⁶⁵⁴ Die Bindung von Kunden an ein Unternehmen verspricht außer mehr Sicherheit in der Planung sowie mehr Wachstum auch einen höheren Gewinn und Rentabilität und stellt somit eine Handlungsalternative für alle Unternehmen dar, deren Überleben am Markt nicht nur von einer mühsamen, sondern auch von einer sehr kostenintensiven Akquisition neuer Kunden abhängen würde. Deswegen wird es in Zukunft zu den Aufgaben der Krankenhäuser gehören, durch den Aufbau eines systematischen Beziehungsmarketings⁶⁵⁵ und durch intersektorale Kooperationen für mehr Kundenzufriedenheit und damit auch für mehr Kundenbindung zu sorgen.⁶⁵⁶

⁶⁵⁴ Vgl. Peter (1998), S.74.

⁶⁵⁵ Vgl. Hentschel (1991), S.25ff.

⁶⁵⁶ Vgl. Diller (1995), S.1363.

VII. Gesetzliche Regelungen für marktgerichtete Kooperationen im deutschen Gesundheitswesen

In den letzten Jahren wurden in Deutschland zahlreiche Gesetzesinitiativen verabschiedet, deren Ziel es war, eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung für die Patienten zu ermöglichen. Zu diesen Regelungen gehören:

- Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V)
- Strukturverträge (§ 73 a SGB V)
- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)
- Ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V)
- Belegarztwesen (§ 121 SGB V)
- Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V)
- Integrierte Versorgung (§§ 140 a-d SGB V).

Allen Maßnahmen gemeinsam ist das Ziel, bestehende Versorgungsstrukturen aufzubrechen und die Segmentierung von ambulanten und stationären Behandlungen zu überwinden. Der Gesetzgeber verfolgt die Absicht, bestehende Strukturprobleme im deutschen Gesundheitssystem anzugehen und zu lösen. Dazu gehören neben fehlenden Kooperationen zwischen den Leistungsanbietern und der sektoralen Trennung in ambulante und stationäre Behandlungsbereiche auch die Mengenausweitung hinsichtlich der verordneten Leistungen und Fragen der Qualitätssicherung in zahlreichen Leistungsbereichen.⁶⁵⁷ Dabei hat jede Modellvorschrift die Aufgabe, „Entwicklungen zu ermöglichen, d.h. Innovationspotentiale und Kreativität zur Fortentwicklung des Systems anzustoßen“.⁶⁵⁸ Es sollen Versorgungskonzepte entstehen, die sektorenübergreifend ausgerichtet sind⁶⁵⁹ und dazu beitragen, eine unkoordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu vermeiden.

1. „Integrierte Versorgung“ (§§ 140 a-d SGB V)

In der Absicht, eine stärker patientenorientierte Behandlung zu erreichen und effizientere Versorgungsstrukturen aufzubauen, ermöglicht der Gesetzgeber zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems Integrierte Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern sowie dem ambulanten und stationären Bereich.⁶⁶⁰ Mit Inkrafttreten der Regelungen zur Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber eine auf verschiedene Leistungssektoren übergreifende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgungs- und Finanzierungs-

⁶⁵⁷ Vgl. Schönbach (1998), S.195.

⁶⁵⁸ Vgl. Orłowski (1997), S.110.

⁶⁵⁹ Vgl. Strehlau-Schwoll, Schmolling (1999), S.563.

⁶⁶⁰ Vgl. Güssow, Hildebrandt (2004), S.2.

form innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) definiert.⁶⁶¹ Durch eine gezielte Abstimmung in medizinischen und ökonomischen Bereichen der Leistungserbringung sollen neben Qualitäts- und Kostenvorteilen zugunsten der Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer auch eine Erweiterung des Gestaltungsspielraums der Beteiligten sowie eine Stärkung des Wettbewerbs erzielt werden.⁶⁶² Unter „Integration“⁶⁶³ ist eine vertraglich fixierte Verzahnung verschiedener Leistungsbe- reiche, zum Beispiel zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungsanbietern oder zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, im Gesundheitswesen zu verstehen. Sie soll dazu dienen, die gemeinsame Leistungserbringung unter Einbeziehung verschiedener Sektoren zu fördern, und in der Lage sein, bestehende Barrieren zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen zu überwinden.⁶⁶⁴

Die Integrationsversorgung kann sich auf Teilbereiche, wie zum Beispiel die Verknüpfung von stationärer Versorgung und Rehabilitation, und/oder einzelne Krankheitsbilder, wie die Versorgung onkologischer Patienten, beschränken (Ausschließlichkeit der Integrierten Versorgung).⁶⁶⁵ Im Idealfall organisiert sie für multimorbide Patienten einen die gesamte Versorgungskette umfassenden alternativen Versorgungsablauf,⁶⁶⁶ der von der Prävention über die Kuration und Rehabilitation bis hin zur Pflege reicht. Die Integration von Leistungen über Sektorengrenzen hinweg soll dazu beitragen, umfassend koordinierte und kontinuierliche Informations- und Behandlungsprozesse über die unterschiedlichen Leistungserbringer der verschiedenen Sektoren hinweg zu schaffen.⁶⁶⁷ Die Beteiligung des Krankenhauses reicht dabei von der Durchführung „traditioneller“ Aufgaben wie der Anwendung stationärer Behandlungsmethoden bis hin zur Übernahme hochspezialisierter, ambulanter Leistungen. Das Krankenhaus soll sich zukünftig nicht mehr nur um die vollstationäre Versorgung der Versicherten kümmern, sondern auch vermehrt Aufgaben aus dem vertragsärztlichen Bereich übernehmen.⁶⁶⁸

Durch sektorenübergreifende Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern soll der Prozess der Gesamtversorgung am Patienten im Rahmen eines Netzwerkes optimiert werden.⁶⁶⁹ Der Erfolg eines Integrationsmodells ist abhängig von der Qualität der Medizin und Pflege, dem verbesserten Service für die Versicherten, der internen Fallsteuerung sowie dem Einsparungspotential gegenüber der herkömmlichen Regelversorgung. Dafür erhalten die Integrationspartner neben

⁶⁶¹ §§ 140 a-d der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S.2477, Artikel 1), in der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl I S.1791) [im Folgendem zitiert: § 140 SGB V (n.F.) (neue Fassung)]. Krankenkassen können Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung abschließen (Vgl. § 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V (n.F.)).

⁶⁶² Vgl. Windthorst (2002), S.42f.

⁶⁶³ Unter einer Integration ist die Wiederherstellung eines Ganzen, einer Einheit, durch die Einbeziehung außenstehender Elemente zu verstehen (Vgl. Meyers Enzyklopädisches Lexikon (1974), S.637).

⁶⁶⁴ Vgl. Conrad (2001), S.1.

⁶⁶⁵ Vgl. Henke, Schulenburg (1998), S.A 528; 140 c Abs. 2 SGB V (n.F.).

⁶⁶⁶ Vgl. Hildebrandt, Hesselmann, Martini, Rippmann, Seipel (2000), S.26.

⁶⁶⁷ Vgl. Güssow, Hildebrandt (2004), S.3.

⁶⁶⁸ Siehe auch Kapitel VII.5.

⁶⁶⁹ Vgl. Braun (2004), S.32.

der Budgetverantwortung weit reichende Gestaltungsspielräume zur Patientensteuerung außerhalb der starren Strukturen der Regelversorgung.⁶⁷⁰ Zu den Zielen der Integrationsversorgung gehören

- die Auflösung der starren Aufgabenverteilung zwischen ambulanter Versorgung durch Vertragsärzte und stationärer Leistungserbringung durch die Krankenhäuser,
- die Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine Sicherstellung der ganzheitlichen Versorgung der Patienten
- der Rückgang der Ausgaben der Krankenkassen durch eine Senkung der Behandlungskosten (zum Beispiel durch eine Steigerung der Versorgungseffizienz aufgrund der Realisierung von Substitutionspotentialen, wie der Orientierung am Grundsatz „ambulant vor stationär“⁶⁷¹),
- die Erhöhung der Informationstransparenz für die Versicherten.⁶⁷²

MERKMALE	INTEGRIERTE VERSORGUNG <i>(basierend auf § 140ff. SGB V)</i>	MANAGED CARE <i>(basierend auf den Typen der Managed Care-Versorgung in den USA: HMO, PPO)</i>	HERKÖMMLICHE VERSORGUNG <i>(gemäß SGB V)</i>
Charakteristikum	▪ Primär: Sektorenübergreifende Versorgung	▪ Primär: Zusammenführung von Leistungserbringungs- und Finanzierungsfunktion	▪ Sektorierte, fragmentierte Gesundheitsversorgung ▪ Trennung von Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung
Orientierung im Versorgungsprozess	▪ an Gesundheitszielen (Versorgungsbedarf/Patientenbedürfnissen)	▪ an umfassender Prävention, Gesunderhaltung, Compliance	▪ überwiegend an Kuration
Medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente	▪ Case-Management ▪ Disease-Management ▪ netzangepasste Leitlinien ▪ netzeigene Behandlungsempfehlungen ▪ Qualitätsmanagement ▪ netzeigene Behandlungsempfehlungen ▪ eingeschränkter Zugang zu teilnehmenden Leistungserbringern	▪ Standardisierung der Versorgung über Guidelines ▪ Leistungs- und Kostencontrolling ▪ Positivlisten ▪ Geregelter Facharztzugang - Primärarztssystem	▪ weitgehende Therapiefreiheit ▪ Richtlinien als Vertragsbestandteile nach SGB V ▪ Quartalsbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung ▪ Stichprobenprüfung ▪ freie Arztwahl
Patientenorientierung	▪ Zunehmend vorhanden durch Prozessorientierung am Versorgungsbedarf	▪ vorhanden	▪ kaum vorhanden
Selektive Kontrahierung	▪ Explizit vorgesehen mit ausgewählten Leistungserbringerguppen nach definierten Kriterien	▪ vorhanden	▪ nicht vorgesehen

Abbildung 44: Hauptmerkmale der Versorgungssysteme⁶⁷³

Betriebswirtschaftlich gesprochen besteht das spezifisch Neue der Integrierten Versorgung in einer veränderten Auswahl und Kombination der eingesetzten Produktionsfaktoren, im Wesentlichen in

⁶⁷⁰ Vgl. Güssow, Hildebrandt (2004), S.3.

⁶⁷¹ Vgl. Henke, Schulenburg (1998), S.A 526.

⁶⁷² Zu den Zielen der Integrationsversorgung: Orłowski (2000), S.191; Hartwig (2000), S.27.

⁶⁷³ Vgl. ivReport (ohne Datum).

einer neuen Kombination bekannter Faktoren, zum Teil aber auch neuer Komponenten, insbesondere im Bereich der Informationstechnologien und des Fallmanagements.⁶⁷⁴

Abb. 44 gibt einen vergleichenden Überblick über die Hauptmerkmale der Versorgungsformen „Integrierte Versorgung“, „Managed Care“ und „Regel-Versorgung“. Die Übersicht berücksichtigt die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens.

1.1. Integrationsvertrag

Die Integrierte Versorgung wurde auf Initiative des Gesetzgebers durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 in Form der §§ 140 a-h SGB V in das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.⁶⁷⁵ Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004⁶⁷⁶ wurden als Reaktion auf die mangelhafte Operationalisierbarkeit des ursprünglichen Gesetzestextes⁶⁷⁷ die bestehenden Paragraphen durch die §§ 140 a-d SGB V ersetzt.⁶⁷⁸

Für das Zustandekommen einer Integrationsversorgung und ihren Erfolg ist die vertragliche Gestaltung der Beziehung zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern der GKV ausschlaggebend.⁶⁷⁹ Auf der Basis von Einzelverträgen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen ist die Mitwirkung der Leistungsanbieter und Krankenkassen an der Integrationsversorgung zu gestalten. Das Gesetz eröffnet den Kostenträgern des deutschen Versorgungssystems, bei Bevollmächtigung vertreten durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgabe der Zulassung der Vertragschließenden zur ambulanten und stationären Versorgung Integrationsverträge mit ambulanten Leistungsanbietern beziehungsweise Gruppen von Leistungsanbietern auf der einen und Krankenhäusern auf der anderen Seite abzuschließen. Sobald stationäre Leistungen Bestandteil des Integrationsvertrages waren, konnten die Krankenkassen entsprechend den ursprünglichen Intentionen des Gesetzgebers eine Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über den Inhalt und die Durchführung der Integrierten Ver-

⁶⁷⁴ Jacobs, Schröder (2003), S.105f.

⁶⁷⁵ §§ 140 a-h der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S.2477, Artikel 1), geändert durch das Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626) [im Folgendem zitiert: § 140 SGB V (a.F.) (alte Fassung)].

⁶⁷⁶ BGBl. I S. 2190.

⁶⁷⁷ Vgl. Güssow, Hildebrandt (2004), S.4.

⁶⁷⁸ Als Begründung für die Überarbeitung des § 140 a SGB V liefert das Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales Sicherung (BMGS) folgende Erklärung: „Die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur Integrierten Versorgung machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie erweist sich so als eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung. Aus diesem Grunde wird die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben (Vgl. Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH (2003), S.10).

⁶⁷⁹ Als erster Kostenträger hat die Techniker Krankenkasse in Nordrhein einen flächendeckenden Integrationsvertrag für Orthopädie-Patienten geschlossen. Der Vertrag umfasst alle orthopädischen Krankheiten und setzt auf die Bildung regionaler Verbände niedergelassener Orthopäden mit Krankengymnasten, Radiologen und ambulanten Operateuren (Vgl. o.V. (2004i)).

sorgung abschließen.⁶⁸⁰ Diese nicht-fristgebundene Vereinbarung hatte lediglich den Charakter einer Empfehlung und war für den Aufbau einer Integrationsversorgung nicht bindend.⁶⁸¹ Mit der Neufassung der Regelungen zur Integrierten Versorgung wurde die Option auf den Abschluss einer fakultativen Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gestrichen.

Der Integrationsvertrag determiniert den Leistungsumfang des Versorgungssystems, die qualitativen Standards in Form von Leitlinien, die Honorierung, die Qualitätssicherung und die Ergebnisevaluierung.⁶⁸² Die gesetzliche Vorgabe der Zulassung zur ambulanten und stationären Versorgung und die damit verbundene Beschränkung des Vertrages auf den Zulassungsstatus der Leistungsanbieter schließt eine Beteiligung von Pharma- und Medizintechnikunternehmen an Integrierten Versorgungsnetzen aufgrund der fehlenden Berechtigung zur unmittelbaren Versorgung der Versicherten aus.⁶⁸³ Integrationsverträge können demnach nur abgeschlossen werden mit Vertragsärzten beziehungsweise Zahnärzten, mit Leistungsanbietern, die an der Versorgung der Versicherten teilnehmen, mit den KV, mit den Trägern zugelassener Krankenhäuser und stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht, sowie mit Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer.⁶⁸⁴

Mit der Gesundheitsreform wurden auch finanzielle Anreize gesetzt, um die Entwicklung Integrierter Versorgungsvorhaben zu fördern. Der Gesetzgeber hat beschlossen, dass von den Krankenkassen bis 2006 und somit zeitlich befristet ein bestimmter Anteil der Krankenhausvergütung und der Gesamtvergütung der Vertragsärzte als Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung zur Verfügung zu stellen ist.⁶⁸⁵ Alle Leistungserbringer, die sich an Integrationsprojekten beteiligen, erhalten eine finanzielle Unterstützung zur Förderung der Integrierten Versorgung. Die Höhe der finanziellen Unterstützung liegt im Ermessen der Krankenkassen. Maximal dürfen bis zu 1% der Krankenhausvergütung und der Gesamtvergütung der Vertragsärzte einbehalten werden.⁶⁸⁶ Bei der Regelung der Anschubfinanzierung handelt es sich nicht um eine „Kann-Regelung“. Das Gesetz verpflichtet die Krankenkassen zur Einbehaltung dieses 1%-igen Abschlags.⁶⁸⁷

⁶⁸⁰ Vgl. § 140 e SGB V (a.F.)

⁶⁸¹ Vgl. Kuhlmann (2000b), S.13; Schulte-Sasse et al. (2001), S.15.

⁶⁸² Vgl. Hildebrandt, Wauch (1998), S.2.

⁶⁸³ Vgl. Orłowski (2000), S.192.

⁶⁸⁴ Vgl. § 140 b Abs. 1 SGB V (n.F.).

⁶⁸⁵ Um eine Zusammenarbeit von Haus-, Fach- und Klinikärzten im Rahmen der Integrierten Versorgung zu erreichen, sind Projekte zur Integrierten Versorgung in den Jahren 2004 und 2005 mit jeweils 660 bis 680 Millionen Euro gefördert worden (Vgl. Badenbergh (2004)).

⁶⁸⁶ Vgl. § 140 d Abs. 1 SGB V (n.F.): „Zur Förderung der Integrierten Versorgung hat jede Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b SGB V [n.F.] geschlossenen Verträge erforderlich sind.“

⁶⁸⁷ Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wurde vereinbart, die Anschubfinanzierung in Höhe eines 1%-igen Abschlags über das Jahr 2006 hinaus bis zum 1. Januar 2008 zu verlängern (Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, S. 105). Der Koalitionsvertrag kann im Internet abgerufen werden: http://www.spd.de/servlet/PB/show/1589444/111105_Koalitionsvertrag.pdf.

Der Gesetzgeber hat bei der Neufassung der Regelungen zur Integrierten Versorgung auf den Genehmigungsvorbehalt der Kassenärztlichen Vereinigungen verzichtet. Bis zum Inkrafttreten des GMG sah das Gesetz einen Genehmigungsvorbehalt der KV vor. Waren Vertragsärzte an den Verträgen zur Integrierten Versorgung beteiligt und war die KV nicht Vertragspartner der Integrationsversorgung, bedurften die Integrationsverträge der Zustimmung der jeweiligen KV. Gemeinsam mit der KV musste das „Benehmen“ über den Integrationsvertrag hergestellt werden. Verweigerte die KV nach ausreichender Prüfung ihre Zustimmung zu diesem Regelwerk, konnten die Vertragsparteien zur Überwindung der Meinungsdivergenzen die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens einleiten.⁶⁸⁸ Bei der Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung wurde diese Regelung als Hindernis angesehen und vom Gesetzgeber beseitigt. Der Abschluss von Integrationsverträgen wurde dadurch erleichtert. Den Intentionen des Gesetzgebers folgend können nun Krankenkassen und Leistungsbringer autonom, d.h. ohne Zustimmung der KV, entsprechende Verträge zur Integrationsversorgung abschließen. Damit findet die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der KV statt. Mit dieser Neuregelung und dem Verzicht auf den Genehmigungsvorbehalt hat der Gesetzgeber die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten in Zukunft allein auf die Vertragspartner verlagert.⁶⁸⁹ Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140 d SGB V (a.F.), scheidet aus.⁶⁹⁰

Zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (n.F.) haben Selbstverwaltungen der niedergelassenen Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle für Verträge der Integrierten Versorgung vereinbart. Mit der Einrichtung und dem Betrieb dieser Registrierungsstelle wurde die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) beauftragt. Zu den Aufgaben der Registrierungsstelle gehört die Erfassung der Meldungen der Krankenkassen über abgeschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V und die Weiterleitung von Auskünften über abgeschlossene Verträge an Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen.⁶⁹¹ Allerdings ist die Meldung der Verträge durch die Krankenkassen nicht verpflichtend vorgeschrieben. Es liegt im Ermessen jeder Krankenkasse, abgeschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung der Registrierungsstelle zu melden. Auskunftspflicht auf Seiten der Registrierungsstelle besteht nur gegenüber Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Dadurch erhalten diese die Möglichkeit, die Berechtigung einer Zahlungskürzung dem Grunde und der Höhe zu überprüfen.⁶⁹²

Mit der Überarbeitung der Regelungen zur Integrierten Versorgung wurden weit reichende Erleichterungen für die Umsetzung von Integrationsprojekten geschaffen. Der Wegfall der §§ 140 e-h SGB V (a.F.) und der Rahmenvereinbarungen für den ambulanten und stationären Sektor, die Möglichkeit einer befristeten Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität⁶⁹³ und die Befreiung vom Zulas-

⁶⁸⁸ Vgl. Schulte-Sasse et al. (2001), S.15.

⁶⁸⁹ Vgl. BMGS (2003a), S.6.

⁶⁹⁰ Vgl. Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH (2003), S.10.

⁶⁹¹ Auf Ihrer Internetseite stellt die AOK eine Übersicht über die zum 30.9.2005 gemeldeten Verträge zur Integrierten Versorgung zur Verfügung (Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de>).

⁶⁹² Vgl. www.bqs-register140d.de.

⁶⁹³ „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V gilt für [Integrations-]Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht.“ (§ 140 b Abs. 4 Satz 2 SGB V (n.F.)).

sungs- und Ermächtigungsstatus der potentiellen Leistungserbringern sollen nach dem Willen des Gesetzgebers den Abschluss Integrierter Versorgungsmodelle forcieren.⁶⁹⁴

1.2. Vergütung von Krankenhausleistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung

1.2.1. Vergütungs- und Leistungsumfang der Integrierten Versorgung

Das Gesetz regelt den Leistungs- und Vergütungsumfang der Integrierten Versorgung. Jeder Zusammenschluss von Leistungsanbietern, der in der Absicht erfolgt, den Versicherten eine sektorenübergreifende Versorgung anzubieten, unterliegt den Regelungen des Gesetzgebers. Den Vorgaben des Gesetzes folgend sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten inner- und außerhalb der Integrationsversorgung in Anspruch genommen werden, zu vergüten.⁶⁹⁵ Auch wenn das Gesetz eine umfassende Integrierte Versorgung der Versicherten vorsieht, räumt der Gesetzgeber gleichzeitig mit der Formulierung „im Rahmen des vertraglichen Versorgungsanspruchs“⁶⁹⁶ den Integrationspartnern die Option ein, bestimmte Leistungen im Integrationsvertrag auszuschließen.⁶⁹⁷ Mit der Formulierung „(...) Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern (...)“⁶⁹⁸ forciert der Gesetzgeber eine interdisziplinäre Versorgung der Versicherten,⁶⁹⁹ indem er netzfremde Leistungen in die Integrationsvergütung miteinbezieht und sicherstellt, dass aus dem Integrationsbudget sämtliche Leistungen bezahlt werden, die innerhalb und außerhalb des Integrierten Versorgungssystems von Versicherten in Anspruch genommen werden.⁷⁰⁰ Diese Regelung kann helfen, die Gefahr von Doppelvergütungen auszuschließen, die Stabilität der Beitragssätze zu gewährleisten,⁷⁰¹ sowie eine effiziente Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

1.2.2. Gefahr von Risikoselektion bei einer risikounabhängigen Leistungsvergütung

Bei der Gestaltung des Integrationsbudgets in Form einer Pauschalvergütung für ein Versichertenkollektiv sind die Kopfpauschalen den vorhersehbaren Kosten der Versicherten anzupassen und nach Risikogruppen zu differenzieren. Für Kostenträger und Leistungsanbieter, die eine risikounabhängige Pauschalvergütung pro Versicherten erhalten und die in die Verteilung der begrenzten Ressourcen eingreifen können,⁷⁰² besteht grundsätzlich der Anreiz zur Risikoselektion: Versicherte, die mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlich mehr kosten werden als sie mit der Pauschale an Geldern einbringen (z.B. chronisch Kranke), werden es trotz des Kontrahierungszwangs schwierig haben, in die Integrierte

⁶⁹⁴ Vgl. Güssow, Hildebrandt (2004), S.4.

⁶⁹⁵ Vgl. § 140 c Abs. 1 Satz 1 SGB V (n.F.).

⁶⁹⁶ § 140 c Abs. 1 Satz 1 SGB V (n.F.).

⁶⁹⁷ Vgl. Hildebrandt, Hesselmann, Martini, Rippmann, Seipel (2000), S.27.

⁶⁹⁸ § 140 c Abs. 1 Satz 2 SGB V (n.F.).

⁶⁹⁹ Vgl. Henke, Schulenburg (1998), S.A 525ff.

⁷⁰⁰ Vgl. Hartwig (2000), hier S.28.

⁷⁰¹ Dabei ist die Ausnahmeregelung des § 140 b Abs. 4 Satz 2 SGB V (n.F.) zu berücksichtigen.

⁷⁰² Vgl. Stillfried (1999), S.A 2342.

Versorgung aufgenommen zu werden. Solange die Vergütung wenig risikogerecht ist und die Höhe der Kopfpauschale nur alters- und geschlechtsabhängig und somit unabhängig von der Anzahl und der Art tatsächlich durchgeführten Leistungen und anderer Morbiditätskriterien ist, besteht die Gefahr einer Segmentierung des Versichertenkollektivs in „gute“ und „schlechte“ Risiken.⁷⁰³ Ohne eine entsprechende Risikoadjustierung der Vergütung werden Leistungsanbieter in Absprache mit den Versicherungen nur profitable Versicherte mit niedriger Erkrankungswahrscheinlichkeit aufnehmen und versuchen, „schlechte“ Risiken mit hohen Behandlungs- und Folgekosten vom Leistungsangebot der Integrationsversorgung fernzuhalten beziehungsweise zu einem Austritt aus dem Integrationsprojekt zu bewegen. Die Risikostruktur und damit der Behandlungsbedarf der Versicherten kann sich dadurch möglicherweise deutlich von derjenigen der nicht teilnehmenden Versicherten unterscheiden. Bei nicht hinreichend differenzierter Gestaltung der Gesamtvergütung hätte dies zur Konsequenz, dass je nach Risikozusammensetzung der Versichertenkollektive die niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser der Regelversorgung gemessen am Behandlungsbedarf ein zu kleines beziehungsweise zu großes Budget zur Verfügung haben – und umgekehrt für die Vergütung der Integrierten Versorgungsstrukturen ein zu großer beziehungsweise zu kleiner Anteil aus der Gesamtvergütung herausgerechnet wird.⁷⁰⁴ Es kommt zu einer Fehlallokation der vorhandenen finanziellen Ressourcen.

Bei der Gestaltung einer risikogerechten Vergütung ist darauf zu achten, dass Risikoselektion vermieden wird. Den Leistungsanbietern soll durch einen sachgerechten, an den Gesundheitsausgaben orientierten Vergütungsbetrag eine ökonomisch und medizinisch effiziente sowie sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten ohne Rationierung medizinischer Leistungen ermöglicht werden. Den Integrationspartnern muss der Anreiz genommen werden, den Ehrgeiz nach Einsparungen durch Patientenselektion zu befriedigen.⁷⁰⁵ So schlägt von Stillfried für die Bildung eines Integrationsbudgets vor, die Leistungen der Integrierten Versorgung entweder durch eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Pauschale zu vergüten, eine Versichertenpauschale auf Basis historischer Kosten einzuführen, oder die Kosten der Behandlung durch eine morbiditätsbezogene Risikopauschale abzudecken.⁷⁰⁶

Die Darstellung der unterschiedlichen Ansätze mit einer ausführlichen Diskussion ihrer Vor- und Nachteile für alle Beteiligten sprengt den Rahmen dieser Arbeit. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel ausschließlich die vom Gesetzgeber präferierte Bildung eines risikoabhängigen Integrationsbudgets zur Vermeidung von Risikoselektion vorgestellt.

1.2.3. Vergütung von Krankenhausleistungen im Außenverhältnis der Integrierten Versorgung

Integrierte Versorgungsmodelle bieten den teilnehmenden Versicherten im Idealfall ein ganzheitliches Versorgungsangebot, das die gesamte Versorgungskette von der Prävention über kurative Maßnahmen bis hin zur Pflege umfasst. Neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität und einer gesteigerten wirtschaftlichen Effizienz gehören auch die Überwindung der finanziellen Segmentierung durch die

⁷⁰³ Vgl. van de Ven (2001), S.10.

⁷⁰⁴ Vgl. Wasem, Buchner (2000), S.89.

⁷⁰⁵ Vgl. Renzewitz (2000), S.8.

⁷⁰⁶ Vgl. Stillfried (2001), S.299ff.; Vgl auch: § 140 c Abs. 2 Satz 3 SGB V (n.F.).

Bildung eines Integrationsbudgets in Verbindung mit der eigenverantwortlichen Gestaltung der Vergütung gegenüber den Kostenträgern sowie der Verteilung der Einnahmen im Innenverhältnis zu den wesentlichen Zielen der Integrierten Versorgung. Die Gestaltung des Integrationsbudgets ist Verhandlungssache der Integrationspartner. Die Verhandlungspartner sollen sich bei der Formulierung des Integrationsvertrages von den sektoralen Budgets der Regelversorgung lösen und ein sektorenübergreifendes, kooperationsförderndes Vergütungssystem einführen. Für die Versicherten werden die Kosten der medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV (Leistungen der Kassenärzte, Medikamente, Krankenhauskosten) durch das zu bildende Integrationsbudget abgedeckt. Zu der Frage der Gestaltung der Integrationsvergütung werden im Gesetz nur wenige Vorgaben gemacht. Die Vergütungsform ist von den Partnern frei wählbar und im Integrationsvertrag zu determinieren. Somit obliegt es den Kostenträgern und Leistungsanbietern, den durch die gesetzlichen Vorgaben zur Budgetbereinigung determinierten Finanzierungsrahmen für die Integrierte Versorgung zu bestimmen und ein konsensfähiges Konzept für die systematische Verzahnung verschiedener Leistungsbereiche zu entwickeln. Aus diesem Grund fordert die KBV bei der Gestaltung des Integrationsbudgets eine gemeinsame Vergütungsplattform für den ambulanten und stationären Bereich: „Wir sind der Auffassung, eine gemeinsame Vergütungsgrundlage lässt sich schaffen und ist auch sinnvoll. Sie ist notwendig, weil eine immer engere Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor notwendig ist. Hier von beiden Seiten gemeinsam zu erbringende Leistungen weiterhin auf gänzlich unterschiedlichen Grundlagen zu berechnen, scheint kontraproduktiv zu sein.“⁷⁰⁷

Mit Hilfe des Gesetzes zur Integrierten Versorgung sowie der Unterstützung der KBV sind die bisherigen Budgetgrenzen überwindbar und die Leistungen können innerhalb des vorhandenen „kombinierten Budgets“⁷⁰⁸ relativ frei jeweils an dem dafür geeignetsten Ort erbracht werden. Mit dem Abschluss eines Integrationsvertrages sollte deshalb der Grundsatz gelten: „Das Geld folgt der Leistung“.⁷⁰⁹

1.2.3.1. *Bildung eines Integrationsbudgets als Grundlage für sektorenübergreifende Kooperationen*

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers soll die von den Integrationspartnern gewählte und vertraglich vereinbarte Vergütungsform geeignet sein, die bisher das deutsche Gesundheitssystem beherrschende sektorale Finanzierung abzulösen und die Bereitschaft der Leistungsanbieter zu fördern, sektorenübergreifende, interdisziplinäre Kooperationen einzugehen.⁷¹⁰ Eine bestimmte Vergütungsform ist vom Gesetzgeber nicht vorgegeben und kann für jedes Integrierte Versorgungssystem individuell festgelegt werden. Neben einer pauschalen Vergütung sind somit auch fall- oder leistungsbezogene Vergütungsformen denkbar: Leistungsvergütung basierend auf einem Festbetrag, differenziert nach Einzelleistungen, auf der Grundlage einer Kopf- oder Fallpauschale, oder durch eine Kombination verschiedener Vergütungsarten (zum Beispiel Pauschalbetrag verbunden mit einer Einzelleistungsvergütung für besonders aufwendige Indikationen).⁷¹¹ Allerdings bezieht der Gesetzgeber eindeutig Posi-

⁷⁰⁷ Achner, Düllings (2001), S.28.

⁷⁰⁸ Vgl. Schmeinck, Nehls, Wald (1995), S.513ff.

⁷⁰⁹ Vgl. Stillfried (2001), S.296; Clade (2004), S.C 136.

⁷¹⁰ Vgl. § 140 c Abs. 1 SGB V.

⁷¹¹ Vgl. Kuhlmann (2000a), S.172; Kuhlmann (2000b), S.14.

tion für Pauschalvergütungen und kombinierte Budgets.⁷¹² Folgen die Vertragspartner den Empfehlungen des Gesetzgebers, wird für die Versicherten, die freiwillig und schriftlich ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einem Integrierten Versorgungssystem zu erkennen gegeben haben,⁷¹³ ein aus den sektoralen Budgets abgeleitetes kombiniertes Budget gebildet. Dazu müssen die sektorspezifischen Budgets für vertragsärztliche Leistungen, Krankenhausbehandlungen sowie für Arznei- und Hilfsmittel um die Ausgabenanteile für die Integrierten Leistungen bereinigt werden.⁷¹⁴ Sämtliche Kosten der medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV (Leistungen der Kassenärzte, Medikamente, Krankenhauskosten) werden durch das kombinierte Budget abgedeckt.⁷¹⁵

Für Integrationsverträge, die für die Gestaltung der Vergütung im Sinne des Gesetzes ein kombiniertes Budget vorsehen, erfolgt die Übernahme der Budgetverantwortung durch die Leistungsanbieter insgesamt oder für definierte Teilbereiche.⁷¹⁶ Die Möglichkeit einer Übertragung der Budgetverantwortung an die Versorgungsnetze verlagert die finanziellen Risiken der medizinischen Behandlung eines Patienten vom Kostenträger auf die Leistungsanbieter und vermeidet Doppelvergütungen von Leistungen aus sektorspezifischen Budgets.⁷¹⁷ Nach Ansicht von Karl-Heinz Schönbach vom BKK-Bundesverband wird auf diese Weise und vor dem Hintergrund der gesetzlichen Zielvorgaben eine medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung der Integrationsanbieter ermöglicht.⁷¹⁸

Die Frage der Gestaltung der Vergütung ist Verhandlungssache der Integrationspartner. Sie ist in den Integrationsverträgen unter der Berücksichtigung der Zielvorgaben des Gesetzgebers zur sektorenübergreifenden Versorgung zu regeln. Das Gesetz sieht vor, dass im Rahmen des vom Gesetzgeber präferierten Pauschalvergütungssystems die Integrierten Versorgungssysteme einen prospektiv vereinbarten Betrag pro Versicherten (zum Beispiel Kopfpauschale) erhalten, zu dessen medizinischer Versorgung sich die Leistungsanbieter durch ihre Beteiligung am Integrationsvertrag verpflichtet haben.⁷¹⁹ Der Pauschalbetrag deckt alle zur Versorgung des Patienten notwendigen Leistungen ab, die von Versicherten innerhalb oder außerhalb der Integrierten Versorgung in Anspruch genommen werden. Da die Menge der abzurechnenden Leistungen pro Versicherten sehr unterschiedlich und vom Erkrankungsrisiko sowie von der Anzahl der teilnehmenden Versicherten abhängig ist, schreibt der Gesetzgeber vor, bei der Berechnung der Versichertenpauschale die Zahl und die Risikostruktur der eingeschriebenen Versicherten zu berücksichtigen. Er empfiehlt, neben Alter und Geschlecht auch in der Vergangenheit erbrachte medizinische Leistungen (z.B. in Deutschland und den USA erkennbar über die ICD-Codierung der Krankenhausabrechnung⁷²⁰) sowie andere, ergänzende Morbiditätskriterien

⁷¹² Nach § 140 c Abs. 2 Satz 1 SGB V (n.F.) können die Verträge zur Integrierten Versorgung die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen.

⁷¹³ Vgl. § 140 a Abs. 2 SGB V (n.F.).

⁷¹⁴ Vgl. § 140 d Abs. 2 und 3 SGB V (n.F.).

⁷¹⁵ Als Beispiel für die Bildung und Anwendung eines „kombinierten Budget“ dient das Berliner Praxisnetz: Schmeinck, Nehls, Wald (1995).

⁷¹⁶ Vgl. § 140 c Abs. 2 SGB V (n.F.).

⁷¹⁷ Vgl. Stillfried (2001), S.298.

⁷¹⁸ Vgl. Glöser (1999), S.A 1180.

⁷¹⁹ Vgl. § 140 c Abs. 2 SGB V (n.F.).

⁷²⁰ Vgl. Wasem, Buchner, (2000), S.92.

(zum Beispiel Risikofaktoren wie Alkohol, Tabak, Übergewicht, oder medizinische Messwerte wie Blutzucker und Blutdruck) in die Vereinbarungen über die Pauschalvergütung mit einzubeziehen.⁷²¹ Den Integrationspartnern wird bei der Formulierung des Integrationsvertrages freie Hand gelassen und die Möglichkeit eingeräumt, vor dem Hintergrund der Budgetverantwortung das Leistungsangebot neu zu definieren und für jeden einzelnen Versicherten einen individuell gewichteten morbiditätsorientierten Pauschalbetrag zu vereinbaren. Mit der Forderung nach einer Berücksichtigung der Risikostruktur der Versicherten greift der Gesetzgeber die grundsätzliche Problematik der Risikoselektion auf und schafft die Rahmenbedingungen für eine finanziell ausreichende, morbiditätsgerechte Versorgung der Patienten.

1.2.3.2. Bereinigung der sektoralen Budgets um den Anteil der Integrationsversorgung

Folgt man den Vorgaben des Gesetzes und führt langfristig eine versichertenbezogene, kostendeckende Vergütung ein, bieten sich den Integrationspartnern unterschiedliche Ansätze zur Budgetkalkulation.⁷²² Neben der Verwendung der Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs als Bemessungsgrundlage kann bei der Ermittlung des Integrationsbudgets auf die „historischen“ Kosten der Versicherten als Indikator für zukünftige Ausgaben zurückgegriffen werden oder es könnten wie in den USA morbiditätsbezogene (Kopf-) Pauschalen⁷²³ für die Leistungsvergütung vereinbart werden. Jede dieser Varianten besitzt ihre Vor- und Nachteile, die es bei der Entscheidung für oder wider ein Verfahren zur Budgetkalkulation zu berücksichtigen gilt.

Auch wenn sich immer mehr Kostenträger und Leistungsanbieter für ein Integriertes Versorgungsangebot entscheiden, die Regelversorgung mit ihrer Budgetsegmentierung bleibt als Versorgungsalternative für die Versicherten weiterhin bestehen. „Dieses Nebeneinander der Vergütungssysteme erfordert zwingend die Bereinigung der Budgets um die jeweiligen Finanzierungsanteile. Zweck dieser Bereinigung ist im Kern die Vermeidung der Finanzierung von Doppeluntersuchungen und damit auch die Sicherung der Beitragssatzstabilität.“, so Dr. Ulrich Orłowski in der Zeitschrift „Die Betriebskrankenkasse“.⁷²⁴ Um den Vorgaben des Gesetzes zur Einhaltung einer Budgetobergrenze gerecht zu werden, und um, wie vom BMGS⁷²⁵ gefordert, Doppelvergütungen zu vermeiden, müssen die sektoralen Budgets der Regelversorgung um die Leistungsbeträge der Integrationsversorgung reduziert werden.⁷²⁶ Der Gesetzgeber schreibt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vor, bei Abschluss von Integrationsverträgen das gesamte Integrationsbudget aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 SGB V, aus den Arznei- und Heilmittelbudgets nach § 84

⁷²¹ Vgl. § 140 c Abs. 2 SGB V (n.F.); Vgl. auch: Bühner (2001), S.22.

⁷²² Henke und von der Schulenburg forderten bereits 1998 eine indikations- und patientenorientierte Honorierung; Vgl. Henke, Schulenburg (1998), S.A 527.

⁷²³ Vgl. hierzu: Wasem, Buchner (2000), S.90; Späth (2001), S.C 414; Stillfried (2001), S.300f.

⁷²⁴ Orłowski (2000), S.197.

⁷²⁵ Mit dem Amtsantritt der neuen Bundesregierung sind einige Bundesministerien neu zugeschnitten worden. Entsprechend wurden Arbeitsbereiche des ehemaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) neu zugeordnet zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem neu gebildeten Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

⁷²⁶ Vgl. hierzu: Baum (2000), S.4-7; Glöser (1999), S.A 1180.

SGB V und aus den Krankenhausbudgets auf der Grundlage der Bundespflegesatzverordnung herauszurechnen. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das Vergütungsvolumen für die Integrationsversorgung in den entsprechenden anderen Leistungsbereichen zu bereinigen.⁷²⁷ Die Reduzierung der sektorspezifischen Budgets um einen vorab definierten, an der Risikostruktur der Versicherten zu orientierenden Teilbetrag stellt sicher, dass sämtliche Leistungen, die von Integrationsanbietern selbst oder in ihrem Auftrag außerhalb des Integrationssystems erbracht werden, durch ein Integrationsbudget abgedeckt und nicht über die bestehenden sektoralen Budgets abgewickelt und den Kostenträgern doppelt in Rechnung gestellt werden. Die Bereinigungsbeträge stecken somit im Wesentlichen den verfügbaren Finanzierungsrahmen der Integrierten Versorgung ab.⁷²⁸

Die Berechnung des vertragsärztlichen Vergütungsanteils für das Integrationsbudget ist in der Rahmenvereinbarung geregelt worden.⁷²⁹ Alle an der Integrationsversorgung beteiligten niedergelassenen Ärzte waren verpflichtet, bei der Gestaltung des Integrationsvertrages die vereinbarten Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und einzuhalten. Die Rahmenvereinbarung regelte die Einbeziehung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in die Integrationsversorgung und machte genaue Vorgaben für die Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.⁷³⁰ Der niedergelassene Arzt, der sich an der Integrierten Versorgung beteiligt, war verpflichtet, die Gesamtvergütungen quartalsweise rechnerisch zu bereinigen, unter der Bedingung, dass die erbrachten Leistungen Bestandteil der Integrierten Versorgung waren und für diese Leistungen Vergütungsanteile in den Budgets für die vertragsärztliche Vergütung enthalten sind. Die Berechnung des Integrationsbudgets verlangte für jeden an der Integrationsversorgung teilnehmenden Versicherten die Ermittlung der Ausgaben der letzten vier Abrechnungsquartale vor Eintritt des Versicherten in die Integrationsversorgung. Die zur Ermittlung des Budgetanteils notwendigen Daten waren von den Kassen den KV zur Verfügung zu stellen. Sie enthielten Informationen über erbrachte Leistungen, sowie ein Verzeichnis der beteiligten Versicherten. Mit Hilfe dieser Daten wurden die durchschnittlichen Punktwerte für die budgetierten Leistungen der letzten vier Abrechnungsquartale ermittelt (Schritt 1). Diese Punktwerte dienten der Berechnung des durchschnittlichen Behandlungsaufwandes je Versichertem in Bezug auf die Punktzahl. Dafür wurden die Punktsummen quartalsweise mit den Punktwerten und einem Korrekturfaktor für budgetierte und nicht budgetierte Punktzahlleistungen gewichtet. Diese Werte wurden addiert und durch 4 dividiert. Als Ergebnis erhielt man den Quartalsdurchschnitt der bewerteten Punktzahlleistungen (Schritt 2). Im nächsten Schritt wurden die durchschnittlichen Kosten für jeden Versicherten über den Betrachtungszeitraum hin unter Anwendung der Kosteninformationen aus dem PLP-Datensatz⁷³¹ und unter Verwendung des Korrekturfaktors für budgetierte und nicht budgetierte Kosten ermittelt (Schritt 3). Sofern Krankenkassen keine oder keine vollständigen Informationen auf Grund manueller Abrechnungsmethoden des Arztes zur Prüfung der Leistungspflicht vorlegten, wurden für die fehlenden Da-

⁷²⁷ Vgl. § 140 d Abs. 2 und 3 SGB V (n.F.).

⁷²⁸ Vgl. Stillfried (2001), S.298. Die Einschränkung „im Wesentlichen“ erklärt sich über § 14 der Rahmenvereinbarung nach § 140 d SGB V. Demnach können weitere Finanzierungsquellen beziehungsweise Kapitalgeber zur Finanzierung der Integrationsbudgets beitragen.

⁷²⁹ Vgl. § 140 d Abs. 1 Nr.4 SGB V (a.F.).

⁷³⁰ Vgl. Baum (2000), S.5.

⁷³¹ PLP-Datensatz: Datensatz zur Prüfung der Leistungspflicht.

tensätze Korrekturfaktoren (für Punktzahlen und Kosten) gebildet. Der in den Schritten 2 und 3 errechneten Behandlungsaufwand je Versichertem war um den Anteil der Punkte am abgerechneten Gesamtpunktzahlvolumen beziehungsweise um den Anteil der Kosten am Gesamtkostenvolumen zu erhöhen. Dazu wurden die Punktzahlen (Kosten) aller Behandlungsfälle sämtlicher Versicherten eines KV-Bereichs oder einer Krankenkasse in den letzten vier Quartalen summiert und durch die entsprechende, auf Basis der PLP-Datensätze ermittelte Summe der Punktzahlen dividiert. Anschließend wurden die in Schritt 2 und 3 ermittelten Behandlungsbeträge mit den Korrekturfaktoren gewichtet und hochgerechnet. Die Addition der gewichteten, versichertenbezogenen Beträge aller Versicherten ergab den Bereinigungsbetrag, um den die vertragsärztliche Gesamtvergütung⁷³² zu verringern und das Integrationsbudget zu erhöhen war.

Für den Fall, dass Versicherte Leistungen von Vertragsärzten außerhalb des Versorgungsnetzes in Anspruch nehmen, regelte die Rahmenvereinbarung die Abrechnungsmodalitäten. Kosten, die durch die Inanspruchnahme von Leistungen entstanden, die von niedergelassenen Ärzten außerhalb der Integrierten Versorgung durchgeführt wurden, waren der Integrierten Versorgung zuzurechnen. Die für den jeweiligen niedergelassenen Arzt zuständigen KV waren verpflichtet, die erbrachten Leistungen gegenüber den Vertragspartnern der Integrationsversorgung abzurechnen.⁷³³ Als Bemessungsgrundlage für die Abrechnung der Leistungen diente der Abrechnungspunktwert, der sich für den abrechnenden Arzt im Rahmen der Regelversorgung und unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Gesamtverträge der beteiligten Krankenkassen ergab. Das Integrationsbudget war um das ermittelte Abrechnungsvolumen für externe Leistungen zu mindern.

Mit der Neufassung der Regelungen zur Integrierten Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wurde sämtliche Vereinbarungen zur Rahmenvereinbarung aufgehoben.

1.2.4. Verteilung der Vergütung im Innenverhältnis eines Integrierten Versorgungsverbundes

Zur Verteilung der Vergütung im Innenverhältnis eines Kooperationsprojektes enthält das Gesetz keine Vorschriften. Um allerdings einen reibungslosen, qualitätsorientierten Behandlungsprozess unter Beteiligung der verschiedenen Leistungsanbieter der Integrationsversorgung dauerhaft sicherzustellen und Meinungsverschiedenheiten in dem Zusammenwirken verschiedener Leistungsanbieter von Anfang an zu vermeiden, muss der Aufbau einer stabilen und dauerhaften Vertrauensbasis zwischen den Kooperationspartnern angestrebt werden. Es muss eine für alle Beteiligten eindeutige und zufriedenstellende Regelung bezüglich der Gestaltung des Integrationsprojektes im Innenverhältnis geschaffen werden. Der Integrationsvertrag muss die Aufgabenbereiche der einzelnen Vertragspartner klar definieren und voneinander abgrenzen sowie Regelungen enthalten, welche ambulanten Leistungen von Klinikärzten durchgeführt werden dürfen. Die Vereinbarung muss klar vorgeben, an welchem Ort mit wessen Mitteln und Personal die Leistung am Patienten erbracht wird und wie Kosten und Vergütung zwischen den Kooperationspartnern zu verteilen sind. Die Vorschriften zur Integrationsversorgung enthalten eine Öffnungsklausel, wonach die Vertragspartner von den Regelungen dieses Gesetzes und

⁷³² Vgl. § 85 SGB V.

⁷³³ Vgl. § 15 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung.

des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Abweichendes vereinbaren können und eine Weitergabe von Vergütungsanteilen an die internen sektoriellen Vertragspartner erlaubt ist. Die abweichende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der Integrierten Versorgung entsprechen und dazu beitragen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Integrationsversorgung zu verbessern.⁷³⁴ Im Krankenhaus durchgeführte Leistungen können dieser gesetzlichen Vorgabe folgend unabhängig von der Bundespflegesatzverordnung anteilmäßig aus dem Integrationsbudget vergütet werden. Unterbleibt jedoch eine konsensfähige Regelung zur Verteilung der Vergütung im Innenverhältnis, droht ein Auseinanderbrechen und Scheitern des gesamten Projektes.

Die Gestaltung des Integrationsverbundes kann sich bei entsprechender vertraglicher Vereinbarung auf das getrennte Erbringen medizinischer Leistungen durch die beteiligten Leistungsanbieter beschränken. Die Regelung der Art der Leistungsvergütung ist Gegenstand der Kooperationsvereinbarung.

Vereinbarungen, die sich ausschließlich auf eine interne Steuerung der Patienten unter Berücksichtigung des Grundsatzes der freien Arztwahl und des berufsrechtlichen Verbotes der Patientenzuweisung gegen Entgelt beschränken,⁷³⁵ sind unproblematisch, solange die Leistungen ausschließlich von einzelnen Anbietern ohne aktive Mitwirkung anderer Leistungsbereiche erbracht werden und sie eine Vergütung der Einzelleistung vorsehen. Jede abzurechnende Leistung lässt sich einem bestimmten Anbieter zuordnen und kann problemlos als Einzelleistung vergütet werden. Alle Leistungen werden bezahlt und das Geld folgt somit der Leistung. Unstimmigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen den Partnern lassen sich nahezu komplett ausschließen.

Problematischer sind Integrationsverträge, die eine Vergütung der Leistungen in Form eines (kombinierten) Budgets vorsehen. Einigen sich die potentiellen Partner bei ihren Vertragsverhandlungen auf eine getrennte Leistungserbringung in Verbindung mit einem kombinierten Integrationsbudget, empfiehlt es sich, eine anteilmäßige Vergütung der Leistungen vorzunehmen. Zur Finanzierung der Behandlungskosten wird zwischen den Vertragspartnern für ein bestimmtes Leistungspaket ein Budget vereinbart, aus dem die Leistungen der einzelnen Leistungsanbieter herauszurechnen und zu vergüten sind. Um eine gerechte Verteilung des Pauschalvergütungsbetrages sicherzustellen, empfiehlt Kuhlmann: „Hier müsste ein an der relativen Wertigkeit der Leistung orientierter Verteilungsschlüssel vereinbart werden.“⁷³⁶ Bei getrennter Leistungserbringung im Innenverhältnis werden demnach die Leistungen des Krankenhauses gemäß ihres Anteils am Behandlungsprozess gewichtet und unter Berücksichtigung der Budgetobergrenze vergütet. Das langfristige Fortbestehen des Integrierten Versorgungsangebotes wird somit nicht in Frage gestellt.

Komplizierter ist die Verteilung der Vergütung, wenn sich Kooperationsvereinbarungen nicht nur auf eine Steuerung der Patientenströme innerhalb des Versorgungssystems beschränken, sondern eine Erweiterung des Leistungsspektrums vorsehen. Erfolgt das Erbringen einer Leistung am Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Anbietern des Integrierten Versorgungssystems und wird gleichzeitig die Leistung nicht mehr nur im Außenverhältnis gegenüber den Kostenträgern, sondern auch tatsächlich im Innenverhältnis des Verbundes unter Beteiligung verschiedener Anbieter erbracht, lässt sich die

⁷³⁴ Vgl. § 140 b Abs. 4 SGB V (n.F.).

⁷³⁵ Vgl. Kuhlmann (1999), S.498; Kuhlmann (2000a), S.175.

⁷³⁶ Vgl. Kuhlmann (1999), S.499.

Leistung nicht mehr zweifelsfrei einem einzelnen Anbieter zuordnen. Ein für alle Beteiligten zufrieden stellender Abrechnungsmodus muss gefunden werden. Sachgerecht erscheint nach Expertenmeinung in diesem Fall wiederum die Einführung einer anteilmäßigen Vergütung.⁷³⁷ Die Integrationspartner sollen sich bei der Verteilung der Vergütung an bestimmten, im Integrationsvertrag zu definierenden Bewertungskriterien orientieren und unter Berücksichtigung dieser Vorgaben den Anteil der einzelnen Kooperationspartner an der tatsächlichen Leistungserbringung ermitteln. Als Bestimmungsgrößen können in Frage kommen zum Beispiel der Einsatz von Arbeitskraft, Betriebsmitteln, Personal, die aufgewendete Zeit sowie die Art und Häufigkeit der Leistungen. Andere Kriterien, die geeignet sind, einen leistungsgerechten Vergütungsmodus zu gewährleisten, können jederzeit Verwendung finden.⁷³⁸ Eine stabile Basis gewährleistet eine dauerhafte und erfolgreiche Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsbereiche im Rahmen der Integrierten Versorgung. Gelingt es den Integrationspartnern, sich im Rahmen der Vertragsverhandlungen auf eine sachgerechte Vergütung der medizinischen Leistungen zu einigen und somit Risikoselektion als Folge einer risikounabhängigen Leistungshonorierung zu vermeiden, sind auf Seiten der Leistungsanbieter und Kostenträger die ersten wichtigen Schritte für das langfristige Überleben des Integrationsprojektes sowie für die effiziente Versorgung der Versicherten getan.

1.3. Auswirkungen der Integrierten Versorgung und ihrer Regelungen auf die Krankenhäuser

1.3.1. Chancenpotential der Integrierten Versorgung

Aufgrund fehlender Erfahrungswerte lassen sich die Auswirkungen der Integrierten Versorgung auf Krankenhäuser nur anhand möglicher Chancen- und Risikopotentiale analysiert werden. Welche Nutzen- und Risikopotentiale letztendlich tatsächlich für die Krankenhäuser in der Integrationsversorgung stecken, wird sich in Zukunft zeigen.

Das Krankenhaus muss seine Entscheidung für eine aktive Mitwirkung an Integrierten Versorgungssystemen von dem Chancenpotential dieser Versorgungsalternative abhängig machen. Mit Hilfe einer Situationsanalyse lassen sich Erfolgspotentiale einer integrierten Zusammenarbeit der Leistungsanbieter ermitteln, die langfristig das wirtschaftliche Überleben und die Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses sicherstellen sollen.⁷³⁹ Die gezielte Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Leistungsanbietern, die zielorientierte Abstimmung der Leistungsspektren ambulanter und stationärer Versorgungsanbieter sowie die Nutzung wirtschaftlicher Kooperationsformen bei Großgeräten, Laborgemeinschaften, Personalmanagement fördern eine bessere Auslastung der vorhandenen Betriebsmittel. Anfallende Investitions- und Betriebskosten lassen sich unter Umgehung drohender Investitionsstaus und Finanzierungsengpässen im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen den beteiligten Bereichen aufteilen. Die finanzielle Belastung für das Krankenhaus wird gesenkt. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses in Folge einer Senkung der Betriebskosten, Umsatz- und Leis-

⁷³⁷ Vgl. Kuhlmann (2000a), S.175.

⁷³⁸ Als Beispiel für eine Vergütungsalternative bietet sich das in den USA praktizierte sog. „Betten-Leasing“ an. Das Krankenhaus stellt dem Integrationsprojekt zu einem fixen Preis ein vertraglich festgelegtes Bettenkontingent zur Verfügung (Vgl. hierzu: Stillfried (2001), S.305f.).

⁷³⁹ Zu den Erfolgspotentialen: Vgl. Kuhlmann (1999), S.497.

tungssteigerung auf Grund der Hinzugewinnung neuer Patienten aus der Integrationsversorgung sowie die Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven in Folge des Aufbaus komplementärer Angebote wie zum Beispiel gesundheitsorientierte Ernährungsangebote⁷⁴⁰ steigern und sichern langfristig die Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses (Kosteneinsparungs-, Synergie- und Qualifizierungspotentiale).

Die Partizipation der Klinikärzte an der ambulanten Leistungserbringung und das Einbringen medizinischen Fachwissens in die Behandlung ermöglichen eine werbewirksame Selbstdarstellung des Krankenhauses nach Außen für eventuell nachfolgende beziehungsweise spätere stationäre Eingriffe. Mit gezielten vertrauensbildenden Maßnahmen kann es dem Krankenhaus und seiner Ärzteschaft gelingen, sein Ansehen unter niedergelassenen Ärzten und den Versicherten zu verbessern und die für die wirtschaftliche Effizienz des Krankenhauses notwendige Kapazitätsauslastung durch die Bindung von Versicherten und niedergelassenen Ärzten zu realisieren. In diesem Zusammenhang spricht man von Werbe- und Multiplikatoreffekten, die auf Maßnahmen zur Selbstdarstellung des Krankenhauses und ihren Außenwirkungen beruhen.

Darüber hinaus lassen sich durch die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten Kommunikationseffekte verwirklichen, die helfen können, Informationsverluste an den Schnittstellen der Versorgungskette zu vermeiden und den Informationsfluss sowie die (Leistungs-)Abstimmung zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern zu verbessern. Der Aufbau einer gemeinsamen Kommunikationsplattform sowie die Abstimmung der Leistungsspektren von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten fördern den Austausch von Informationen und die Entwicklung von Behandlungsrichtlinien für eine qualitätsorientierte Versorgung der Versicherten. Doppeluntersuchungen, medizinisch nicht gerechtfertigte Krankenhausaufenthalte sowie die mögliche Anwendung falscher Behandlungsmethoden lassen sich zu Gunsten einer qualitativ hochwertigen, schnittstellenübergreifenden Versorgung der Patienten vermeiden.

Aus dem Aufbau neuer Versorgungsformen im Übergangsbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung resultieren Innovationseffekte, die geeignet sind, die finanziellen Zusatzbelastungen auf Grund der fehlenden Abstimmungs- und Kommunikationsbereitschaft von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu verringern und Folgekosten zu vermeiden. Somit kann die Bereitschaft der Krankenhäuser, mit niedergelassenen Ärzten Kooperationen einzugehen und sich an die veränderten Rahmenbedingungen auf dem Gesundheitsmarkt anzupassen, dazu beitragen, die auf Grund der spezifischen Zulassung der Krankenhäuser zur stationären Versorgung entstehende, existenzgefährdende Wettbewerbssituation mit anderen Leistungsanbietern zu vermeiden. Das Erschließen von Effizienzpotentialen kann das Risiko einer Marktverdrängung verringern und aus wirtschaftlicher und medizinischer Sicht langfristig das Überleben des Krankenhauses und des gesamten Versorgungsmodells sichern.

1.3.2. Risikopotential der Integrierten Versorgung

Neben potentiellen Chancen der Integrierten Versorgung ist die Entscheidung eines Krankenhauses für oder wider eine Beteiligung an den neuen Versorgungsformen aber auch mit einem Risikopotential verbunden. Ist ein Krankenhaus bereit, sich den neuen Herausforderungen des Marktes zu stellen und

⁷⁴⁰ Vgl. Hildebrandt, Wauch (1998), S.3.

sich am Integrierten Versorgungsangebot einer Versicherung aktiv zu beteiligen, muss es damit rechnen, dass sich die Mitgliedschaft auf Grund fehlender Erfahrungswerte nachteilig für das Krankenhaus auswirken kann.⁷⁴¹ Bevor sich ein Krankenhaus für die Teilnahme und den Aufbau von Integrationsbeziehungen entscheidet, ist eine Situationsanalyse des Hauses vorzunehmen und die Bestimmung der Vorteilhaftigkeit dieses Versorgungsangebots gegenüber der Regelversorgung unerlässlich.

Beruhet die Analyse auf falschen oder unvollständigen Daten, kann die zu erwartende Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen durch die interessierten Versicherten nicht annähernd genau vorhergesagt werden. Ein Scheitern des Projektes droht. Die Folgen eines Scheiterns sind um so größer, je mehr die Kosten des Netzaufbaus und der Zeitbedarf für die Entwicklung einer gemeinsamen Vertrauensbasis unterschätzt werden und je schlechter das Integrationsmanagement organisiert ist, um Konflikten zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen zu begegnen und diese zu lösen. Die gegenseitige Abhängigkeit, das Aussuchen der falschen Kooperationspartner und die zeitliche Fehleinschätzung für den Aufbau einer gemeinsamen Vertrauensbasis begünstigen das Fehlverhalten einzelner Vertragspartner, was zu Imageschäden bei den Integrationspartnern führen und Versicherungen veranlassen kann, den Vertrag vorzeitig zu kündigen. Bisher indifferente Einweiser von Patienten werden gegebenenfalls versuchen, das Krankenhaus durch gezielte Nichteinweisung zu bestrafen. Patienten, die das Leistungsangebot und die Versorgungsqualität des Systems mit mangelhaft bewerten, werden einen Austritt aus dem System in Erwägung ziehen.

Sprechen allerdings die Berechnungen und die Analyseergebnisse des Krankenhauses für eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung, muss von den Integrationspartnern eine Vereinbarung gefunden werden, welche die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche regelt. Enthält diese Vereinbarung keine genauen Bestimmungen zur Verteilung der Vergütung im Innenverhältnis des Verbundes, sind Konflikte vorprogrammiert und ein Scheitern des Projektes ist sehr wahrscheinlich.

Verpasst hingegen das Krankenhaus die Entwicklung im Gesundheitswesen und ist es auf Grund fehlender Flexibilität nicht bereit, sich der neuen Situation auf dem Gesundheitsmarkt zu stellen und sich zu integrieren, läuft das Haus mit seinem passiven Verhalten Gefahr, vom Markt verdrängt zu werden beziehungsweise ein finanzielles Risiko einzugehen.⁷⁴² Sobald Wettbewerber in der Nachbarschaft des Krankenhauses ein Integriertes Versorgungssystem aufbauen und dieses erfolgreich etablieren, droht ein Rückgang der Anzahl der zu behandelnden Patienten im Krankenhaus und eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten durch eine gezielte Fallsteuerung innerhalb der neuen Versorgungsnetze. Die daraus resultierenden Umsatzrückgänge bedeuten für das Krankenhaus Einbußen bei den prospektiven Leistungs- und Budgetvereinbarungen mit den Krankenkassen. Dem Krankenhaus droht ein Liquiditätsengpass und das Konkursrisiko steigt.

Unabhängig von der Entscheidung des Krankenhauses birgt die Einführung der Integrierten Versorgung als Versorgungsalternative zahlreiche Risiken. Das Krankenhaus muss sich bewusst sein, dass die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an dem neuen Versorgungssystem mit einem bestimmten Risikopotential behaftet ist und jederzeit ein Auseinanderbrechen des Verbundes drohen kann. Die Identifikation des Kooperationspotentials durch die Gegenüberstellung der Vor- und

⁷⁴¹ Vgl. Hildebrandt, Hasselmann, Martini, Rippmann, Seipel (2000), S.28f.

⁷⁴² Vgl. Hildebrandt, Hasselmann, Martini, Rippmann, Seipel (2000), S.28f.

Nachteile der Integrationsversorgung erleichtert den verantwortlichen Personen im Krankenhaus die Entscheidung in Bezug auf eine strategische Neuausrichtung des stationären Bereichs⁷⁴³ und trägt dazu bei, das Risikopotential der Versorgungsalternative zu verringern.

1.4. Realisierungsdefizite: kein Interesse an der Integrierten Versorgung

Die Integrationsversorgung ist als Vertragstyp mit der GKV-Reform 2000 eingeführt worden in der Absicht, durch sektorenübergreifende Versorgungsformen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erreichen und Effizienzgewinne zu erzielen. Das Ziel der Verbesserung der Qualität der sektorenübergreifenden Patientenversorgung stand im Mittelpunkt der Regelungen zur Integrierten Versorgung.

Entgegen aller Erwartungen wurde dieses Ziel jedoch nicht erreicht. Die seit Anfang 2000 mit den §§ 140 a-h SGB V geschaffenen Möglichkeiten zur Integrierten Versorgung haben nicht die erhoffte Bewegung in die deutsche Versorgungslandschaft gebracht.⁷⁴⁴ Die Leistungsanbieter sowohl des ambulanten als auch des stationären Sektors haben nur sehr wenige Verträge zur Integrationsversorgung abgeschlossen.⁷⁴⁵ Der Grund für diese Zurückhaltung liegt nach allgemeiner Auffassung in dem erheblichen verwaltungstechnischen Aufwand, der Komplexität der Vorschriften, den sektoralen Budgets und fehlenden finanziellen Anreizen sowie in den verkrusteten Strukturen.⁷⁴⁶ Insbesondere Krankenhäuser hatten nur wenig Interesse an Verträgen zur Integrierten Versorgung gezeigt. Krankenhäuser, die an der Integrationsversorgung teilnehmen wollten, durften Leistungen nur im Rahmen ihres jeweiligen Zulassungsstatus einer Teilnahme erbringen und sich nicht für die ambulante Leistungserbringung öffnen. Damit durften Krankenhäuser ambulante Leistungen, die nicht zu ihrem Aufgabenbereich gehörten, nicht anbieten und waren auf Grund ihres Zulassungsstatus gegenüber ambulanten Leistungsanbietern benachteiligt. Dies hat nach der Auffassung des Autors zu der berechtigten Kritik geführt, dass diese Regelung dem Zweck der Integrationsversorgung, nämlich der sektorenübergreifenden Versorgung der Patienten, im Wege stand und diese damit für das Krankenhaus nicht realisierbar war, was wiederum die Attraktivität der Integrationsversorgung verringerte.⁷⁴⁷

Der Gesetzgeber hat daraus die Konsequenz gezogen und die Vorschriften mit dem Ziel der Vereinfachung und besseren Handhabung überarbeitet. Neben einer weitgehenden Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung⁷⁴⁸ hat der Gesetzgeber die Flexibilisierung der Vertragsstrukturen durch die Ausweitung der Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen zwischen den Krankenkassen und Leistungsanbietern angestrebt.

⁷⁴³ Vgl. zum Thema „Gestaltung und Entwicklung von Kooperationen“: Bronder (1993), S.7ff.

⁷⁴⁴ Vgl. Jacobs, Schröder (2003), S.105.

⁷⁴⁵ Wie eine Befragung des Sozialforschungsinstituts „forsa“ ergeben hat, erwarten sich niedergelassene Ärzte in den ostdeutschen Bundesländern kaum Vorteile durch die Integrierte Versorgung. 66% der befragten Ärzte gehen davon aus, dass in erster Linie Krankenhäuser durch Integrierte Vergütungsformen gestärkt werden (Vgl hierzu: Düring (2004)).

⁷⁴⁶ Vgl. hierzu: Stoschek (2003), Schmid (2003), S.31; Müller (2001), S.1091; Roland Berger Strategy Consultants (2002).

⁷⁴⁷ Vgl. Orlowski, Wasem (2003), S.81.

⁷⁴⁸ Vgl. Stoschek (2003).

Um die Attraktivität zu erhöhen und die Chancen für die Umsetzung Integrierter Versorgungsprojekte zu verbessern, wurden die Vorschriften zur Integrierten Versorgung weiterentwickelt und von Regelungen befreit, die sich nicht mit einer sektorenübergreifenden Versorgung vereinbaren ließen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere folgende Punkte der Neuregelungen zu nennen:

- Sämtliche Vorschriften die Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betreffend wurden aufgehoben, da diese als eher schädlich für die Umsetzung der Integrationsversorgung angesehen wurden
- Integrationsverträge können von ambulanten Leistungsanbietern ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden. Soweit es um die ambulante vertragsärztliche Versorgung geht, wird damit der Sicherstellungsauftrag der Vereinigungen eingeschränkt.⁷⁴⁹
- In den bisherigen Regelungen war ein Beitrittsrecht Dritter gegen den Willen der Vertragspartner vorgesehen. Diese Möglichkeit wurde mit der Neuregelung des Gesetzes abgeschafft. Damit können sich beitriftwillige Leistungsanbieter nur mit Zustimmung der bisherigen Vertragspartner an der Integrationsversorgung beteiligen.⁷⁵⁰
- Die Frage, wer Integrationsverträge mit Krankenkassen abschließen kann, wurde neu geregelt. Als Ergänzung zu den bisherigen Regelungen sind nun auch die Träger von so genannten Integrationsanbietern in den Kreis potentieller Vertragspartner aufgenommen worden. Damit soll erreicht werden, dass nicht mehr eine Vielzahl von Leistungsanbietern Vertragspartner der Krankenkassen ist, sondern eine Trägergesellschaft das Angebot formuliert und als alleiniger Ansprech- und Verhandlungspartner gegenüber den Kassen auftritt. Die bisher als Vertragspartner für die Integrationsversorgung vorgesehenen Kassenärztlichen Vereinigungen sind aus diesem Kreis herausgefallen.
- In der Neufassung des Gesetzes zur Integrationsversorgung wird eine vorsichtige Öffnung der Krankenhäuser über ihren Zulassungsstatus hinaus ermöglicht. Demnach können Krankenhäuser Leistungen erbringen, die nicht in den Bereich ihres Zulassungsstatus fallen. Krankenhäuser können mit Vertragsärzten Vereinbarungen treffen, wonach stationäre Einrichtungen im Rahmen eines Integrierten Versorgungsangebotes auch ambulante Leistungen erbringen können. Allerdings ist die Öffnung des stationären Sektors für ambulante Leistungen an die Bedingung geknüpft, dass Vertragsärzte in diesem Fall an dem Integrationsvertrag beteiligt sein müssen und die in solch einem Vertrag eingebrachten Zulassungen dies ermöglichen. Eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser ist mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung nicht vereinbar und deswegen nicht möglich.
- Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität findet auf Integrationsverträge, die bis Ende 2006 abgeschlossen werden, keine Anwendung. Damit können Integrationsverträge abgeschlossen werden, deren Finanzvolumen gerade in der Startphase eines solchen Projektes nicht durch die jeweils geltende Grundlohnsummenrate begrenzt wird.

⁷⁴⁹ Vgl. § 140 a Abs. 1 SGB V (n.F.).

⁷⁵⁰ Vgl. § 140 b Abs. 5 SGB V (n.F.).

- Des weiteren sehen die Regelungen zur Integrierten Versorgung vor, dass in dem Zeitraum von 2004 bis 2006 jede Krankenkasse zur Förderung der Integrationsversorgung jeweils Mittel bis zu 1% von den Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser einzubehalten hat,⁷⁵¹ soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von abgeschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind.⁷⁵² Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren im Rahmen der abgeschlossenen Integrationsverträge verwendet, sind sie anteilig den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Krankenhausträgern zu erstatten. Eine Bereinigung der Gesamtvergütungen in diesen Jahren wird nur durchgeführt, wenn die für die Integrationsversorgung eingesetzten Mittel den einbehaltenen Betrag von 1% übersteigen.⁷⁵³ Damit kann erreicht werden, dass die in bisherigen Projekten kaum zu lösenden Probleme der Bereinigung der Gesamtvergütungen und der Krankenhausbudgets durch ein so genanntes Integrationsbudget während der Startphase ausgeklammert werden.

Die Regelungen zur Integrierten Versorgung in der Fassung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zwingen somit Krankenhäuser angesichts der ökonomischen und strukturellen Auswirkungen der seit Beginn des Jahres 2004 verbindlichen DRG-Einführung sowie der geplanten Neugestaltung der Arbeitszeitregelung⁷⁵⁴ zum Handeln.

2. Modellvorhaben (§ 63 ff. SGB V)

Als Vorläufer der Integrierten Versorgung gelten neben Strukturverträgen und der Hausärztlichen Versorgung die Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V. Das Vertragsinstitut der Modellvorhaben, das weiterhin Bestand hat, wurde als „Erprobungsregelung“ in das SGB V aufgenommen, die es der Selbstverwaltung ermöglicht, neue Versorgungsformen zu entwickeln.⁷⁵⁵ Die Modellvorhaben haben einen experimentellen Charakter.⁷⁵⁶ Zentrales Ziel der Modellvorhaben nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches ist die Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen.⁷⁵⁷ Aus diesem Grund können Krankenkassen und ihre Verbände mit Vertretern des ambulanten Sektors, die im Besitz einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung sind, Modellvorhaben anbieten, die der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung dienen sollen.⁷⁵⁸ Insbesondere können

⁷⁵¹ Doris Pfeifer, Vorsitzende der VdAK, begrüßt diese Regelungen und erwartet, dass sich sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Krankenhäuser versuchen werden, über ein Engagement in der Integrierten Versorgung dieses Geld zurückzubekommen (Vgl. o.V. (2003i)).

⁷⁵² Vgl. § 140 d Abs. 1 SGB V (n.F.).

⁷⁵³ Vgl. § 140 d Abs. 2 SGB V (n.F.).

⁷⁵⁴ Seit dem 1. Januar 2004 müssen ärztliche Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit gewertet. Damit hat der EuGH die bisher in deutschen Krankenhäusern gängige Praxis als nicht Europakonform gewertet. Bisher wurde die Bereitschaftsdienste nur dann voll als Arbeitszeit angerechnet, wenn mindestens zur Hälfte der Zeit auch tatsächlich Arbeit angefallen ist. (Vgl. o.V. (2003l); Flintrop, Rieser (2005)).

⁷⁵⁵ Vgl. Windthorst (2002), S.23.

⁷⁵⁶ Vgl. Braun, Güssow (2005).

⁷⁵⁷ Vgl. § 63 Abs.1 Satz 1 SGB V; Windthorst (2002), S.23.

⁷⁵⁸ Vgl. § 63 Abs.1 Satz 1 SGB V.

Modellvorhaben durchgeführt werden, die Leistungen zur Verhütung, zur Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung anbieten, die derzeit keine Leistungen der Krankenversicherung sind.⁷⁵⁹ Es können nur Leistungen Gegenstand von Modellvorhaben sein, die vom Allgemeinen Bundesausschuss explizit nicht abgelehnt worden sind.⁷⁶⁰

Den Ausführungen des Gesetzes folgend müssen die Modellvorhaben nicht zwangsläufig von Krankenkassen initiiert werden, sondern können auch von Kassenärztlichen Vereinigungen aufgelegt werden.⁷⁶¹ Mit der Neufassung des § 64 Abs. 1 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen neben den übrigen Vertragspartnern und deren Gemeinschaften nur noch ein möglicher Vertragspartner. Das Monopol der KV beim Abschluss von Vereinbarungen zu Modellvorhaben ist aufgehoben.⁷⁶²

Die Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben ist an zahlreiche Bedingungen geknüpft, die der Gesetzgeber sehr deutlich definiert hat.

In der Satzung der Krankenkassen, die sich für die Durchführung von Modellvorhaben entschieden haben, sind die Ziele, die Dauer sowie die Bedingungen der Teilnahme von Versicherten festzulegen. So werden Modellvorhaben seitens des Gesetzgebers auf maximal 8 Jahre befristet.⁷⁶³ Die Teilnahme von Versicherten beruht ausschließlich auf freiwilliger Basis und kann von den Modellinitiatoren nicht vorgeschrieben werden. Allerdings kann potentiellen Interessenten ein Anreiz gegeben werden, indem Einsparungen, die sich durch das Modellvorhaben erzielen lassen, an die beteiligten Versicherten weitergegeben werden. Die Einsparungen dürfen allerdings nur dann in Form eines Versichertenbonus ausbezahlt werden, wenn die durch das Vorhaben entstehenden Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen aufgrund der im Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen kompensiert werden und anschließend immer noch Einsparungen erzielt werden.⁷⁶⁴ Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben der Grundsatz der Beitragssatzstabilität weiterhin eingehalten wird.⁷⁶⁵

Gegenstand der Modellvorhaben können auch informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung sein. Der Gesetzgeber räumt den an den Modellvorhaben beteiligten Parteien weitgehende Befugnisse bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ein.⁷⁶⁶ Bevor allerdings Krankenkassen personenbezogene Daten verwenden, muss die Einwilligung der Versicherten vorliegen. Der Versicherte muss vor der Erklärung seiner Einwilligung schriftlich über die Absichten der Krankenkasse informiert werden. Dabei muss für den Versicherten aus den Erklärungen seiner Krankenkasse deutlich hervorgehen, warum die Krankenkasse eine Erweiterung ihrer Befugnisse bei der Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten anstrebt. Erst wenn der Versicherte ausreichend informiert worden ist, kann dieser wirksam in die Verwendung seiner perso-

⁷⁵⁹ Vgl. § 63 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

⁷⁶⁰ Vgl. § 63 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

⁷⁶¹ Vgl. § 63 Abs. 6 SGB V.

⁷⁶² Vgl. Windthorst (2002), S.25.

⁷⁶³ Vgl. § 63 Abs. 5 Satz 2 SGB V; Windthorst (2002), S.28.

⁷⁶⁴ Vgl. § 63 Abs. 3 Satz 3 SGB V.

⁷⁶⁵ Vgl. § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V.

⁷⁶⁶ Vgl. § 63 Abs. 3a Satz 1 SGB V.

nenbezogenen Daten einwilligen. Diese Einwilligung muss sich explizit auf den Zweck, den Inhalt, die Art, den Umfang und die Dauer der Erhebung, der Verarbeitung und der Nutzung der personenbezogenen Daten des Versicherten beziehen.⁷⁶⁷ Um den Versicherten vor einer unkontrollierbaren Nutzung seiner Daten zu schützen, kann er jederzeit seine Einwilligung widerrufen.

Jedes Modellvorhaben ist von einer wissenschaftlichen Evaluation zu begleiten.⁷⁶⁸

<u>Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung • keine vom Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnten Leistungen • Versichertenbonus möglich • Befristung auf maximal 8 Jahre • Satzungsänderung erforderlich • Informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der personenbezogenen Datenverarbeitung möglich • obligate Einwilligung der Versicherten • Kostenbeteiligung der Versicherten • Grundsatz der Beitragssatzstabilität • obligate wissenschaftliche Begleitung der Modelle

Abbildung 45: Rechtliche Rahmenbedingungen für Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V

Ingesamt gesehen handelt es sich bei Modellvorhaben um Projekte, deren Gestaltungsspielräume weit und vielfältig sind.⁷⁶⁹ **Abb. 45** fasst die rechtlichen Rahmenbedingungen für Modellvorhaben zusammen.

3. Strukturverträge (§ 73 a SGB V)

Bei Strukturverträgen handelt es sich um unbefristete, regionale Kooperationen.⁷⁷⁰ Strukturverträge eröffnen den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, neue Versorgungsstrukturen mit differenzierten Vergütungsformen anzubieten.⁷⁷¹ Zu den Intentionen des Gesetzgebers gehörte dabei zum einen die Förderung neuer Kooperationsformen, mit denen Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschöpft und die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden sollen.⁷⁷² Zum anderen sollten Verfahren zur Arztwahlsteuerung, die auf eine primäre Steuerungsfunktion bestimmter Ärzte (Primärarztmodelle) gerichtet sind, gestärkt werden.⁷⁷³ Die Regelungen zu den Strukturverträgen zielen somit auf eine Stärkung der Hausarzt- und Praxisnetzmo-

⁷⁶⁷ Vgl. § 63 Abs. 3a Satz 2ff SGB V.

⁷⁶⁸ Vgl. § 65 Satz 1 SGB V; Windthorst (2002), S.29.

⁷⁶⁹ Orłowski (1997), S.110ff.

⁷⁷⁰ Braun, Güssow (2005); Windthorst (2002), S.31.

⁷⁷¹ Vgl. § 73 a Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁷⁷² Vgl. § 73 a Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁷⁷³ Braun, Güssow (2005); Windthorst (2003), S.32.

delle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.⁷⁷⁴ Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten an Hausarzt- und Praxisnetzmodellen beruht auf freiwilliger Basis⁷⁷⁵ und kann von den Initiatoren solcher Modelle nicht erzwungen werden.

<u>Strukturverträge nach § 73a SGB V</u>
• Hausarzt oder Praxisnetz
• ärztlich verordnete oder veranlasste Leistungen
• Verantwortungsübertragung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung
• optionales Praxis- oder Netzbudget
• Budgetverantwortung
• optionales Abweichen vom EBM
• Keine zeitliche Befristung
• freiwillige Teilnahme von Versicherten und Ärzten
• optionale Rahmenvereinbarung zum Inhalt und zur Durchführung der Vereinbarungen
• Grundsatz der Beitragssatzstabilität
• wissenschaftliche Begleitung nicht obligatorisch

Abbildung 46: Rechtliche Rahmenbedingungen für Strukturverträge nach § 73 a SGB V

Abb. 46 fasst die rechtlichen Rahmenbedingungen für Strukturverträge anschaulich zusammen. Die Entscheidung für eine neue Versorgungsform kann verbunden sein mit einer Neugestaltung des Honorierungssystems. Für die Vergütung der Leistungsanbieter, die an einem Hausarzt- oder Praxisnetzmodell teilnehmen, können spezielle Budgets vereinbart werden, die nach den Regelungen des Gesetzes auch Ausgaben für verordnete und veranlasste Leistungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie für sonstige Leistungsbereiche abdecken.⁷⁷⁶ Die teilnehmenden Ärzte übernehmen die qualitative und wirtschaftliche Verantwortung für die Leistungen, wobei sie allerdings von den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches zur Leistungsbewertung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)⁷⁷⁷ abweichen können. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt durch die Regelungen zu den Strukturverträgen unberührt.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt auch für Strukturverträge.⁷⁷⁸ Im Gegensatz zu Modellvorhaben ist den Regelungen des Gesetzes folgend eine wissenschaftliche Begleitung nicht obligatorisch.

Vergleicht man die gesetzlichen Regelungen zu den beiden Versorgungskonzepten, wird deutlich, dass die Gestaltungsspielräume bei Strukturverträgen wesentlich kleiner ausfallen als bei Modellvorhaben.⁷⁷⁹ Strukturverträge beschränken sich ausschließlich auf die Vereinbarung von

⁷⁷⁴ Vgl. § 73 a Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁷⁷⁵ Vgl. § 73 a Abs. 1 Satz 4 SGB V.

⁷⁷⁶ Vgl. § 73 a Abs. 1 SGB V.

⁷⁷⁷ Vgl. zum einheitlichen Bewertungsmaßstab: § 87 SGB V.

⁷⁷⁸ Vgl. Schönbach (1998), S.194.

⁷⁷⁹ Vgl. Rachold (2000), S.97.

Praxisnetzen und Hausarztmodellen. Dafür handelt es sich bei ihnen aber um Versorgungsformen ohne zeitliche Restriktionen, die keinen Modellcharakter besitzen, sondern ein Bestandteil der Regelversorgung sind.⁷⁸⁰

Zu den Modellvorhaben und Strukturverträgen wird nicht nur Verwunderung darüber geäußert, dass Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 weiterhin diese beiden Versorgungsalternativen als Optionen beibehalten hat,⁷⁸¹ sondern auch starke Kritik. Dabei konzentriert sich die Kritik besonders auf die Freiwilligkeit der Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten, die freie Arztwahl seitens der Versicherten sowie auf die Tatsache, dass Strukturverträge nicht von Einzelkassen, sondern kassenartenspezifisch vereinbart werden dürfen und dass ohne Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung weder Modellvorhaben noch Strukturverträge beschlossen werden dürfen.⁷⁸²

Besonders kritisiert wurde, dass weder Modellvorhaben noch Strukturverträge realisiert werden können, die die Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern verbessern. Solange Vertreter des stationären Bereichs nicht an den Modellvorhaben und Strukturverträgen beteiligt werden, besteht weiterhin die Gefahr, dass sich die Fragmentierung des Gesundheitswesens nicht überwinden lässt und Qualitätseinbußen bei der Patientenversorgung zu beklagen sind.⁷⁸³

An dem letzten Kritikpunkt setzen die Regelungen zur Integrierten Versorgung an, mit denen der Gesetzgeber eine weitere Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung anstrebt. Indem eine verbesserte Kooperation zwischen den Leistungsanbietern des ambulanten und stationären Sektors angestrebt wird, sollen Effizienzverluste vermieden und weit reichende Verbesserungen in wirtschaftlicher und qualitativer Hinsicht für den Patienten erzielt werden.

4. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

„Medizinische Versorgungszentren werden die Versorgungslandschaft im ambulanten Sektor nachhaltig ändern, zum Beispiel durch die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.“⁷⁸⁴

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Januar 2004 hat der Gesetzgeber neue Organisations- und Wettbewerbs Elemente im Bereich der ambulanten Versorgung etabliert. Das Vertragsinstitut der Integrierten Versorgung zielt in abstrakter Form auf die nach Expertenansicht längst überfällige Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren (stationär, ambulant, Rehabilitation und Pflege) im deutschen Gesundheitswesen ab. Als konkrete Ausprägung davon ermöglichen Medizinische Versorgungszentren (MVZ)⁷⁸⁵ die fachübergreifende Kooperation unterschiedlicher Leistungs-

⁷⁸⁰ Vgl. Smigielski (1998a), S.5.

⁷⁸¹ Becker, Hensgen (2000), S.279.

⁷⁸² Vgl. hierzu ausführlich: Rachold (2000), S.100ff.; Smigielski (1998a), S.5; Schönbach, (1998), S.195; Oberender, Ecker (1998), S.12. Mit dieser Regelung sollte gewährleistet werden, den Gewährleistungs- und Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Körperschaften zu schützen und nicht die Tore für Einkaufsmodelle zu öffnen (Vgl. Orłowski (1997), S.111).

⁷⁸³ Vgl. Smigielski (1998b), S.178.

⁷⁸⁴ Schoeller (2005), S.A 1564.

⁷⁸⁵ „Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr.1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen;

erbringer und stellen damit eine moderne Gestaltungsvariante der medizinischen Dienstleistung dar.⁷⁸⁶ Mit der Einführung Medizinischer Versorgungszentren, die in der Tradition der Polikliniken der DDR stehen⁷⁸⁷ und nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) keinen besonderen Versorgungsauftrag erfüllen,⁷⁸⁸ eröffnet sich den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen eine neue Versorgungsalternative, die bereits heute bei innovationsfreudigen Ärzten als Versorgungsform der Zukunft gilt.⁷⁸⁹ Neben Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten können sich ab sofort auch Medizinische Versorgungszentren als zugelassene Einrichtungen gleichberechtigt an der ambulanten Versorgung innerhalb des vertragsärztlichen Systems beteiligen.⁷⁹⁰ Das hat zur Folge, dass vertragsärztliche Bestimmungen insbesondere hinsichtlich Zulassung, Zulassungsbeschränkungen und Vergütungsregelungen⁷⁹¹ auch für das MVZ Relevanz besitzen.⁷⁹² Damit hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, den Leistungsnachfragern eine medizinisch und ökonomisch sinnvoll strukturierte und Integrierte Versorgung („aus einer Hand“)⁷⁹³ anzubieten.

Ein MVZ kann über ein breiteres Behandlungsspektrum seine ökonomische Situation verbessern⁷⁹⁴ und zur Beseitigung der Gräben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beitragen.⁷⁹⁵ Durch Kooperationen des ambulanten und stationären Sektors im Rahmen eines MVZ lassen sich Synergieeffekte erzielen, indem unnötige und teure Doppeluntersuchungen vermieden und Leistungen nur einmal

sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.“ (§ 95 Abs. 1 Satz 2f. SGB V).

⁷⁸⁶ Vgl. Altendorfer (2005).

⁷⁸⁷ Vgl. Behnsen (2004), S.605. „Endlich wird damit ein Stück Ostdeutschland in den Westen exportiert [...] und zwar etwas Bedeutenderes als Grüner Pfeil und Rotkäppchen Sekt“, Brech (2004), S.199.

⁷⁸⁸ Vgl. DKG (2004).

⁷⁸⁹ Vgl. Stoschek (2004a), S.52.

⁷⁹⁰ Vgl. Flintrop (2005), S.A 1562. Die vom Gesetz vorgeschriebene Gründereigenschaft (Leistungsberechtigung im GKV-System aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag) ist nicht nur eine Voraussetzung für die Gründung, sondern auch für den Fortbestand eines MVZ (Vgl. KVB (2005)).

⁷⁹¹ Das MVZ rechnet als eigenständige Rechtspersonen bei der Kassenärztlichen Vereinigung seine erbrachten Leistungen ab (Vgl. Dierks (2004)).

⁷⁹² Vgl. Benemann (ohne Datum (a)). Die Einbindung der MVZ in die Systematik der vertragsärztlichen Versorgung wird allerdings auch kritisch gesehen. Für jedes MVZ gilt der Vorbehalt der Zulassung durch den Zulassungsausschuss und somit der gesetzlichen Bedarfsplanung. Um jedoch ein MVZ in einem gesperrten Planungsbereich gründen zu können, müssen entweder Vertragsärzte für die Teilnahme am MVZ gewonnen oder ihnen der Vertragsarztsitz abgekauft werden. Die meisten niedergelassenen Ärzte zieren sich bisher noch, ihre Freiheiten aufzugeben und sich als Partner oder Angestellter einem MVZ anzuschließen. (Vgl. hierzu auch: Flintrop (2005), S.A 1562). Laut einer repräsentativen Umfrage der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) unter Fachärzten wären 13,3 Prozent der Befragungsteilnehmer bereit, auf ihre berufliche Selbständigkeit zu verzichten und als Angestellte im einen MVZ zu arbeiten (Vgl. MediTrust AG (2004), S.22).

⁷⁹³ Vgl. Flintrop (2005), S.A 1562; Kuhlmann (2004), S.16; Deutscher Bundestag (2003), S.74; Stoschek (2004a), S.53.

⁷⁹⁴ Vgl. Stoschek (2004a), S.53.

⁷⁹⁵ Vgl. o.V. (2005c).

erbracht werden.⁷⁹⁶ Außerdem können niedergelassene Ärzte, die vor hohen Investitionen für ihre Praxis zurückschrecken, im MVZ die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen und müssen in Zeiten des technischen Fortschritts keine kostspieligen Geräte vorhalten.⁷⁹⁷

Der Gesetzgeber betont die unternehmerische Perspektive eines MVZ.⁷⁹⁸ Die Leistungsanbieter sollen verstärkt fachübergreifend und in enger Abstimmung mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern unter ärztlicher Leitung⁷⁹⁹ zusammenarbeiten mit dem Ziel, Doppeluntersuchungen zu verringern, Arzneimittel koordiniert zu verschreiben und die Wege für Patienten im Rahmen ihres Behandlungsverlaufs zu verkürzen.⁸⁰⁰

Gemäß § 95 SGB V handelt es sich bei Medizinischen Versorgungszentren um eine zugelassene fachübergreifende⁸⁰¹, ärztlich geleitete Einrichtung, in der neben angestellten Ärzten mit Arztregistereintrag auch frei berufliche Vertragsärzte tätig sein können.⁸⁰² Dabei können sich die Medizinischen Versorgungszentren aller im gesellschaftsrechtlichen Sinn zulässigen Organisationsformen – also auch Kapitalgesellschaften – bedienen.⁸⁰³ Die Gestaltungsalternativen reichen von der GmbH und AG über Stiftungen und Partnergesellschaften bis hin zur BGB-Gesellschaft.⁸⁰⁴

⁷⁹⁶ Vgl. o.V. (2005c). Im Fokus steht die Vernetzung verschiedener ärztlicher Fachrichtungen, um eine optimale Abstimmung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen institutionell zu garantieren (Behnsen (2004), S.605).

⁷⁹⁷ Vgl. o.V. (2005c).

⁷⁹⁸ Deutscher Bundestag (2003), S.74. Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Jörg-Dieter Hoppe, steht dieser Forderung des Gesetzgebers allerdings kritisch gegenüber. Er befürchtet, dass sich in Zukunft ausschließlich gewinnorientierte Unternehmen medizinischer Versorgungszentren bemächtigen und sich auf diese Weise den Zugang zur ambulanten Versorgung verschaffen werden (Vgl. Stoschek (2004a), S.53).

⁷⁹⁹ Mit dem Postulat einer ärztlichen Leitung eines zugelassenen Versorgungszentrums will der Gesetzgeber die Versorgungseinrichtung vor der Einflussnahme nichtärztlicher Dritter auf die ärztliche Grundausrichtung des MVZ schützen (Vgl. Klawonn (2004), S.2). Vgl. hierzu auch Behnsen (2004), S.606, sowie § 2 Abs. 4 der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“

⁸⁰⁰ Vgl. Flintrop (2005), S.A 1562.

⁸⁰¹ Der Gesetzgeber verlangt, dass mindestens zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachgebiete im MVZ zusammenarbeiten. Eine solche Zusammenarbeit war bisher schon in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen möglich – allerdings mit der Einschränkung, dass es sich bei den Ärzten in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis um Vertreter verwandter Facharztgruppen handeln muss (Vgl. Künnemann (2004), S.A 1152). Gemäß der Definition des § 95 I 2 SGB V lassen sich MVZ wie folgt differenzieren (Isringhaus, Kroel, Wenland (2004), S.7):

- Angestellten-MVZ: fachübergreifende Einrichtung, in der ausschließlich in das Arztregister eingetragene Ärzte tätig sind
- Angestellten- und Vertragsärzte-MVZ: fachübergreifende ärztliche Einrichtung, in der in das Arztregister eingetragene Ärzte, angestellte Ärzte und Vertragsärzte tätig sind
- Vertragsärzte-MVZ: fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der ausschließlich Vertragsärzte tätig sind.

⁸⁰² Vgl. Klawonn (2004), S.1.

⁸⁰³ Vgl. § 95 Abs. 1 Satz 3; Schmeisser (2004).

⁸⁰⁴ Vgl. Brech (2004), S.200. Nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens kommen allerdings Handelsgesellschaften wie OHG (offene Handelsgesellschaft) oder KG (Kommanditgesellschaft) als Organisationsform für Medizinische Versorgungszentren nicht in Frage, da der ärztliche Beruf, zu dessen

Eine Beschäftigung im Angestelltenverhältnisses in einem MVZ verringert für niedergelassene Ärzte das finanzielle Risiko, das mit der Gründung und dem Betrieb solch eines Zentrums verbunden ist. Außerdem hat der niedergelassene Arzt als Angestellter eines MVZ nicht mehr das finanzielle Risiko der Praxisführung zu tragen.⁸⁰⁵

Die Gründung eines MVZ sowie die Anstellung von Ärzten ist an die Vorgaben der Bedarfsplanung bzw. Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs.1 SGB V gebunden.⁸⁰⁶ Als Initiatoren für die Gründung eines MVZ kommen alle Leistungserbringer in Betracht, die „aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen“. Das Spektrum der potentiellen MVZ-Gründer ist vielfältig⁸⁰⁷ und reicht u.a. von Vertragsärzten und ermächtigten Krankenhausärzten⁸⁰⁸ bis hin zu Krankenhausträgern.⁸⁰⁹ Allerdings müssen die Gründer eines MVZ nicht im Versor-

Ausübung des Medizinischen Versorgungszentrums gegründet und betrieben wird, kein Handelsgeschäft darstellt (Vgl. Klawonn (2004), S.1). Die selbe Meinung vertritt auch Künnemann: „Ob auch die GmbH & Co. KG als „zulässige“ Organisationsform eingestuft werden kann, ist für Freie Berufe umstritten, weil mit ihr [der GmbH & Co. KG – Anmerkung des Autors] in der Vergangenheit gewerbliche Tätigkeit einherging (Künnemann (2004), S.A 1151). Eine andere Auffassung hat Wendland. Seiner Meinung nach können Medizinische Versorgungszentren sehr wohl auch als Handelsgesellschaften betrieben werden (Vgl. Wendland (2004)).

⁸⁰⁵ Vgl. Flintrop (2005), S.A 1562.

⁸⁰⁶ Vgl. Spiro (2005), S.A 1634. Da das MVZ bei seiner Gründung der Bedarfsplanung unterworfen ist, ist es auf die Verfügbarkeit eines Vertragsarztsitzes als Zulassungsvoraussetzung angewiesen (Vgl. Brech (2004), S.200).

⁸⁰⁷ Nach der Ansicht des Gesetzgebers ist das MVZ dazu bestimmt, zur Überwindung der sektoralen Grenzen im Gesundheitswesen beizutragen, was in der gesetzlichen Regelung des Kreises möglicher Gründer eines MVZ sehr deutlich zum Ausdruck kommt (Vgl. DKG (2004)).

⁸⁰⁸ Es ist strittig, ob der Gesetzgeber eine Anstellung von Krankenhausärzten in einem MVZ tatsächlich vorsieht. In einem MVZ angestellte Ärzte werden automatisch Mitglieder der zuständigen KV und unterliegen somit deren Disziplinargewalt. Der daraus resultierende Interessenkonflikt zwischen einer Beschäftigung von Krankenhausärzten im MVZ und ihrer Tätigkeit im Krankenhaus kann einer Anstellung im MVZ im Wege stehen (Vgl. Stoschek (2004a), S.53).

⁸⁰⁹ Als weitere Gründer für MVZen kommen in Frage (Vgl. Brech (2004), S.200):

- Vertragspsychotherapeuten
- ermächtigte andere Ärzte und Psychotherapeuten
- ermächtigte Ärzte und Einrichtungen auf der Grundlage des Bundesmantelvertrages Ärzte
- Träger von Einrichtungen nach § 311 SGB V
- ermächtigte Träger von Einrichtungen nach §§ 117, 118, 119 a SGB V (Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Einrichtungen der Behindertenhilfe)
- Vorsorge- und Reha-Einrichtungen (§ 111 und 111 a SGB V)
- Heilmittelerbringer (§ 124 SGB V)
- Hilfsmittelerbringer (§ 126 SGB V, z. B. für Dialyseeinrichtungen)
- Apotheken (§ 129)
- Leistungserbringer nach § 132 a SGB V (häusliche Krankenpflege), § 132 b SGB V (Soziotherapie) und § 132 c (Sozialmedizinische Nachsorge)
- Vertragszahnärzte.

Nicht gründungsberechtigt sind Pharmakonzerne, Managementgesellschaften und Privatärzte, da sie keine Leistungserbringer im Sinne des Gesetzes sind (Vgl. Stoschek (2004a), S.52). Damit verfolgt der Gesetz-

gungszentrum selbst tätig sein. Ausschlaggebend für Medizinische Versorgungszentren ist, dass ein gemeinsamer Träger die Einrichtung verwaltet.⁸¹⁰ Verliert jedoch der Gründer eines MVZ z.B. durch den Verlust seiner Approbation bzw. aufgrund der Insolvenz des MVZ die Befugnis zur Gründung eines Versorgungszentrums, dann muss dem MVZ seine Zulassung entzogen werden.⁸¹¹ Die Zulassungsvoraussetzungen sind von den beteiligten Parteien uneingeschränkt zu erfüllen.⁸¹²

Nachdem momentan bundesweit fast alle Planungsbereiche für Fachärzte gesperrt sind,⁸¹³ wird damit gerechnet, dass MVZ in der Regel wohl über einen Zusammenschluss bereits zugelassener Vertragsärzte gegründet werden.⁸¹⁴ Alternativ können niedergelassene Ärzte auch auf ihre Zulassung verzichten⁸¹⁵ und im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses ihre Leistung im MVZ erbringen. Zusätzlich können sich interessierte Gründungskandidaten im Rahmen einer Ausschreibung um einen Vertragsarztsitz bewerben und eine Praxis übernehmen.⁸¹⁶ Vor diesem Hintergrund bietet ein MVZ niedergelassenen Ärzten nicht nur finanzielle Sicherheit. Die Ärzte, die sich zur Aufgabe ihrer Praxis entschieden haben, bekommen durch die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus im Rahmen eines MVZ nicht nur renommierte Kollegen an ihre Seite gestellt, sondern auch eine renommierte Klinik.⁸¹⁷ Außerdem ist von Vorteil, dass die Ärzte sich mit Kollegen aus anderen Fachbereichen austauschen und diese bei der Begutachtung von Patienten hinzuziehen können mit der Option auf ein besseres Behandlungsergebnis.⁸¹⁸

geber die Absicht, die Einflussnahme krankenversicherungsrechtsfremder Kapitalinteressen auszuschließen (Vgl. Behnsen (2004), S.605).

⁸¹⁰ „Rechtsträger eines MVZ kann ein einzelner Leistungserbringer sein oder eine von einem oder mehreren Leistungserbringern gegründete Trägergesellschaft.“ (Isringhaus, Kroel, Wenland (2004), S.5).

⁸¹¹ Vgl. Stoschek (2004a), S.52.

⁸¹² Vgl. Stoschek (2004a), S.53.

⁸¹³ Vgl. Maus (2005a), S.A 1267.

⁸¹⁴ Bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren genießen die Vertragsärzte einen „Wettbewerbsvorteil“ gegenüber anderen potentiellen Gründern und Betreibern solcher Versorgungszentren, da sie als niedergelassene Ärzte bereits im Besitz einer vertragsärztlichen Zulassung sind (Vgl. Klawonn (2004), S.1).

⁸¹⁵ Mit dem Verzicht auf die eigene Kassenzulassung verliert der Arzt den Status eines Freiberuflers. Die Rückkehr in die eigene Praxis bzw. die Gründung einer neuen Praxis ist in Planungsbereichen mit bestehenden Zulassungsbeschränkungen nahezu ausgeschlossen (Vgl. Richter (2004), S.71). Eine repräsentative Umfrage unter Fachärzten hat ergeben, dass 20,3% der befragten Fachärzte bereit wären, ihre Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an ein MVZ zu verkaufen (Vgl. MediTrust AG (2004), S.22).

⁸¹⁶ Vgl. Stoschek (2004a), S.53.

⁸¹⁷ Niedergelassene Ärzte befürchten, bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren gegenüber finanzstarken Krankenhäusern ins Hintertreffen zu geraten. Sie befürchten, dass finanzstarke Krankenhäuser die Möglichkeiten des GMG nutzen und unter der Bezeichnung „MVZ“ luxuriöse Großpraxen einrichten werden, die in großer Zahl Patienten aus den Praxen der nicht beteiligten niedergelassenen Ärzte abziehen könnten. Nach allgemeiner Auffassung ist es allerdings unwahrscheinlich, dass dieses, von den niedergelassenen Ärzten verbreitete Szenario eintreten wird. Da die MVZ als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Versorgungseinrichtungen an das Abrechnungssystem der niedergelassenen Ärzte gebunden sind, sind ihre Erlösmöglichkeiten eher begrenzt. Ein MVZ bekommt für seine Leistungen die gleiche Vergütung wie die niedergelassenen Ärzte, eine Preisdifferenzierung findet somit nicht statt. Außerdem erhält jedes MVZ ein Budget, das nicht überschritten werden kann und eine Leistungsausweitung zu Lasten der niedergelassenen Ärzte wenig attraktiv macht (Vgl. Benemann (ohne Datum) (b)).

⁸¹⁸ Vgl. o.V. (2005c).

Gemäß der Gesetzesbegründung sollen sich die Versorgungszentren durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen auszeichnen. Dabei ist zu beachten, dass die Medizinischen Versorgungszentren die Voraussetzungen einer fachübergreifenden Versorgung erfüllen.⁸¹⁹ In diesem Sinne ist die Kooperation eines Arztes mit einer Apotheke nicht fachübergreifend, weil Apotheken im Sinne der medizinischen Versorgung kein eigenes Fach vertreten, sondern die medizinischen Fächer mit pharmazeutischen Produkten unterstützen.⁸²⁰

Wie bereits dargestellt, ist der Einstieg von niedergelassenen Ärzten in ein von einem Krankenhaus gegründetes Medizinisches Versorgungszentrum mit positiven Aspekten verbunden. Allerdings sollte jeder niedergelassene Arzt seine Entscheidung, einem MVZ beizutreten, gründlich überdenken. Aufgrund möglicher Zulassungsbeschränkungen in den Planungsbereichen wird dem niedergelassenen Arzt die Rückkehr in die eigene Praxis versperrt.⁸²¹ Konfrontiert mit dieser Restriktion muss jeder Arzt ideologiefrei planen und mit einer betriebswirtschaftlichen Vergleichsrechnung die Perspektiven bei der Wahl zwischen einer konventionellen Kooperation mit einem Krankenhaus und dem Einstieg in ein krankenhaushausinitiiertes MVZ abwägen.⁸²²

Im Rahmen seiner Ausführungen zu MVZ weist Brech auch auf Probleme hin, die mit der Gründung verbunden sind und die bisher noch nicht geklärt sind:⁸²³

- (1) MVZ sind ärztlich geleitete Zentren unter möglicherweise nichtärztlicher Trägerschaft. Wie gestaltet sich da die Abhängigkeit zwischen ärztlicher Leistung und kommerziell orientiertem Träger? Gibt es Instrumente der Konfliktlösung?
- (2) Wann ist der angestellte Arzt weisungsgebunden und wer haftet für seine Tätigkeit?
- (3) Ist es angesichts der Möglichkeit einer Teilzeitanstellung zulässig, dass ein Teilzeit-Krankenhausassistent zugleich Assistent im MVZ ist?
- (4) Kann ein niedergelassener Arzt unter Beibehaltung seiner eigenen Praxis teilzeitig als Assistent im MVZ angestellt werden (z. B. ein Anästhesist)?
- (5) Ist dem Arzt die Mitwirkung in mehreren Berufsausübungsgemeinschaften bei Fortbestand der eigenen Praxis gestattet?
- (6) Können Ärzte in räumlicher Trennung und mehrfach an Gemeinschaftspraxen oder MVZ tätig und beteiligt sein, können sie teils innerhalb, teils außerhalb (Integrative Versorgung) des Sicherstellungsauftrages der KV stehen?
- (7) Kann das MVZ an verschiedenen Orten tätig sein, also multizentrisch oder überregional oder ist es immer das Ärzteteam unter einem Dach?
- (8) Kann das MVZ zur Reduzierung der Arzneimittelkosten

⁸¹⁹ „Wegen der identischen Leistungsinhalte der Internisten und Allgemeinärzte im vertragsärztlichen Versorgungsbereich der hausärztlichen Versorgung wird das Merkmal der fachübergreifenden Zusammenarbeit durch Leistungen ausschließlich aus diesem Versorgungsbereich nicht erfüllt“ (Behnsen (2004), S.606).

⁸²⁰ Vgl. Künnemann (2004), S.A 1152.

⁸²¹ „Die „alte“ Zulassung ist unwiderruflich verloren gegangen!“ (KVB (2005), S.5).

⁸²² Vgl. Richter (2004), S.71.

⁸²³ Brech (2004), S.200.

- eine eigene Positivliste verbindlich aufstellen?
 - eine Apotheke durch Kauf oder Anstellung integrieren und Rabatte an die KV gewähren?
 - mit einer Krankenhausapotheke verschmolzen werden und so Arzneimittel auch außerhalb der ambulanten Krankenhausleistungen verbilligt abgeben?
 - eine überregionale Versandapotheke integrieren oder gar von einer solchen gegründet werden?
- (9) Ist es dem MVZ erlaubt, für seine Leistungen und Qualität zu werben, z. B. bei nichtärztlicher Trägerschaft?
- (10) Wie steht es mit der Haftung des Arztes, mit Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Richtgrößenprüfung? Haftet der Arzt oder das MVZ?
- (11) Ist die Umwandlung größerer Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften in ein MVZ sinnvoll?

Erreicht wird die vom Gesetzgeber angestrebte stärkere Integration von ambulanter und stationärer Behandlung sowohl durch eine erweiterte Beteiligungsmöglichkeit der Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung als auch durch die Abkehr vom Primat der Erbringung ambulanter Leistungen durch niedergelassene Ärzte.⁸²⁴ Ausgelöst durch die flächendeckende Einführung der DRG-basierten Krankenhausvergütung ist der Krankenhausmarkt gekennzeichnet durch rasche Marktanpassungsprozesse, Fusionen, einen Zusammenschluss in Klinikverbundbetrieben und einen verstärkten Spezialisierungstrend. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen ermöglichen es den Krankenhäusern in Zeiten sinkender Patientenverweildauer, engmaschiger Fehlbelegungsprüfungen und existenzbedrohender Bettenreduzierung⁸²⁵, dieser Entwicklung zu begegnen und die Versorgung der Patienten an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu optimieren und sich aktiv in ein MVZ einzubringen. Im Fokus der Entwicklung steht für alle Beteiligten (Leistungserbringer, Patienten) die enge Zusammenarbeit in Netzwerken, wodurch Rationalisierungsreserven durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und einer doppelt vorgehaltenen Infrastruktur mobilisiert und Verbesserungen beim Schnittstellen-Management erzielt werden sollen.⁸²⁶ Krankenhäuser haben aufgrund der rechtlichen Bestimmungen die Möglichkeit, einzelne Versorgungsbereiche auszulagern und in einem MVZ einzubringen.⁸²⁷ Dafür bieten sich nach allgemeiner Auffassung insbesondere die Bereiche „Radiologie“, „Rehabilitation“, „Anästhesie“ sowie Teile der Endoskopie an, die nach ihrer Ausgliederung sowohl niedergelassenen Ärzten als auch dem Medizinischen Versorgungszentrum zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung stehen.⁸²⁸ Dadurch lassen sich Medizinische Versorgungszentren für

⁸²⁴ Vgl. Benemann (ohne Datum (a)).

⁸²⁵ Vgl. Altendorfer (2005).

⁸²⁶ Vgl. Clade (2004a), S.A 1634.

⁸²⁷ Die Vorteile eines von einem Krankenhaus gegründeten MVZ bestehen darin, dass das Krankenhaus die vor- und nachstationäre Versorgung und Behandlung der Patienten besser steuern und seine Ressourcen auch ambulant nutzen kann (Vgl. o.V. (2005e)).

⁸²⁸ Vgl. Schmeisser (2004).

Krankenhäuser sowohl zur Verbesserung der Erlössituation als auch zur Effizienzsteigerung und damit zur Optimierung der eigenen Kostensituation nutzen. Der Krankenhaussektor wird durch die Gründung von MVZ gestärkt, da niedergelassene Ärzte in ihrer Funktion als Einweiser im Rahmen eines MVZ an ein Krankenhaus gebunden und auf diese Weise Patientenströme gesichert und gesteuert werden können.⁸²⁹ Damit jedoch die Patienten ein unter der Federführung eines Krankenhauses neu eingerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum akzeptieren, ist es wichtig, dass sich niedergelassene Ärzte aktiv am Leistungsgeschehen des Versorgungszentrums beteiligen.⁸³⁰ Weil für Patienten das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt wichtiger ist als die potentielle Anbindung eines neuen Versorgungszentrums an ein Krankenhaus, werden die Patienten ihrem Arzt nur folgen, wenn dieser aktiv in das Medizinische Versorgungszentrum integriert wird.⁸³¹

Als erster privater Klinikkonzern hat das Rhön-Klinikum in Deutschland ein MVZ gegründet. In dem Rhön-eigenen MVZ arbeiten Ärzte vier verschiedener Fachrichtungen zusammen. Die Gründung des MVZ und die Entscheidung der Klinikverantwortlichen, zwei Urologen, einen Augenarzt und einen Gynäkologen in das krankenhauseigene MVZ aufzunehmen, ist als Ergänzung des bestehenden stationären Leistungsspektrums zu sehen⁸³² und nicht als Konkurrenz für die Hausärzte zu verstehen: „Das MVZ ist nicht die verlängerte Werkbank des Rhön-Klinikums – und es ist auch keine Einweisungsmaschine. Deshalb suchen wir keine Allgemeinärzte, Praktiker oder Hausarzt-Internisten“, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Rhön-Konzern Gerald Meder.⁸³³

Der Strategieschwerpunkt des Helios-Konzerns in Bezug auf die Medizinischen Versorgungszentren liegt in einem ersten Schritt auf einer engen, kooperativen Anbindung der niedergelassenen Ärzte an die Krankenhäuser. Ziel dieser Strategie ist es, die Zusammenarbeit mit Vertretern des ambulanten Sektors vertrauensvoll auszubauen und gemeinsam Konzepte für bessere und integrierte Behandlungsprozesse zu entwickeln. Darauf aufbauend lassen sich gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten Versorgungszentren gründen, die aus Sicht des Klinikkonzerns eine noch engere und fachübergreifende Abstimmung der Prozesse zwischen den beiden Versorgungssektoren zu ermöglichen.⁸³⁴

Ende 2004 waren von den in Deutschland zugelassenen 70 MVZ nur 11% von Krankenhäusern gegründet worden. Dieser Anteil erhöhte sich bis Ende März 2005 bereits auf 18% (von 121 MVZ).⁸³⁵

⁸²⁹ Vgl. Flintrop (2005), S.A 1562. Nach allgemeiner Auffassung stellen MVZ für niedergelassene Ärzte keine Bedrohung dar. Als Einweiser sind niedergelassene Ärzte für jedes Krankenhaus überlebenswichtig. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass Krankenhäuser MVZ ohne Beteiligung der einweisenden Haus- und Fachärzte gründen werden. Vgl. hierzu: Lehnen (2004).

⁸³⁰ In der Regel darf sich ein Krankenhaus der Einweisungstreue des eigenen MVZ sicher sein. Wird jedoch ein Versorgungszentrum von den nicht beteiligten niedergelassenen Ärzten als Konkurrenz empfunden, dann besteht die Gefahr, dass das Krankenhaus einen Teil seiner Einweiser verliert. (o.V. (2005e)). Deswegen ist die Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die Planung und Gründung eines krankenhauseingetragenen MVZ absolut imperativ (Vgl. o.V. (2005f)).

⁸³¹ Vgl. Benemann (ohne Datum (b)).

⁸³² „Lukrativ ist die Gründung eines MVZ vor allem für Krankenhäuser, die ihr Leistungsangebot auf den vor- und nachgelagerten Bereich erweitern können.“ (Spiro (2005), A-1638).

⁸³³ o.V. (2005d).

⁸³⁴ Vgl. Benemann (ohne Datum (b)); Vgl. hierzu auch: Prinz (2005).

⁸³⁵ Vgl. Spiro (2005), S.A 1638. Eine Zusammenstellung aller MVZ in Deutschland stellt das BMG auf seiner Homepage zur Verfügung (<http://www.die-gesundheitsreform.de>).

Abb. 47 fasst die Vor- und Nachteile eines MVZ exemplarisch zusammen.

Pro und Contra MVZ	
<p>Contra</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investitionskosten ▪ ggf. Praxisumzug ▪ Patientenverlust ▪ Reduktion der Fallzahl durch Schnittmenge ▪ große/kleine Schnittmenge ▪ Fallpunktzahldurchschnitt kann sinken ▪ Widerstände und Anfeindungen durch nicht beteiligte Vertragsärzte ▪ Amortisation von hohen Anfangsinvestitionskosten in Verbindung mit der Gründung eines MVZ nicht zwingend gesichert ▪ Mangel an vergangenheitsbezogenen Erfahrungswerten im Umgang mit dieser neuen Versorgungsform 	<p>Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimierung der Organisationsabläufe ▪ Verzahnung verschiedener Fachgebiete („Versorgung aus einer Hand“, Etablierung als Kompetenzzentrum, Nutzung von Kooperationsvorteilen) ▪ Kostenreduktion durch gemeinsam genutzte Ressourcen ▪ Erhöhung der Fallpunktzahl durch EBM 2000plus ▪ Erhöhung der Ordinationsziffer der EBM 2000plus ▪ Ausgleichsmechanismen in den Kontingenten ▪ Attraktivitätssteigerung für den Patienten ▪ Abgestimmte Behandlung (Behandlungspfade) ▪ Geringes wirtschaftliches Risiko für angestellte Ärzte ▪ Flexibel Arbeitszeitmodelle im MVZ für angestellte Ärzte ▪ Anspruch auf Zulassung als niedergelassener Arzt nach 5 Jahren Tätigkeit im MVZ ▪ Erweiterte Marketingmöglichkeiten ▪ Effizienzsteigernde Spezialisierungen einzelner Ärzte im Rahmen des MVZ ▪ Zeitersparnis für die Patienten durch kurze Wege zwischen den einzelnen Leistungserbringern ▪ Entlastung des medizinischen Personals von Verwaltungsaufgaben

Abbildung 47: Pro und Contra MVZ⁸³⁶

5. Ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V)

Die Öffnung der Krankenhäuser wurde mit der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes weiter vorangetrieben. Hinter dieser Öffnung steht die Intention des Gesetzgebers einer besseren Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors an einer entscheidenden Schnittstelle.⁸³⁷ Seit der Einführung des § 115 b SGB V haben Krankenhäuser die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen und unmittelbar mit den Krankenkassen abzurechnen.⁸³⁸ Dafür haben die Selbstverwaltungspartner (DKG, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Spitzenverbände der GKV) einen Vertrag nach § 115 b SGB V geschlossen, der die Schnittstellen zwischen der ambulanten und stationären Leistungserbringung bei den ambulanten Operationen und den stationärsersetzenden Leistungen exakter als bisher definiert.⁸³⁹ Der Vertrag enthält einen Katalog mit ca. 300 Operationen, die gemäß dieser Vereinbarung nun auch von Ärzten im Krankenhaus im Rahmen der ambulante Leistungserbringung ausgeführt werden dürfen.⁸⁴⁰ Die ambulanten Leistungen können von jedem Krankenhaus ohne Mengenbegrenzungen erbracht werden. Die ambulante Operation im Krankenhaus soll in der

⁸³⁶ Eigene Darstellung in Anlehnung an Redaktionsbüro GESUNDHEIT (o. Datum), S.2; KVB (2005), S.6ff. und Spiro (2005), S.A 1638.

⁸³⁷ Vgl. Köhler (2003), S.A 2338.

⁸³⁸ Vgl. Roths, Volkmer, Korthus (2005), S.571.

⁸³⁹ Vgl. Köhler (2003), S.A 2338.

⁸⁴⁰ Vgl. Köhler (2003), S.A 2338.

Regel zwar auf eine vertragsärztliche Überweisung hin erfolgen. Allerdings ist die Einhaltung dieser Regelung nicht zwingend notwendig.⁸⁴¹

Die Entscheidung, ob eine Operation in einer Praxis oder in einem Krankenhaus durchgeführt werden soll, bleibt dem Markt überlassen.⁸⁴² Dafür ist es allerdings notwendig, dass gleiche Leistungen gleich honoriert werden.⁸⁴³ Der Vertrag zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung der Patienten zu sichern und Kooperationen zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu fördern, einschließlich der Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.⁸⁴⁴ Um Missverständnissen vorzubeugen, hat das Bundessozialgericht in einem Urteil geklärt, wann ein ambulanter Eingriff des Krankenhauses vorliegt. Demnach wird ein operativer Eingriff „ambulant“ im Sinne des § 115 b SGB V durchgeführt, wenn der betreffende Patient weder die Nacht vor noch die Nacht nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringt.⁸⁴⁵ Somit ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach dem Operationstag und einem einmaligen Kontakt mit dem Operateur und mit der Entlassung des Patienten am selben Tag abgeschlossen.⁸⁴⁶ Die Nachbehandlung des Patienten übernimmt in Abstimmung mit dem Krankenhaus der niedergelassene Arzt, in der Regel der Haus- oder Facharzt. Die damit eingeschränkte Möglichkeit zur post-operativen Betreuung und Nachbehandlung des Patienten durch den Krankenhausarzt bedingt eine gute Kommunikation und Kooperation zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Arzt.⁸⁴⁷

6. Belegarztwesen (§ 121 SGB V)

Ein „Klassiker“ der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt stellt das Belegarztwesen dar.⁸⁴⁸ Das Sozialgesetzbuch ermöglicht es niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Belegarztvertrags⁸⁴⁹, dass sie ohne eine feste Anstellung am Krankenhaus ihre Patienten trotzdem

⁸⁴¹ Vgl. Rochell, Bunzemeier, Roeder (2004), S.269f.

⁸⁴² Ein Krankenhausarzt ist verpflichtet, bei Eingriffen, die im Katalog ambulant durchführbarer Operationen aufgelistet sind und die er stationär vornimmt, Gründe zu benennen, die eine stationäre Durchführung rechtfertigen. Vgl. Radas (2004), S.A 1000.

⁸⁴³ Vgl. Krüger (2004). Der am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Vertrag nach § 115 b SGB V stellt Krankenhäuser und Vertragsärzte der entsprechenden Fachrichtung ausdrücklich vergütungstechnisch gleich (Vgl. Rochell, Bunzemeier, Roeder (2004), S.272). Seit dem 1. April 2005 werden ambulante Operationen in der Praxis wie in Krankenhäusern auf der Grundlage des neuen EBM vergütet. Sachkosten, die weder durch die Zahlungen für den Praxisbedarf noch durch Kostenpauschalen des Kapitels 40 im EBM gedeckt sind, werden den Kliniken durch einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 7% auf die gesamte Honorarsumme vergütet. Vgl. Rieser (2005), S.A 1034.

⁸⁴⁴ Vertrag nach § 115 b Abs 1 SGB – Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus, S.1 (im Internet abrufbar unter <http://www.kvno.de/importiert/amopvertrag.pdf>).

⁸⁴⁵ Vgl. Berner (2005) S.A 1080; Bundessozialgericht, Urteil vom 8. September 2004, Az.: B 6 KA 14/03 R.

⁸⁴⁶ Vgl. Radas (2004), S.A 1002.

⁸⁴⁷ Vgl. Radas (2004), S.A 1004.

⁸⁴⁸ Wagener (1997), S.171. Vgl. zu dieser Thematik: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (1994).

⁸⁴⁹ Vgl. zu den Bestandteilen des Belegarztvertrages: Bergmann (1994), S.75ff.

stationär oder teilstationär behandeln können.⁸⁵⁰ Bei dieser Organisationsform tritt eine Aufgabenspaltung auf, da der Patient die erforderlichen Leistungen von unterschiedlichen Leistungsanbietern erhält.⁸⁵¹ Die Sicherstellung und Erbringung liegt ausschließlich im Verantwortungsbereich des als Belegarzt tätigen niedergelassenen Arztes.⁸⁵² Dagegen kümmert sich das Krankenhaus im Rahmen des Belegarztwesens um die Sicherstellung der Pflege, Unterbringung und Verpflegung sowie die Bereitstellung der für die ärztliche Behandlung notwendigen Räume und Einrichtungen.⁸⁵³ Die ärztlichen Leistungen, die Belegärzte erbringen, werden nicht vom Krankenhaus vergütet, sondern von den behandelnden Ärzten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen direkt abgerechnet.⁸⁵⁴ Für die Nutzung von Räumlichkeiten und des Personals des Krankenhauses entrichten die Belegärzte entsprechende Beträge an das Krankenhaus.⁸⁵⁵

Belegkliniken bieten Patienten viele Vorteile, insbesondere die Behandlung durch erfahrene Fachärzte. Diese behandeln ihre Patienten in der Regel bereits vor dem stationären Aufenthalt in ihrer Praxis in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Nach der Entlassung der Patienten aus der Klinik kann die ambulante Behandlung lückenlos bei demselben Arzt fortgesetzt werden. Dies verhindert Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.⁸⁵⁶

7. Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137 f SGB V)

7.1. Novellierung des Risikostrukturausgleichs

Im Zuge der Neuordnung des Risikostrukturausgleichs (RSA) hat sich der Gesetzgeber entschlossen, Maßnahmen zur Überwindung struktureller und prozessualer Defizite in der Versorgung chronisch Kranker und zur Verhinderung von Risikoselektion durch die derzeit geltenden RSA-Regelungen zu ergreifen.⁸⁵⁷ Durch eine gezielte Förderung von strukturierten Behandlungsprogrammen möchte er die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Prävention, Selbsthilfe, Behandlung und Rehabilitation chronisch Kranker schaffen und die unerwünschte Varianz in der Versorgung dieser Patientengruppe minimieren.⁸⁵⁸ Mit der Novellierung des RSA sollen deutliche Anreize für die gesetzlichen Krankenkassen geschaffen werden, auf der Basis von Disease Management strukturierte Versorgungsprogramme anzubieten.⁸⁵⁹ Mit dem Gesetz zur Änderung des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die gezielte Förderung von Disease-Management-Programmen sowie die Berücksichtigung erhöhter standardisierter Leistungsausgaben im RSA für Versicherte in akkreditierten Programmen gesetzlich ver-

⁸⁵⁰ Vgl. § 121 SGB V.

⁸⁵¹ Wagener (1997), S.171.

⁸⁵² Vgl. Bergmann (1994), S.81.

⁸⁵³ Vgl. Wagener (1997), S.171; Ratajczak (1994), S.29f.

⁸⁵⁴ Vgl. Flintrop (2003b), S.A 2972.

⁸⁵⁵ Vgl. Flintrop (2003b), S.A 2972.

⁸⁵⁶ Vgl. Klinik Rotes Kreuz Frankfurt am Main (2005), S.5.

⁸⁵⁷ Vgl. Straub (2002).

⁸⁵⁸ Vgl. Straub (2002).

⁸⁵⁹ Vgl. Müller de Cornejo (2002).

ankert worden.⁸⁶⁰ Nach Ansicht des Gesetzgebers werden diese in der Lage sein, bestehende Fehlsteuerungen durch den RSA zu korrigieren⁸⁶¹ und für eine qualitative Verbesserung der regelhaften Versorgung eines bestimmten Krankheitsbildes sorgen.⁸⁶² Patienten, Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen werden in Zukunft verstärkt und kontinuierlich zusammenarbeiten müssen, um die Erwartungen des Gesetzgebers zu erfüllen und die individuelle Lebensqualität des Patienten zu steigern.

Der RSA verfolgt den Zweck, im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung zu verhindern, dass Krankenkassen mit einer ungünstigen, weil teuren Versicherungsstruktur finanziell benachteiligt werden. Unterschiedliche Mitgliederstrukturen etwa durch den Altersaufbau der Versichertengemeinschaft sollen durch Transferzahlungen von Krankenkassen, deren Versicherte entweder hohe Beiträge bezahlen oder nur geringe Leistungsausgaben verursachen, ausgeglichen werden.⁸⁶³ Als Kriterien zur Bestimmung der Ausgleichshöhe dienten bisher ausschließlich demographische Versichertenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Invalidität, Einkommensunterschiede und Familienversicherung des Beitragszahlers. Die Schwächen des RSA in seiner bisherigen Form liegen somit auf der Hand. Seine demographisch geprägte Bemessungsgrundlage bildet die Morbidität der Versicherten und damit verbunden das Risiko für Leistungsausgaben nur unzureichend ab. Für den RSA in seiner ursprünglichen Form spielt ein Unterschied in der Morbidität keine Rolle.⁸⁶⁴ Krankenkassen erhalten für Versicherte mit hohen Leistungsausgaben⁸⁶⁵ im RSA nur die durchschnittlichen Kosten von gleichaltrigen Versicherten und nicht die tatsächlichen Ausgaben gutgeschrieben.⁸⁶⁶ Patienten mit chronischen Erkrankungen sind für die Kostenträger äußerst unattraktiv und ohne entsprechende Adaptionen im RSA ein unkalkulierbares Kostenrisiko, da die Ausgleichszahlungen die Ausgaben für die Versorgung chronisch Erkrankter nicht kompensieren und für die Krankenkassen wegen der fehlenden Differenzierung der Transferbeträge ein betriebswirtschaftliches Risiko darstellen. Ein Anreiz, für verbesserte Qualitätsstandards in der Versorgung chronisch Kranker zu sorgen und langfristig die Voraussetzungen für einen kosteneffizienten Behandlungsprozess zu schaffen, besteht nicht. Chronisch kranke Versicherte nehmen damit bei den bisherigen RSA-Regelungen eine Außenseiterrolle ein.

Charakteristisch für Patienten mit chronischen Erkrankungen ist die Tatsache, dass sie über einen längeren Zeitraum mit der selben Erkrankung auffällig werden (Kontinuität)⁸⁶⁷ und damit an krankheitsbedingten Einschränkungen ihrer Lebensqualität leiden und einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung bedürfen. Chronische Krankheiten treten in der Regel bezüglich Risikofaktoren, Alter und Geschlecht nach dem gleichen Muster auf. Ihre Behandlung erfolgt stets mit vergleichbaren Methoden und ist auf einen langwierigen Krankheitsverlauf hin ausgelegt. Je nach Schwere und Verlauf einer Erkrankung kommt der Patient während seiner Erkrankung mit verschiedenen Leistungsanbietern im

⁸⁶⁰ Vgl. Lauterbach (2002a), S.39.

⁸⁶¹ Vgl. Fiedler (2002).

⁸⁶² Vgl. Abholz, Berger (2002), S.90.

⁸⁶³ Vgl. Müller de Cornejo, Hoyer, Baas (2002), S.6.

⁸⁶⁴ Vgl. Fiedler (2002).

⁸⁶⁵ Dazu gehören Patienten mit chronischen Erkrankungen (Vgl. Lauterbach, Stock (2001c), S.8).

⁸⁶⁶ Vgl. Lauterbach, Stock (2001b), S.C 1548.

⁸⁶⁷ Vgl. Gerste, Niemeyer, Lauterberg (2000), S.68.

deutschen Gesundheitssystem in Berührung. Er durchläuft im System die zum Teil unsichtbaren und zum Teil sichtbaren Trennlinien zwischen Allgemein- und Fachärzten, zwischen ambulanter und stationärer Medizin sowie zwischen kurativer Medizin und Rehabilitation.⁸⁶⁸

Das BMGS ist zu der Überzeugung gekommen, dass mit dem bestehenden Strukturausgleich eine medizinisch optimale und kosteneffektive Behandlung chronisch Kranker nicht gewährleistet und eine Reform des RSA geboten ist. Mit der Neugestaltung des RSA schlägt der Gesetzgeber neue Wege in der Versorgung chronisch Kranker ein und schafft durch die Koordination der unterschiedlichen Behandlungsebenen die Voraussetzungen für mehr Leistungsgerechtigkeit und Kostenstabilisierung.

Herzstück der RSA-Reform sind die Disease-Management-Programme (DMP), deren Implementierung die Rahmenbedingungen für eine verbesserte, strukturierte und kosteneffiziente Versorgung chronisch Kranker schaffen und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Therapeuten und Versorgungseinrichtungen sektorenübergreifend optimieren.⁸⁶⁹ Geht es nach dem Willen des Gesetzgebers, bilden die in DMP eingeschriebenen Versicherten künftig eine eigene Versichertengruppe innerhalb des RSA, wobei die höhere Ausgabenbelastung für Kassen mit überdurchschnittlich vielen chronisch erkrankten Patienten auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben für die jeweilige Versichertengruppe im RSA berücksichtigt wird.⁸⁷⁰ Krankenkassen mit jüngeren und gesunden Mitgliedern sollen einen höheren Anteil in den gemeinsamen Topf des RSA zahlen als Kassen mit überwiegend alten und kranken Versicherten. Aus dem Pool wird dann den Krankenkassen, die viele ihrer Versicherten in DMP eingeschrieben haben, ein höherer finanzieller Ausgleich bezahlt.⁸⁷¹ Somit werden Krankenversicherungen mit einem hohen Anteil chronisch Kranker durch die Reform des RSA begünstigt und erhalten den Regelungen des Gesetzes entsprechend ihre finanziellen Zusatzbelastungen durch erhöhte standardisierte Leistungsausgaben für Chroniker kompensiert. Gleichzeitig wird ihnen der Anreiz genommen, durch die Erstattung der durchschnittlichen Kosten für chronisch Kranke, die in DMP eingeschrieben sind, Risikoselektion zu betreiben und ausschließlich junge und gesunde Mitglieder zu versichern. Die Koppelung der RSA-Transfers an die Durchführung qualitativ hochwertiger Behandlungsprogramme soll für die Krankenkassen positive Anreize setzen, Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronischen Erkrankungen gezielt zu vermeiden⁸⁷² und bei bislang unattraktiven Risikogruppen Finanzmittel zur Verbesserung der Versorgungsqualität einzusetzen.⁸⁷³

⁸⁶⁸ Vgl. Tacke, Lauterbach (1997), S.157.

⁸⁶⁹ Während die Regelungen zur Integrierten Versorgung die rechtlichen Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Versorgung der Patienten schaffen, erfüllt Disease Management den medizinischen Anspruch einer umfassenden, interdisziplinären Patientenversorgung.

⁸⁷⁰ Vgl. Schulte (2002).

⁸⁷¹ Vgl. Rüter (2001), S.C 2379.

⁸⁷² Vgl. Fiedler (2002).

⁸⁷³ Vgl. Stillfried (2002b).

7.2. Implementierung von Disease-Management-Programmen

7.2.1. Begriffsdefinition

Ein Blick in Literatur zeigt, dass die definitorischen Ansätze und Auffassungen von „Disease Management“ sehr zahlreich und differenziert sind und eine allgemein verbindliche und eindeutige Definition des Begriffes bisher nicht vorhanden ist. Aus der Vielzahl von Definitionsansätzen und Prämissen,⁸⁷⁴ die sich je nach Betrachtungsweise hinsichtlich der Ziele, Elemente und Organisationsformen von Disease Management unterscheiden, lässt sich eine Entwicklung des Begriffes nachzeichnen. Diese geht von bestimmten Rahmenbedingungen aus, innerhalb derer Instrumente wie Best Practice, Case-Management oder die Beeinflussung des ärztlichen Verhaltens Anwendung finden und kontinuierlich evaluiert werden. Vereinfacht ausgedrückt handelt es sich bei Disease-Management-Programmen (Disease = Krankheit; Management = Führung, Koordination) um Behandlungs- und Betreuungsprozesse für Patienten mit chronischen Erkrankungen, die mit dem Ziel implementiert werden, standardisierbare Versorgungsabläufe indikationsbezogen zu optimieren.⁸⁷⁵ Den meisten Definitionen ist die Grundannahme gemeinsam, dass ein koordinierter, sektorenübergreifender Versorgungsansatz in Form strukturierter und möglichst evidenzbasierter Behandlungsprogramme primär die Qualität, aber auch die Kostenfolgen der Gesundheitsversorgung bei einer bestimmten Krankheit positiv beeinflussen kann.⁸⁷⁶ DMP zeichnen sich durch eine Kombination von Patientenschulungen, Einsatz evidenzbasierter Leitlinien, Erinnerungssystemen für Ärzte und Patienten zu wichtigen Laboruntersuchungen und den Einsatz entscheidungsunterstützender Systeme aus und verbessern die Koordination der Behandlungen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor.⁸⁷⁷

Die folgende Definition berücksichtigt neben den unterschiedlichen Sichtweisen auf den Begriff „Disease Management“ auch die Anforderungen des Sozialgesetzbuches⁸⁷⁸ an strukturierte Behandlungsprogramme und stellt eine konsensfähige Begriffsdefinition dar:⁸⁷⁹

„Disease Management ist eine umfassende und integrative medizinische Versorgungsform, die die klinischen, patientenorientierten und ökonomischen Ergebnisse von Prozessen in der Medizin bezogen auf einzelne Erkrankungen oder Symptomenkomplexe zur Steuerung der Ressourcen einsetzt. Durch Erfassung und Auswertung dieser populationsbezogenen Daten der medizinischen Versorgung sollen Leitlinien erstellt und angewendet werden. Ein kontinuierliches Monitoring von Prozessen, Ergebnissen und Leitlinien soll zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Ergebnisse der medizinischen Versorgung führen.“

Bei DMP handelt es sich somit um einen Ansatz zur Vereinheitlichung des Vorgehens bei einer Erkrankung mit dem Ziel, den Durchschnitt der Behandlungsergebnisse anzuheben und dadurch die Qualität zu steigern.⁸⁸⁰

⁸⁷⁴ Vgl. Neuffer (1996), S.52f.; Deuser (1999), 44f.; Disease Management Association of America (2002).

⁸⁷⁵ Vgl. Nissen (2003).

⁸⁷⁶ Vgl. Ollenschläger, Herholz (2002).

⁸⁷⁷ Vgl. Müller de Cornejo, Hoyer, Baas (2002), S.4.

⁸⁷⁸ Vgl. § 137 f Abs. 2 SGB V.

⁸⁷⁹ Vgl. Tacke, Lauterbach (1997), S.159.

7.2.2. Zielsetzung strukturierter Behandlungsprogramme

Zu den Zielen dieses integrativen Ansatzes gehören die substantielle Verbesserung der Versorgungsqualität und die Sicherung von Kosteneffektivität des Behandlungsprozesses durch ein optimiertes Management chronischer Krankheiten.⁸⁸¹ Nicht nur die leistungsorientierte Verzahnung verschiedener Versorgungseinrichtungen, sondern auch die Strukturierung der ärztlichen Tätigkeit unter Einschluss einer ergebnisorientierten Einflussnahme auf den Patienten sollen für einen optimalen Einsatz der vorhandenen Ressourcen sorgen⁸⁸² und die Voraussetzungen für eine die kontinuierliche Qualitätsverbesserung und Kostenstabilisierung bei der Versorgung chronisch Kranker schaffen. Disease Management zeichnet sich durch seine evidenzbasierte Gestaltung und die verbesserte Koordination der Versorgung chronisch Erkrankter durch ein multidisziplinäres Team aus Spezialisten und Primärversorgern aus.⁸⁸³ Es handelt sich dabei um ein Steuerungsinstrument, das sämtliche Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens über den ganzen Krankheitsverlauf hinweg koordinieren soll,⁸⁸⁴ um die Kosten der Behandlung zu senken und gleichzeitig die Qualitätsstandards in der Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern.⁸⁸⁵ Evidenzbasierte Therapieinhalte sollen flächendeckend eingeführt werden und zu einer systematischen Verbreitung und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien führen.⁸⁸⁶

Disease Management ist ein systematischer Ansatz, der sich auf den erkrankten Patienten beziehungsweise die Krankheit als Managementeinheit konzentriert und dabei Qualitäts- und Kostenaspekte sowie die Zufriedenheit des Patienten in den Mittelpunkt stellt und dadurch die bestehende Segmentierung im Gesundheitswesen überwindet.⁸⁸⁷ Meist sind mehrere Behandlungsstrategien gemeinsam für eine erfolgreiche Prävention, Behandlung oder Rehabilitation erforderlich, so dass nach Ansicht von Nachtigäller in der Regel ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungskonzept erforderlich ist, das sektorenübergreifend angelegt ist⁸⁸⁸ und alle Leistungsbereiche koordinierend zusammenführt. Somit stellt Disease Management auf der Basis der Integrierten Versorgung ein neues Konzept zur funktionsübergreifenden Steuerung der Behandlung von Krankheiten, zur Optimierung der Resultate und zur effektiven Verwendung der Ressourcen dar.⁸⁸⁹ Durch Disease-Management-Programme gelangen neue Impulse in das Behandlungsgeschehen.⁸⁹⁰

⁸⁸⁰ Vgl. Häussler, Glaeske, Gothe (2002).

⁸⁸¹ Der Leitgedanke von Disease Management ist die longitudinale, prozessorientierte Sicht auf eine Krankheit und die Krankheitsgeschichte eines Patienten über alle organisatorischen Leistungserbringergrenzen hinweg. (Vgl. Szathmary (1999), S.299).

⁸⁸² Vgl. Häussler, Glaeske, Gothe (2001), S.31.

⁸⁸³ Vgl. Kugler, Geraedts (2000), S.48.

⁸⁸⁴ Vgl. Neuffer (1996), S.53.

⁸⁸⁵ „Angestrebt wird ein Gesamtverständnis der Krankheit, basierend auf ihrer wirtschaftlichen Struktur, ihren Behandlungsabläufen und kritischen Schnittstellen.“ (Vgl. Neuffer (1996), S.54).

⁸⁸⁶ Vgl. Lauterbach (2002a), S.43.

⁸⁸⁷ Vgl. Neuffer (1996), S.53.

⁸⁸⁸ Vgl. Nachtigäller (2002).

⁸⁸⁹ Vgl. Greulich, Berchthold, Löffel (2000), S.27.

⁸⁹⁰ Vgl. Häussler, Glaeske, Gothe (2002).

7.2.3. *Komponenten von DMP*

7.2.3.1. *Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien*

Ein wichtiges Instrumenten im Disease Management gehört die Evidenzbasierung der Therapieentscheidung, wobei Sackett et al. in einer evidenzbasierten Medizin (EBM) die gewissenhafte, explizite und vernünftige Anwendung der besten medizinischen Informationen in der täglichen klinischen Entscheidungsfindung sehen.⁸⁹¹ Da die hohen Folgekosten in der Versorgung chronisch Kranker in der Regel durch Leistungen verursacht werden, deren Wirksamkeit nicht gesichert ist,⁸⁹² erscheint der Einsatz von Leitlinien bei chronischen Krankheiten auf Grund ihrer Prävalenz und ihren potentiellen Versorgungsdefizite besonders aussichtsreich. DMP sollen den nach den jeweiligen aktuellen Erkenntnissen besten Standard der Behandlung sichern, wofür auf der Basis internationaler Forschungsergebnisse Behandlungsleitlinien zu entwickeln sind. Evidenzbasierte Leitlinien, die erstmals durch die GKV-Gesundheitsreform eine Legalfunktion erhielten⁸⁹³ und die – wie eine Arbeit von Grimshaw et al. zeigt – zu einer Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung beitragen,⁸⁹⁴ spezifizieren die zu erbringenden Leistungen (Art des Leistungserbringers, Umfeld, etc.) an Hand wissenschaftlich fundierter und praxisorientierter Erkenntnisse und haben im Rahmen des Behandlungsverlaufes eine entscheidungsunterstützende Funktion („shared decision-support system“)⁸⁹⁵ für den Arzt. Sie genießen Empfehlungscharakter⁸⁹⁶ und dienen dem behandelnden Arzt als Orientierungsrahmen für Fragen der Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation, wodurch die Varianz zwischen Behandlungsgewohnheiten so gering wie möglich ausfallen soll.⁸⁹⁷

Für die Leitlinien wird systematisch die publizierte medizinische Literatur an Hand des aktuellen Standes der praktischen, klinischen, diagnostischen und therapeutischen medizinischen Forschung ausgewertet, um die tatsächliche Wirksamkeit von Therapien und Maßnahmen zu konkretisieren. Sie überprüfen für jedes Instrument, das im Rahmen der Behandlungsprogramme eingesetzt werden soll, ob sein Einsatz zu einer signifikanten Verbesserung in der Ergebnis- bzw. in der Prozessqualität der Gesundheitsversorgung führt.⁸⁹⁸ Leitlinien wirken weder haftungsbefreiend, wenn der Arzt ihren Intentionen folgt und trotzdem einen Schaden verursacht, noch sind sie haftungsbegründend bei Nicht-

⁸⁹¹ Vgl. Sackett, Richardson, Rosenberg, Gray, Haynes (1996), S.71.

⁸⁹² Vgl. Lauterbach (2002a), S.5.

⁸⁹³ Vgl. § 137 e SGB V.

⁸⁹⁴ Vgl. Grimshaw, Russell (1993).

⁸⁹⁵ Vgl. Beyer, Gerlach, Szecsenyi, Fischer (1998), S.A 1014.

⁸⁹⁶ Sie haben ausschließlich Empfehlungscharakter und bedeuten keine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit. Die Entscheidungsfreiheit des Krankenhausarztes wird durch die Leitlinien nicht tangiert, da es sich dabei ausschließlich um Entscheidungshilfen handelt, die wissenschaftlich fundierte, praxisbezogene Erkenntnisse widerspiegeln und für die Routineversorgung von Chronikern in Standards zusammengefasst werden. Das ärztlich Handeln wird nach wie vor bestimmt durch das individuelle Können, die Erfahrung des Arztes sowie durch das Regelwissen, das sich zusammensetzt aus den unterschiedlichsten Informationen und das letztlich die Grundlage für die konkrete individuelle ärztliche Entscheidung ist. Sie sind unverbindlich und entbinden den Arzt nicht von seiner Verantwortung im Einzelfall (Vgl. Bauer (1998), S.163).

⁸⁹⁷ Vgl. Hansen (2002).

⁸⁹⁸ Vgl. Lauterbach (2002a), S.21.

befolgen ihrer Vorgaben.⁸⁹⁹ Als vielseitige und flexible Instrumente dienen sie in erster Linie der Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sowie der Vermin- derung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung. Sie unterstützen den behandelnden Arzt im Prozess der Entscheidungsfindung und tragen dazu bei, dass sich durch die Standardisierung der Behandlungsabläufe Qualitätsverbesserungen und Effizienzsteigerungen im Krankenhaus realisieren lassen. Indem das Krankenhaus und sein Personal die Vorgaben der „clinical pathways“ berücksichtigen, lassen sich stationäre Aufenthalte verkürzen und unnötige, da nicht indikationsbezogen, Untersuchungen verringern oder gar vermeiden. Nicht nur die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Patienten werden verbessert, sondern im Krankenhaus werden auch Kapazitäten freigesetzt, die zu einer stetigen Optimierung des Behandlungsprozesses und der –qualität eingesetzt werden können.

DMP sind mit der Zielsetzung eingeführt worden, die behandelnden Ärzte zu wissenschaftlich be- gründeten und ökonomisch angemessenen Vorgehensweisen zu motivieren, unnötige und überholte medizinische Maßnahmen sowie unnötige Kosten zu vermeiden, Versorgungsdefizite zu verhindern, optimale Behandlungsstrategien zu definieren und die Öffentlichkeit über die Notwendigkeit bestimm- ter ärztlicher Eingriffe zu informieren (Transparenz).⁹⁰⁰

Die knappe Zeitvorgabe des Gesetzgebers bei der Umsetzung der DMP hat dazu geführt, dass der eklatante Mangel an deutschen evidenzbasierten Leitlinien durch ausländische Behandlungsrichtlinien kompensiert werden muss. Die bloße Übernahme international bewährter Leitlinien ist grundsätzlich zwar möglich und wird in Deutschland auch praktiziert, wird aber von Experten als Fehler angesehen und auf Grund der Nichtberücksichtigung deutscher Behandlungsdaten abgelehnt: „Ohne Daten aus den Praxen der Hausärztinnen und Hausärzte und der mitbehandelnden Fachärzte und sonstigen Insti- tutionen in Deutschland sind Leitlinien in Deutschland nicht zu entwickeln.“⁹⁰¹ Therapieempfehlungen, die im Rahmen von DMP für die Behandlung der Zielgruppe maßgeblich werden sollen, müssen, um die nötige Akzeptanz von allen Beteiligten zu erhalten, ein Peer-Review-Verfahren mit den Fachge- sellschaften und den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden durchlaufen⁹⁰² und gleichzeitig Quali- tätskriterien wie beispielsweise Validität, Klarheit und klinische Flexibilität etc.⁹⁰³ erfüllen. Damit wird sichergestellt, dass die Meinungen aller Beteiligten bei der Entwicklung und Etablierung von deutschen evidenzbasierten Leitlinien berücksichtigt werden, die Implementierung von DMP erleich- tert wird, und die Qualität der Handlungsempfehlungen langfristig auf hohem Niveau erhalten werden kann.

7.2.3.2. *Qualitätssicherung*

Mit der Einführung strukturierter Behandlungsprogramme hat der Gesetzgebers die Rahmenbedingun- gen für die langfristige Sicherung der Versorgungsqualität und Kosteneffektivität geschaffen. Um

⁸⁹⁹ Vgl. Vosteen (1997), S.57ff.

⁹⁰⁰ Vgl. Bloch, Lauterbach, Oesingmann, Rienhoff, Schirmer, Schwartz (1997), S.A 2154.

⁹⁰¹ Vgl. Kossow, Mehl (2002).

⁹⁰² Vgl. Stillfried (2002a), S.C 526.

⁹⁰³ Vgl. zu den Qualitätskriterien: Lauterbach (2002a), S.101.

jedoch unter den gegebenen situativen Bedingungen ein Optimum an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Akzeptanz unter den Beteiligten herzustellen und den Erfolg dieses sektorenübergreifenden Konzeptes nicht zu gefährden, spielen neben koordinativen und integrativen auch qualitäts- und kontinuierlich sichernden Aspekte bei der Umsetzung der Programme eine wichtige Rolle. Um als Disease-Management-Programm im Sinne des Sozialgesetzbuches zugelassen zu werden, müssen die Programme der Krankenkassen den gesetzlich festgelegten Qualitätsanforderungen genügen.⁹⁰⁴ Die Anforderungen an die Qualitätssicherung, die die RSAV⁹⁰⁵ vorgibt, beinhalten Maßnahmen, die eine hohe Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten sicherstellen sollen.

Im Rahmen der Strukturqualität haben Ärzte, die als DMP-Ärzte im niedergelassenen Bereich an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen möchten, bestimmte Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen.⁹⁰⁶ Erst wenn sie diese gegenüber dem Initiator des Behandlungsprogramms (z.B. Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassenverbände) nachweisen, können sie in den Kreis der DMP-Ärzte aufgenommen werden. Als Nachweis zur Erfüllung der Vorgaben zur Strukturqualität dienen regelmäßige Besuche von Schulungen sowie die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und/oder Qualitätszirkeln.⁹⁰⁷ Für Krankenhäuser, die sich an der strukturierten Behandlung beteiligen wollen, können in den DMP-Verträgen ebenfalls Qualitätsanforderungen formuliert werden.⁹⁰⁸

Neben den Vorgaben zur Strukturqualität müssen alle DMP-interessierten Ärzte bestimmte Kriterien der Prozessqualität erfüllen und medizinische Inhalte bei der Behandlung von eingeschriebenen Versicherten berücksichtigen. Die Vorgabe medizinischer Behandlungskriterien basiert gemäß dem Sozialgesetzbuch auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien.⁹⁰⁹ Diese wurden in der RSAV veröffentlicht und sind als wesentlicher Bestandteil in alle DMP-Verträge zu übernehmen.⁹¹⁰ Neben Angaben zur Diagnostik, Basistherapie und zu medikamentösen Maßnahmen enthalten die Empfehlungen auch Informationen zu Begleit- und Folgeerkrankungen sowie zu Kooperationsmöglichkeiten der Versorgungssektoren.⁹¹¹

⁹⁰⁴ Vgl. § 137 f Abs. 2 SGB V.

⁹⁰⁵ Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) vom 03. Januar 1994 (BGBl. I, S.55) zuletzt geändert durch die Elfte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 22. Dezember 2004 (BGBl., S.3722) [im Folgendem RSAV].

⁹⁰⁶ Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR (2004), S.7.

⁹⁰⁷ Zu den Voraussetzungen der Teilnahme von niedergelassenen Ärzten an DMP-Verträgen siehe beispielhaft Anlage 2a des Vertrags zur Durchführung des DMP Brustkrebs Berlin: Krankenkassenverbände (ohne Datum).

⁹⁰⁸ Zu den Voraussetzungen der Teilnahme von Krankenhäusern an DMP-Verträgen siehe beispielhaft Anlage 1 des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V „Brustkrebs“ zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) und der KV Mecklenburg-Vorpommern (2004).

⁹⁰⁹ Vgl. § 137 f Abs. 2 SGB V.

⁹¹⁰ Zu den Vorgaben medizinischer Inhalte: Vgl. beispielhaft Anlage 1 zur RSAV.

⁹¹¹ Vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR (2004), S.9.

Zu den erklärten Intentionen der DMP gehört es, die Wirksamkeit der strukturierten Behandlung anhand definierter Qualitätsziele nachzuweisen. Dazu lassen sich die Qualitätsziele wie folgt festlegen:⁹¹²

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien (z. B. Vermeidung von Stoffwechsellstörungen, Senkung des Blutdrucks, Vermeidung von Folgekrankheiten im DMP Diabetes)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie (z. B. Gabe von Betablockern bei Patienten mit Zustand nach Myokardinfarkt unter Beachtung der Kontraindikationen im DMP Koronare Herzerkrankung)
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen (z. B. regelmäßige augenärztliche Untersuchung oder Mitbehandlung durch eine Fußambulanz im DMP Diabetes)
- Einhaltung der Anforderungen an die Strukturqualität (z. B. Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen der teilnehmenden Vertragsärzte in den DMP)
- Vollständigkeit, Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentation (z. B. Sicherstellung einer korrekten Einschreibung der Versicherten)
- aktive Teilnahme der Versicherten (z. B. Wahrnehmung der empfohlenen Schulungen im DMP Diabetes und DMP KHK).

Mit den Qualitätszielen werden messbare Indikatoren beschrieben, mit deren Hilfe sich die Zielerreichung der Behandlungsprogramme überprüfen lässt.⁹¹³

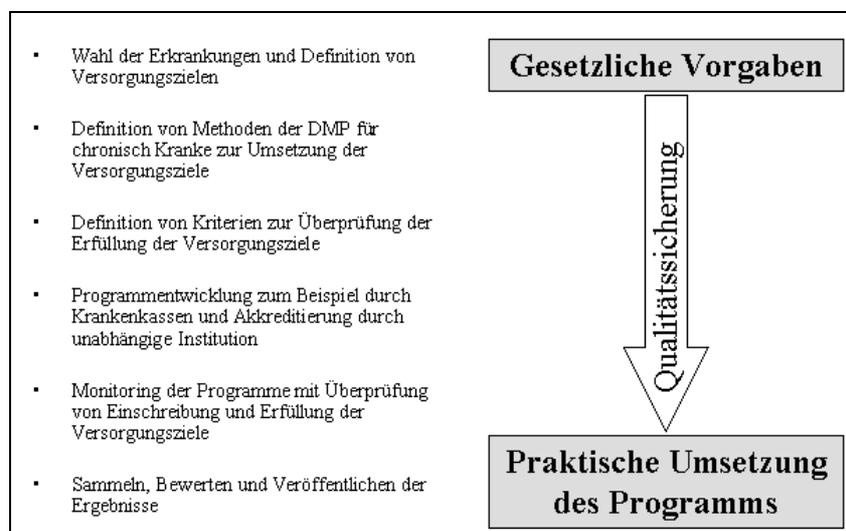


Abbildung 48: Qualitätssicherung bei Disease-Management-Programmen⁹¹⁴

⁹¹² Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR (2004), S.9.

⁹¹³ Das Ziel der Qualitätssicherung darf nicht ausschließlich darin bestehen, die Einhaltung der vorgeschriebenen Maßnahmen durchzusetzen. Vielmehr muss bei jedem vom Optimum abweichenden Ergebnis das gesamte Programmspektrum auf Schwachstellen hin untersucht werden (Szathmary (1999), S.238).

⁹¹⁴ Lauterbach, Stock (2001b), S.A 1937.

Ein weiterer Bestandteil der Qualitätssicherung in DMP-Verträgen sind Vorgaben zur Dokumentation von Behandlungsmaßnahmen. Gemäß der RSAV müssen alle niedergelassenen Ärzte den Behandlungsverlauf dokumentieren. Dafür legt der RSAV detailliert fest, welche Parameter in den DMP-Verträgen von den behandelnden Ärzten zu erheben sind. Dazu gehören administrative Daten des Versicherten und des DMP-Arztes, Daten zur Diagnosesicherung, zur Anamnese, zu aktuellen Befunden, zur gegenwärtigen Medikation, zu Schulungen und zur weiteren Behandlungsplanung.⁹¹⁵ Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil zur Erfassung der Behandlungsqualität und dient dem Arzt und dem Patienten als Informationsquelle.⁹¹⁶ Aus diesem Grund bildet die Schaffung neuer Informationsinfrastrukturen die Voraussetzung für die Durchführung eines Disease-Management-Programms.⁹¹⁷ **Abb. 48** fasst die Elemente der Qualitätssicherung bei Disease-Management-Programmen zusammen.

7.2.3.3. *Patientenschulungen*

Patientenschulungen dienen der Stärkung der Selbstmotivation und Eigenverantwortung des Patienten zu einer bewussten Lebensführung in Bezug auf die Erkrankung sowie der Compliance zur Unterstützung des Behandlungserfolges.⁹¹⁸ Mit der Einführung der Disease-Management-Programme haben alle eingeschriebenen Versicherten einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch auf Patientenschulungen.⁹¹⁹ Die Inhalte der angebotenen Schulungsprogramme müssen ebenfalls bestimmten Qualitätsanforderungen entsprechen. Zu den Zielen von Patientenschulungen gehören:⁹²⁰

- Erhöhung der so genannten Therapietreue unter der Annahme, dass das Befolgen empfohlener Verhaltensweisen und Behandlungen das Befinden, die Leistungsfähigkeit und die Krankheitsprognose verbessert,
- Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zum weitestmöglichen eigenständigen Umgang mit der Erkrankung unter der Annahme, dass durch die Einbeziehung des Patienten in Diagnose, Kontrolle und Behandlung der Behandlungserfolg erst ermöglicht wird.

Die Einbeziehung der Patienten in den Informations- und Entscheidungsprozess ist umso bedeutender, je eher es sich um Interventionen mit einem nicht eindeutigen oder individuell unterschiedlich bewertbaren Verhältnis zwischen Aufwand, Risiko und Nutzen handelt.⁹²¹

Die Patientenschulungsprogramme haben bestimmte Anforderungen zu erfüllen. Gemäß der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung müssen die Programme folgende Punkte erfüllen:⁹²²

⁹¹⁵ Zur Erst- und Folgedokumentation im Rahmen von DMP-Verträgen: Vgl. beispielhaft Anlage 2a zur RSAV.

⁹¹⁶ Vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR (2004), S.11.

⁹¹⁷ Vgl. Szathmary (1999), S.238.

⁹¹⁸ Schönle, Eversmann, Reinsberg (2002).

⁹¹⁹ Vgl. Bundesgesetzblatt (2001), S.3465.

⁹²⁰ Vgl. Küver, Mühlhauser, Beyer, Gerlach (2005), S.142.

⁹²¹ Vgl. Küver, Mühlhauser, Beyer, Gerlach (2005), S.143.

⁹²² Vgl. Bundesgesetzblatt (2003), S.560.

- zielgruppenspezifisches Schulungsangebot (die Zielgruppe, an die sich ein Schulungsprogramm richtet, muss klar festgelegt sein),
- strukturiertes Schulungskonzept,
- Evaluation der Wirksamkeit der Schulungsprogramme,
- Publikation der Schulungsprogramme und der Evaluationsergebnisse.

Alle Schulungsprogramme, die im Rahmen von Disease-Management-Programmen angeboten werden sollen, sind dem Bundesversicherungsamt (BVA) zur Genehmigung vorzulegen.⁹²³ Dadurch lässt sich nach Ansicht von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) eine gewisse Willkür der Krankenkassen bei der Ausgestaltung der Behandlungsprogramme verhindern.⁹²⁴ Erst die Genehmigung der Programme durch die BVA ermöglicht den Versicherten die Teilnahme an DMP. Mit diesen Regelungen wird im Bereich der Leistungsanspruchnahme für mehr Transparenz, Einbindung und Verantwortung der Patienten gesorgt.⁹²⁵

7.2.3.4. Evaluation der Programme

Die RSAV schreibt für alle DMP eine externe Evaluation vor.⁹²⁶ Zu den Bestandteilen der Evaluation gehören

- die medizinischen Verfahren, die im Rahmen der Disease-Management-Programme angewendet werden,
- die Qualität der Schulungen,
- die Einschreibekriterien der Versicherten in die Programme,
- die Kosten der Versorgung in den Programmen,
- die Akzeptanz der Programme unter den Patienten.⁹²⁷

Um Stärken und Schwächen der einzelnen Programme zu ermitteln, sind alle medizinischen Maßnahmen, die in den Programmen für die Behandlung der Patienten vorgesehen sind, in kontrollierten Untersuchungen mittels patientenrelevanter Merkmale zu evaluieren.⁹²⁸ Eine gründliche Evaluation der

⁹²³ Vgl. Zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes: <http://www.bundesversicherungsamt.de/>

⁹²⁴ Vgl. Richter (2001), S.C 2035.

⁹²⁵ Vgl. Lauterbach (2002a), S.20.

⁹²⁶ Zu den Anforderungen an die Evaluation eines strukturierten Behandlungsprogrammes: Vgl. § 28 g RSAV.

⁹²⁷ Schönle, Eversmann, Reinsberg (2002).

⁹²⁸ Vgl. Rabbata (2004), S.A 2852.

Behandlungsprogramme liefert allen Beteiligten wichtige Informationen über ihren medizinischen Nutzen.⁹²⁹

7.2.4. Akteure der Disease Management Programme

Alle Personen und Institutionen, die einen Beitrag für eine qualitäts- und kostenoptimale Behandlung chronischer Erkrankungen zu leisten in der Lage sind, bilden die Zielgruppe strukturierter Behandlungsprogramme. Neben den Leistungsnehmern (Patienten) gehören dazu auch die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen wie Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken. Insbesondere Einrichtungen der Integrierten Versorgung werden als in hohem Maße prädestiniert zur erfolgreichen Durchführung von DMP angesehen.⁹³⁰

Die primäre Zielgruppe bilden die Patienten, die von einer chronischen Erkrankung betroffen sind und deren Zustand sich durch konventionelle Behandlungsmethoden bisher nicht wesentlich verbessert hat. Die Einschreibung dieser Patientengruppe in DMP wird ermöglicht es, dass sich die Versorgung chronisch Kranker stärker auf Ärzte und Einrichtungen konzentriert, die über ausreichende Erfahrungen verfügen und die bereit sind, sich einer solchen Behandlungsphilosophie anzuschließen.⁹³¹ Mit Maßnahmen wie Compliance-Förderung, Vermeidung von häufigen Arztwechseln sowie einer gezielten Minimierung von Risikofaktoren durch präventive Vorsorgeleistungen sollen die betroffenen Patienten aktiv in die Behandlungsprogramme einbezogen und durch die Teilnahme an speziell an ihren Bedürfnissen ausgerichteten Schulungen für eine Mitwirkung am Behandlungsprozess sensibilisiert werden. Lauterbach spricht in diesem Zusammenhang von einer Stärkung des Patientenselbstmanagements.⁹³² Im Streben nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung und in der Erkenntnis, dass es ohne die Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Patienten nicht gehen wird,⁹³³ stärkt die Umsetzung von DMP somit den Präventionsaspekt und forciert die Integration der Patienten in die konkrete Therapieentscheidung.

Das Gesetz sieht vor, dass die Teilnahme der Versicherten an DMPn freiwillig erfolgt und von den Krankenkassen nicht verlangt werden kann.⁹³⁴ Voraussetzung für die Teilnahme an solchen Programmen ist, dass die Krankenkassen ihren Versicherten ausreichend über die geplante Standardisierung der Behandlungsprozessers und ihre Konsequenzen für die Behandlungsverläufe informieren. Dazu gehören Informationen über Ziele und Inhalte der Programme, Teilnahmevoraussetzungen, Mitwirkungspflichten und Aufgaben der Beteiligten sowie Antworten auf Fragen des Datenschutzes.⁹³⁵ Der Versicherte fällt auf der Grundlage dieser Informationen seine Entscheidung und erklärt schriftlich seine Einwilligung zur Teilnahme an koordinierten Behandlungsprogrammen. Seine Einwilligung in

⁹²⁹ Vgl. Rabbata (2004), S.A 2852; Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR (2004), S.14.

⁹³⁰ Jacobs, Schröder (2003), S.110.

⁹³¹ Vgl. Lauterbach (2002a), S.2.

⁹³² Vgl. Lauterbach, Stock (2001b), S.A 1936.

⁹³³ Vgl. Maus (2001), S.C 2370.

⁹³⁴ Vgl. § 137 f Abs. 3 SGB V.

⁹³⁵ Vgl. BMGS (2002).

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personen- und indikationsbezogener Daten bezieht sich ausschließlich auf Datenmaterial, das für die Quantifizierung der Kostenstruktur, der Erkrankung und der Therapieoptionen und somit für eine erfolgreiche Durchführung der Programme erforderlich ist.⁹³⁶ Die Kassen erhalten die Daten, die sie für ihre Aufgaben im RSA und zur Unterstützung der Betreuung der in DMP eingeschriebenen Versicherten benötigen, versicherten- und teilweise arztbezogen.⁹³⁷ Wird der Versicherte durch die Weitergabe von Daten in seinen Rechten verletzt, kann er jederzeit durch Widerruf seiner Einwilligung eine Nutzung der Daten untersagen und ohne Angabe von Gründen seine Teilnahme an dem Programm beenden. Mit dieser Regelung stellt der Gesetzgeber zum einen sicher, dass der Kostenträger den Versicherungsnehmer nicht zwingen kann, an einem DMP teilzunehmen. Andererseits wird dadurch den Belangen des Datenschutzes Rechnung getragen.

Neben den Patienten spielen Ärzte und Krankenhäuser eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme. Wegen der hohen Prävalenz von Risikofaktorerkrankungen in der Betreuung chronischer Erkrankungen im Rahmen von DMP, die oft in Zusammenhang mit Multimorbidität auftreten,⁹³⁸ übernehmen die (Haus-)Ärzte eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von DMP. Leistungserbringer müssen sich einem Akkreditierungsverfahren mit externen Prüfern unterziehen, um sicherzustellen, dass von der ärztlichen Seite die diagnostischen und therapeutischen Voraussetzungen für eine Teilnahme an den DMP gegeben sind.⁹³⁹ Sobald die Ärzte nach erfolgreicher Prüfung an den DMP beteiligt werden, gehören die Anwendung standardisierter Verfahren sowie die Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien als Orientierungsgröße für ihre Therapieentscheidung zu ihren Pflichten; die Ärzte müssen in Fortbildungsveranstaltungen die Fähigkeit erwerben, ineffiziente Untersuchungen aus dem Versorgungsprozess zu eliminieren und eine Unter-, Über- oder gar Fehlversorgung der Patienten zu verhindern. Als Übermittler der Zielvorgaben stellen die Ärzte das Bindeglied zwischen den Anbietern strukturierter Behandlungsprogramme (zum Beispiel Krankenkassen) und den Versicherungsnehmern dar. Viele Programmbetreiber sehen darin die Chance, Kommunikationsdefizite mit den Patienten zu kompensieren und treten deswegen fast ausschließlich über die Ärzte in Kontakt mit ihren Kunden. Die gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die aktive Beteiligung des Patienten helfen, die Segmentierung im deutschen Gesundheitswesen zu überwinden, und fördern den Informationsfluss zwischen den Beteiligten. Ärzte und Krankenhäuser, die sich der Umsetzung solcher qualitätsfördernder Leistungsangebote widersetzen und sich weigern, ihre Fähigkeiten und Kapazitäten in eine sektorenübergreifende Kooperation einzubringen, unterbrechen den Informationsfluss zwischen den beteiligten Parteien und behindern den Austausch von Informationen. Der Erfolg des Programms geht zu Lasten der Patienten.

Auf Grund der Tatsache, dass der Patient als medizinische, organisatorische und ökonomische Einheit gesehen wird, erhalten die behandelnden Ärzte die ökonomische und medizinische Verantwortung für

⁹³⁶ Vgl. Lauterbach (2002a), S.21.

⁹³⁷ Vgl. BMGS (2002).

⁹³⁸ Bei langfristig bestehendem Diabetes Mellitus können sich schwerwiegende Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Niereninsuffizienz, Erblindung und Durchblutungsstörungen mit Beinamputationen ergeben, womit das Krankheitsbild „Diabetes“ mit der geschilderten Multimorbidität eine interdisziplinäre Behandlung durch verschiedene Fachgebiete der Medizin erforderlich macht (Vgl. hierzu: Kraus (2002)).

⁹³⁹ Vgl. Kraus (2002).

ihre Therapieentscheidung. Die Ärzte sollen in Qualitätszirkeln lernen, mit Qualitätssicherungsmaßnahmen umzugehen, und sich dabei mit Methoden vertraut machen, die mit der Zielsetzung des Gesetzes konform laufen. Die Entscheidung des Arztes, sich an der Qualitätsoffensive für Patienten mit chronischen Erkrankungen zu beteiligen, setzt allerdings auch seine Bereitschaft zur laufenden Weiterbildung und regelmäßigen Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen voraus. Ohne entsprechende Fortbildungsinitiativen würde der Arzt die Entwicklung im medizinischen und medizinisch-technischen Bereich nicht kennen und Gefahr laufen, die hohen Qualitätsanforderungen der Programme nicht mehr erfüllen zu können. In Unkenntnis der aktuellen Forschungsergebnisse und auf Grund der Überalterung seiner medizinisch-technischen Ausstattung ist der Arzt ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr in der Lage, die Leitlinien umzusetzen und seinen Patienten eine qualitative hochwertige und kostensparende Versorgung anzubieten.

Nicht nur die Teilnahme von Patienten an DMP ist freiwillig, sondern auch die Beteiligung der medizinischen Seite.⁹⁴⁰ Um die Ärzte von den Vorteilen strukturierter Behandlungsprogramme zu überzeugen, sind die Programme qualitativ überzeugend und attraktiv zu gestalten. Sie sollten Vergütungsregelungen enthalten, die nicht gegen die ökonomischen Interessen der Ärzte verstoßen und diesen die Entscheidung für eine Teilnahme an DMP erleichtern. Damit setzt die erfolgreiche Anwendung von Leitlinien die Konzeption adäquater Vergütungsregelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären und rehabilitativen Sektor der Gesundheitsversorgung voraus.⁹⁴¹ Die Bereitschaft der Ärzte, evidenzbasierte Leitlinien anzuwenden und zu befolgen, lässt sich durch eine angemessene, leitlinienorientierte Vergütung erhöhen. Gelingt es dem Gesetzgeber, sich mit den Kostenträgern und den Interessenvertretern der Leistungserbringer auf die Grundzüge einer leitlinienorientierten Leistungshonorierung und die Überwindung der bisherigen Budgetgrenzen zu einigen, wird die Bereitschaft unter den Ärzten steigen, an strukturierten und evidenzbasierten Programmen teilzunehmen und den in DMP eingeschriebenen Versicherten einen qualitativ hochwertigen und kosteneffizienten Leistungskatalog anzubieten. Das Honorierungssystem soll unnötige und nutzlose Versorgungsmaßnahmen unterbinden, und trotzdem so flexibel gestaltet sein, dass medizinisch begründete Abweichungen von der Leitlinie im Bereich des Möglichen liegen⁹⁴² und nicht durch Einkommenseinbußen bestraft werden. Gesonderte Vergütungsregelungen in Bezug auf die Dokumentationspflichten, eine Beteiligung an realisierten Einsparungen sowie Serviceangebote seitens der Krankenkassen in Form einer Unterstützung bei leitliniengerechten Behandlungen (zum Beispiel Arztinformationssysteme via Internet über aktuelle Studienergebnisse oder leitliniengestützte Therapieempfehlungen) ergänzen die Anreize zur Teilnahme an DMP.

Mit den Regelungen zur Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber die Initiative zur Schaffung eines koordinierten, intersektoralen Versorgungsablaufes ergriffen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für ein sektorenübergreifendes Integrationsbudget festgelegt.⁹⁴³ Die Einführung eines sektorenübergreifenden Gesamtbudgets als finanzielle Absicherung für Leistungen im Rahmen der DMP

⁹⁴⁰ Vgl. BMGS (ohne Datum).

⁹⁴¹ Vgl. Helou, Schwartz (2000), S.153.

⁹⁴² Vgl. Helou, Schwartz,(2000), S.154.

⁹⁴³ Vgl. zum Thema „Integrierte Versorgung“: Nissen (2002).

sowie die Übertragung der Gesamtverantwortung für die Ergebnisqualität dienen als Anreizmechanismen für die Konzentration der Partner im Gesundheitswesen auf ihre jeweiligen professionellen Fähigkeiten und Kernaufgaben⁹⁴⁴. Sie fördern die Kooperation und die Kommunikation zwischen den einzelnen Leitungsbereichen des Gesundheitswesens⁹⁴⁵ und forcieren einen Erfolg der Programme. Verbindlichkeit für die Programme und alle Beteiligten erlangt ein solcher Anforderungskatalog allerdings erst mit Inkrafttreten der Rechtsverordnung des BMGS.⁹⁴⁶ Vage formulierte Anforderungsprofile eröffnen den Beteiligten Interpretationsspielräume und führen dazu, dass DMP je nach Wettbewerbsinteresse der einzelnen Krankenkassen organisiert würden.⁹⁴⁷ Die Anforderungen in den einzelnen DMP beschränken sich allein auf die positive Nennung der Eckpunkte von Diagnose und Therapie, die es bei der Behandlung chronisch Kranker angesichts der verfügbaren Evidenz zu berücksichtigen gilt. Dabei handelt es sich nicht um eine abschließende Beschreibung des im Rahmen des DMP zulässigen Behandlungsgeschehens. Die Formulierung der Anforderungen ist so gewählt, dass der Empfehlungscharakter von Leitlinien erhalten bleibt und durch das Anforderungsprofil keine Richtlinie entsteht.⁹⁴⁸

7.2.5. Strukturierte Behandlungsprogramme für ausgewählte Krankheiten

Wegen fehlender Erfahrungen mit Disease Management in Deutschland werden zunächst nur Programme für ausgewählte Krankheiten gefördert.⁹⁴⁹ Da die Implementierung eines neuen (Behandlungs-) Programms in der Regel mit initial hohen Investitionskosten verbunden ist, eignen sich grundsätzlich alle Erkrankungen oder Symptomenkomplexe für DMP, bei denen Ergebnisverbesserungen schnell sichtbar werden. In Frage kommen Erkrankungen, die sich auf Grund ihres hohen Optimierungspotentials sehr gut für solche Programme eignen. Das können Krankheiten sein, die ausreichend häufig auftreten und für die Optimierungswerkzeuge existieren, mit deren Hilfe sich eine Prozessoptimierung erreichen lässt; aber auch Krankheitsbilder, die einen hochkomplexen diagnostischen und therapeutischen Ablauf besitzen und darüber hinaus relativ uneinheitlich versorgt werden, eignen sich für DMP.⁹⁵⁰ Dies gilt insbesondere für chronische Krankheitsbilder, die sowohl ausgabenintensiv als auch potentiell verhaltensmedizinisch beeinflussbar sind und daher große und ungenützte Potentiale zur Reduktion der und der Gesundheitsausgaben bergen.⁹⁵¹ Allerdings müssen dies nicht ausschließlich chronische Erkrankungen mit hoher Inzidenz sein. DMP können sich auch Krankheitsbilder mit hoher Variabilität in der medizinischen Behandlung sowie Krankheiten, bei denen besonders kostenintensive

⁹⁴⁴ „Die Kernaufgaben eines Krankenhauses liegen in der Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Versorgungsauftrag (Maximalversorgung, Regelversorgung, Grundversorgung).“ (Picot, Schwartz (1995), S.586).

⁹⁴⁵ Vgl. Kugler, Geraedts (2000), S.49f.

⁹⁴⁶ Vgl. § 266 Abs. 7 SGB V, sowie Stillfried (2002a), S.C 525.

⁹⁴⁷ Vgl. Richter (2001), S.C 2035.

⁹⁴⁸ Vgl. Aubke, Hansen, Stillfried (2002), S.C 1161.

⁹⁴⁹ Vgl. o.V. (2002d).

⁹⁵⁰ Vgl. Ollenschläger, Herholz (2002).

⁹⁵¹ Vgl. Helou, Schwartz (2000), S.150.

Verfahren im Behandlungsprozess eingesetzt werden, beziehen.⁹⁵² Demnach können die Krankenkassen ihren Versicherten strukturierte Versorgungsprogramme mit konkret formulierten Behandlungszielen und Qualitätsindikatoren⁹⁵³ für chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), koronare Herzerkrankungen (Erkrankungen der Herzgefäße),⁹⁵⁴ chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und Brustkrebs anzubieten.

Für die Entscheidung des Koordinationsausschusses und des BMGS, DMP für vier ausgewählte DMP anzubieten, waren neben der Tatsache, dass etwa 25% der Bevölkerung an den Krankheiten leiden,⁹⁵⁵ auch weitere Beweggründe ausschlaggebend. Die große Varianz in der Versorgung, die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien als Orientierungsrahmen für die Therapieentscheidung des Arztes, der sektorenübergreifende Behandlungsbedarf, die Möglichkeit der Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes durch Eigeninitiative der Versicherten sowie der hohe finanzielle Aufwand der Behandlung beeinflussten ebenso die Entscheidung des Ministeriums.

7.3. Auswirkungen der DMP auf den stationären Sektor

Der Patient mit seiner Erkrankung wird von den behandelnden Haus- und Fachärzten, den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, den Therapeuten und Pflegediensten sowie von anderen Leistungserbringern und den Krankenkassen als medizinische, organisatorische und ökonomische Einheit gesehen und steht im Mittelpunkt der medizinischen Betreuung. Mit der Einführung der DMP löst ein kontinuierliches, evidenzbasiertes Therapiekonzept die episodenhafte Versorgung akuter Ereignisse ab. Die Evidenzbasierung der Behandlung und die Berücksichtigung von Leitlinien übertragen den Leistungsanbietern entsprechend ihren Kompetenzen entsprechende bestimmte Aufgaben und Pflichten im Rahmen der Patientenversorgung. Dadurch wird das Zusammenwirken von stationärem und ambulanten Sektor, Rehabilitation und Krankenkassen gefördert. Mit Hilfe der DMP lassen sich „clinical pathways“ für den stationären Sektor entwickeln, die für bestimmte Erkrankungen angeben, wie Diagnose, Therapie und unter Umständen sogar die Weiterbetreuung im Krankenhaus auszusehen haben.⁹⁵⁶ Sie gelten als eines der effektivsten Instrumente in der Restrukturierung klinischer Abläufe.⁹⁵⁷

Da Diagnose und Therapie einer Erkrankung niemals Aufgabe eines Einzelnen sind,⁹⁵⁸ sind kooperative Prozesse zwischen Leistungsanbietern eine Grundvoraussetzung für den Erfolg der Behandlungsprogramme. Zur Vermeidung von Ineffizienzen sind die medizinischen Leistungen zu koordinieren und die Zuständigkeiten entsprechend der Qualifikationen der Leistungsanbieter klar zu regeln. Die

⁹⁵² Vgl. § 137 f Abs. 1 SGB V sowie Tacke, Lauterbach (1997), S.161.

⁹⁵³ Vgl. o.V. (2002e).

⁹⁵⁴ Für die Behandlung der Herzinsuffizienz entstehen jährlich Kosten in Höhe von ca. 3 Mrd. Euro, wobei ein nicht unerheblicher Anteil der Kosten durch mangelnde Compliance der Patienten, Überschreibungen und Fehldiagnosen verursacht werden. Experten gehen davon aus, dass sich mit DMP für Herzinsuffizienz mehr als 20% der Krankenhauseinweisungen vermeiden lassen (Vgl. Tacke, Lauterbach (1997), S.161).

⁹⁵⁵ Vgl. Lauterbach, Stock (2001c), S.8.

⁹⁵⁶ Vgl. Lungen, Stock, Lauterbach (2002), S.111.

⁹⁵⁷ Vgl. Thiemann, Voss (1998), S.176.

⁹⁵⁸ Vgl. Ollenschläger, Herholz (2002).

Leistungen dürfen nicht dem Zufall beziehungsweise der individuellen Beliebigkeit überlassen werden und sind im Sinne der einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu bestimmen. Dabei sind Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung chronischer Krankheiten spezialisieren, leichter in DMP zu integrieren⁹⁵⁹ und an einer sektorenübergreifenden Versorgung zu beteiligen. DMP forcieren eine interdisziplinäre Versorgung der Patienten und verhindern Kostenverschiebungen zwischen den Sektoren, Doppeluntersuchungen, interessengeleitete Überweisungen und andere Ineffizienzen.⁹⁶⁰

Empirische Studien haben den Nachweis erbracht, dass sich die Folgen einer strukturierten Qualitäts-offensive am stärksten im stationären Sektor bemerkbar machen.⁹⁶¹ Mit Maßnahmen zur Sekundärprävention⁹⁶² lassen sich Fehler in der stationären Versorgung bei chronisch erkrankten Versicherten vermeiden. Betroffene lernen, mit ihrer Krankheit umzugehen, und tragen durch ihre aktive Mitwirkung am Behandlungsprozess dazu bei, Folgeschäden und Komplikationen der Erkrankung⁹⁶³ zu verhindern. Damit gehören der Rückgang der Einweisungsquote, die Verringerung der stationären Verweildauer sowie sinkende Fallzahlen zu den potentiellen Auswirkungen, die solche Programme auf das stationäre Leistungsgeschehen haben werden. Die Versorgungsverbesserung sowie die Vermeidung stationärer Aufenthalte führen zu finanziellen Einsparungen für das Krankenhaus, die um so größer ausfallen werden, je größer die derzeitige Über- und Fehlversorgung bei chronisch Kranken im stationären Sektor ist.⁹⁶⁴

Außerdem können sich Krankenhäuser bei der Behandlung eines chronisch erkrankten Patienten auf bestimmte Bereiche der Versorgungskette spezialisieren und sich so zu einem Kompetenzzentrum für chronische Erkrankungen entwickeln.⁹⁶⁵ In Frage kommen dafür insbesondere die Ambulanzen der Krankenhäuser, die als Schnittstelle zwischen dem stationären Sektor und dem niedergelassenen Bereich wichtige Aufgaben bei der Betreuung von Chronikern übernehmen. Als Kompetenzzentrum, das sich auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert, optimiert die Ambulanz des Krankenhauses in enger Kooperation mit dem betreffenden Hausarzt die Versorgung des Patienten. Zu den Aufgaben solcher Zentren gehören nicht nur die Organisation sektorenübergreifender Schulungen bereits während des stationären Aufenthaltes der Patienten, sondern auch die Ausarbeitung eines detaillierten Behandlungsplanes mit definierten Versorgungszielen und die Entwicklung eines evidenzbasierten Therapiekonzeptes. Die Beratung der Patienten in Fragen des Lebensstils sowie die Organisation des Patien-

⁹⁵⁹ Vgl. Lungen, Stock, Lauterbach (2002), S.112.

⁹⁶⁰ Zum 1. März 2005 sind seit dem Startschuß der DMP Anfang 2004 ca. 6200 Anträge beim Bundesversicherungsamt eingegangen. Davon sind ca. 3300 genehmigt worden. Langfristig erwartet das Bundesversicherungsamt 13600 Anträge (Vgl. o.V. (2005h)).

⁹⁶¹ Giles sowie Rich et al. haben in ihren Untersuchungen nachgewiesen, dass bei Patienten mit Herzinsuffizienz die optimierte Behandlung im Rahmen von DMP erhebliche Auswirkungen auf krankenhauserrelevante Größen hat (Vgl. hierzu: Giles (1996), S.33-39; Rich, Beckham, Wittenberg, Leven, Freedland, Carney (1995), S.1190-1195).

⁹⁶² Dabei handelt es sich um Maßnahmen bei bereits erkrankten Patienten, die in der Lage sind, eine Verschlechterung des Krankheitsablaufs zu vermeiden.

⁹⁶³ Das Risiko einer Beinamputation ist für Menschen mit Diabetes 25-mal höher als für Nichtdiabetiker (Vgl. <http://www.diabsite.de/themen/komplikationen/fuesse/diabetes-und-fuesse.html>).

⁹⁶⁴ Vgl. Lungen, Stock, Lauterbach (2002), S.111.

⁹⁶⁵ Vgl. hierzu beispielhaft das Klinikum der Stadt Hanau, dass im Rahmen eines DMP einen Vertrag als Kompetenzzentrum Brustkrebs geschlossen hat (Dihl (2004)).

tenmanagements mit einem Erinnerungssystem für regelmäßige Kontrolluntersuchungen ergänzen den Aufgabenkatalog eines Kompetenzzentrums und kompensieren auf diese Weise die strukturellen Nachteile des niedergelassenen Bereichs wie die lückenhafte Versorgung mit Notfalldiensten am Wochenende oder in der Nacht. DMP können somit eine Stärkung der Krankenhausambulanz bewirken und sicherstellen, dass Krankenhäuser nicht von der Versorgung chronisch erkrankter Patienten ausgeschlossen, sondern stärker in eine sektorenübergreifende Versorgung integriert werden.

Krankenhäuser die Initiative ergreifen und auf andere Leistungsanbieter zuzugehen, um mit diesen im Sinne einer integrierten Versorgung Kooperationsvereinbarungen zu treffen.

VIII. Kooperationen des Krankenhauses mit niedergelassenen Ärzten – eine empirische Studie

Sektorenübergreifende Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen bieten für Krankenhäuser vielfältige Chancen, indem sie nicht nur zur Existenzsicherung einzelner Häuser, sondern auch zur Überwindung der Segmentierung zwischen den Sektoren beitragen können. Nachdem das Augenmerk in den vorangegangenen Kapiteln fast ausschließlich auf theoretischen Ausführungen zum Thema „Kooperationen“ und der Darstellung der veränderten Rahmenbedingungen für Krankenhäuser lag, werden nun in diesem Kapitel die Ergebnisse einer Krankenhausbefragung vorgestellt, in deren Rahmen Krankenhäuser Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen kritisch beurteilen konnten.

1. Zielsetzung und Methodik der empirischen Studie

Die vorliegende Studie ist vom Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens (IBG) in Zusammenarbeit mit der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) im ersten Halbjahr 2003 durchgeführt worden. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, welche Erwartungen Krankenhäuser an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen haben, welche Risiken und Chancen sie in Kooperationen sehen und wie die Zusammenarbeit gestaltet werden sollte. Dazu wurden Krankenhäuser unterschiedlicher Fachrichtungen, Trägerschaft und Größe gebeten, ihre subjektive Einschätzung einer potentiellen und tatsächlichen Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern des ambulanten Sektors des Gesundheitswesens zum Ausdruck zu bringen. In diesem Fall interessierte konkret die Meinung der Krankenhäuser in Baden-Württemberg. Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse können zum Beispiel ambulant tätige Ärzte erkennen, ob die Krankenhäuser in Baden-Württemberg ein Potential für eine koordinierte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten sehen und ob auf Seiten des stationären Sektors die Bereitschaft für Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors gegeben ist.

In den Monaten Januar bis März 2003 wurde ein umfassender, sechsseitiger Fragebogen mit dem Titel „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern“ an alle Krankenhäuser in Baden-Württemberg verschickt. Inhalt waren Fragen zur Kooperationsgestaltung, zu potentiellen Partnern und Kooperationsbereichen sowie zu den möglichen Chancen und Risiken einer intersektoralen Zusammenarbeit. Bei den Einschätzungen ging es ausschließlich um eine **subjektive Beurteilung** einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit durch die Krankenhäuser. Ferner galt es, die Erwartungen zu ermitteln, die sich aus Krankenhaussicht mit Hilfe von sektorenübergreifenden Kooperationen erfüllen lassen.

Die Befragung wurde als **anonyme Vollerhebung** konzipiert und durchgeführt. Diese Methodik wurde gewählt, um alle Krankenhäuser anzusprechen und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich in Zeiten von Disease Management Programmen und einer fallpauschalierten Vergütung zu dem Thema „Kooperationen“ zu äußern. Insbesondere vor dem Hintergrund der wirtschaftlich schwierigen Situation des deutschen Gesundheitswesens, der Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) und der Neugestaltung der stationären Vergütung auf der Basis eines diagnose-orientierten Abrechnungssystems erhalten Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors eine besondere Bedeutung für das Überleben und die wirtschaftliche Sicherheit der Krankenhäuser. Auf der Suche nach neuen Positionierungsmöglichkeiten im Wettbewerb um Gesundheitsleistungen stellen Kooperationen zukunfts-

weisende Handlungs- und Strategiealternativen für Krankenhäuser dar: „Kooperationen [...] im Krankenhausbereich gelten immer mehr als unausweichliche Reaktion auf den zunehmenden ökonomischen Druck im Gesundheitswesen.“⁹⁶⁶

Adressaten in den Krankenhäusern für die Befragung waren Vertreter der Geschäftsführung oder der Verwaltungsleitung. Die Vervielfältigung und Verteilung der Fragebögen hat die Landeskrankengesellschaft übernommen, für Rücksprachen seitens der Krankenhausvertreter stand der Autor der Studie zur Verfügung.

2. Rücklaufquote

Angeschrieben wurden Krankenhäuser der unterschiedlichsten Versorgungsstufen in Baden-Württemberg. Insgesamt wurden 272 Fragebögen verschickt. Nach Abschluss der Befragung und nach Durchführung einer Nachfaßaktion hatten sich 87 Krankenhäuser an der Umfrage beteiligt und den Fragebogen zurückgeschickt. Damit liegt die Rücklaufquote bei **32%**.

Wenn man berücksichtigt, dass als typische Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen eine Beteiligung von 30 Prozent angesehen wird,⁹⁶⁷ liegt die Quote auf einem zufrieden stellenden Niveau. Diese relativ hohe Rücklaufquote kann als Indiz für die besondere Aktualität des Themas verstanden werden. Die Rücklaufquote bei den Allgemeinkrankenhäusern ist höher als bei den Fachkliniken. Bei Einrichtungen, die sich als Krankenhaus mit allgemeiner Versorgungsstufe zu erkennen gegeben haben, beträgt die Rücklaufquote **40%**. Bei Fachkliniken liegt die Quote bei **22%**. Von den Krankenhäusern, die sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft befinden, haben sich **28%** an der Befragung beteiligt. Einrichtungen mit einem öffentlich-rechtlichen Träger sowie private Kliniken weisen eine Rücklaufquote von **35%** bzw. **30%** auf.

Studien, die als Vollerhebung konzipiert sind, erreichen erfahrungsgemäß keine Rücklaufquote von 100%.

3. Profil der teilnehmenden Krankenhäuser und Problem der „Missing values“

Ein Vergleich der Profile des Fragebogen-Rücklaufs mit der Grundgesamtheit zeigt jedoch eine hohe Übereinstimmung, insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft.

Bei der Beantwortung der Frage nach der Versorgungsstufen des Krankenhauses, konnten die Befragungsteilnehmer zwischen den Antwortmöglichkeiten „Allgemeinkrankenhaus“ und „Fachklinik“ wählen. Der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser in der Befragung beträgt **68%** und fällt damit höher aus als in der Realität. Fachkliniken sind dagegen in der Befragung mit **32%** unterrepräsentiert und damit geringer vertreten als es ihrer tatsächlichen Stärke entspricht (vgl. **Abb. 49**).

⁹⁶⁶ Rocke (2002), S.531.

⁹⁶⁷ Vgl. Shaughnessy, Zechmeister (1997), S.144. Zu den Rücklaufquoten bei schriftlichen Befragungen siehe auch Yu, Cooper (1983).

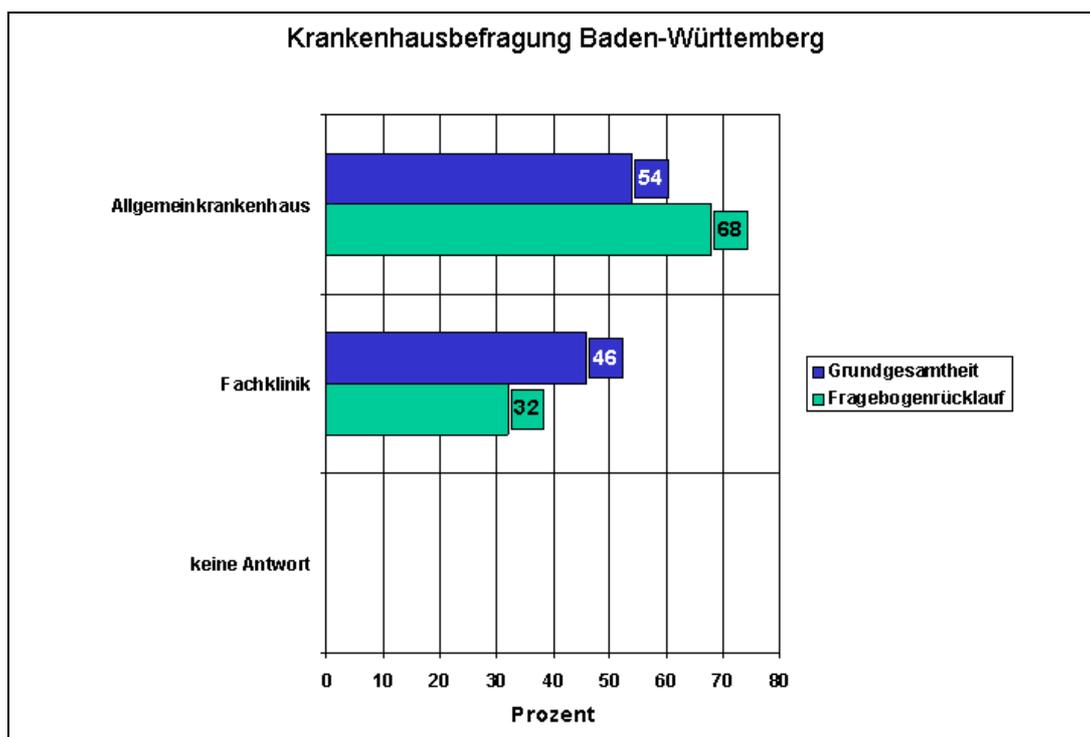


Abbildung 49: Profilvergleich der Versorgungsstufen

Der Anteil der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser an der Befragung fällt mit ca. 55 Prozent am höchsten aus, gefolgt von den frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern. Die Abweichung der Verteilung der einzelnen Trägerschaften in der Befragung von ihrem tatsächlichen Anteil in der Grundgesamtheit ist unerheblich (vgl. **Abb. 50**). Die Daten besitzen einen hohen Informationsgehalt und eine starke Aussagekraft für die Befragung als Ganzes.

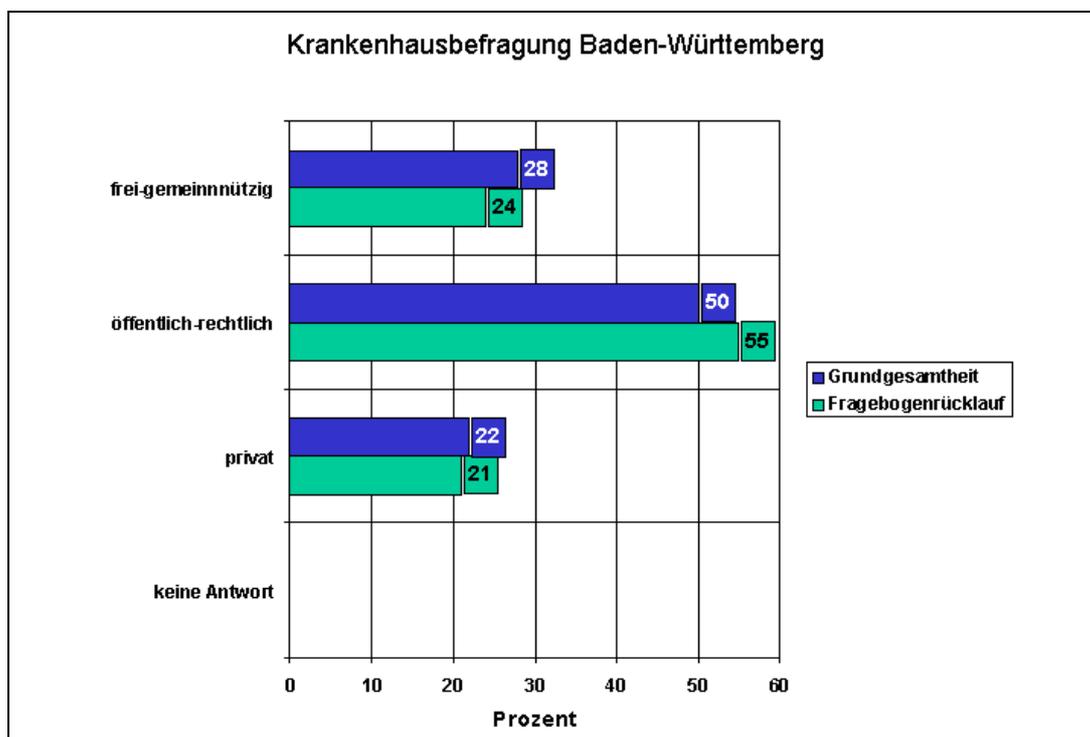


Abbildung 50: Profilvergleich der Trägerschaften

Von den 272 Krankenhäusern, die einen Fragebogen erhalten haben, haben 185 den Fragebogen nicht zurückgeschickt. Gründe für fehlende Antworten (missings) können u.a. sein:

- Zeitmangel
- Fehlendes Interesse an einer Bewertung seitens der Krankenhäuser
- Informationsdefizite bei den Krankenhäusern
- Bequemlichkeit der befragten Personen in den Krankenhäusern

Aufgrund der hohen strukturellen Analogie zwischen der Grundgesamtheit und dem Fragebogenrücklauf kann man davon ausgehen, dass die Krankenhäuser, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, im Falle einer Beantwortung vermutlich ähnlich zu diesem Themenkomplex geäußert und sich keine anderen Resultate ergeben hätten.

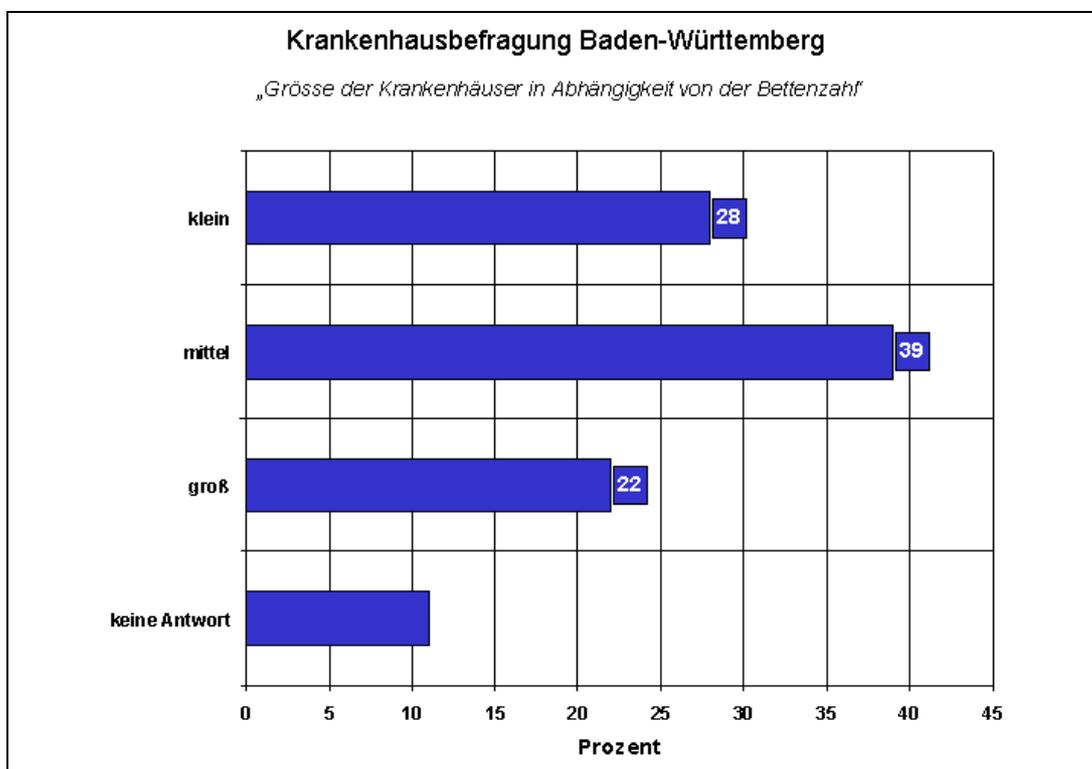


Abbildung 51: Größe der teilnehmenden Krankenhäuser

Die Planbettengröße der teilnehmenden Krankenhäuser bewegt sich zwischen 12 und 1780 Betten, wobei ca. 11 Prozent der Krankenhäuser keine Angaben zu der Bettenzahl in ihren Haupt- und Belegabteilungen gemacht haben. Damit haben sich Krankenhäuser jeglicher Größenklasse an der Umfrage beteiligt (vgl. **Abb. 51**).⁹⁶⁸

Die statistischen Angaben der Befragungsteilnehmer sind im Anhang in den **Abbildungen A-1 bis A-5** tabellarisch zusammengefasst.

4. *Strukturanalogie der Befragung*

Repräsentativität bedeutet, dass eine Stichprobe bezogen auf bestimmte Kriterien ein weitestgehend originalgetreues Abbild einer Grundgesamtheit liefert und allgemeingültige Aussagen für die Gesamtheit möglich sind. Eine Stichprobe bzw. Teilmenge gilt als repräsentativ, wenn sie ein verkleinertes Bild der zugehörigen Grundgesamtheit darstellt.⁹⁶⁹ In der hier vorliegenden Untersuchung handelt es sich allerdings **nicht um eine Stichprobe**, sondern um eine Vollerhebung mit einer Rücklaufquote von deutlich weniger als 100%. Aussagen zur Repräsentativität finden keine Anwendung. Deshalb ging es darum, zwischen den Befragungsteilnehmern und der Grundgesamtheit eine Strukturähnlichkeit zu ermitteln. Mit Hilfe dieser lassen sich dann die Aussagen der Befragung auf die Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg abbilden. Soweit keine Ähnlichkeit zwischen der Teilmenge und der Grundgesamtheit besteht, spiegeln die Ergebnisse ausschließlich die Meinung der Befragungsteilnehmer wider. Allgemeingültige Aussagen lassen sich in diesem Fall nicht ermitteln.

Grundlegende Merkmale für eine Strukturähnlichkeit der Teilmenge sind das Verhältnis von Allgemeinkrankenhäusern und Fachkliniken sowie die Verteilung der Trägerschaften innerhalb der Teilmenge. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel gesehen, lässt sich sowohl für die Verteilung der Fachrichtungen als auch der Trägerschaften zwischen der Grundgesamtheit und dem Fragebogenrücklauf eine **hohe strukturelle Analogie** feststellen.

5. *Auswertung und Darstellung der Umfrageergebnisse*

Die Zuordnung der Ziffern im Rahmen der Kodierung der Antworten erfolgte vollkommen **willkürlich** und stellt keine Reihung bzw. Wertung der Antworten im Sinne von „besser als“ oder „schlechter als“ dar. Den Zahlen kommt somit keine empirische Bedeutung zu. Sie dienen ausschließlich der Identifikation bestimmter Merkmalsausprägungen.

Der Fragebogen ist in **Abbildung N-1** des Anhangs dargestellt.

Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung werden strukturiert dargestellt. Sie werden sowohl tabellarisch mit den einzelnen Prozentsätzen der Nennungen als auch graphisch für die Krankenhäuser insgesamt sowie in Abhängigkeit von der Einrichtung, Größe und Trägerschaft wiedergegeben. Die vollständige Auflistung der Resultate findet sich im Anhang. An einigen Stellen, an denen es möglich und

⁹⁶⁸ Die Anzahl der Betten spiegelt die Summe der Planbetten in den bettenführenden Haupt- und Belegabteilungen wider.

⁹⁶⁹ Für den Fall, dass es sich bei einer empirischen Untersuchung um eine Stichprobe handelt, ist das Antwortverhalten der Befragungsteilnehmer mit Hilfe statistische Mittel auf Repräsentativität hin zu überprüfen. Da in der Praxis eine Teilmenge nur in den seltensten Fällen ein naturgetreues Abbild der Grundgesamtheit darstellt, ergibt sich mit jeder Teilmengenerhebung unvermeidlich ein Stichprobenfehler. Dieser Fehler lässt sich auf der Grundlage eines wahrscheinlichkeitstheoretischen Kalküls schätzen. Er nimmt mit wachsender Stichprobengröße ab und wird Null, wenn sich alle Elemente der Grundgesamtheit an der Erhebung beteiligen würden (Vgl. Wacker (2003), S.3). Würde es sich in unserem Fall um eine sauber gezogene Stichprobe im statistischen Sinn handeln, müsste überprüft werden, ob die in der Befragung aufgetauchte Abweichung die für eine repräsentative Befragung statistisch zulässige Abweichung übersteigt. In diesem Fall wäre zu bestimmen, wie groß die Abweichungen für eine repräsentative Befragung maximal sein dürften. Ist der tatsächlich aufgetretene Fehler größer als der rechnerische, ist die Befragung hinsichtlich der untersuchten Kriterien nicht bzw. nur eingeschränkt repräsentativ. Der Stichprobenfehler wäre somit ein wichtiger Indikator für die Beurteilung der Qualität von Schätzungen auf der Basis von Stichproben und Teilmengen (Vgl. Schimpl-Neimanns, Müller (2003), S.1). Vgl. zu dieser Thematik auch: Tiede (1996).

sinnvoll war, wurden arithmetische Mittelwerte mit zugehöriger Standardabweichung sowie Modalwerte⁹⁷⁰ berechnet. Um allerdings einen Mittelwertvergleich vornehmen zu können, wurden die Angaben der Krankenhäuser so behandelt, als ob sie auf einer kardinalen Skala von 1 bis 5 erfolgt sind. Dabei entsprechen niedrige Ausprägungen („1“) positiven, hohe („5“) dagegen negativen Einschätzungen der Krankenhäuser. Diese Vorgehensweise erlaubt einen schnellen Überblick über die verschiedenen Tendenzen im Antwortverhalten der Befragungsteilnehmer.

Für die Auswertung der Ergebnisse wurden 9 Kategorien gebildet. Dazu zählen die folgenden Gruppen:

- „Krankenhäuser insgesamt“
- „Allgemeinkrankenhäuser“
- „Fachkliniken“
- „frei-gemeinnützig“
- „öffentlich-rechtlich“
- „privat“
- „klein“
- „mittel“
- „groß“.

Die letzten drei Kategorien beziehen sich auf die Anzahl der Betten in den bettenführenden Hauptabteilungen der Krankenhäuser. Die verwendete Einteilung wurde in Absprache mit der BWKG vorgenommen. Der Komplex „**kleine**“ Krankenhäuser umfasst alle Allgemeinkrankenhäuser mit 250 Betten oder weniger sowie alle Fachkliniken mit maximal 49 Betten. Allgemeinkrankenhäuser, deren Bettenzahl zwischen 251 und 600 liegt, und Fachkliniken, die 50 und mehr, aber weniger als 200 Betten für die stationäre Versorgung zur Verfügung haben, werden als Einrichtungen „**mittlerer**“ Größe eingestuft. Alle verbleibenden Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken, die mehr 600 bzw. 200 und mehr Betten haben, zählen zu der Gruppe der „**großen**“ Krankenhäuser.

Auf der Ebene der Gesamtbefragung werden die Ergebnisse für alle Krankenhäuser aggregiert und somit unabhängig von ihrer Fachrichtung, Trägerschaft und Größe abgebildet. An passender Stelle werden diese Ergebnisse für analytische Zwecke nach Art der Einrichtung, der Trägerschaft sowie der Größe der Krankenhäuser differenziert dargestellt.

Die Gliederung der Auswertung folgt nicht dem Aufbau des Fragebogens. Die Reihenfolge der Ergebnisse entspricht nicht der Reihenfolge der Fragestellungen. Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit den statistischen Angaben zu den Krankenhäusern, die für eine differenzierte Darstellung und Interpretation der weiteren Ergebnisse und Bewertungen ausschlaggebend sind.

Zum unmittelbaren Vergleich der Aussagen im laufenden Text und der dort vorgestellten Graphiken mit den detaillierten Zahlenwerten wird jeweils auf die tabellarische Zusammenfassung des Antworten im Anhang verwiesen. Für jede Frage gibt es eine vollständige tabellarische Zusammenfassung der Resultate.

⁹⁷⁰ Modalwert: Merkmalsausprägung mit der häufigsten Nennung.

Alle Ergebnisse werden erläutert und interpretiert. Auf Erläuterungen im Text wird nur verzichtet, wenn entsprechende Erklärungen bereits vorgenommen wurden und es sich dabei ausschließlich um reine Wiederholungen handeln würde.

6. Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen lässt sich inhaltlich in fünf Teile gliedern. Zunächst sollten die Krankenhäuser Auskunft geben über bestehende Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens. Sie sollten konkretisieren, mit welchen Einrichtungen bereits Kooperationen bestehen und mit welchen in absehbarer Zukunft eine strategische Zusammenarbeit zur Verwirklichung gemeinsamer Ziele geplant ist. Zur Auswahl standen verschiedene Antwortmöglichkeiten, wobei bei der Beantwortung der Fragen auch Mehrfachnennungen zugelassen waren. Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Antwortmöglichkeiten konnten die Krankenhausvertreter in der Aufzählung nicht berücksichtigte Institutionen und Partner in der Zeile „Sonstige Kooperationspartner“ ergänzen. Anschließend wurden die Krankenhäuser um die Abgabe einer Einschätzung der Bedeutung von Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors gebeten. Es erfolgte damit eine Fokussierung ausschließlich auf Kooperationen zwischen Krankenhäusern auf der einen und niedergelassenen Ärzten oder Praxisnetzen auf der anderen Seite.

Als nächstes sollten Fragen zu einem Ansprechpartner beantwortet werden, der sich krankenhauserintern mit der Thematik der kooperativen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen auseinandersetzt. Für den Fall, dass eine solche Anlaufstelle im stationären Sektor bereits institutionalisiert worden ist, sollten die Krankenhäuser auch den Ansprechpartner benennen. Zur Auswahl standen alle wichtigen Entscheidungskräfte der ersten Ebene eines Krankenhauses, wobei bei der Beantwortung dieser Frage wiederum Mehrfachantworten zugelassen waren.

<i>Fragen zu...</i>	<i>Anzahl der Items</i>
... bereits bestehenden bzw. geplanten Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens	10
... der Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten als Strategie zur Zukunftssicherung	1
... dem/den Ansprechpartner(n) im Krankenhaus für Kooperationen	6
... den Kooperationsmaßnahmen	12
... den Kooperationsrisiken	12
... den Kooperationsbereichen	15
... der Art der Zusammenarbeit	2
... den Kooperationserwartungen	6
... zu den Auswirkungen des DRG-basierten Vergütungssystems auf das Kooperationsverhalten	1
... dem Einweiser- und Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte	10
... statistischen Größen	4
Gesamtzahl der Items	79

Abbildung 52: Aufbau des Fragebogens

Im zweiten Teil des Fragebogens ging es um die Konkretisierung der Maßnahmen, mit deren Hilfe sich kostensenkende, leistungs- und umsatzsteigernde Verbesserungen für das einzelne Krankenhaus im Rahmen von sektorenübergreifenden Kooperationen realisieren lassen. Die Befragten konnten zwischen verschiedenen Maßnahmen wählen und jede einzelne ihrer subjektiven Meinung nach gewichten. Ergänzend dazu sollten die Krankenhäuser auch Fragen zu möglichen Kooperationsrisiken, -bereichen und -erwartungen sowie zu der Art der Kooperationsgestaltung beantworten. Der Bewertung durch die Krankenhausvertreter war eine fünfstufige Nominalskala („auf jeden Fall“, „eher ja“, „vielleicht“, „eher nein“ und „auf keinen Fall“ bzw. „trifft voll und ganz zu“, „trifft zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“) zu Grunde gelegt. Für den Fall, dass die jeweilige Auflistung unvollständig war und wichtige Attribute fehlten, hatten die Befragten in einer offenen Nennung („Sonstige“) die Möglichkeit, noch fehlende, aber für das einzelne Krankenhaus wichtige Kriterien zu ergänzen (vgl. **Abb. 52**).

Außerdem interessierte, ob das neue, DRG-basierte Abrechnungssystem⁹⁷¹ in Zeiten knapper finanzieller Mittel das Kooperationsverhalten der Krankenhäuser entscheidend beeinflussen und Kooperationen mit Anbietern ambulanter Leistungen wie niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen forcieren wird. Dabei ging es ausschließlich um die subjektive Einschätzung jedes einzelnen Krankenhauses. Zur Bewertung des Einflusses konnten die Befragten zwischen den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ wählen.

Im vierten Teil stand die Beurteilung des Einweiser- und Kooperationsverhaltens durch die Krankenhäuser im Mittelpunkt der Befragung. Den Befragungsteilnehmern wurden konkrete Aussagen vorgegeben. Mit deren Hilfe sollten die Aspekte und Einflussgrößen eruiert werden, die nach Ansicht der Krankenhausvertreter eine wichtige Rolle für das Einweisungs- und Entscheidungsverhalten der niedergelassenen Ärzte spielen. Wie in den vorangegangenen Abschnitten des Fragebogens interessierte auch in diesem Fall eine subjektive Bewertung der einzelnen Sachverhalte. An Hand einer fünfstufigen Bewertungsskala („trifft voll und ganz zu“, „trifft zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“) konnten die Befragten die Einschätzung der einzelnen Punkte vornehmen. Da Antworten auf offene Fragen wesentlich schwerer zu interpretieren sind als feste Antwortvorgaben, hatten die Teilnehmer aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Homogenität der Befragung allerdings nicht die Möglichkeit, eigene, nach ihrer Ansicht für das Verhalten der niedergelassenen Ärzte wichtige Kriterien hinzuzufügen.

Abschließend wurden die Krankenhäuser gebeten, im Rahmen eines allgemeinen Fragenblocks noch Angaben zu ihrer Art der Einrichtung („Allgemeinkrankenhaus“ oder „Fachklinik“), zu ihrer Trägerschaft („öffentlich-rechtlich“, „frei-gemeinnützig“ und „privat“), zu ihrer Rechtsform sowie zu ihren Bettenzahlen als Indikator für ihre Größe zu machen.

Sollten Krankenhausvertreter zu einzelnen Aspekten nur eine schwach ausgeprägte oder überhaupt keine Meinung haben bzw. waren sie nicht in der Lage, einzelne Aussagen bzw. Fragen zu beurteilen, sollte von ihnen keine Antwortmöglichkeit angekreuzt und mit der nächsten Frage/Aussage fortgefahren werden. Fehlende Antworten bei einzelnen Fragenkomplexen können somit bedeuten:

- *"Ich will keine Bewertung abgeben" oder*

⁹⁷¹ Vgl. hierzu Kapitel III der Arbeit.

- *"Ich kann keine Bewertung abgeben, weil ich die Antwort weiß"*.⁹⁷²

7. Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie geben erste Hinweise auf die Vor- und Nachteile von Kooperationen aus Sicht des stationären Sektors. Zum einen wird gezeigt, was sich die Krankenhäuser von einer strategischen Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor erwarten und worin sie die Vorteile einer intersektoralen Kooperation sehen. Andererseits zeigen die Ergebnisse auch deutlich, in welchen Bereichen noch Verbesserungsbedarf besteht, um die Krankenhäuser von der Vorteilhaftigkeit von Kooperationen zu überzeugen. Ebenso verdeutlicht die Studie, in welchen Bereichen die Vertreter des stationären Sektors keinen Kooperationsbedarf sehen und Kooperationen für wenig sinnvoll erachten. Ergänzt werden die Informationen durch die Ermittlung potentieller Gefahren, die sich nach Ansicht der Krankenhäuser aus einer gezielten Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen ergeben können.

8. Kooperationspartner der baden-württembergischen Krankenhäuser

„Der gesamte Krankenhausmarkt steht vor gravierenden Anpassungs- und Umstrukturierungsprozessen. Die Krankenhäuser werden infolge des wachsenden Leistungsdrucks, der Leistungsverdichtung und der tendenziellen Verweildauerverkürzung noch mehr unter den Druck der Ökonomie und des Rationalisierungszwangs geraten.“⁹⁷³

Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens gewinnen zusehends an Bedeutung und beinhalten für Kostenträgern, Leistungsanbieter und Patienten zahlreiche Chancen und Risiken.

Zur Beantwortung der Frage, mit welchen Institutionen des Gesundheitswesens zum gegenwärtigen Zeitpunkt Kooperationen bestehen, wurden den Krankenhäusern verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben:

- Ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen
- Andere Krankenhäuser
- Krankenversicherungen
- Lieferanten⁹⁷⁴
- Niedergelassene Ärzte
- Notfalldienste
- Öffentliche Apotheken
- Praxisnetze.

⁹⁷² Detaillierte Aussagen über das Non-Response-Verhalten der Befragungsteilnehmer lassen sich grundsätzlich nur mit Hilfe einer eigenen Studie ermitteln. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieser Analyse nicht weiter auf die Gründe für fehlende Antworten eingegangen.

⁹⁷³ Clade (2003b), S.C 1612.

⁹⁷⁴ Vgl. zu Kooperationen mit Lieferanten: Hamm (2002); o.V. (2003g); Schmitt (1996).

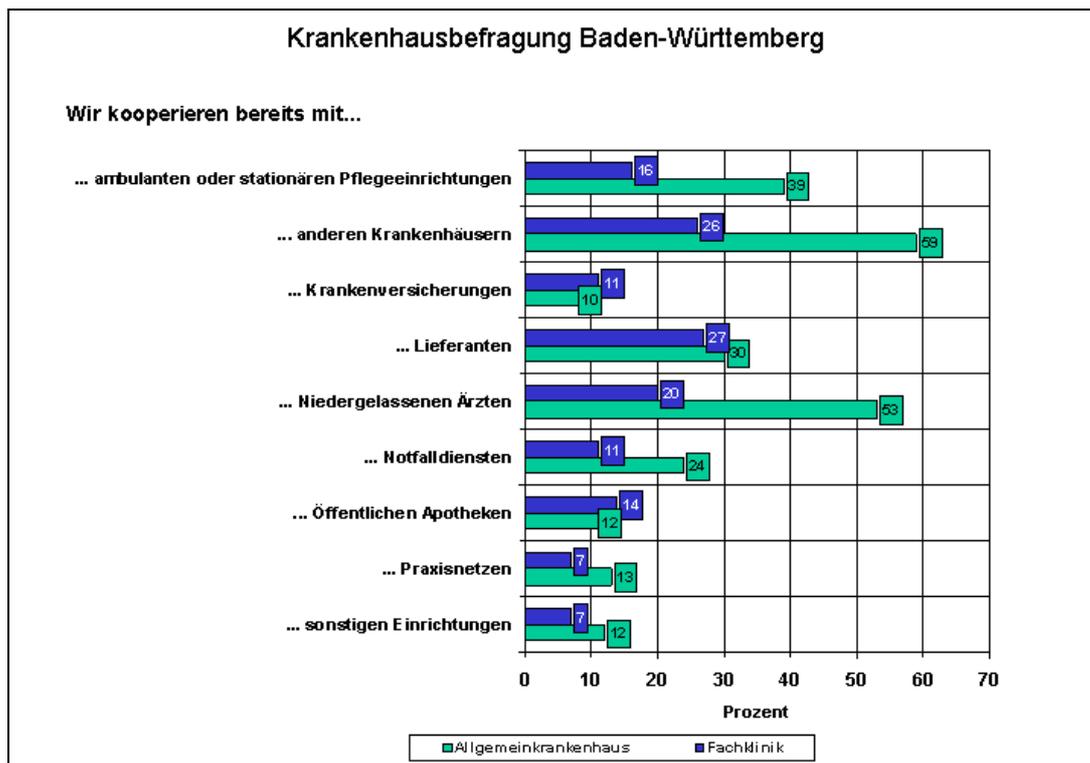


Abbildung 53: Kooperationspartner der Allgemein- und Fachkrankenhäuser

Alle baden-württembergischen Krankenhäuser, die an der Befragung teilgenommen und den Fragebogen zurückgeschickt haben, haben angegeben, bereits mit einer oder mehreren Institutionen des Gesundheitswesens zu kooperieren.⁹⁷⁵ Außerdem haben alle Befragungsteilnehmer Mehrfachnennungen abgegeben, d.h. die Krankenhäuser kooperieren in der Regel bereits mit mehreren, unterschiedlichen Institutionen. Dabei zeigt das Antwortverhalten der Krankenhäuser sehr deutlich, dass Kooperationen mit anderen Krankenhäusern sowie mit niedergelassenen Ärzten „hoch im Kurs“ stehen.⁹⁷⁶

1. Andere Krankenhäuser (87%)
2. Niedergelassene Ärzte (76%)
3. Lieferanten (59%)
4. Ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen (56%)
5. Notfalldienste (37%)
6. Öffentliche Apotheken (28%)
7. Krankenversicherungen (22%)

⁹⁷⁵ Kooperationen haben für den Wirtschaftsprozess deutscher Krankenhäuser einen hohen Stellenwert. Zu diesem Ergebnis kommt eine Befragung der MTP GmbH, Marketinggesellschaft für Medizinische und Technische Projekte (Vgl. Schwing (2000).

⁹⁷⁶ In der Diskussion um Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten werden durchaus Stimmen laut, wonach Einzelpraxen für Kliniken als Kooperationspartner weniger attraktiv sind. Da für Kliniken bei einer Kooperation die kontinuierliche Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte wichtig ist, werden Gemeinschaftspraxen und andere Zusammenschlüsse bevorzugt (Vgl. o.V. (2004b)).

8. Praxisnetze (21%)
9. Sonstige Einrichtungen (20%).⁹⁷⁷

Allgemeinkrankenhäuser kooperieren in erster Linie mit anderen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Im Vergleich dazu arbeiten Fachkliniken besonders mit Lieferanten, anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Rahmen einer Kooperation zusammen (vgl. hierzu **Abb. 53** sowie **Abb. B-3** und **B-5** im Anhang).

Die Ursachen für die große Anzahl an Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors sind vielfältig. So ist der Auslöser für Kooperationen neben der Einführung neuer Vergütungs- und Versorgungsformen u.a. auch in der (momentan) wirtschaftlich schwierigen Situation in Deutschland zu sehen.⁹⁷⁸ Immer mehr Kommunen und Länder sehen sich durch ihre Finanznot gezwungen, die Finanzierung moderner Geräte, Einrichtungen oder Klinikneubauten zurückzustellen. Indem die Investitionen des Staates im stationären Sektor von 17 Prozent auf neun Prozent zurückgegangen sind,⁹⁷⁹ hat sich innerhalb weniger Jahre eine Investitionslücke aufgetan.⁹⁸⁰ Als Ausweg aus dieser Krise orientieren sich die Krankenhäuser strategisch neu und öffnen sich für Kooperationen mit geeigneten Partnern wie zum Beispiel mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen. Die derzeitige Finanzknappheit im deutschen Gesundheitswesen ist somit ein Wegbereiter für eine engere Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors.⁹⁸¹

Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Institutionen konnten die Befragungsteilnehmer in der Aufzählung nicht berücksichtigte Kooperationspartner in der Zeile „Sonstige“ ergänzt werden. Als Kooperationspartner, mit denen bereits eine Zusammenarbeit besteht bzw. eine Kooperation in der Zukunft geplant ist, wurden von den Krankenhäusern folgende Einrichtungen genannt:

- Reha-Einrichtung
- Dialyse Institut
- Firmen der freien Wirtschaft
- Gemeinde, Kreis
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) Stuttgart
- Hospiz

⁹⁷⁷ Vgl. hierzu auch **Abbildung B-1** im Anhang.

⁹⁷⁸ Nach Ansicht einer Studie der Hamburger Privatbank M.M.Warburg wird sich der Konzentrationsprozess auf dem Klinik-Markt durch die vollständige Einführung der Fallpauschalen weiter verschärfen (Vgl. o.V. (2003j); Warburg & CO (2003)). Auf dem deutschen Krankenhausmarkt werden zum Teil massive Marktberäumungstendenzen in Form von Reduzierungen von Krankenhausbetten oder Schließungen ganzer Kliniken erwartet (Strehlau-Schwoll, (2002), S.997).

⁹⁷⁹ Vgl. o.V. (2003c).

⁹⁸⁰ Aufgrund der unsicheren Finanzlage steigt der Fusionsdruck auf Kliniken. Laut M.M.Warburg hat sich mittlerweile ein Investitionsbedarf von 50 Milliarden Euro in den Krankenhäusern angestaut (o.V. (2003j)). Die Folge sind Kooperationen, um die notwendige Investition gemeinsam aufzubringen (Vgl. o.V. (2003h)). Vgl. zur Investitionslücke: Neubauer (2003), S.74ff.

⁹⁸¹ Vgl. Schnack (2003); Rathje (1997), S.179.

- Musiktherapeut
- Physiotherapeut
- Psychologe
- Rentenversicherungsträger
- Sanitätshäuser
- Selbsthilfegruppen
- Sonstige soziale Einrichtungen
- Sozialdienste der Caritas
- Verein „Lebenshilfe“.

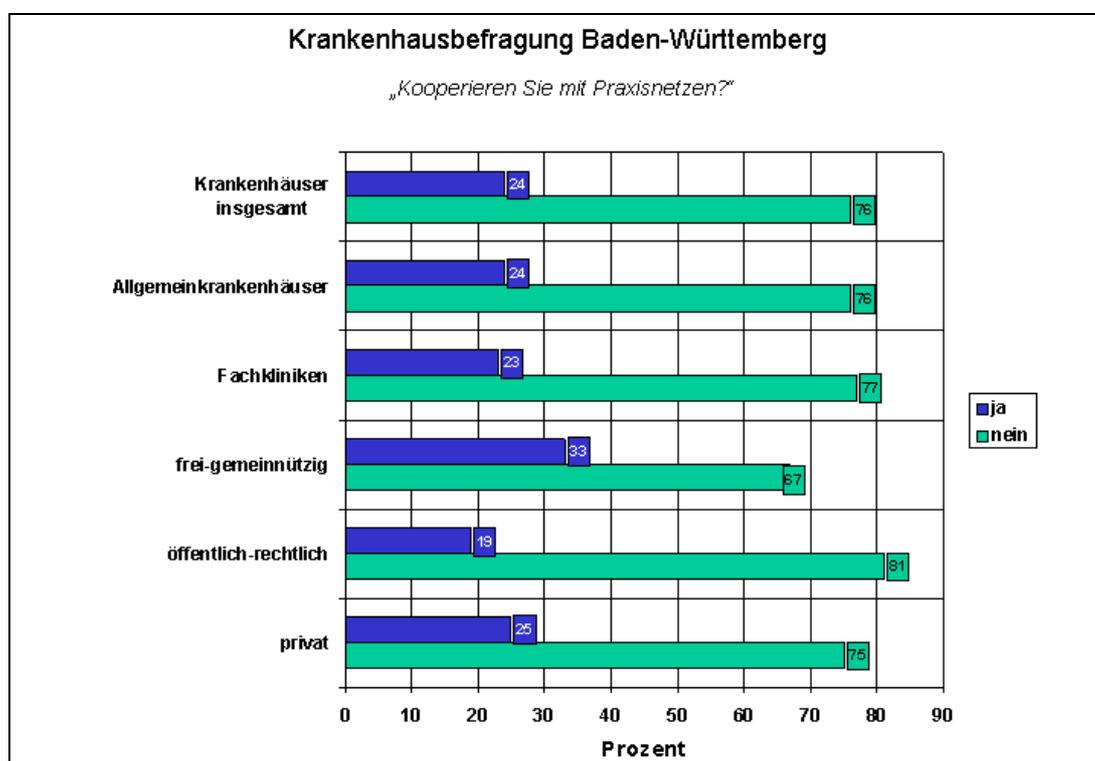


Abbildung 54: Kooperationen mit Praxisnetzen

Immer mehr niedergelassene Ärzte schließen sich (im Rahmen Integrierter Versorgungsnetze) zu Praxisnetzen zusammen. In diesem Zusammenhang interessierte, inwieweit Kooperationen mit Praxisnetzen zum gegenwärtigen Zeitpunkt für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg eine Rolle spielen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Kooperationen zwischen Praxisnetzen und Krankenhäusern in Baden-Württemberg eher selten sind, obwohl dort bereits zahlreiche Praxisnetze als potentielle Kooperationspartner zur Verfügung stehen.⁹⁸² In Zukunft aber planen die Krankenhäuser, verstärkt mit Praxisnetzen zusammenzuarbeiten. Lediglich Fachkliniken sowie Einrichtungen mit frei-

⁹⁸² MEDI Deutschland organisiert bundesweit 115 Praxisnetze, davon 41 in Baden-Württemberg (Vgl. Baumgärtner, Ruebsam-Simon (2004)).

gemeinnütziger Trägerschaft werden zukünftig eher nicht mit Praxisnetzen kooperieren. (vgl. **Abb. 54** und **55**)

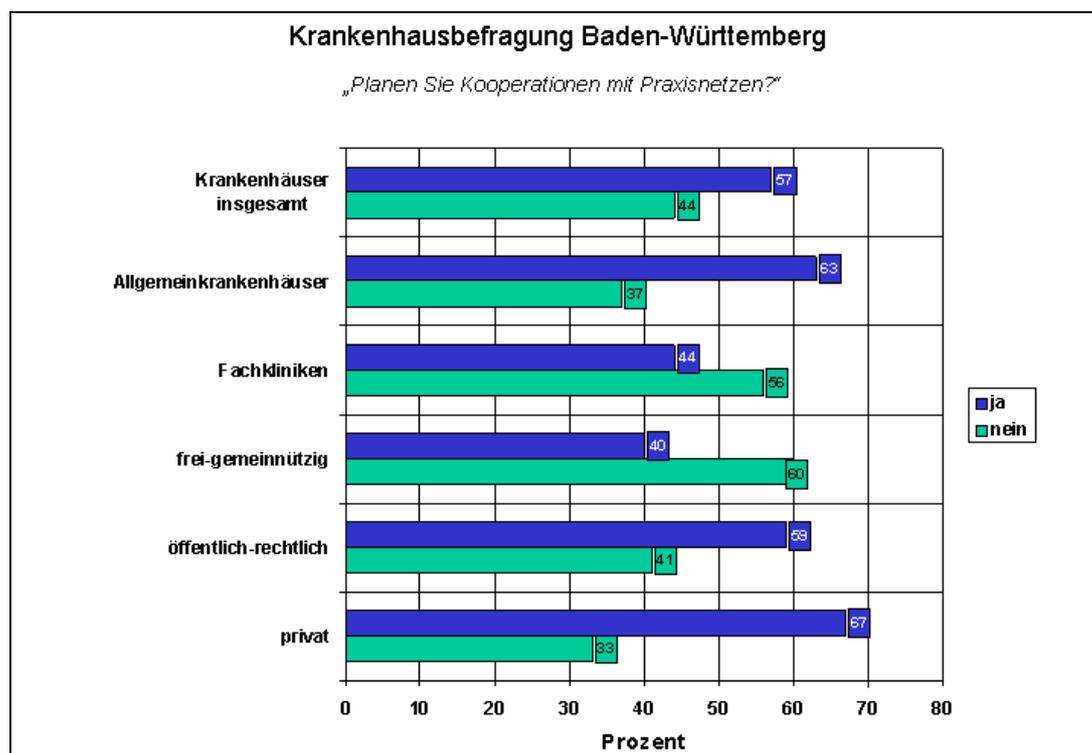


Abbildung 55: Planen Sie Kooperationen mit Praxisnetzen für die Zukunft?

Die Mehrheit der befragten Krankenhäuser in Baden-Württemberg plant, in Zukunft mit weiteren Institutionen des Gesundheitssystem zu kooperieren – soweit mit diesen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Vereinbarungen über eine strategische Zusammenarbeit bestehen. Mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie mit ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen wollen die Krankenhäuser in Baden-Württemberg Kooperationsvereinbarungen abschließen, um für den immer härter werdenden Wettbewerb um Patienten gerüstet zu sein. Niedergelassene Ärzte sind als Kooperationspartner sehr gefragt.⁹⁸³ Mehr als jedes zweite befragte Krankenhaus plant in absehbarer Zeit eine Zusammenarbeit mit Praxisnetzen der Umgebung.

Die Zustimmung zu Kooperationen mit Krankenversicherungen, Lieferanten, Notfalldiensten und öffentlichen Apotheken in der Zukunft fällt eher zurückhaltend aus (vgl. **Abb. 56**).

Die Angaben der Befragungsteilnehmer zu bereits bestehenden und geplanten Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens sind im Anhang in den **Abbildungen B-1 bis B-18** tabellarisch zusammengefasst.

⁹⁸³ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Umfrage der Hamburger Beratungsfirma Mummert Consulting und der Zeitschrift „Klinikmanagement aktuell“. Demnach wünschen sich 56% der befragten Klinikmanager eine starke Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (o.V. (2004a); Mummert Consulting AG (2004), S.18; Zietemann (2004), S.6)

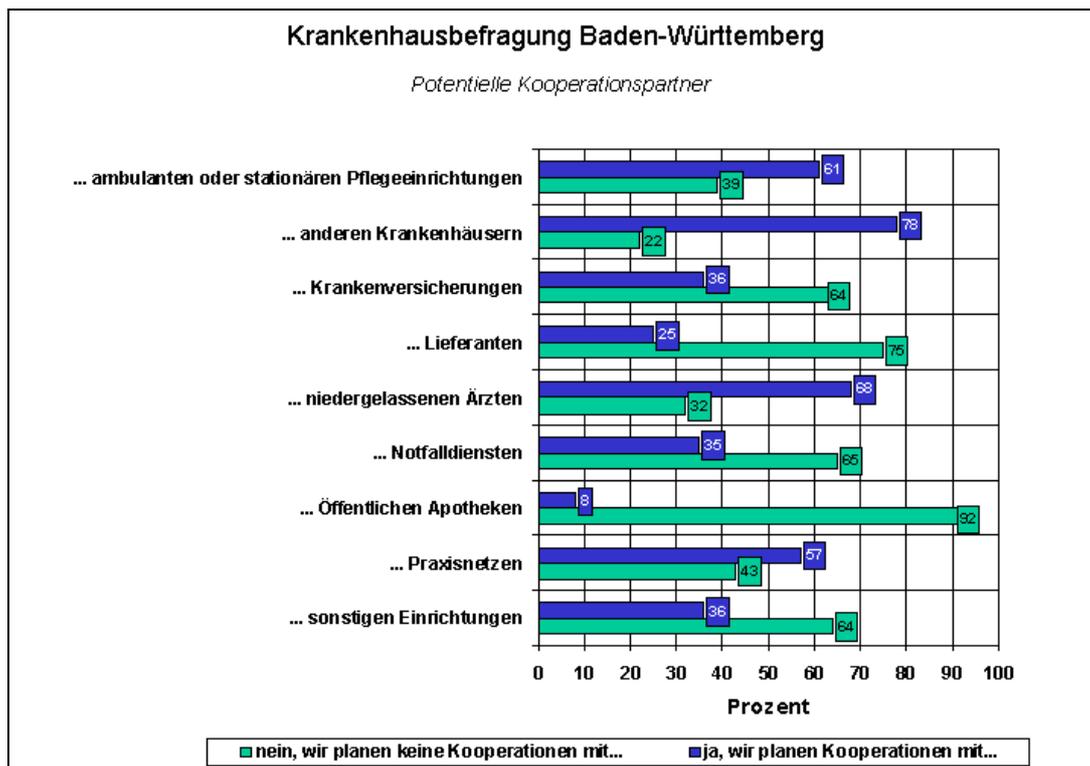


Abbildung 56: Potentielle Kooperationspartner

Aufgrund der vorliegenden Einschätzungen scheinen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen eine wichtige Rolle im Entscheidungsverhalten der Krankenhäuser über die zukünftige strategische Ausrichtung zu spielen. Die Bereitschaft der Kliniken, in Zukunft verstärkt Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens, insbesondere mit anderen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und ambulanten bzw. stationären Pflegeeinrichtungen eingehen zu wollen, lässt vermuten, dass die Entscheidungsträger im Krankenhaus die Notwendigkeit der Bildung interdisziplinärer Kooperationen und damit einer sektorübergreifenden Patientenversorgung erkannt haben.

Vorrangiges Interesse jedes Krankenhauses sollte es sein, durch geeignete Maßnahmen klinikinterne Prozessabläufe zu verbessern, die Leistungsqualität der Behandlung zu steigern und dadurch Marktanteile zu sichern.⁹⁸⁴ Dazu gehört die Überwindung der bestehenden Segmentierung des Gesundheitswesens in Leistungsbereiche mit eigenen, voneinander unabhängigen Budgets. Die daraus resultierende institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist ein nicht zu vernachlässigender Schwachpunkt des deutschen Gesundheitssystems. Die Segmentierung der Versorgung in einzelne Bereiche hat dazu geführt, dass der medizinische Behandlungsprozess keine durchorganisierte, ganzheitliche Behandlungskette war. Die fehlende Kontinuität des Behandlungsprozesses bedeutete nicht nur Zusatzbelastungen für die Patienten in Form von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen,⁹⁸⁵ sondern auch die Leistungserbringer sahen sich mit doppelten Personalbesetzungen und finanziellen Mehrfachbelastungen konfrontiert.⁹⁸⁶ Die demographische Entwicklung mit einem An-

⁹⁸⁴ Vgl. Braun, Güssow, Ott (2005).

⁹⁸⁵ Vgl. Baum (2000), S.4.

⁹⁸⁶ Vgl. Achner, Düllings (2001), S.29.

stieg der Lebenserwartung, die veränderte Prävalenz chronischer Erkrankungen durch Versorgungsmängel sowie die Neugestaltung der stationären Vergütung auf der Basis diagnoseorientierter Abrechnungspauschalen haben dazu beigetragen, dass sich Krankenhäuser immer wieder neuen Herausforderungen stellen und nach Alternativen zur Existenzsicherung suchen müssen. Deswegen sind Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen nicht nur ein Weg, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, sondern sie bieten auch die Möglichkeit, die Existenz eines Krankenhauses durch den Ausbau des stationären Leistungsspektrums langfristig zu sichern. In Zeiten des Wandels suchen die Krankenhäuser verstärkt nach strategischen Alternativen, mit deren Hilfe sich ihr Fortbestand dauerhaft gewährleisten lässt. Immer mehr Krankenhäuser entscheiden sich für die Option einer strategischen Kooperation, da sie von der Vorteilhaftigkeit dieser Alternative überzeugt sind.

Unabhängig von ihrer fachlichen Ausrichtung, Trägerschaft und Größe sehen die Krankenhäuser in der abgestimmten Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Ärzten einen Weg, um potentielle Defizite in ihrem Leistungsangebot abzubauen und ihren Patienten ein verbessertes Leistungsspektrum anbieten zu können. Sämtliche befragten Krankenhäuser stufen die Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie zur Zukunftssicherung sehr hoch ein und sehen in dieser strategischen Handlungsoption eine geeignete Maßnahme, um den Herausforderungen des Gesundheitsmarktes zu begegnen.

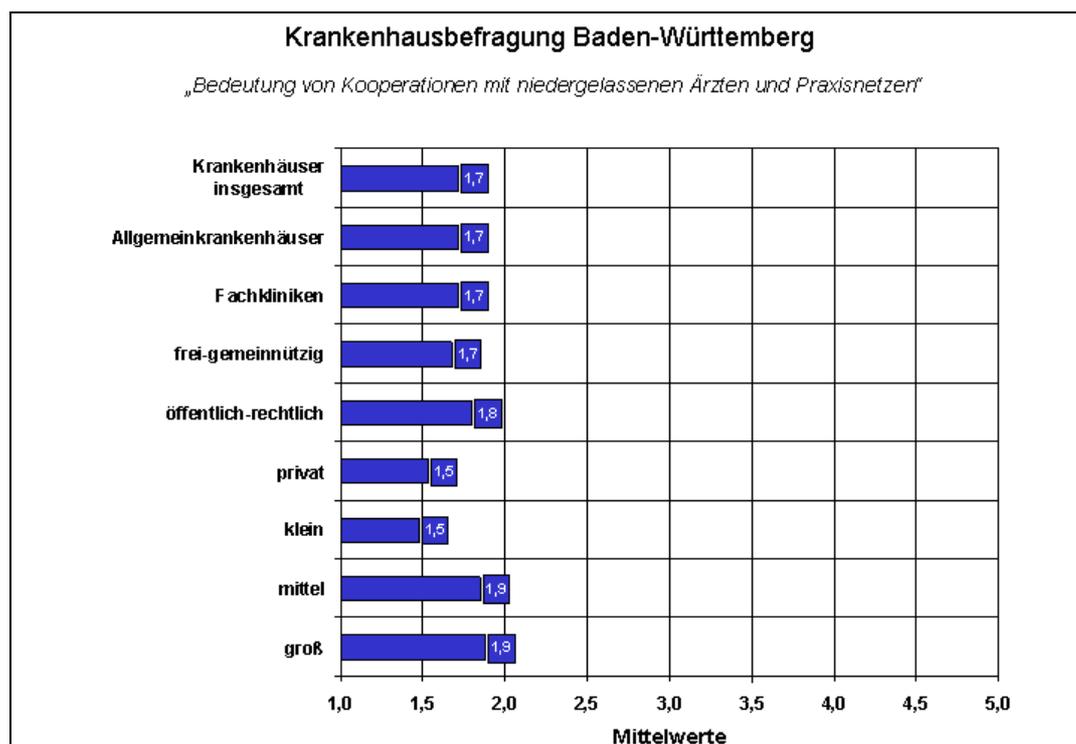


Abbildung 57: Die Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie zur Zukunftssicherung

Das Antwortverhalten der Befragungsteilnehmer zeigt deutlich die Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten als Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern (vgl. **Abb. 57**).

Als **„zentrale Bedeutung“** wird vom Autor ein Sachverhalt gewertet, wenn er einen Mittelwert besitzt, der 2,5 oder besser ist. Demnach sehen alle Krankenhäuser, Allgemein- und Fachkliniken, Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft sowie die kleinen,

mittleren und großen Krankenhäuser **übereinstimmend** in Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen eine zentrale Strategie zur Zukunftssicherung.⁹⁸⁷ Im Zusammenhang mit der Beurteilung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie zur Zukunftssicherung sind die Krankenhäuser ausschließlich nach ihrer subjektiven Einschätzung gefragt worden. Dabei handelt es sich um eine Kernfrage der vorliegenden Studie. Mit ihrer Hilfe wurde nicht nur die grundlegende Einstellung der Krankenhäuser gegenüber Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen eruiert, sondern auch geklärt, ob Krankenhäuser die Notwendigkeit einer strategischen Neuausrichtung in Zeiten beschränkter finanzieller Ressourcen und eines gesellschaftlichen Wandels erkannt haben. Dadurch sollte ermittelt werden, ob krankenhausintern die Bereitschaft unter den Entscheidungsträgern und Mitarbeitern für mehr sektorenübergreifende Kooperationen gegeben ist. Mit dieser Frage erfolgte eine Fokussierung auf niedergelassene Ärzte und Praxisnetze, da im weiteren Verlauf des Fragebogens nur noch Fragen die Zusammenarbeit mit diesen Leistungsanbietern betreffend gestellt wurden. Die Abbildungen C-1 und C-2 im Anhang fassen die Angaben der Befragungsteilnehmer zur Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie zur Zukunftssicherung tabellarisch zusammen.

9. *Ansprechpartner für Kooperationen im Krankenhaus*

■ *Ansprechpartner im Krankenhaus*

Die erfolgreiche Realisierung eines Kooperationsprojektes ist mit einer Reihe von Erfolgsfaktoren verbunden. So ist die Implementierung einer gemeinsamen Unternehmensphilosophie zur Vermeidung kulturell bedingter Meinungsverschiedenheiten in der Zusammenarbeit für den Erfolg einer Kooperation genauso entscheidend wie die Auswahl des richtigen Partners im Vorfeld der Kooperationsbeziehung.⁹⁸⁸ Damit der Erfolg einer Kooperationsvereinbarung nicht unter möglichen Reibungsverlusten zwischen den Partnern mit negativen Folgen für die Zusammenarbeit zu leiden hat und potentielle Synergieeffekte und ökonomische Vorteile des Kooperationsprojektes zur Geltung kommen, sollten alle Krankenhäuser eine klinikinterne Anlaufstelle einrichten. Zu ihren Aufgaben sollte es gehören, die Probleme in der Zusammenarbeit mit Partnern nicht aus interner, sondern auch aus externer Sicht zu bewältigen und Fragen der Mitarbeiter die Kooperation betreffend zu beantworten. Mit Hilfe solch einer Anlaufstelle bzw. mit der Ernennung eines Mitarbeiters als Kooperationsbeauftragten lassen sich Konflikte im Zusammenwirken der Partner vermeiden und die Reibungsverluste an den Schnittstellen der Zusammenarbeit minimieren.

Von den Krankenhäusern, die Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen eine besonders hohe strategische Bedeutung beimessen, hat eine Mehrheit angegeben, bereits über eine klinikinterne Anlaufstelle zur Koordination der kooperativen Zusammenarbeit mit Vertretern des ambulanten Sektors zu verfügen. Lediglich 15% der befragten Krankenhäuser haben noch keinen Ansprechpartner für Kooperationsangelegenheiten benannt, obwohl auch sie die Meinung vertreten, dass

⁹⁸⁷ Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten wird von Krankenhäusern offensichtlich akzeptiert, wie auch eine Umfrage des Kooperationsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zeigt (Vgl. Schlingensiepen (2003)).

⁹⁸⁸ Vgl. Schäfer (1994), S.601.

Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Zukunftsstrategie für den wirtschaftlichen Fortbestand eines Krankenhauses durchaus von Bedeutung sind (vgl. **Abb. 58**).

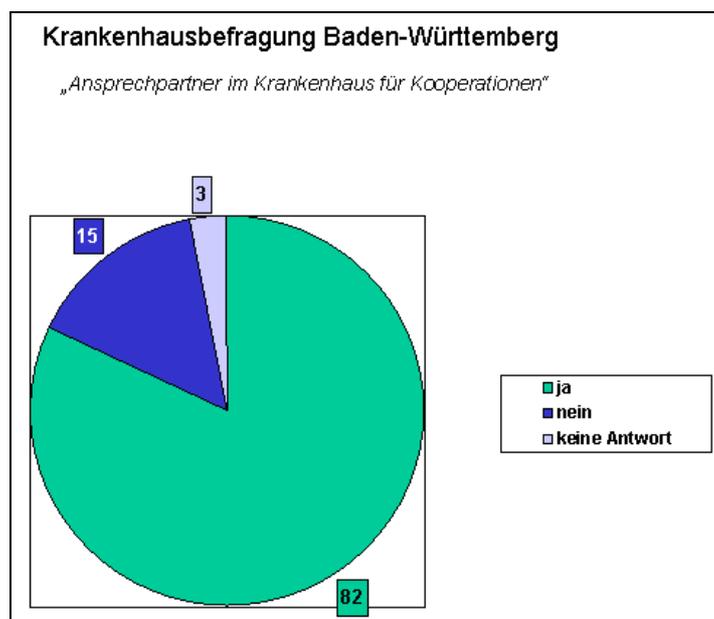


Abbildung 58: Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen? (Angabe in Prozent)

Eine aktive Informations- und Kommunikationspolitik der Verantwortlichen im Krankenhaus gegenüber ihren Mitarbeitern und Kooperationspartnern könnte dazu beitragen, mehr Vertrauen auch der niedergelassenen Ärzte zu erhalten, deren Wunsch es bisher nicht ist, mit einem Krankenhaus zu kooperieren. Die potentiellen Kooperationspartner sind dahingehend zu überzeugen, dass Kooperationen mit einem Krankenhaus nicht nur die Wünsche und Erwartungen der niedergelassenen Ärzte, sondern auch die der Patienten zu erfüllen in der Lage sind.

■ *Anzahl der Ansprechpartner für Kooperationen im Krankenhaus*

Die Koordination von Kooperationsvorhaben mit Vertretern des ambulanten Sektors wird in den Krankenhäusern, die bereits eine Anlaufstelle eingerichtet haben, nicht nur von verschiedenen, sondern zum Teil auch von unterschiedlich vielen Vertretern wahrgenommen.

Die Beantwortung der Frage nach den klinikinternen Ansprechpartnern für Kooperationsangelegenheiten war nicht auf eine Antwortmöglichkeit beschränkt. Die Krankenhäuser konnten im Rahmen von Mehrfachnennungen verschiedene Ansprechpartner benennen. **32%** der Krankenhäuser haben angegeben, dass sich in ihrem Haus zwei oder mehr Ansprechpartner diese Aufgabe teilen und sich gemeinsam um Fragen der kooperativen Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor kümmern. Dagegen beschäftigt sich in **68%** der Fälle nur eine Führungskraft der ersten Ebene im Krankenhaus um die Belange von Kooperationen (vgl. **Abb. 59**).

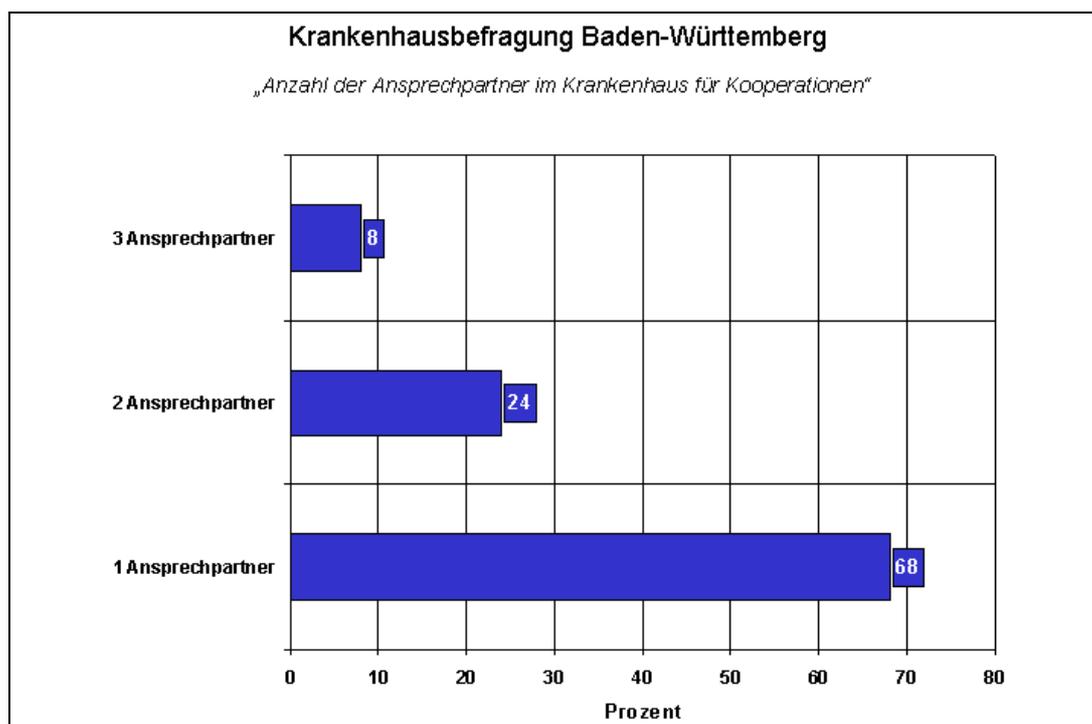


Abbildung 59: Wie viele klinikinterne Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gibt es?

■ *Wer ist Ansprechpartner für Kooperationen im Krankenhaus?*

Nachdem 82% der Befragungsteilnehmer angegeben hatten, über einen Ansprechpartner für Kooperationen zu verfügen, interessierte auch, wer sich um die Belange von Kooperationen in den Krankenhäusern kümmert. Die Krankenhäuser sollten den Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen in ihrem Haus benennen. Zur Auswahl standen

- der Verwaltungsdirektor,
- der Geschäftsführer,
- der Ärztliche Direktor
- sowie der Pflegedirektor des Krankenhauses.

Für den Fall, dass keiner der aufgeführten Personen sich um die Belange von Kooperationen kümmert, konnten die Befragungsteilnehmer den entsprechenden Ansprechpartner in ihrem Haus unter der Rubrik „sonstige Ansprechpartner“ benennen. Bei der Beantwortung der Frage hatten die Befragungsteilnehmer wiederum die Möglichkeit, Mehrfachantworten abzugeben und mehrere Ansprechpartner zu benennen.

Mehrheitlich fungiert der Verwaltungsdirektor des Krankenhauses als Ansprechpartner für Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, gefolgt vom Geschäftsführer und dem Ärztlichen Direktor. In wenigen Fällen übernimmt der Pflegedirektor oder ein anderer, nicht spezifizierter Ansprechpartner die Aufgabe der klinikinternen und –externen Kooperationskoordination (vgl. **Abb. 60**).

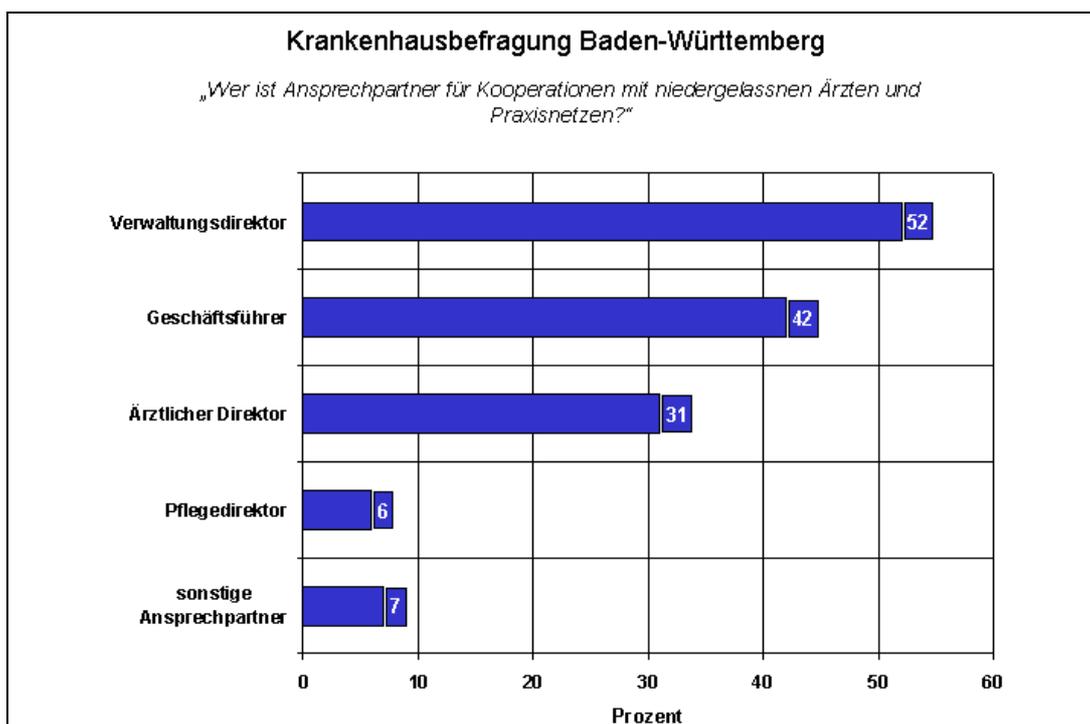


Abbildung 60: Ansprechpartner für Fragen der kooperativen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen⁹⁸⁹

Indem sich in erster Linie mit dem Verwaltungsdirektor, Geschäftsführer oder Ärztlichen Direktoren Mitglieder der obersten Führungsebene eines Krankenhauses mit den Kooperationsfragen und –belangen auseinandersetzen, wird nicht nur die Bedeutung von Kooperationen als Strategie zur Zukunftssicherung unterstrichen. Aufgrund der Verankerung der Kooperationsplanung und –umsetzung in der Führungsebene der Kliniken steigen gleichzeitig auch die Chancen für eine erfolgreiche Realisierung des Kooperationsvorhabens innerhalb des Krankenhauses.

Die **Abbildungen D-1 bis D-3** im Anhang fassen das Antwortverhalten der Befragungsteilnehmer bzgl. der Ansprechpartner für Kooperationen im Krankenhaus tabellarisch zusammen.

10. Kooperationsmaßnahmen

Die Frage, welche Kooperationsmaßnahmen sich die Krankenhäuser für die Umsetzung von Kooperationsprojekten vorstellen können, haben die Befragungsteilnehmer sehr zahlreich beantwortet und dabei eine sehr differenzierte Bewertung der einzelnen Maßnahmen abgegeben. Ziel war es, geeignete Maßnahmen für die Realisierung einer strategischen Zusammenarbeit zu ermitteln. Aus diesem Grund stand den Krankenhäusern für die Beantwortung der Frage eine Liste mit Kooperationsmaßnahmen zu Verfügung, anhand derer sie ihre Einschätzung vornehmen sollten. Dabei sollten sie jede Maßnahme anhand ihres Beitrages zu kostensenkenden, leistungs- und umsatzsteigernden Verbesserungen im Krankenhaus im Rahmen von Kooperationen beurteilen. Für den Fall, dass die Antwortmöglichkeiten unvollständig waren, sollten die Befragungsteilnehmer wiederum die Aufzählung selbständig um potentielle Maßnahmen ergänzen. Zur Auswahl standen folgende Kooperationsmaßnahmen:

⁹⁸⁹ Auf Grund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen ist die Summe größer 100%.

- Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential (z.B. Fachwissen) niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen
- Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen
- Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen
- Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten
- Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes
- Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)
- Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)
- Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen
- Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation
- Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)
- Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten.

Die Beurteilung einzelner Kooperationsmaßnahmen aus Sicht aller Krankenhäuser ist in **Abb. 61** dargestellt.

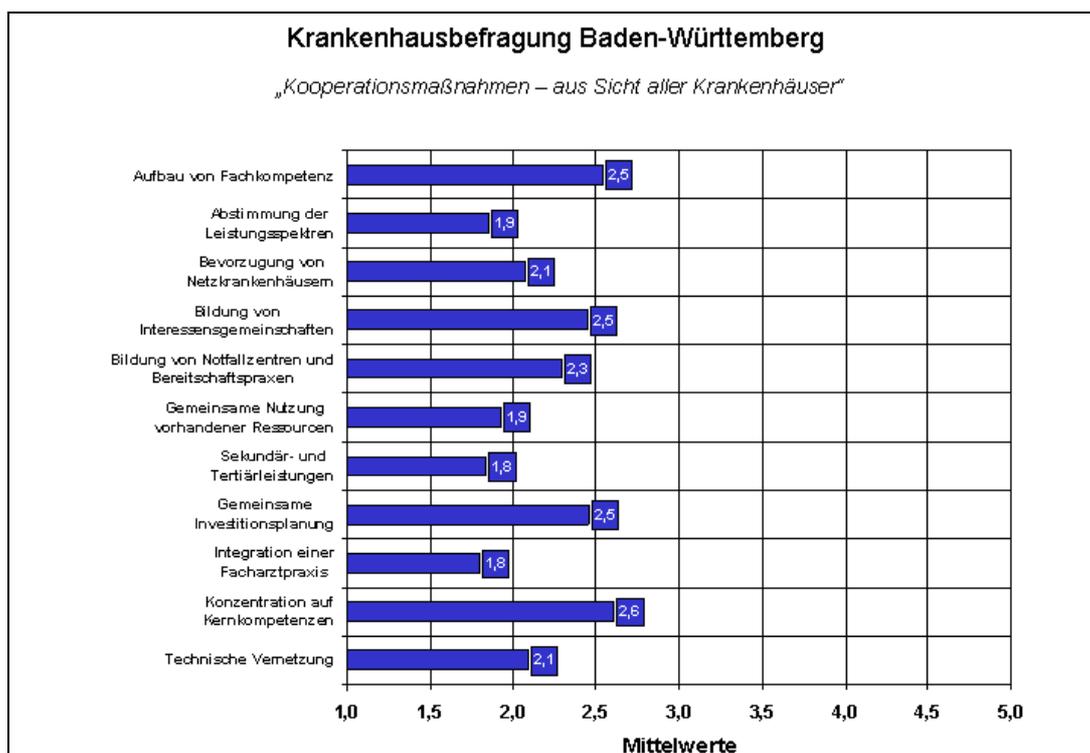


Abbildung 61: Kooperationsmaßnahmen aus Sicht aller Krankenhäuser

Zu den besonders erfolgsversprechenden Maßnahmen gehören aus Sicht der Krankenhäuser in Baden-Württemberg:

- Die Abstimmung der Leistungsspektren und die daraus resultierende Vermeidung von Leistungsüberschneidungen (vgl. **Abb. 62**)
- Die Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation (vgl. **Abb. 63**)
- Die gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor und Radiologie) und Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung) (vgl. **Abb. 64**)
- Die gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen wie die Bereitstellung freier OP-Kapazitäten und von Personal zur Durchführung ambulanter Behandlungsmethoden durch die niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze (vgl. **Abb. 65**).

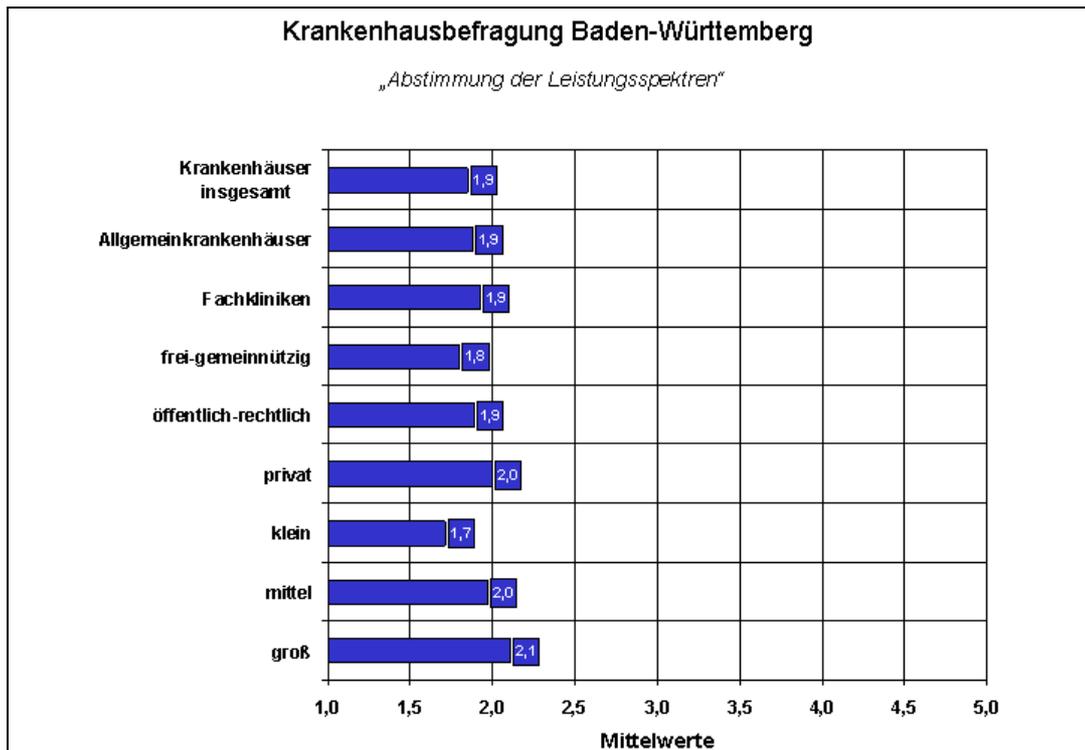


Abbildung 62: Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen

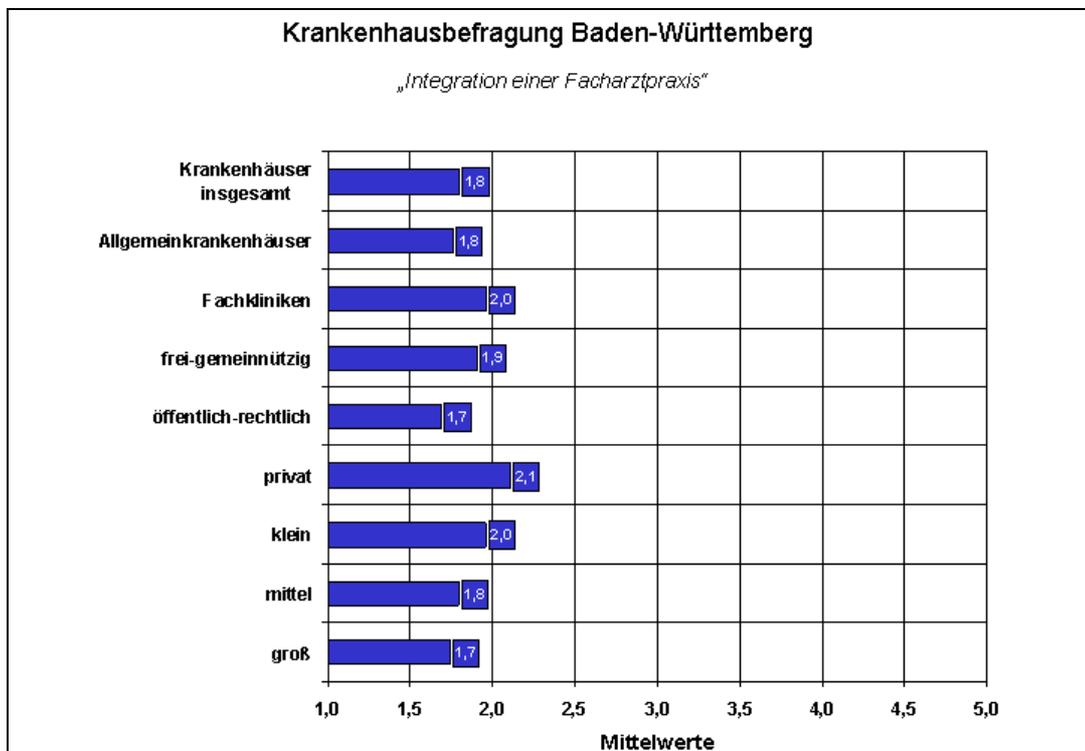


Abbildung 63: Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation

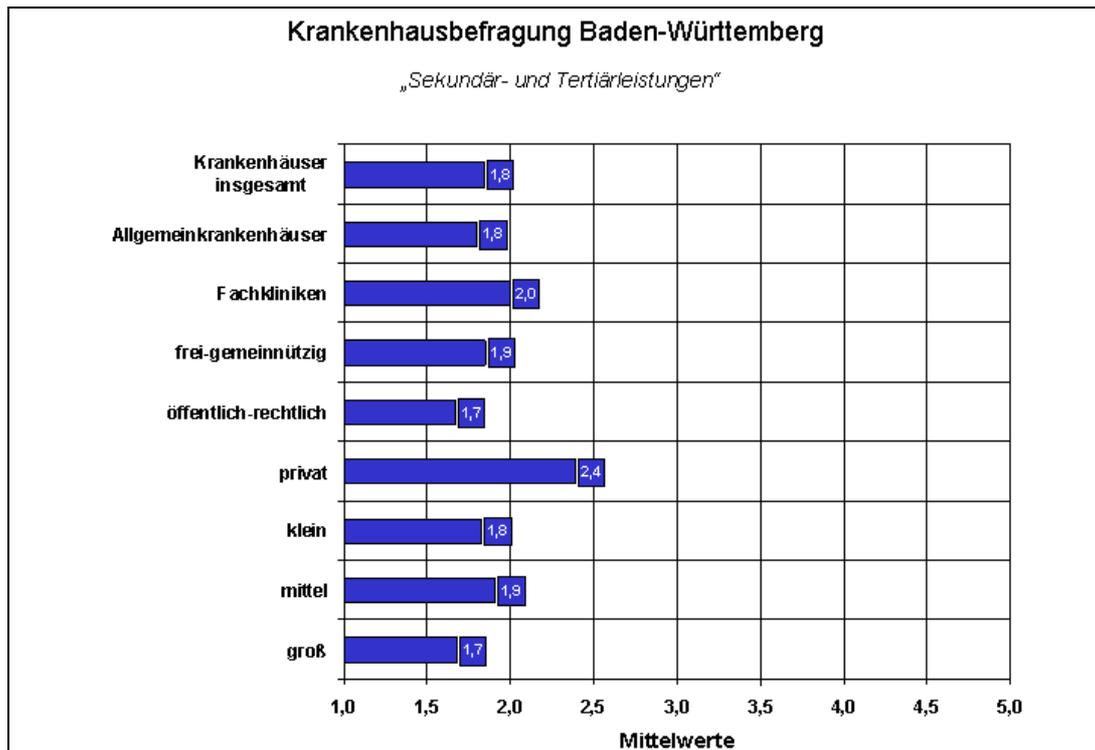


Abbildung 64: Gemeinsame Nutzung von Sekundär- und Tertiärleistungen

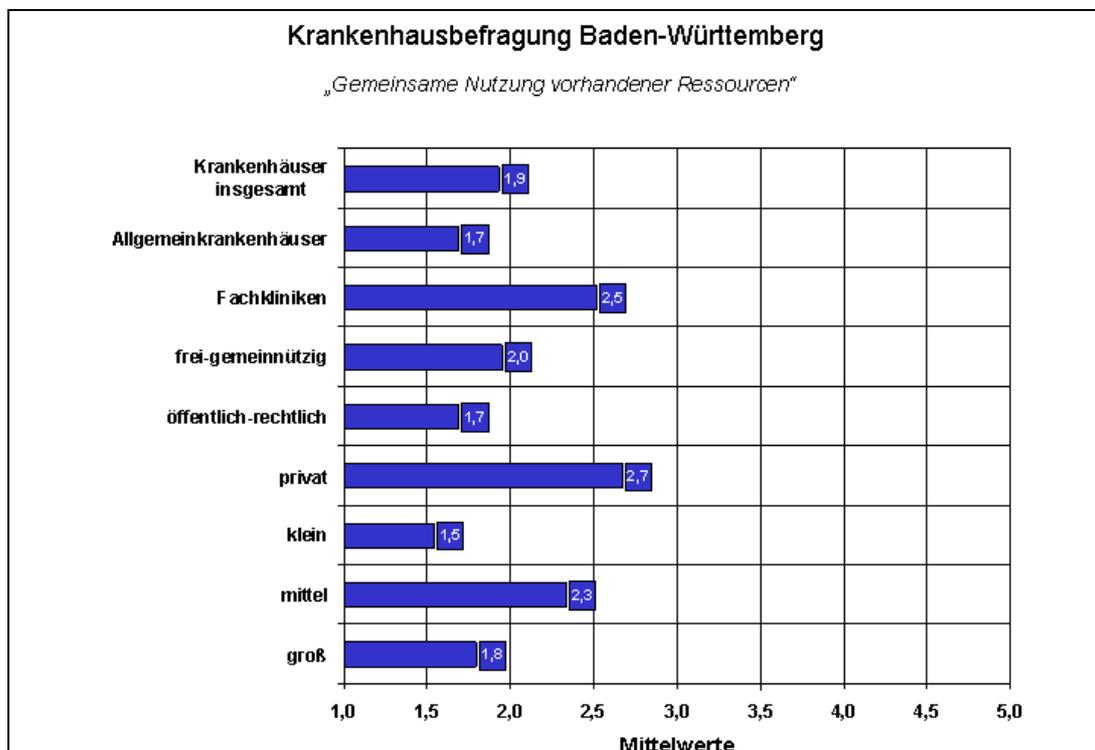


Abbildung 65: Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen

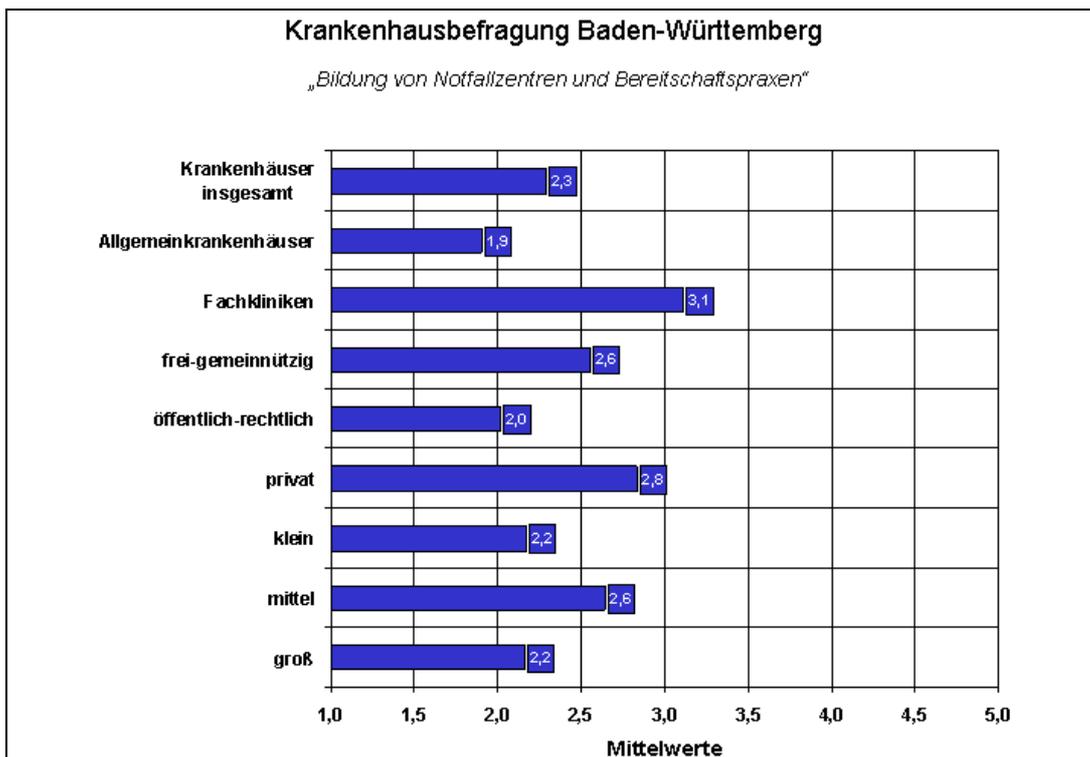


Abbildung 66: Bildung von Notfallzentren und Gemeinschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes

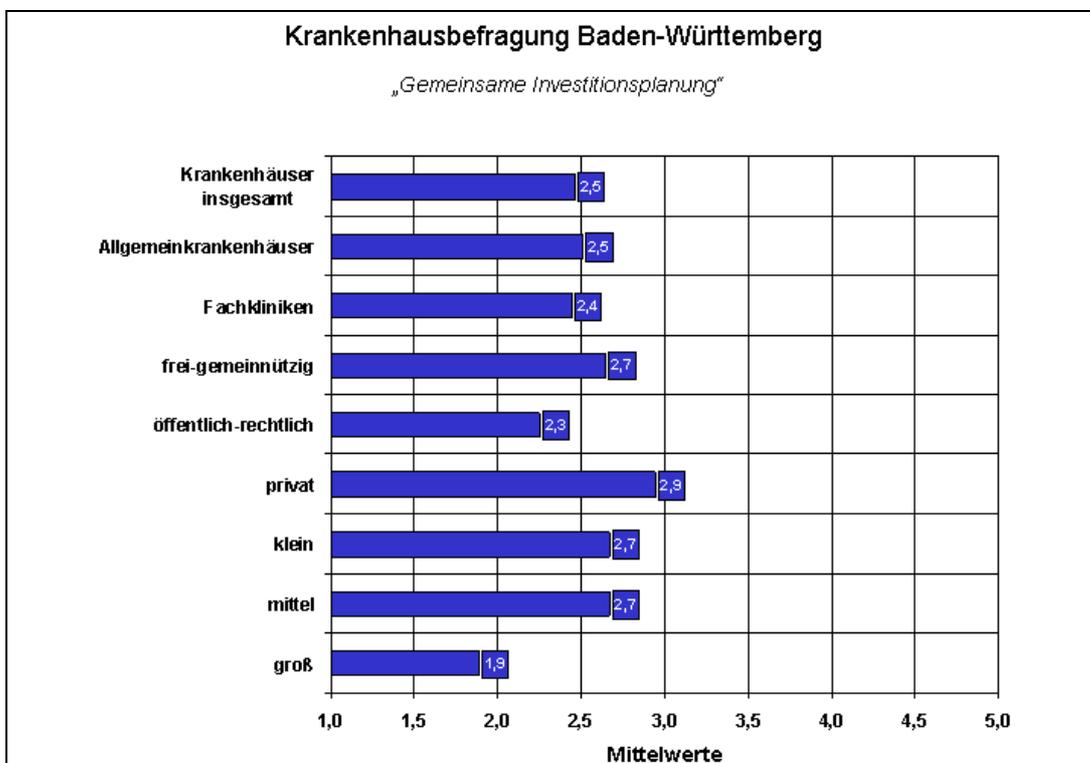


Abbildung 67: Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen

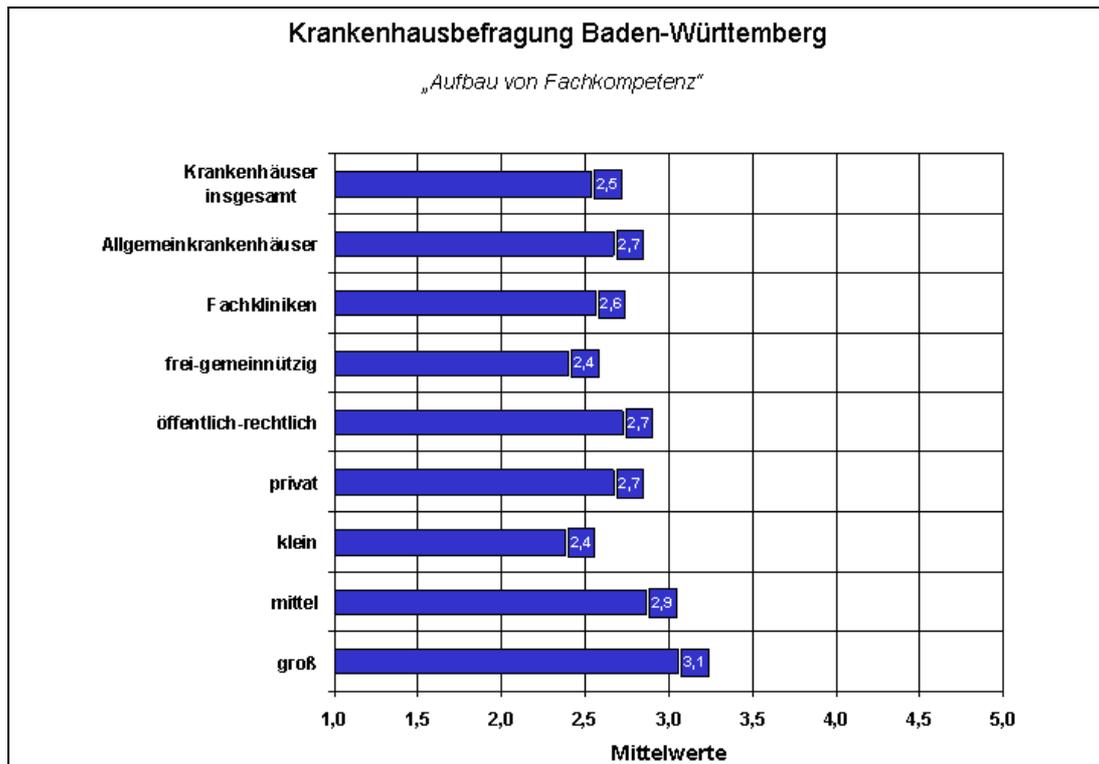


Abbildung 68: Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen

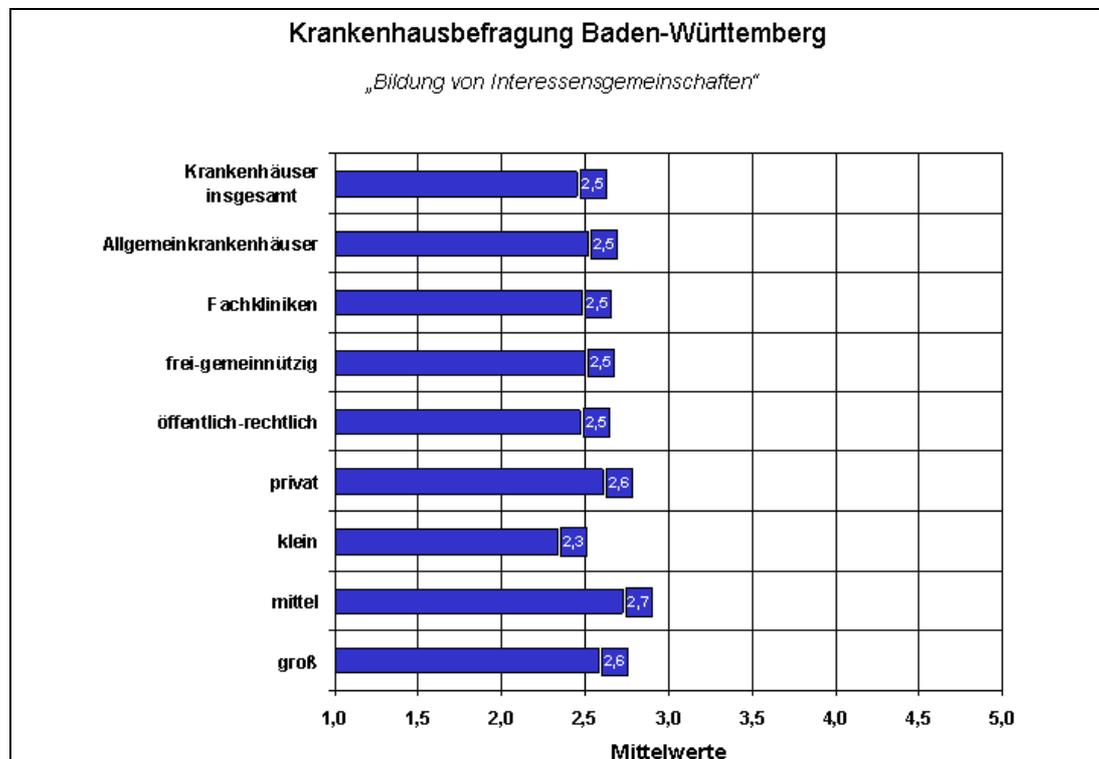


Abbildung 69: Bildung von Interessensgemeinschaften als Machtposition

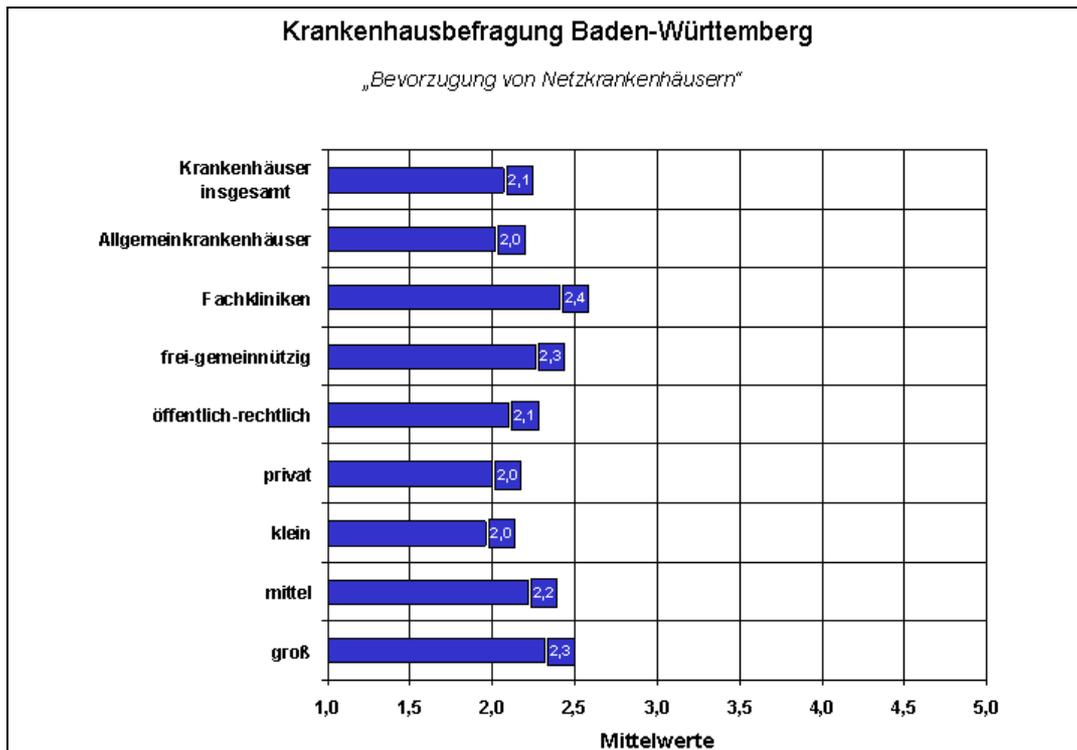


Abbildung 70: Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen

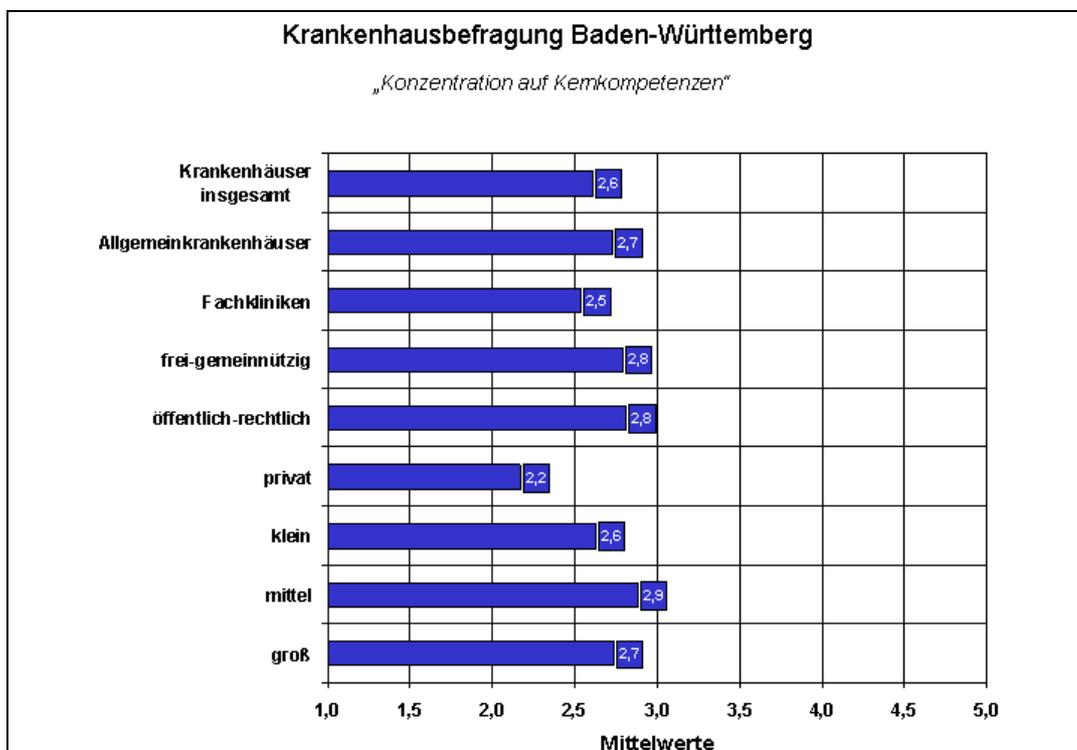


Abbildung 71: Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen

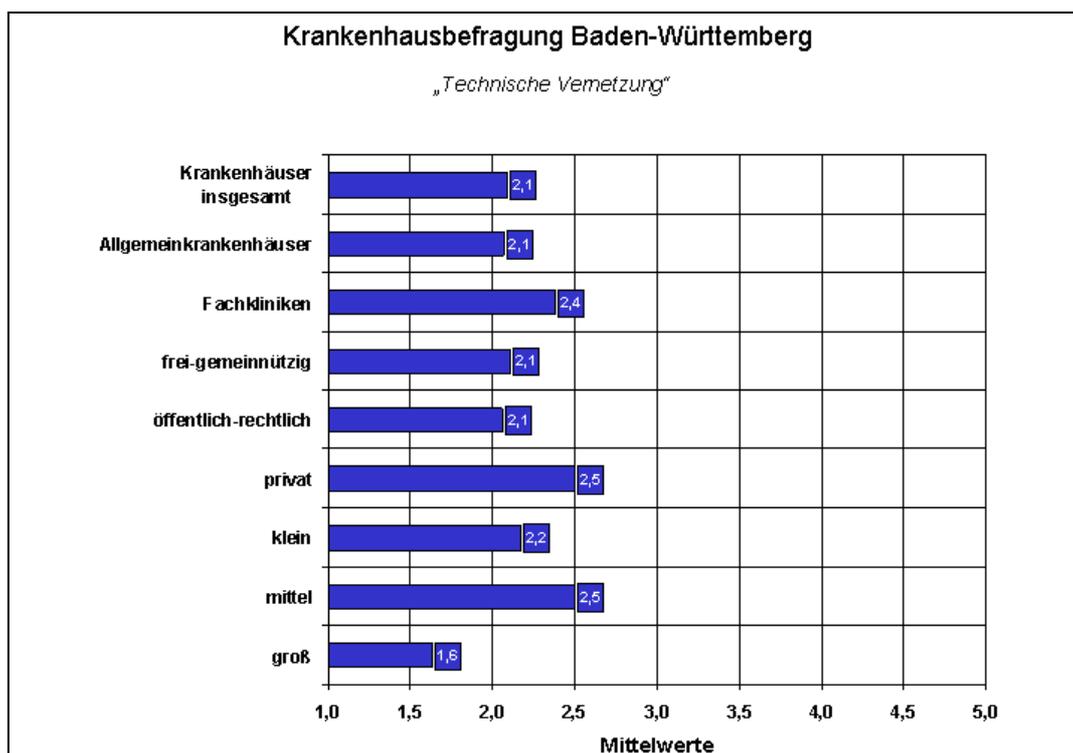


Abbildung 72: Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten

Die **Abbildungen 62 bis 72** geben einen Überblick über die einzelnen Kooperationsmaßnahmen aus Sicht der Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrer Fachrichtung, Trägerschaft und Größe.

Als **„sehr gut geeignet“** wird vom Autor eine Kooperationsmaßnahme eingestuft, wenn sie einen Mittelwert besitzt, der 2,5 oder besser ist. Bei allen Krankenhäusern, Allgemein- und Fachkliniken, Krankenhäusern mit frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft sowie den kleinen, mittleren und großen Krankenhäusern zählen demnach folgende Merkmale **übereinstimmend** zu den sehr gut geeigneten Kooperationsmaßnahmen (absteigend angeordnet):

- Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation
- Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltungsaufgaben)
- Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen
- Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)
- Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen

- Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten⁹⁹⁰.

Danach kommen die Kooperationsmaßnahmen, die nach dem Urteil der **meisten** Befragungsgruppen⁹⁹¹ als „sehr gut geeignet“ eingestuft werden können (absteigend angeordnet):

- Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebots (bis auf: freigemeinnützige und private Krankenhäuser sowie Krankenhäuser mittlerer Größe)
- Bildung von Interessensgemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten (bis auf: private Krankenhäuser sowie mittlere und große Krankenhäuser).
- Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen (bis auf: frei-gemeinnützige und private Krankenhäuser sowie kleine und mittlere Krankenhäuser).

Wenn Kooperationsmaßnahmen, die einen Wert von 3,5 oder schlechter aufweisen, als **ungeeignet** eingestuft werden, können aus Sicht der Krankenhäuser **keine** ungeeigneten Kooperationsmaßnahmen identifiziert werden.

Für „**geeignet**“ werden von der Mehrheit der Befragungsteilnehmer folgende Maßnahmen gehalten⁹⁹²:

- Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential (z.B. Fachwissen) niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen (bis auf: frei-gemeinnützige und kleine Krankenhäuser)
- Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen) (bis auf: Fachkliniken und Krankenhäuser mit privater Trägerschaft).

Keine Maßnahme wird von den Befragungsteilnehmern übereinstimmend oder mehrheitlich als „**weniger gut geeignet**“ eingestuft⁹⁹³.

⁹⁹⁰ Nach einer Studie des Gesundheitsökonomien Gerhard Riegl besteht bei dem Austausch von medizinischen Daten zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus-Ärzten insbesondere aus Krankenhaussicht durchaus Verbesserungsbedarf. So kritisieren die Krankenhaus-Ärzte, dass schriftliche Hintergrund-Informationen aus der Praxis fehlen, nur wenige Patienten Briefe von ihrem Einweiser mitbringen und sie keine zeitnahen Befunde erhalten (Vgl. hierzu: Riegl (2004), S.C737; Stoschek (2004), S.3).

Ein Beispiel für eine erfolgreiche technische Vernetzung ist das Arztnetz „Bergisch Land“. Niedergelassene Ärzte dieser Initiative arbeiten eng zusammen, indem sie Bilder und Befunde ihrer Patienten per Datenleitung über ein geschlossenes Netz austauschen. Ziel dieses Zusammenschlusses ist es, durch eine zeitnahe Verschickung des Arztbriefes die fallbezogene Zusammenarbeit zu verbessern. Dadurch lassen sich Doppeluntersuchungen vermeiden und mit Hilfe von Telematik-Anwendungen Verbesserungen in den Arbeitsabläufen insoweit erzielen, als dass für Patienten online Termine für Operationen oder Betten für stationäre Aufenthalte reserviert werden können. Die Einführung einrichtungsübergreifender Krankenakten sind eine weitere Option für die Zusammenarbeit. Demnächst soll sich auch das Krankenhaus vor Ort dieser Initiative anschließen. (Vgl. o.V. (2004g)).

⁹⁹¹ Siehe zu den Befragungsgruppen Kapitel VIII.5.

⁹⁹² Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 2,6 und 3,0 vorhanden.

Zusammenfassend ist Folgendes feststellen: Nach Ansicht der Krankenhäuser in Baden-Württemberg gibt es durchaus Maßnahmen, die geeignet sind, Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen umzusetzen. Dazu zählen neben der Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses auch die gemeinsame Nutzung von Sekundär- und Tertiärleistungen sowie vorhandener Ressourcen. Die Abstimmung der Leistungsspektren, die Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie die technische Vernetzung der Kooperationspartner ergänzen nach übereinstimmender Meinung die Liste möglicher Kooperationsmaßnahmen. Die Bildung von Notfall-Zentren, Bereitschaftspraxen und Interessensgemeinschaften sowie die gemeinsame Planung und Nutzung von Investitionen werden mehrheitlich als sehr gut geeignete Maßnahmen angesehen. Der Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte sowie die Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen werden von der Mehrheit der Befragungsteilnehmer als geeignet empfunden.⁹⁹⁴

11. Kooperationsrisiken

Kooperationen sind ein komplexes Gebilde, die für die beteiligten Parteien nicht nur Chancen, sondern auch Risikopotentiale beinhalten. Damit eine koordinierte und kooperative Zusammenarbeit mit Vertretern des ambulanten Sektors langfristig erfolgreich umgesetzt werden kann, sollten die Vertragspartner bereits vor Abschluss der Kooperationsvereinbarung die Risiken und Gefahren, die sich zu einer Belastung für das Erfolgspotential der Zusammenarbeit entwickeln könnten, identifizieren und minimieren. Die Risikoidentifizierung und –minimierung gehören zu den wesentlichen Voraussetzungen für eine optimale und langfristig erfolgreiche Beziehung zwischen einem Krankenhaus auf der einen und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen auf der anderen Seite.

Nach Ansicht der Krankenhäuser beinhalten Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen Risiken, die sich zu einer Gefahr für eine erfolgreiche Zusammenarbeit entwickeln können. Für die Bewertung der einzelnen Risiken sind wiederum Mittelwerte gebildet worden, die – mit wenigen Ausnahmen – tendenziell sehr ähnlich sind (vgl. **Abb. 73**).

Besonders auffällig ist, dass Fachkliniken in Kooperationen ein geringeres Risikopotential sehen als Allgemeinkrankenhäuser. Die Einführung des auf Fallpauschalen beruhenden Vergütungssystems, die vermehrte Durchführung ambulanter Operationen sowie die weitere Stärkung der ambulanten Versorgung zu Gunsten einer Senkung der stationären Verweildauer und eines verminderten Patientenaufkommens im Krankenhaus⁹⁹⁵ stellen die Steigerung der Effektivität und Effizienz der Leistungserstellung in den Mittelpunkt der Krankenhausaktivitäten⁹⁹⁶. Die Kliniken sehen sich gezwungen, in Zeiten

⁹⁹³ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 3,1 und 3,4 vorhanden.

⁹⁹⁴ Vgl. hierzu auch **Abbildungen E-1 bis E-18** im Anhang.

⁹⁹⁵ Vgl. Strehlau-Schwoll (2002), S.997.

⁹⁹⁶ Damit eine Steigerung der Effektivität und die Effizienz der Leistungserbringung erreicht wird, müssen nach Ansicht von Schlüchtermann krankenhausesintern vor allem traditionelle Defizite in den Bereichen „Controlling“, „Aufbau- und Ablauforganisation“, „krankenhausesinterne Prozessstandardisierung (Clinical Pathways)“ und „innerbetriebliches Qualitätsmanagement“ beseitigt werden (Vgl. Schlüchtermann (1998), S.432).

der Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander⁹⁹⁷ verstärkt nach strategischen Alternativen zu suchen, um ihren Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung bei einer gleichzeitigen Verminderung der Kosten in kürzerer Zeit anbieten zu können.⁹⁹⁸ Vor diesem Hintergrund sehen vor allem Fachkliniken mit ihrem begrenzten und spezialisierten Aufgabenbereich eine Möglichkeit, unter Ausnutzung der rechtlichen Rahmenbedingungen ihr Leistungsspektrum in der Breite zu erweitern und mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen Kooperationen einzugehen. Fachkliniken sehen der Untersuchung zufolge in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit weniger Risiken und Gefahren als Allgemeinkrankenhäuser.

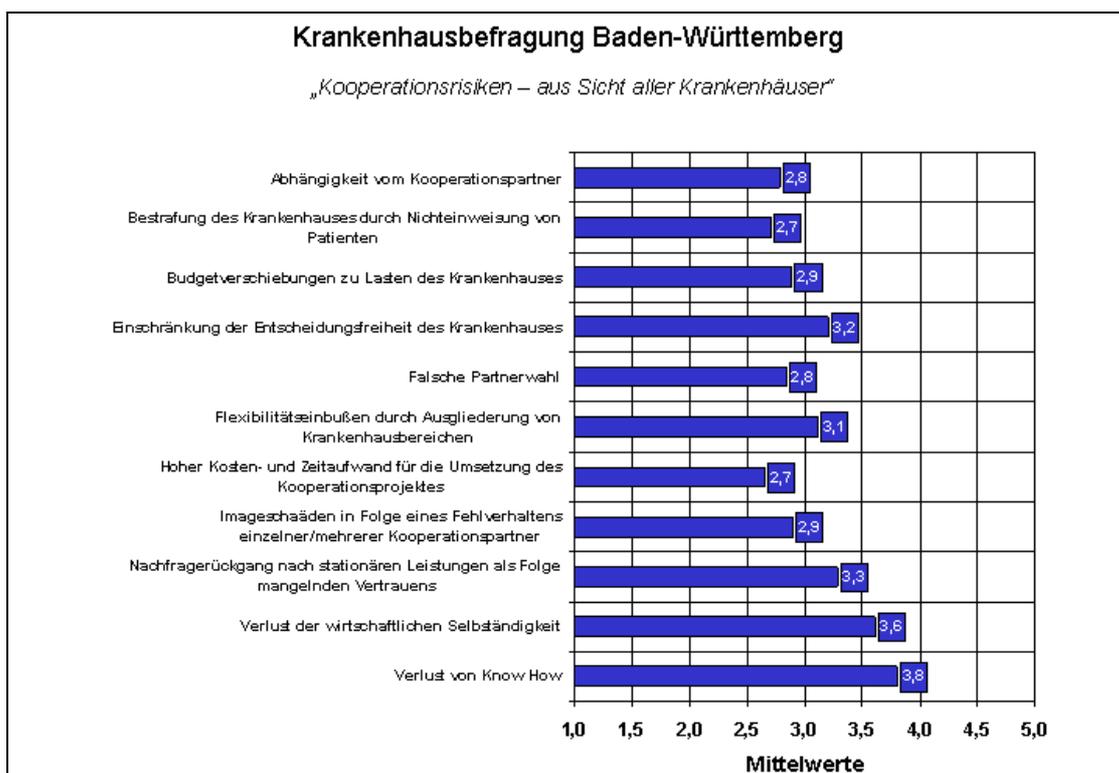


Abbildung 73: Kooperationsrisiken

Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen können durchaus mit Risiken verbunden sein.

Als **“nicht riskant“** wird vom Autor ein Sachverhalt gewertet, wenn es einen Mittelwert besitzt, der 3,5 oder schlechter ist. Demnach werden bei allen Krankenhäusern, Allgemein- und Fachkliniken, Krankenhäusern mit frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft sowie den kleinen, mittleren und großen Krankenhäusern folgende Sachverhalte **übereinstimmend** nicht als Risiko von Kooperationen gesehen (absteigend angeordnet):

- Verlust von Know How
- Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit.

⁹⁹⁷ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000), S.170.

⁹⁹⁸ Vgl. Dreßler (2000), S.46.

Wenn „**sehr riskant**“ in spiegelbildlicher Weise definiert wird, d.h. alle Sachverhalte, die einen Wert von 2,5 oder besser aufweisen, als sehr hohes Risiko einer Kooperation eingestuft werden, lässt sich aus Sicht der aller Befragungsteilnehmer **kein** entsprechender Sachverhalt identifizieren.

Einige Sachverhalte werden von den Befragungsteilnehmern übereinstimmend oder mehrheitlich als „**riskant**“ und somit als Risiko einer Kooperation eingeschätzt⁹⁹⁹:

- Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses (bis auf: Fachkliniken, Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und kleine Krankenhäuser)
- Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner (bis auf: kleine Krankenhäuser)
- Falsche Partnerwahl
- Abhängigkeit vom Kooperationspartner
- Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes (bis auf: mittlere und große Krankenhäuser)
- Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes (bis auf: Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken, öffentlich-rechtliche Krankenhäuser).

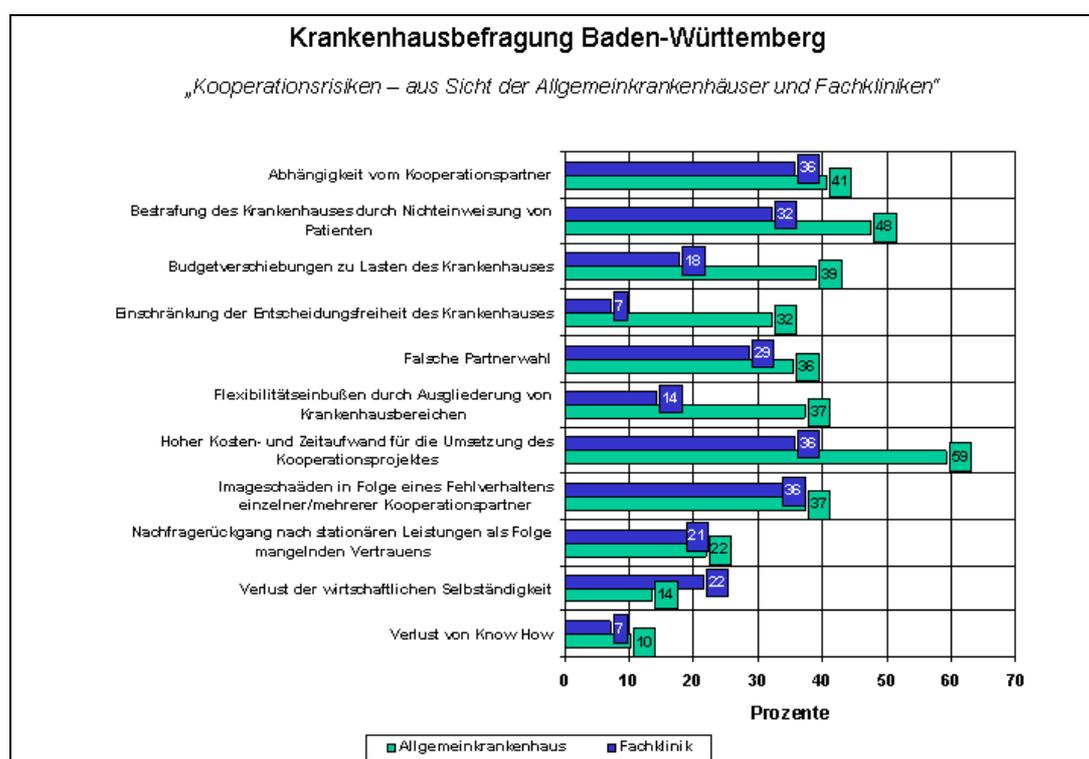


Abbildung 74: Kooperationsrisiken aus Sicht der Fachkliniken und Allgemeinkrankenhäuser

⁹⁹⁹ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 2,6 und 3,0 vorhanden.

Als „geringes Risiko“ werden mehrheitlich folgende Sachverhalte eingestuft¹⁰⁰⁰:

- Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt (bis auf: kleine Krankenhäuser)
- Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses (bis auf: Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken)
- Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen (bis auf: Allgemeinkrankenhäuser, öffentlich-rechtliche und kleine Krankenhäuser).

Die Kooperationsrisiken in Abhängigkeit von der Fachrichtung werden sehr differenziert beurteilt (vgl. **Abb. 74**).

Ein Blick auf die Kooperationsrisiken in Abhängigkeit von der Trägerschaft zeigt sehr deutlich, wie unterschiedlich die einzelnen Krankenhäuser die Risikopotentiale einer koordinierten Zusammenarbeit beurteilen (vgl. **Abb. 75**).

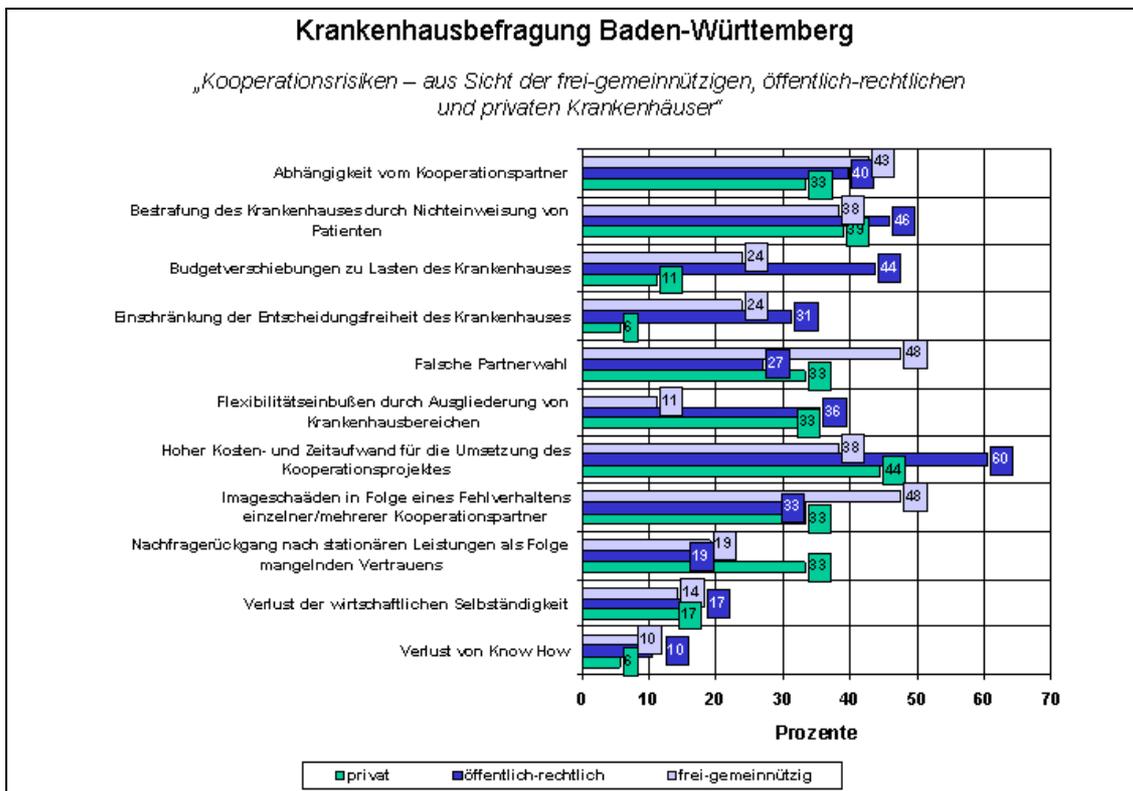


Abbildung 75: Kooperationsrisiken aus Sicht der frei-gemeinnützigen, öffentlich-rechtlichen und privaten Krankenhäuser

Zusammenfassend ist Folgendes feststellen: Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen beinhalten nach Ansicht der Krankenhäuser in Baden-Württemberg durchaus Risiken. Die Be-

¹⁰⁰⁰ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 3,1 und 3,4 vorhanden.

fragungsteilnehmer haben bei der Beantwortung der Frage nach den Kooperationsrisiken differenziert geantwortet. Es lassen sich Sachverhalte identifizieren, die als „riskant“ einzustufen sind. Dazu gehören die Gefahr der falschen Partnerwahl im Rahmen der Kooperationsverhandlungen sowie das Risiko einer allzu großen Abhängigkeit vom Kooperationspartner. In der Gefahr von Imageschäden und von Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses sowie in der Bestrafung des Krankenhauses durch die Nichteinweisung von Patienten sowie im hohen Kosten- und Zeitaufwand werden weitere Risiken gesehen. Zu den Sachverhalten mit einem geringen Risikopotential gehören der Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens, die Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses sowie mögliche Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen. Kein Risiko sehen die Befragungsteilnehmer in dem Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit und von Know How.¹⁰⁰¹

12. Kooperationsbereiche

Auf die Frage nach den Kooperationsbereichen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen haben die Krankenhäuser ein sehr differenziertes Urteil abgegeben. Demnach können sich Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowohl auf den medizinisch-therapeutischen als auch auf den Verwaltungsbereich erstrecken. Dabei muss sich die Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Kooperationspartner allerdings nicht nur auf einen einzelnen Bereich konzentrieren, sondern kann möglichst viele Funktionen abdecken.

■ *Medizinisch-therapeutischer Bereich*

Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen können sich im medizinisch-therapeutischen Bereich bei Fragen der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge anbieten (vgl. **Abb. 76 bis 80**).

¹⁰⁰¹ Vgl. hierzu auch **Abbildungen F-1 bis F-18** im Anhang.

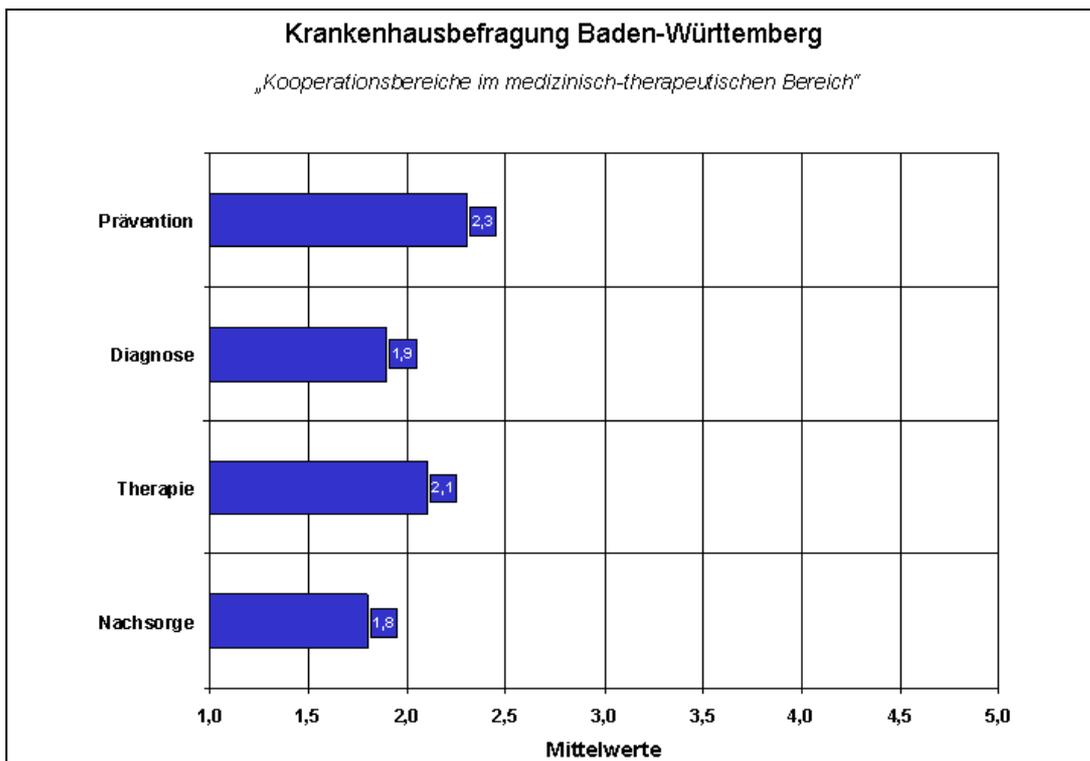


Abbildung 76: Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich aus Sicht aller Krankenhäuser

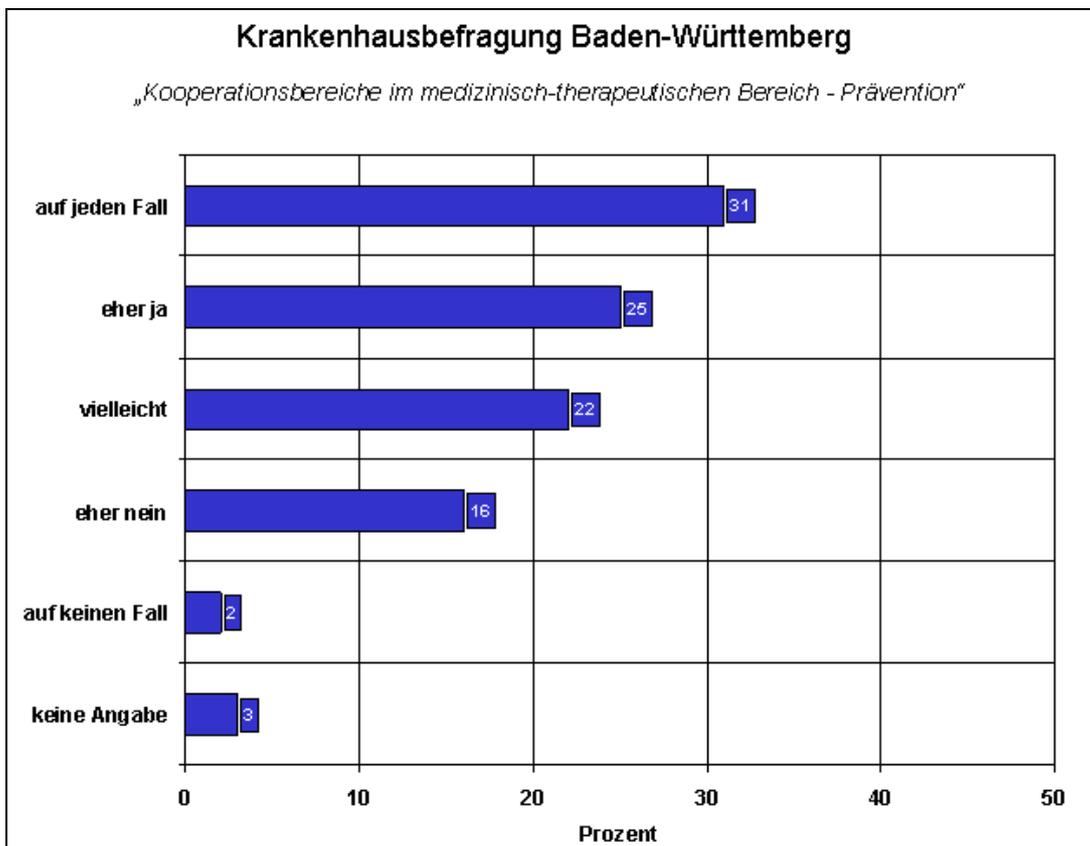


Abbildung 77: Kooperationen im Bereich „Prävention“

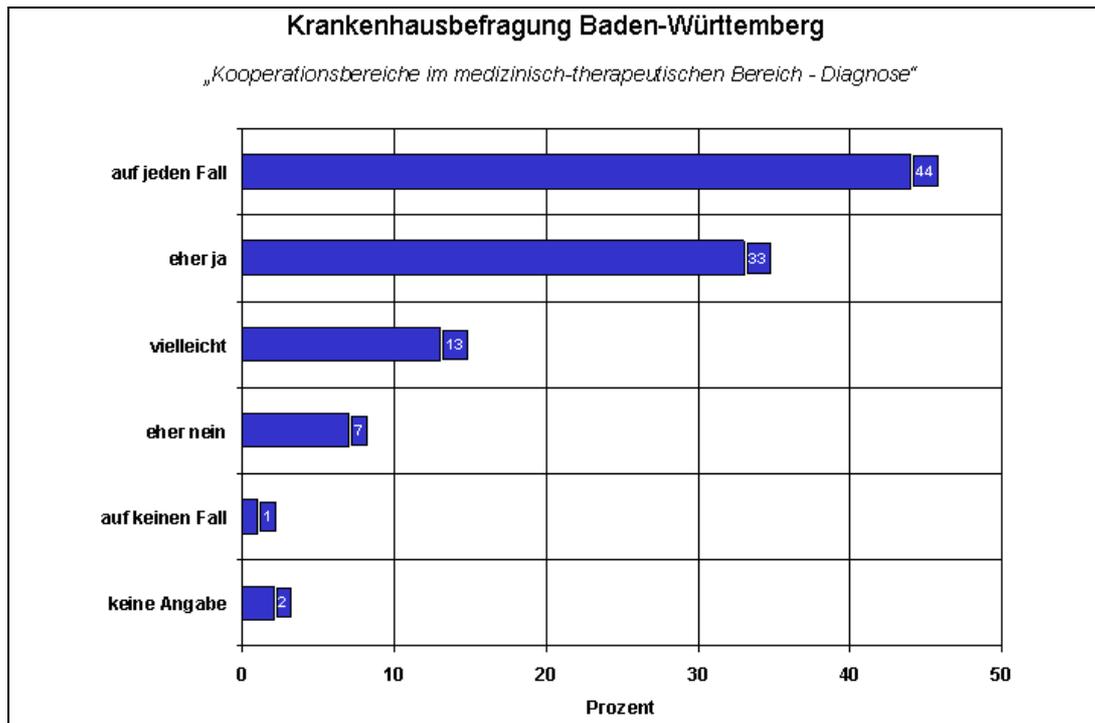


Abbildung 78: Kooperationen im Bereich „Diagnostik“

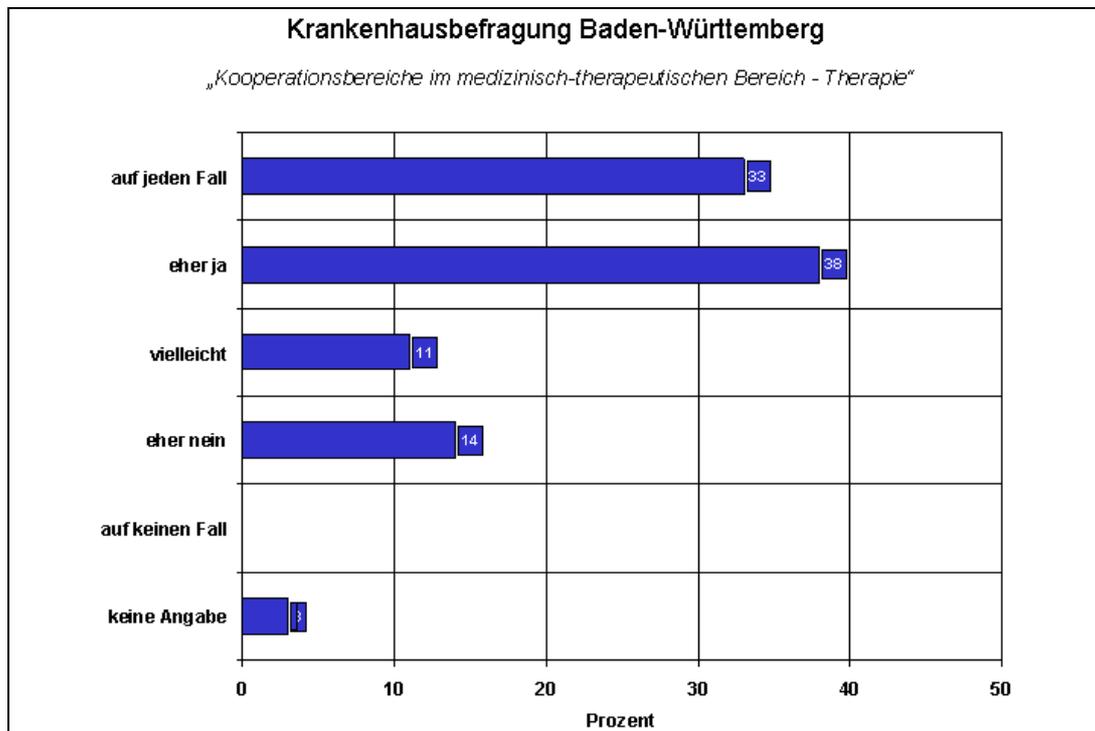


Abbildung 79: Kooperationen im Bereich „Therapie“

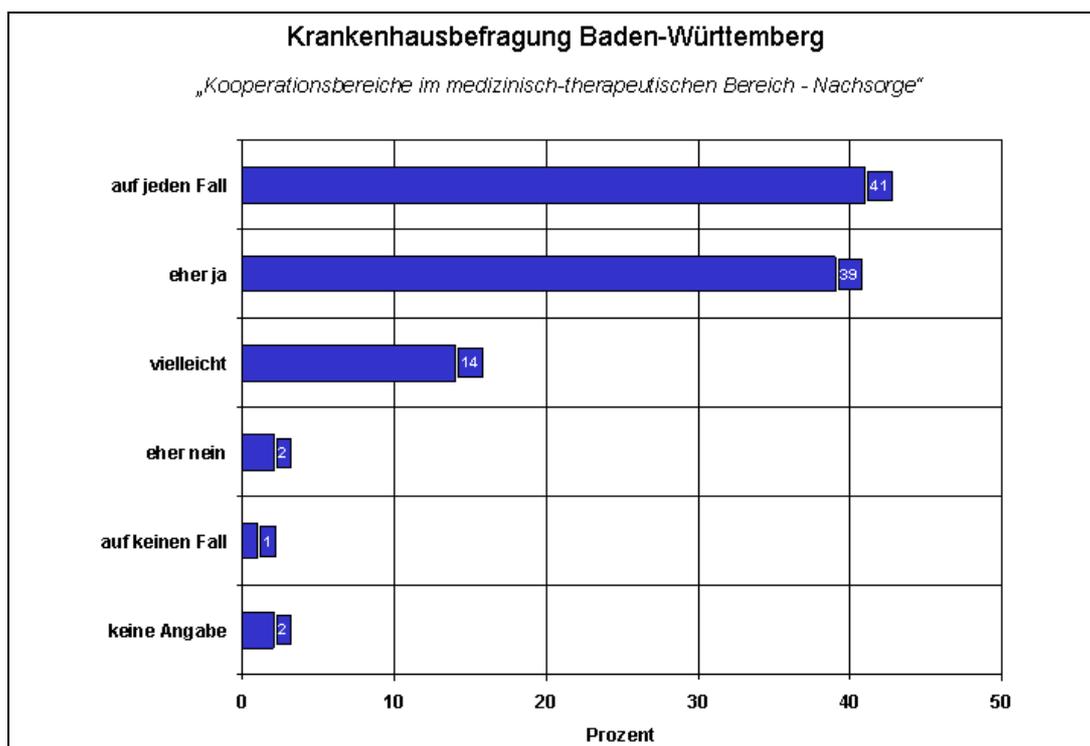


Abbildung 80: Kooperationen im Bereich „Nachsorge“

Ein identisches Bild liefert das Antwortverhalten der Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrer Fachrichtung, Trägerschaft und Größe (vgl. Abb. 81 bis 83).

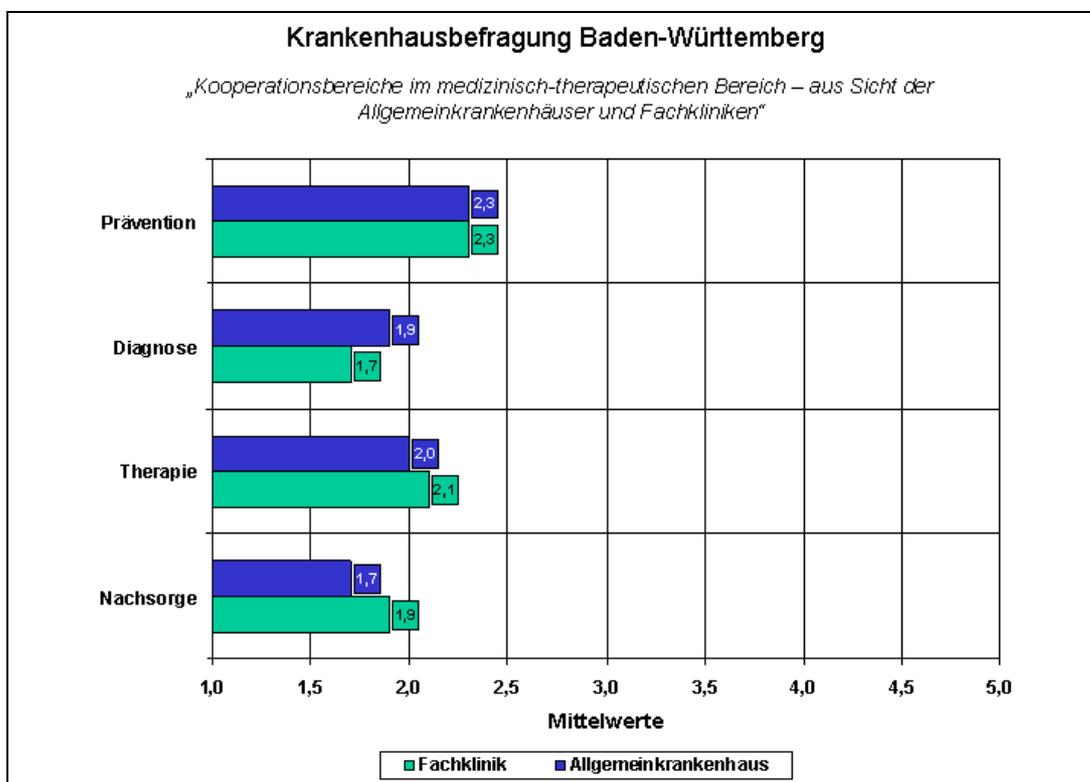


Abbildung 81: Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich (I)

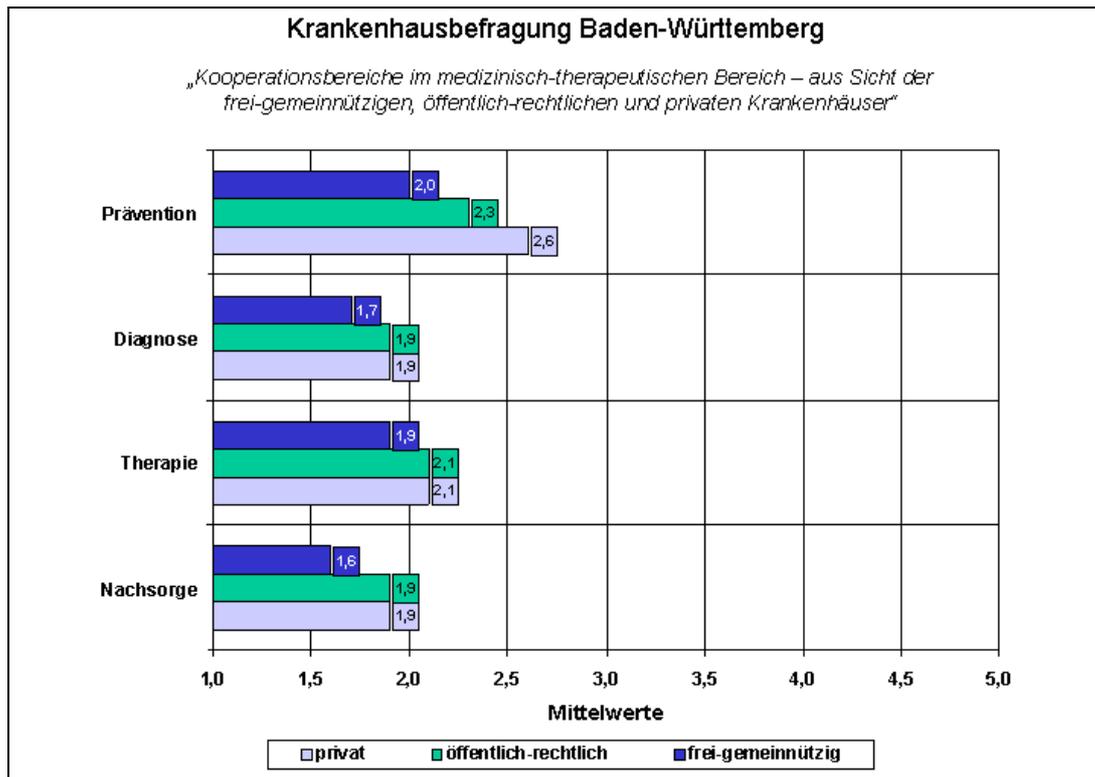


Abbildung 82: Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich (II)

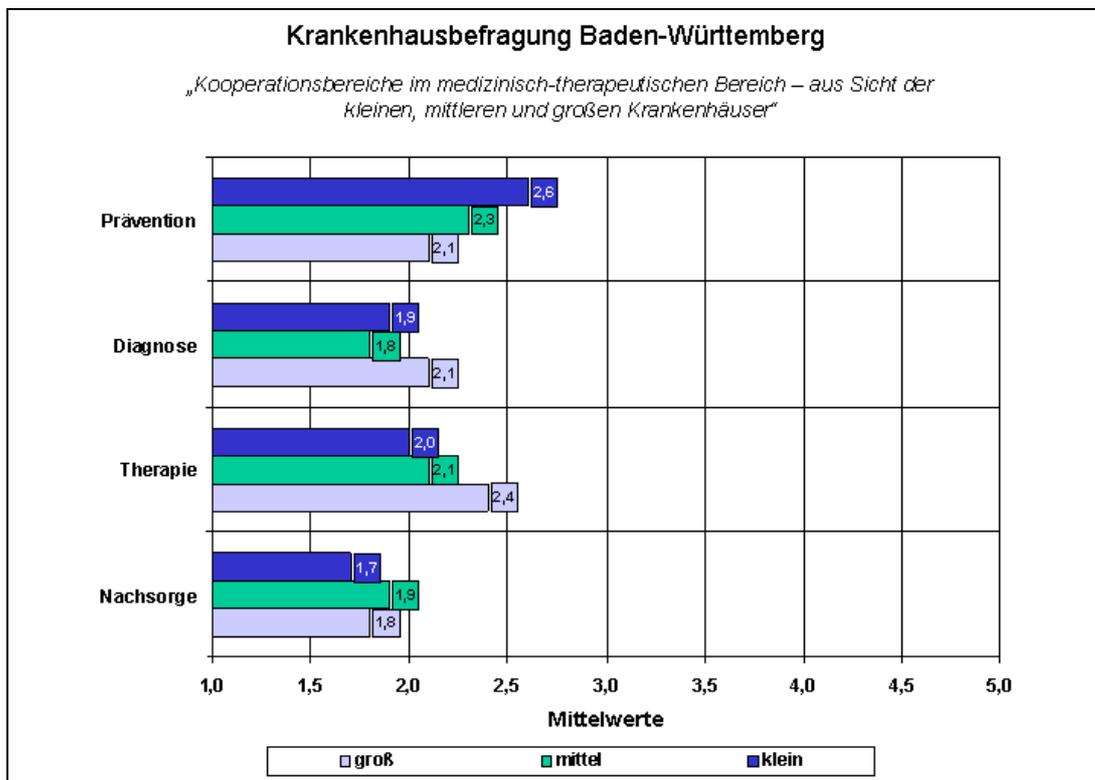


Abbildung 83: Potentielle Kooperationsbereiche im medizinisch-therapeutischen Bereich (III)

■ *Verwaltungsbereich (tertiärer Bereich)*

Wesentlich zurückhaltender fällt die Zustimmung der Befragungsteilnehmer zu Kooperationen im Verwaltungs- und Managementbereich aus. Der Kooperationsbedarf seitens der Krankenhäuser in diesen Bereichen ist nur sehr gering ausgeprägt (vgl. **Abb. 84**).

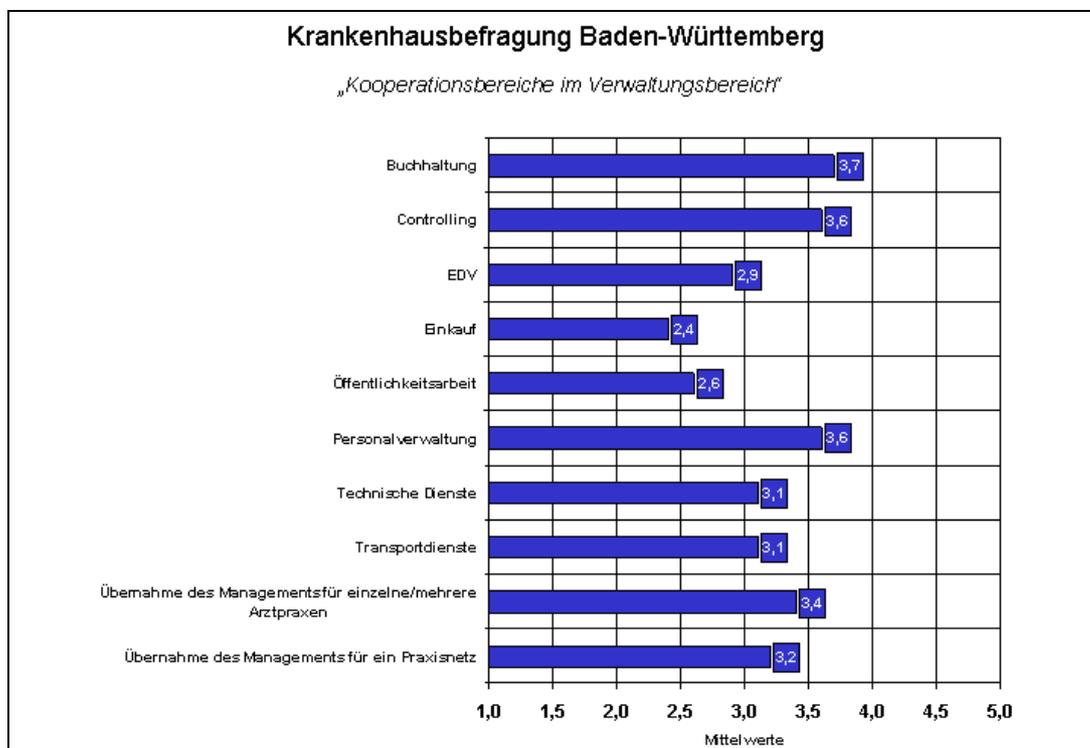


Abbildung 84: Potentielle Kooperationsbereiche im tertiären Bereich aus Sicht aller Krankenhäuser

Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken beurteilen die potentiellen Kooperationsbereiche im tertiären Bereich ebenso zurückhaltend. Allerdings fällen die Fachkliniken bei der Einschätzung der einzelnen Kooperationsbereiche ein tendenziell günstigeres Urteil als die Allgemeinkliniken (vgl. **Abb. 85**).

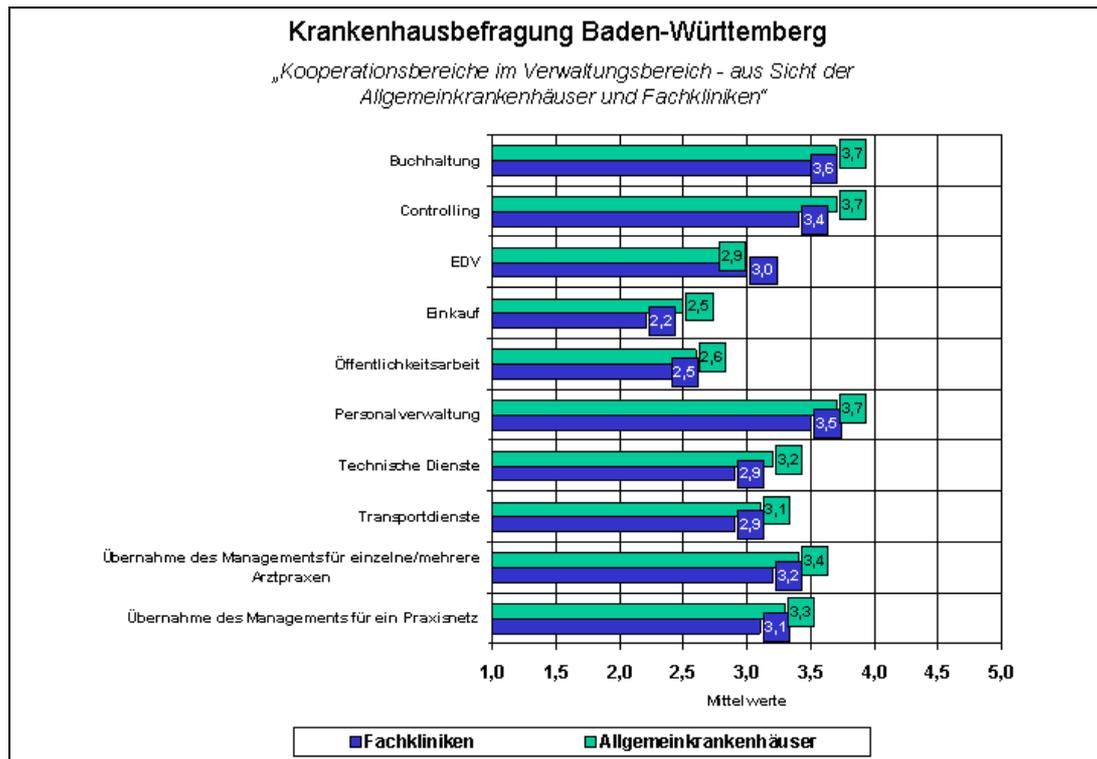


Abbildung 85: Potentielle Kooperationsbereiche im tertiären Bereich (I)

Frei-gemeinnützige Krankenhäuser beurteilen die potentiellen Kooperationsbereiche im tertiären Bereich ebenso zurückhaltend wie öffentlich-rechtliche und private Krankenhäuser. Allerdings fallen die frei-gemeinnützige Krankenhäuser bei der Einschätzung der einzelnen Kooperationsbereiche ein tendenziell günstigeres Urteil (vgl. **Abb. 86**).

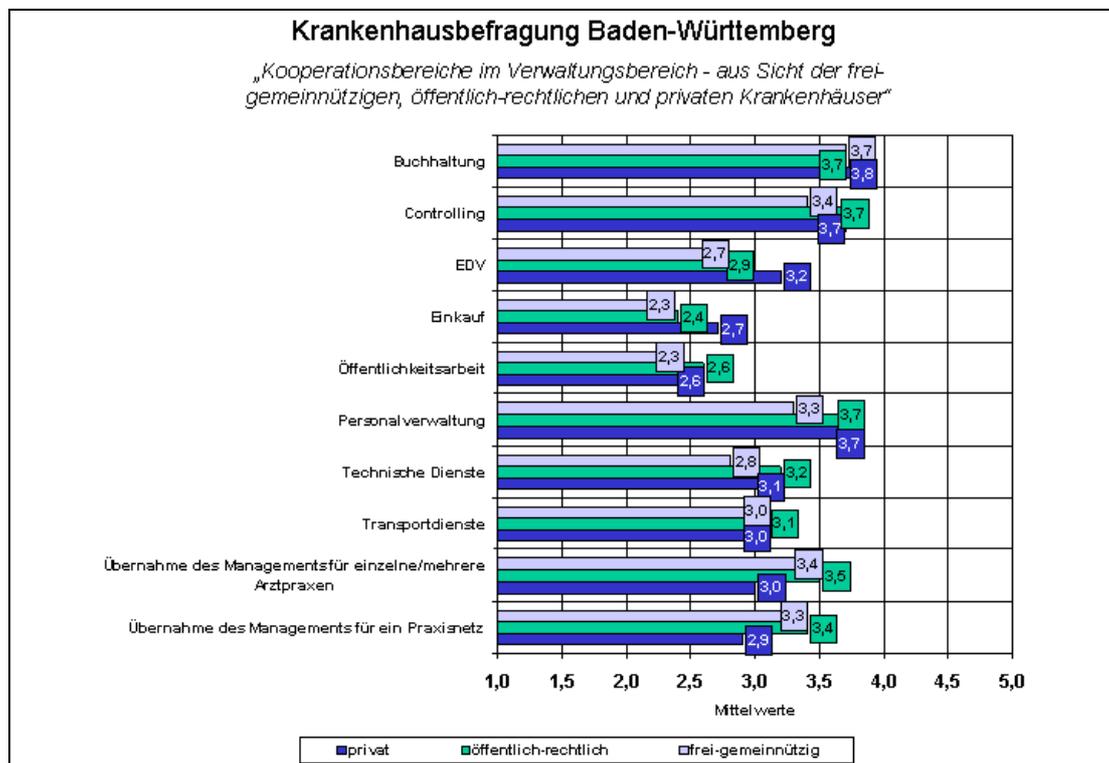


Abbildung 86: Potentielle Kooperationsbereiche im tertiären Bereich (II)

In der Übernahme des Managements für ein Praxisnetz sowie für einzelne oder mehrere Arztpraxen sieht lediglich eine Minderheit der Befragungsteilnehmer eine Aufgabe für ein Krankenhaus. Da den Krankenhäusern bisher nicht nur die Erfahrungen mit vergleichbaren Aufgaben fehlen, sondern auch ausreichende Informationen, und unter Umständen auch die entsprechenden klinikinternen Kapazitäten nicht vorhanden sind, wird die Übernahme von Managementaufgaben für Praxisnetze und Arztpraxen von einer deutlichen Mehrheit der Krankenhäuser abgelehnt. Lediglich Kliniken in privater Trägerschaft können sich Kooperationen im Bereich des Praxismanagements vorstellen (vgl. **Abb. 87 und 88**). Private Krankenhäuser scheinen unter Berücksichtigung ihres Gewinnzieles eher bereit zu sein, durch die Übernahme des Managements für Praxisnetze und einzelne Arztpraxen ihr Dienstleistungsangebot zu erweitern. Dadurch eröffnen sich den privaten Kliniken Erlöspotentiale außerhalb des gedeckelten stationären Budgets.

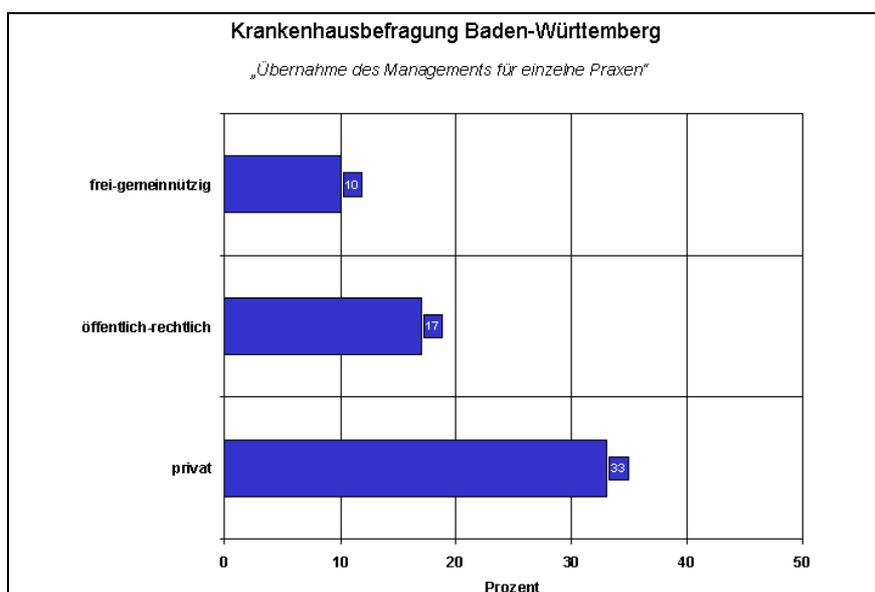


Abbildung 87: Übernahme des Managements für einzelne Praxen

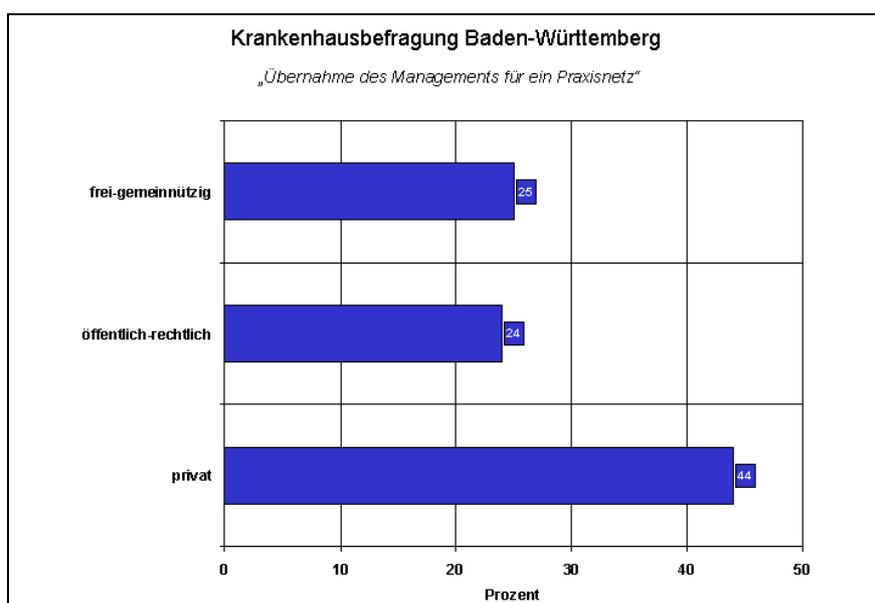


Abbildung 88: Übernahme des Managements für ein Praxisnetz

Auf die Frage, welche medizinisch-technischen und tertiären Bereiche sich für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen eignen, haben die Befragungsteilnehmer sehr differenziert geantwortet. Dabei ist besonders auffällig, dass die Zustimmung der Krankenhäuser zu einer Zusammenarbeit im medizinisch-therapeutischen Bereich größer ausfällt als zu Kooperationen im tertiären Bereich.

Als **„sehr gut geeignet“** wird vom Autor ein Bereich gewertet, wenn er einen Mittelwert besitzt, der 2,5 oder besser ist. Zu den medizinisch-therapeutischen Bereichen, die sich nach Ansicht aller Krankenhäuser, der Allgemein- und Fachkliniken, der Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft sowie der kleinen, mittleren und großen Krankenhäuser für Kooperationen sehr gut eignen, gehören **übereinstimmend** oder **mehrheitlich** (absteigend angeordnet):

- Nachsorge
- Diagnostik
- Therapie
- Prävention (bis auf: kleine und mittlere Krankenhäuser).

Dagegen eignet sich nach der mehrheitlichen Meinung der Befragungsteilnehmer nur ein tertiärer Bereich sehr gut für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen:

- Einkauf (bis auf: private und mittlere Krankenhäuser).

Ein Bereich gilt als **„geeignet“** für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen, wenn übereinstimmend oder mehrheitlich Mittelwerte zwischen 2,6 und 3,0 vorhanden sind. Folgende tertiäre Bereiche werden von den Befragungsteilnehmern mehrheitlich für geeignet gehalten (absteigend angeordnet):

- Öffentlichkeitsarbeit (bis auf: Fachkliniken, Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft, kleine und mittlere Krankenhäuser)
- EDV (bis auf: Krankenhäuser mit privater Trägerschaft, mittlere und große Krankenhäuser)
- Transportdienste (bis auf: Krankenhäuser mit privater Trägerschaft, mittlere und große Krankenhäuser)
- Technische Dienste (bis auf: Fachkliniken, Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft, große Krankenhäuser).

Als **„weniger geeignet“** konnten folgende tertiäre Bereiche identifiziert werden.¹⁰⁰²

- Übernahme des Managements für ein Praxisnetz (bis auf: Krankenhäuser mit privater Trägerschaft, mittlere und große Krankenhäuser)

¹⁰⁰² Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 3,1 und 3,4 vorhanden.

- Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen (bis auf: Krankenhäuser mit öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft, mittlere und große Krankenhäuser).

Für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als „ungeeignet“ gelten mehrheitlich folgende Bereiche¹⁰⁰³:

- Controlling (bis auf: Fachkliniken, Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft, große Krankenhäuser)
- Personalverwaltung (bis auf: Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft, große Krankenhäuser)
- Buchhaltung (bis auf: große Krankenhäuser).

Zusammenfassend ist auf Folgendes hinzuweisen: Potentielle Kooperationsbereiche sind vor allem im medizinisch-therapeutischen Bereich zu finden. Kooperationen bei Fragen der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge sowie im Bereich des Einkaufs werden von den Befragungsteilnehmern als sehr gut geeignet eingestuft. Ebenso können sich die Krankenhäuser Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen in den Bereichen „Öffentlichkeitsarbeit“, „EDV“, „Transportdienste“ und „Technische Dienste“ vorstellen. Als wenig geeignet bzw. ungeeignet gelten die Bereiche „Übernahme des Managements für einzelne Arztpraxen und Praxisnetze“, „Controlling“, „Personalverwaltung“ und „Buchhaltung“.

Die Analyse der potentiellen Kooperationsbereiche zeigt sehr deutlich, dass die Präferenzen der Krankenhäuser eindeutig im medizinisch-therapeutischen Bereich liegen. Insbesondere vor dem Hintergrund der politischen Weichenstellung zur Neustrukturierung der medizinischen Versorgung durch die Implementierung strukturierter Behandlungsprogramme für Chroniker, die Überarbeitung der Regelungen zur Integrierten Versorgung und die Einführung eines neuen Abrechnungsmodus sehen sich die Krankenhäuser gezwungen, Maßnahmen nicht nur zur Verbesserung der eigenen wirtschaftlichen Situation, sondern auch zur Verbesserung der Patientenversorgung zu ergreifen. Dazu gehören nach Ansicht der befragten Krankenhäuser in erster Linie Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors in den Bereichen der medizinischen Nachsorge, der Diagnostik sowie bei therapeutischen Fragen.¹⁰⁰⁴ Weniger Zustimmung seitens der Krankenhäuser finden Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten bei Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten. Lediglich 56% der Krankenhäuser und damit wesentlich weniger als bei den anderen drei Bereichen können sich eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten zur gemeinsamen Bewältigung dieser Aufgabe vorstellen. Eine Erklärung

¹⁰⁰³ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte ab 3,5 vorhanden.

¹⁰⁰⁴ In der Praxis finden sich durchaus schon Beispiele für eine erfolgreiche, sektorenübergreifende Kooperation im medizinisch-therapeutischen Bereich: In Bremen hat sich ein Arzt, der bisher in einem Krankenhaus als Oberarzt beschäftigt war, selbstständig gemacht und eine Praxis für ambulante Herz- und Gefäßchirurgie gegründet. In seiner Praxis versorgt er Patienten u.a. mit der Diagnostik und der Behandlung vor und nach stationären Operationen. Darüber hinaus hat er eine Kooperationsvereinbarung mit dem Klinikum Links der Weser geschlossen. Danach operiert er an zwei Tagen im Monat im Herzzentrum des Krankenhauses. Die dafür notwendigen Voruntersuchungen übernehmen die Ärzte im Krankenhaus. Vorgespräche mit den Patienten sowie die Nachsorge bietet der niedergelassene Arzt in seiner Praxis an. (Vgl. o.V. (2004e)).

dafür mag sein, dass nach Ansicht der Krankenhäuser Präventionsmaßnahmen nicht in den klassischen Aufgabenbereich einer stationären Einrichtung gehören, sondern vielmehr Teil des Leistungskataloges des niedergelassenen Bereichs sind. Zwar können sich Krankenhäuser durchaus eine gezielte Zusammenarbeit mit Vertretern des ambulanten Sektors auch bei der Bewältigung von Aufgaben des Verwaltungsbereichs vorstellen. Allerdings präferiert nur eine Minderheit der befragten Krankenhäuser Kooperationen in diesem Bereich. Zu den bevorzugten Kooperationsbereichen gehören unabhängig von der Größe, Trägerschaft und fachlichen Ausrichtung der Krankenhäuser die „Diagnostik“, „Therapie“ und „Nachsorge“.¹⁰⁰⁵

13. Kooperationserwartungen der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser in Baden-Württemberg sind gefragt worden, was sie sich von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen erwarten. Dieser thematische Komplex findet eine hohe Aufmerksamkeit der Befragten. Lediglich 2 Krankenhäuser haben sich nicht zu den Erwartungen geäußert. Somit haben sich auch Krankenhäuser an der Beantwortung dieser Frage beteiligt, die nicht mit niedergelassenen Ärzten oder Praxisnetzen kooperieren bzw. kooperieren wollen und somit der Zusammenarbeit mit Vertretern des ambulanten Sektors als Strategie zur Zukunftssicherung keine allzu große Bedeutung beimessen (vgl. **Abb. 89**).

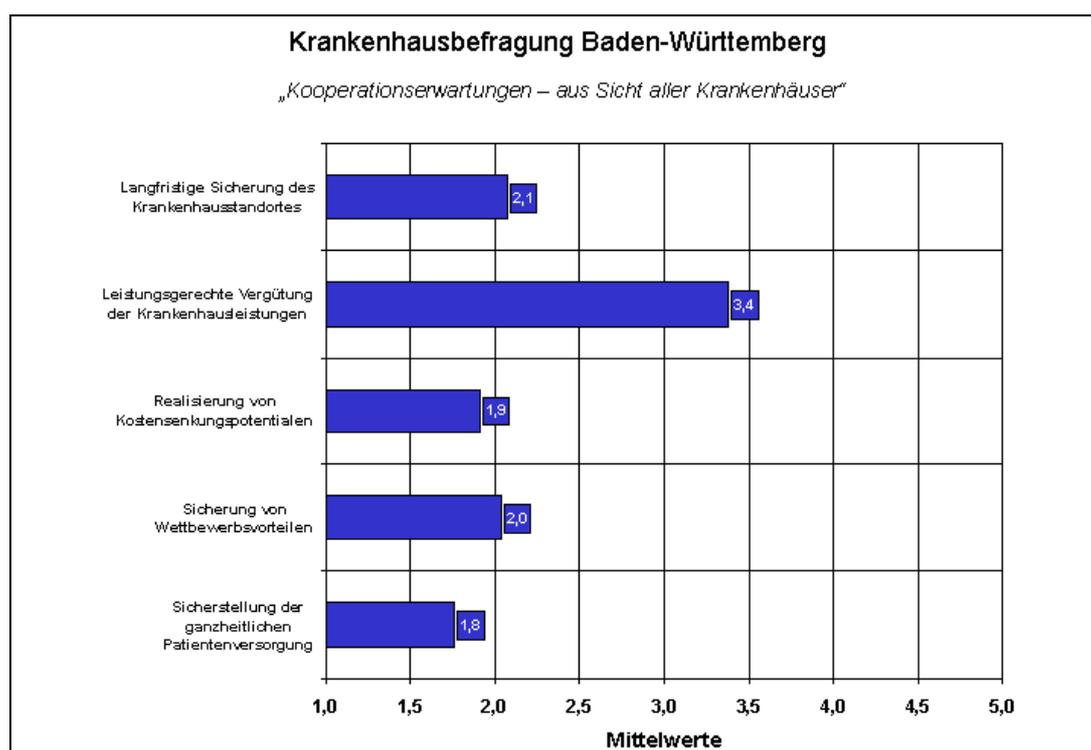


Abbildung 89: Kooperationserwartungen aus Sicht aller Krankenhäuser

Ganz besonders hohe Erwartungen haben die Krankenhäuser in Baden-Württemberg bei folgenden Aspekten:

¹⁰⁰⁵ Vgl. hierzu auch **Abbildungen G-1 bis G-18** (medizinisch-therapeutischer Bereich) sowie **H-1 bis H-18** (Verwaltungsbereich) im Anhang.

- Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes (vgl. **Abb. 90**)
- Realisierung von Kostensenkungspotentialen, z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen (vgl. **Abb. 91**)
- Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten (vgl. **Abb. 92**)
- Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor (vgl. **Abb. 93**).¹⁰⁰⁶

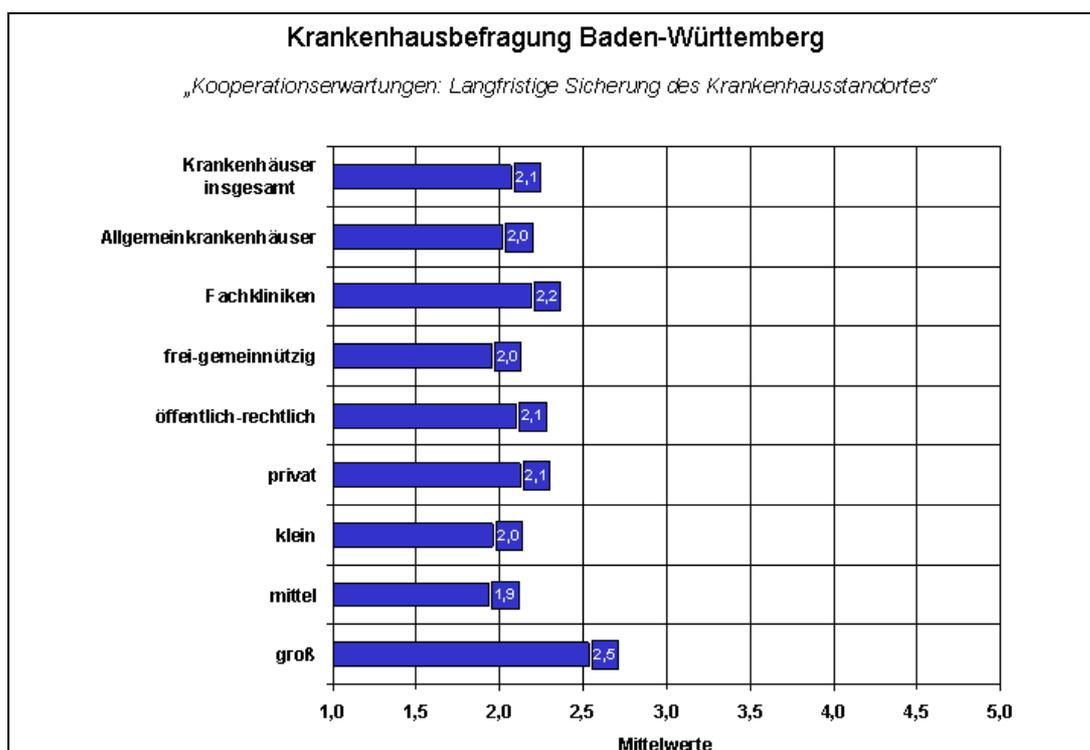


Abbildung 90: „Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes“

¹⁰⁰⁶ In einer Befragung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe haben knapp 95% der befragten Krankenhäuser die Ansicht geäußert, dass Kooperationsprojekte notwendig sind, um Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu vermeiden (Vgl. o.V. (2004h)).

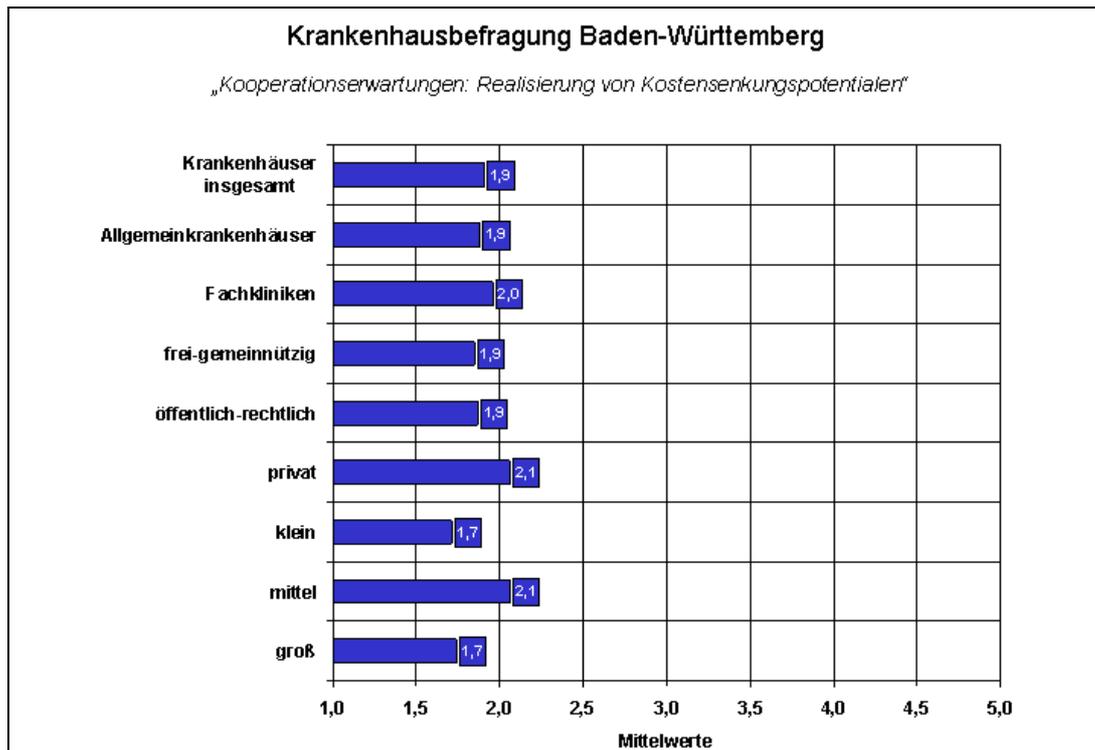


Abbildung 91: „Realisierung von Kostensenkungspotentialen“

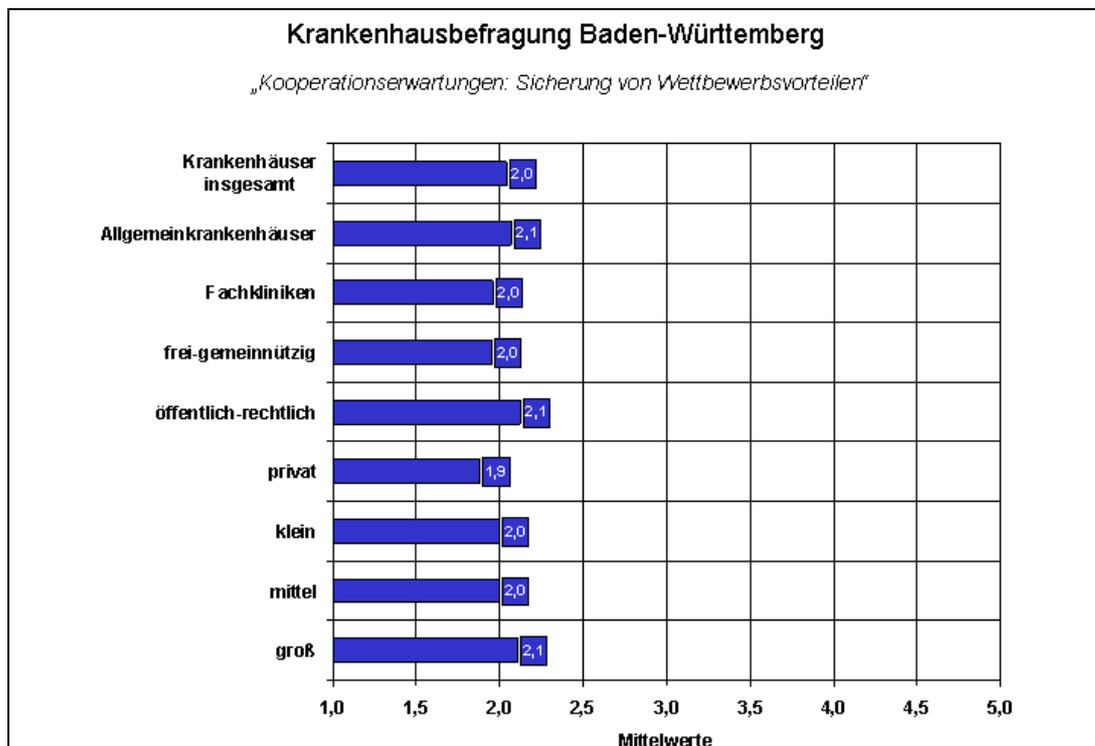


Abbildung 92: „Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten“

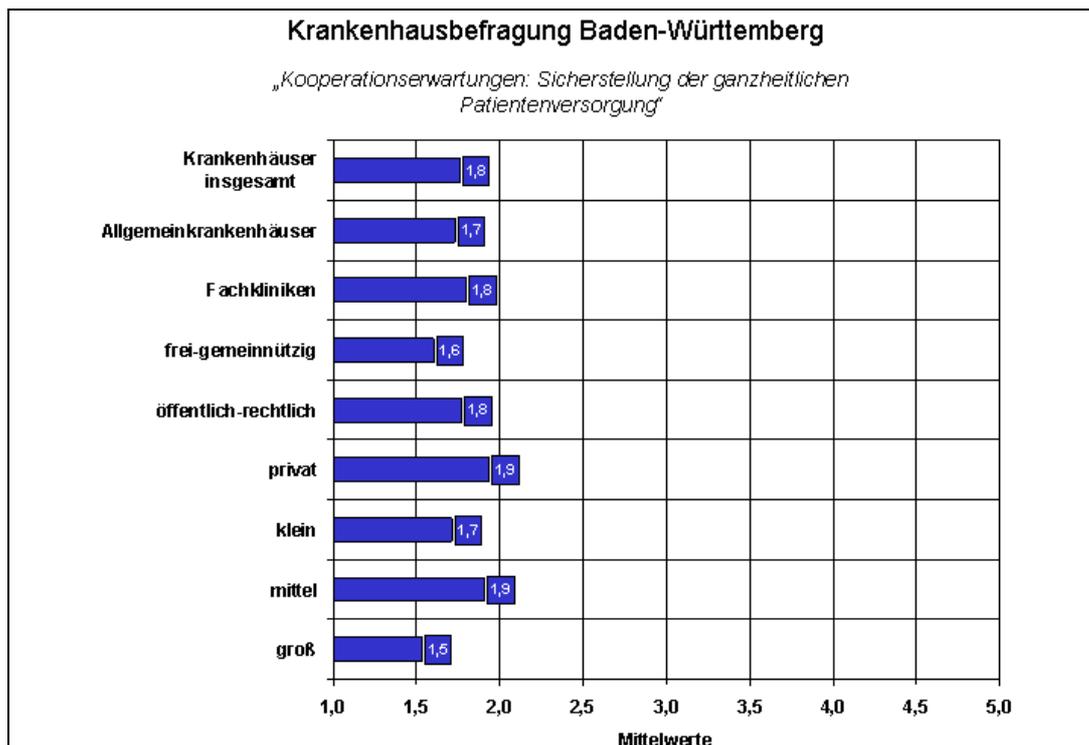


Abbildung 93: „Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor“

Dagegen scheint die Mehrheit der Krankenhäuser nicht mit einer leistungsgerechten Vergütung ihrer Leistungen zu rechnen (vgl. **Abb. 94**). Unabhängig von ihrer fachlichen Ausrichtung erwartet die Mehrheit der befragten Krankenhäuser, dass sich durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets für niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen eine leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen nicht bewerkstelligen lässt. Ein identisches Bild liefert die Mittelwertbetrachtung der Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrer Trägerschaft und Größe. Unabhängig von der Trägerschaft und der Anzahl der Betten kann sich kein Krankenhaus vorstellen, dass durch die Implementierung eines gemeinsamen Budgets für ambulanten und stationären Sektor eine leistungsgerechte Vergütung erzielt werden kann.

Als **„zentrale Erwartung“** wird ein Merkmal vom Autor gewertet, wenn es einen Mittelwert besitzt, der 2,5 oder besser ist. Bei allen Krankenhäusern, Allgemein- und Fachkrankenhäusern, Krankenhäusern mit frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft sowie den kleinen, mittleren und großen Krankenhäusern zählen demnach folgende Merkmale **übereinstimmend** zu den zentralen Erwartungen, die an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gestellt werden (absteigend angeordnet):

- Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor

- Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)¹⁰⁰⁷
- Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten
- Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes¹⁰⁰⁸.

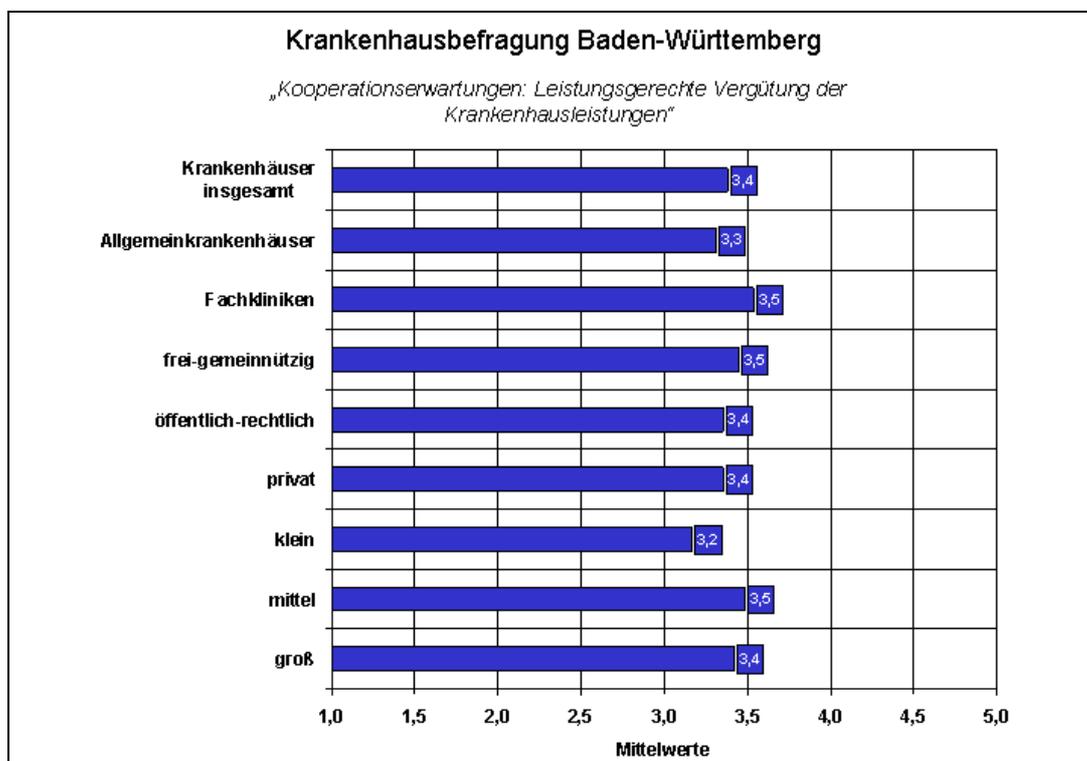


Abbildung 94: Leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets

„**Ausgeprägte Erwartungen**“¹⁰⁰⁹, welche die Krankenhäuser an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen haben, konnten nicht identifiziert werden.

Als „**tendenziell wichtige Erwartung**“ wird von den Befragungsteilnehmern folgendes Merkmal eingestuft:¹⁰¹⁰

¹⁰⁰⁷ 80% der Krankenhäuser in Baden-Württemberg vertreten die Ansicht, dass sich durch Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors Kostensenkungspotentiale realisieren lassen. Dagegen warnt die Ärztekammer Hamburg vor der Erwartungshaltung, dass mit sektorenübergreifenden Konzepten Geld eingespart werden könnte: „Das Gegenteil könnte der Fall sein, denn gute Konzepte [zur Integrierten Versorgung – Anmerkung des Autors] könnten Sogwirkung entfalten und damit zu einer höheren Inanspruchnahme von Leistungen führen.“ (o.V. (2004d); Vgl. hierzu auch: Schnack (2004)).

¹⁰⁰⁸ Auf dem Saarbrücker Gesundheitsforum wurden neue Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Bereich diskutiert. Kritikern von Integrierten Versorgungssystemen entgegnete die Geschäftsführerin des Klinikums Saarbrücken: „Wer dabei ist, hat seine Patientenzahl gesichert; wer draußen ist, hat Pech gehabt.“ (Kuderna (2004), S.8).

¹⁰⁰⁹ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 2,6 und 3,0 vorhanden.

- Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets.

Merkmale, die als „**unwichtige Erwartungen**“ seitens der Krankenhäuser eingestuft werden können,¹⁰¹¹ konnten im Rahmen der Analyse nicht festgestellt werden.

Zusammenfassend ist auf Folgendes hinzuweisen: Erwartungen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen erstrecken sich besonders auf eine Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch eine Überwindung der Segmentierung des Behandlungsablaufs und die Realisierung von Kostensenkungspotentialen.¹⁰¹² Danach kommen die Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten sowie die langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes. Die leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Implementierung eines gemeinsamen Budgets ergänzt die Erwartungshaltung der Befragungsteilnehmer – wenn auch – gemessen am Mittelwert – auf geringerem Niveau. Insgesamt gesehen sind Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen seitens der Krankenhäuser mit durchaus hohen Erwartungen verbunden.¹⁰¹³

14. Strategische Gestaltung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

Für den langfristigen Erfolg einer unternehmensübergreifenden Zusammenarbeit ist es wichtig, dass zwischen den Kooperationspartnern eine gemeinsame Vertrauensbasis als Fundament für die kooperative Zusammenarbeit aufgebaut wird. Unstimmigkeiten, die sich im Vorfeld und während eines Kooperationsprojektes ergeben können, sollten nach Möglichkeit vor der Umsetzung der koordinierten Zusammenarbeit durch die Kooperationsvereinbarung zwischen den Partnern eliminiert werden. Entscheidend für das Gelingen einer Kooperation ist, dass die Partner sich ausreichend Zeit bei der Ausgestaltung der (Kooperations-)Verträge lassen und so viele rechtliche und auch steuerliche Probleme vermieden werden.¹⁰¹⁴ Damit nicht mögliches opportunistisches Verhalten einzelner Kooperationspartner den Erfolg der Kooperation gefährdet und um Störungen und Reibungsverluste in der Zusammenarbeit zu vermeiden, müssen alle Aufgabenfelder und Zuständigkeiten der Kooperationspartner klar und unmissverständlich geregelt werden.¹⁰¹⁵ Bereits vor Beginn der Kooperation sind klare und

¹⁰¹⁰ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 3,1 und 3,4 vorhanden.

¹⁰¹¹ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte ab 3,5 vorhanden.

¹⁰¹² Seiner Meinung nach spielt die Überwindung der strikten institutionellen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Umsetzung der Prämisse „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ bei der Behandlung von Patienten eine wichtige Rolle bei der Realisierung von Einsparungspotentialen: „[...] Die Kosten für veranlasste Leistungen würden auf diese Weise gesenkt und unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden. Schließlich besäßen die niedergelassenen Ärzte den Schlüssel zur Steuerung der Krankenhauseinweisungen.“ (Vgl. Korzilius (1997), S.A 1324). Vgl. hierzu auch Henke, Schulenburg (1998), S.A 526.

¹⁰¹³ Vgl. hierzu auch **Abbildungen K-1 bis K-18** im Anhang.

¹⁰¹⁴ Vgl. o.V. (2001).

¹⁰¹⁵ Wenn Kliniken mit niedergelassenen Spezialisten kooperieren, muss gewährleistet sein, dass keine „interne Kannibalisierung“ stattfindet, wodurch sich die beiden Sektoren gegenseitig Gewinnchancen wegnehmen (Vgl. o.V. (2004b)).

eindeutige Zielvorgaben sowie die Inhalte und Grenzen der Zusammenarbeit festzulegen und die Aufgaben, Rechte und Pflichten der einzelnen Partner klar zu definieren und voneinander abzugrenzen.

Vor diesem Hintergrund wurde gefragt, wie Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen aus Sicht der Krankenhäuser strategisch gestaltet werden sollen. Bei der Beantwortung dieser Frage konnten sich die Krankenhäuser zwischen zwei Optionen entscheiden. Zur Auswahl standen die Antwortmöglichkeiten „krankenhäuserorientiert“ und „partnerschaftlich“. Im Rahmen einer klinikorientierten Zusammenarbeit übernimmt das Krankenhaus die Führungsrolle und bestimmt die Zielvorgaben der Kooperation. Entscheidet sich das Krankenhaus hingegen für eine partnerschaftlich gestaltete Kooperation, arbeiten das Krankenhaus und der niedergelassene Arzt bzw. das Praxisnetz als gleichberechtigte Partner zusammen und erarbeiten gemeinsam und im gegenseitigen Einvernehmen die Zielvorgaben.

Bei dieser Frage wird das starke Interesse der Krankenhäuser an einer partnerschaftlichen und transparent gestalteten Struktur der Zusammenarbeit deutlich. Erwartungsgemäß plädiert die Mehrheit der befragten Krankenhäuser für eine partnerschaftliche und gleichberechtigte Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen. Gut jeder dritte Befragungsteilnehmer spricht sich dagegen für eine krankenhäuserorientierte Kooperation aus, bei der das Krankenhaus die Führungsrolle übernimmt und die strategische Ausrichtung der Zusammenarbeit bestimmt.¹⁰¹⁶ Einige Krankenhäuser haben die Frage nach der strategischen Gestaltung nicht beantwortet, was darauf zurückzuführen ist, dass sie keine Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen eingehen werden und sich somit ihnen die Frage nach der strategischen Zusammenarbeit nicht stellt (vgl. **Abb. 95 bis 99**)

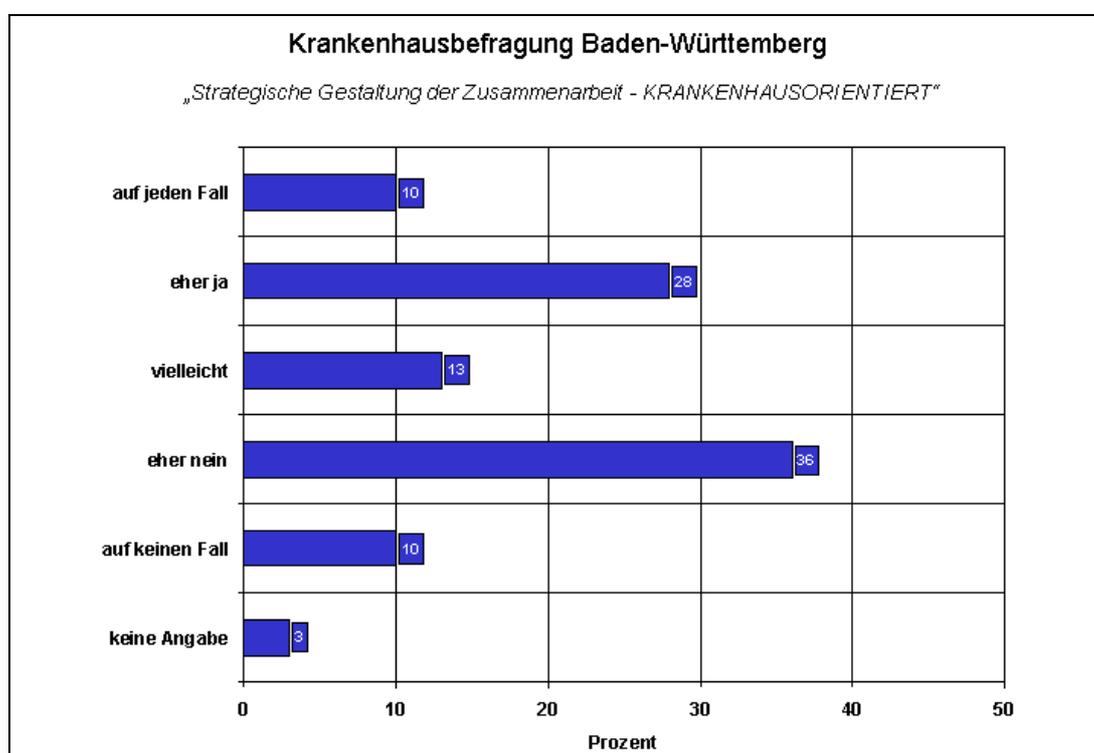


Abbildung 95: Krankenhausorientierte Gestaltung der Kooperation (Prozent) (I)

¹⁰¹⁶ Eine Umfrage der „Ärzte Zeitung“ hat dagegen ergeben, dass die Krankenhäuser die Führung in der Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor beanspruchen (Vgl. o.V. (2003f)).

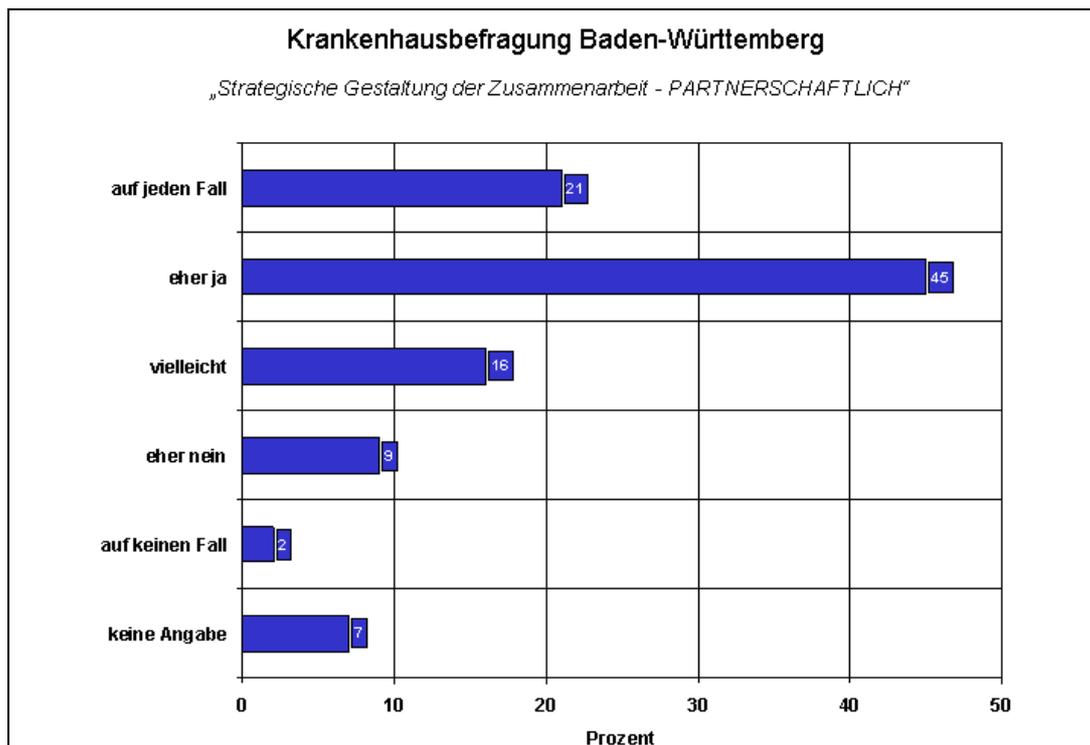


Abbildung 96: Partnerschaftliche Gestaltung der Kooperation (Prozent) (II)

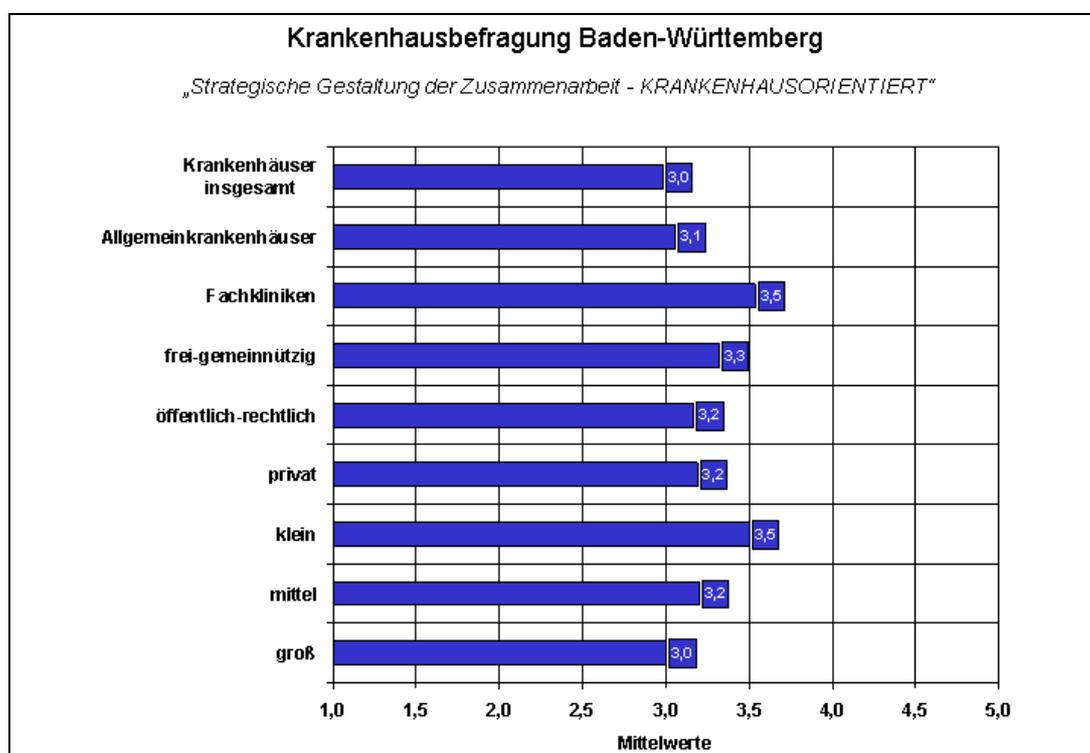


Abbildung 97: Strategische Gestaltung der Kooperation (Mittelwerte) (I)

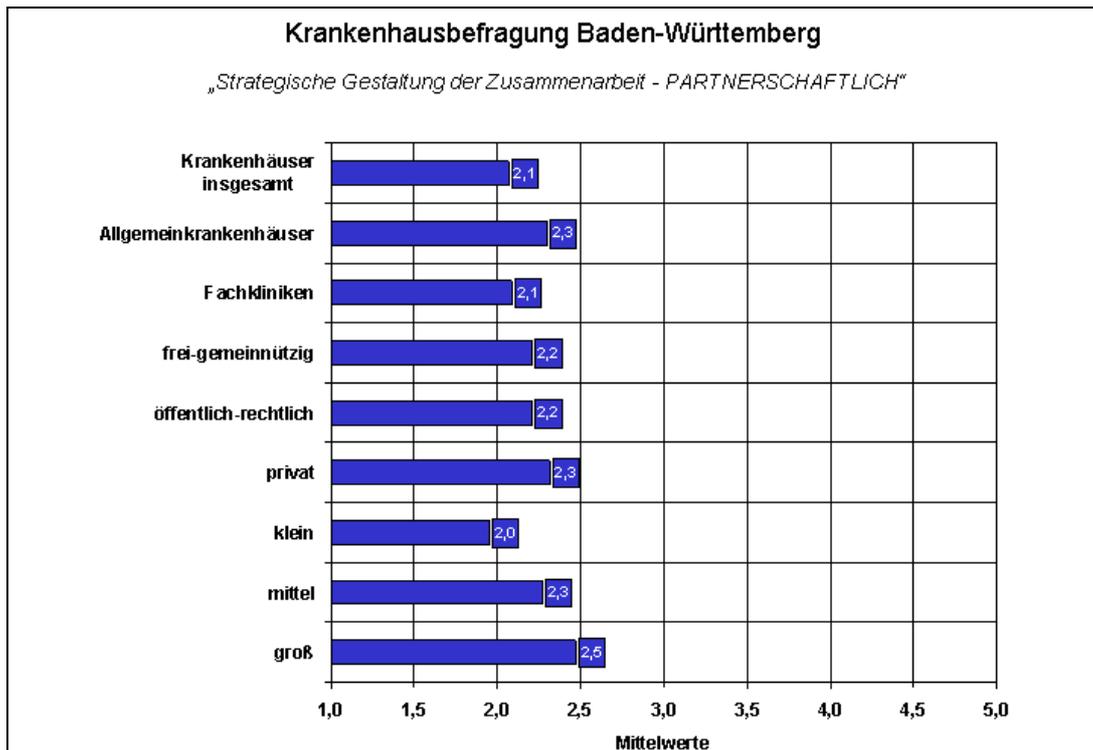


Abbildung 98: Strategische Gestaltung der Kooperation (Mittelwerte) (II)

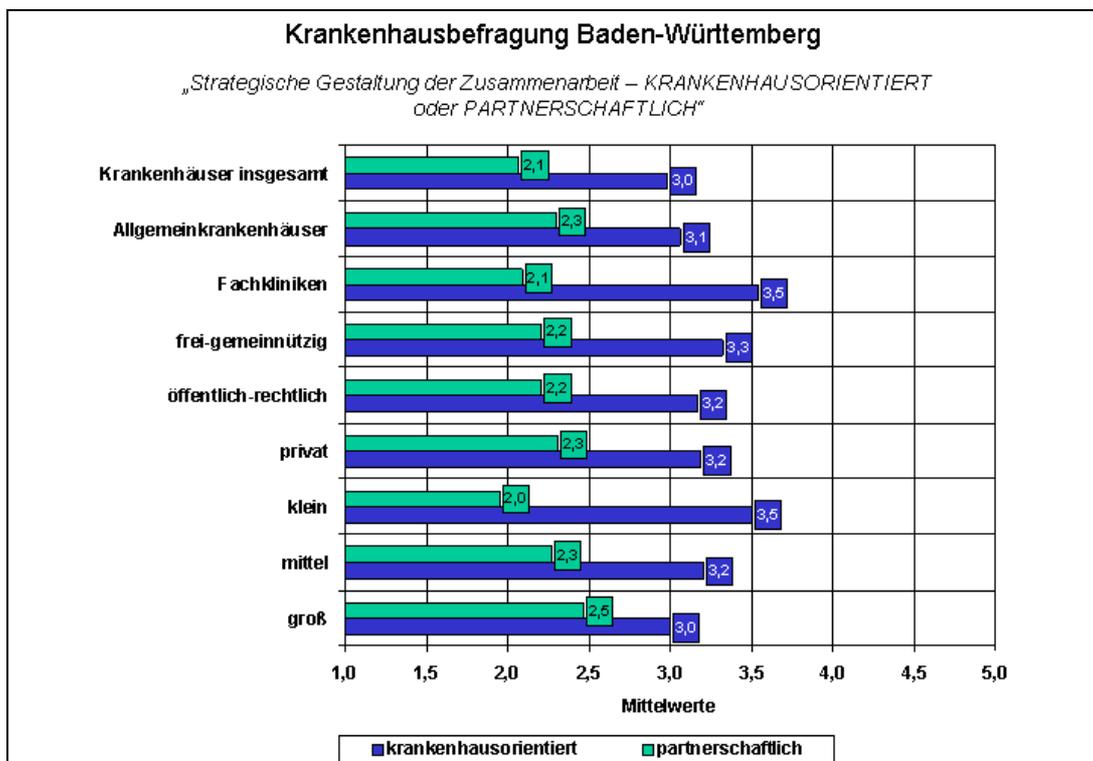


Abbildung 99: Vergleich der strategischen Gestaltungsoptionen

Die Beurteilung einer Gestaltungsoption nimmt nach Ansicht des Autors bei den Befragungsteilnehmern einen „sehr hohen Stellenwert“ ein, wenn ihre Einschätzung einen Mittelwert besitzt, der 2,5 oder besser ist. Demnach genießt bei allen Krankenhäusern, Allgemein- und Fachkliniken, Kranken-

häusern mit frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft sowie den kleinen, mittleren und großen Krankenhäusern folgende Option **übereinstimmend** einen sehr hohen Stellenwert:

- Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen sollten **PARTNERSCHAFTLICH** gestaltet sein.

Dagegen gilt folgende Alternative bei der Mehrheit der Befragungsteilnehmer als Gestaltungsoption mit „**eher geringem Stellenwert**“:¹⁰¹⁷

- Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen sollten **KRANKENHAUSORIENTIERT** gestaltet sein (bis auf: Fachkliniken und kleine Krankenhäuser¹⁰¹⁸).

Die Präferenzen der Befragungsteilnehmer für die strategische Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen tendieren unabhängig von der Fachrichtung, Trägerschaft und der Bettenzahl der Krankenhäuser zu einer Kooperation unter gleichberechtigten Partnern. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser plädiert für partnerschaftliche Kooperationsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern der beiden Sektoren.

Die große Zustimmung der Krankenhäuser zu einer partnerschaftlich gestalteten Zusammenarbeit ist ein Indiz dafür, dass die Kliniken und ihre Entscheidungsträger an einem Erfolg des Kooperationsprojektes interessiert sind, und durch den Aufbau gegenseitigen Vertrauens das passende Fundament für eine langfristige und erfolgreiche Kooperationsbeziehung zwischen den Partnern geschaffen werden soll.

Zusammenfassend ist auf Folgendes hinzuweisen: Die Präferenz der Befragungsteilnehmer in Bezug auf die strategische Umsetzung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen ist die partnerschaftliche Gestaltung der Zusammenarbeit. Im Rahmen der partnerschaftlichen Umsetzung und Gestaltung eines Kooperationsprojektes arbeiten das Krankenhaus und die niedergelassenen Ärzte bzw. Praxisnetze als gleichberechtigte Partner zusammen und erarbeiten gemeinsam die Zielvorgaben der Kooperation. Vor diesem Hintergrund ist ganz besonders die Informations- und Kommunikationspolitik der Krankenhäuser gefordert, um für die nötige Transparenz für alle Beteiligten bei der Umsetzung des Kooperationsprojektes zu sorgen.¹⁰¹⁹

15. Auswirkungen des DRG-basierten Abrechnungssystems auf das Kooperationsverhalten der Krankenhäuser

Mit der Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber die Neugestaltung der stationären Vergütung vorangetrieben und die Einführung eines komplett pauschalierenden Entgeltsystems als Finanzierungsgrundlage für den Krankenhausbereich beschlossen. Im Streben nach Qualität und Wirtschaft-

¹⁰¹⁷ Übereinstimmend oder mehrheitlich sind Mittelwerte zwischen 3,1 und 3,4 vorhanden.

¹⁰¹⁸ Bei Fachkliniken und kleinen Krankenhäusern liegen die Mittelwerte jeweils bei 3,5. Damit stehen sowohl die Fachkliniken als auch die kleinen Krankenhäuser einer krankenhauserorientierten Gestaltung der Zusammenarbeit noch kritischer gegenüber als die übrigen Befragungsteilnehmer.

¹⁰¹⁹ Vgl. hierzu auch **Abbildungen J-1 bis J-18** im Anhang.

lichkeit stand das bisherige Vergütungssystem bedarfsgerechten Investitionen und einer leistungsgerechten Mittelverteilung innerhalb des stationären Behandlungsablaufs im Wege und war kein Garant für die notwendige Transparenz bei Leistungen und Preisen im Krankenhausbereich. Das bisherige Nebeneinander von Fallpauschalen, Sonderentgelten sowie Abteilungs- und Basispflegesätzen verhinderte eine leistungsorientierte Bewertung von Krankenhausleistungen und führte zu erheblichen Steuerungsdefiziten im Krankenhausesektor. Überkapazitäten sowie ein systemimmanenter Anreiz zur Mengenausdehnung waren die Folge. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Neugestaltung der stationären Leistungsvergütung wurde ein auf Diagnosen und anderen fallindividuellen Leistungsmerkmalen beruhendes Abrechnungssystem als Steuerungsinstrument implementiert, das in Zukunft für mehr Transparenz, eine leistungsgerechte Vergütung und einen effektiveren Einsatz der begrenzten Finanzmittel im stationären Sektor sorgen soll. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich die Einführung des DRG-Systems als Abrechnungsgrundlage für stationäre Leistungen auf das Kooperationsverhalten der Krankenhäuser auswirken wird.

Zwei Drittel der befragten Krankenhäuser vertreten die Ansicht, dass die neuen Abrechnungsmodalitäten zu einer strategischen Neuausrichtung der Kliniken hin zu mehr Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen führen werden. 26% der Krankenhäuser sehen keine Auswirkungen des neuen Abrechnungssystems auf ihr Kooperationsverhalten. Die ablehnende Haltung einzelner Krankenhäuser ist darauf zurückzuführen, dass sich auch Fachkliniken mit psychiatrischer Ausrichtung an der Befragung beteiligt haben (vgl. **Abb. 100**). Für diese finden nach wie vor Sonderregelungen bei der Vergütung ihrer Leistungen Anwendung. Behandlungsfälle, die in den Zuständigkeitsbereich einer psychiatrischen Abteilung bzw. Einrichtung fallen, sind von der Vergütung mit DRG-Fallpauschalen ausgeschlossen. Sie werden weiterhin über die Bundespflegesatzverordnung abgerechnet.

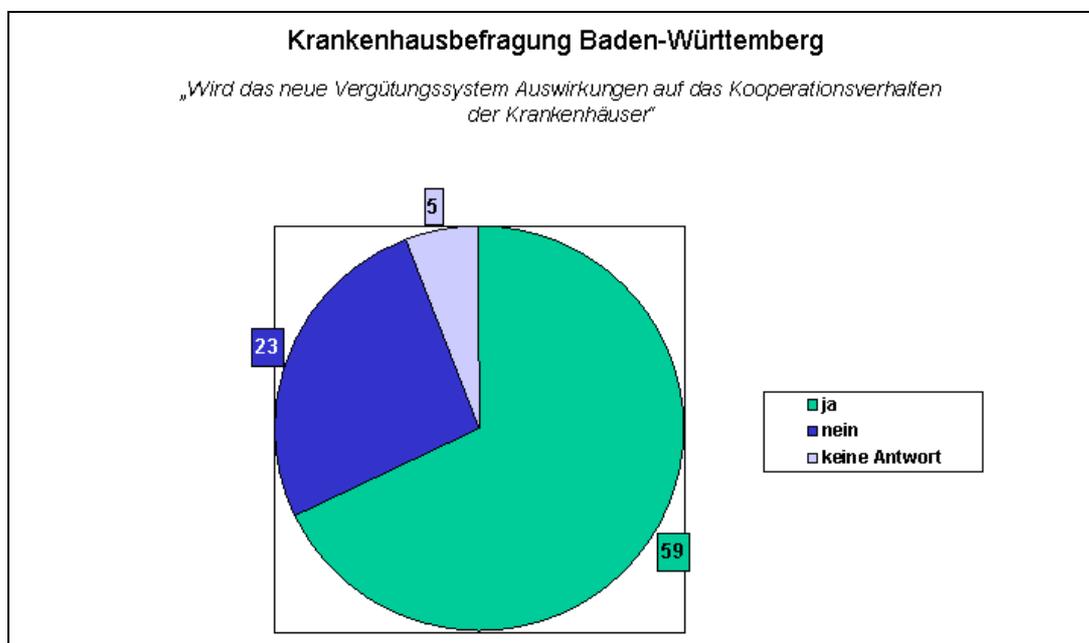


Abbildung 100: Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf das Kooperationsverhalten

Die vorliegende Studie unterstützt demnach die allgemeine Auffassung, wonach die Einführung des DRG-basierten Abrechnungssystems Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen notwendig macht. Das neue Vergütungssystem wird zu einer Verkürzung der

stationären Verweildauer führen, was eine Koordination der Patientenversorgung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich macht.

Die Einführung des DRG-Systems wird somit nach Ansicht der Krankenhausvertreter Kooperationen zwischen Anbietern stationärer Leistungen auf der einen und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen auf der anderen Seite forcieren (vgl. **Abb. 101**).¹⁰²⁰

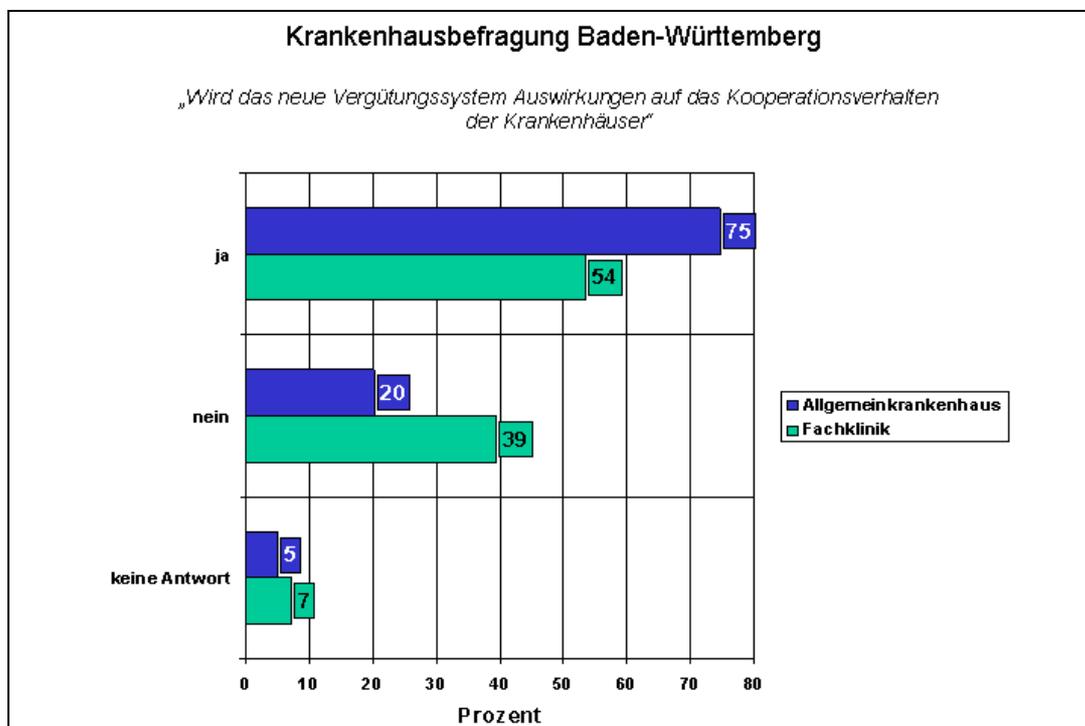


Abbildung 101: Auswirkungen des neuen Vergütungssystem auf das Kooperationsverhalten aus Sicht der Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken

16. Einflussfaktoren auf das Kooperations- und Einweiserverhalten niedergelassener Ärzte – aus Sicht der Krankenhäuser

Zum Abschluss sollten die Krankenhäuser zu einigen Aussagen in Bezug auf das Einweiser- und Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze Stellung nehmen. Den Krankenhäusern wurde ein Fragenkatalog vorgelegt, der Aussagen zu dieser Thematik enthalten hat und von den Krankenhäusern nicht verändert bzw. ergänzt werden konnte. Die Beurteilung der einzelnen Aussagen erfolgte wiederum mit Hilfe einer 5-stufigen-Antwortskala, die es den Krankenhäusern ermöglichte, differenzierte Antworten zu geben. Bei der Beantwortung interessierte wiederum ausschließlich eine subjektive Einschätzung der befragten Krankenhäuser. Meinungen und Ansichten der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze waren auch hier nicht von Interesse. Zur Darstellung der Ergebnisse werden im Folgenden wieder Mittelwertvergleiche herangezogen.¹⁰²¹

¹⁰²⁰ Vgl. hierzu auch **Abbildung L-1** im Anhang.

¹⁰²¹ Vgl. hierzu auch **Abbildungen M-1 bis M-18** im Anhang.

■ *Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu*

Niedergelassene Ärzte, die sich veranlasst sehen, ihre Patienten zur stationären Weiterbehandlung in ein Krankenhaus zu überweisen, werden in der Regel ihre Entscheidung für eine bestimmte stationäre Einrichtung von ihren Erfahrungen abhängig machen. Die Mehrheit der befragten Krankenhäuser in Baden-Württemberg vertritt die These, dass niedergelassene Ärzte einem Krankenhaus treu sind (vgl. **Abb. 102**).

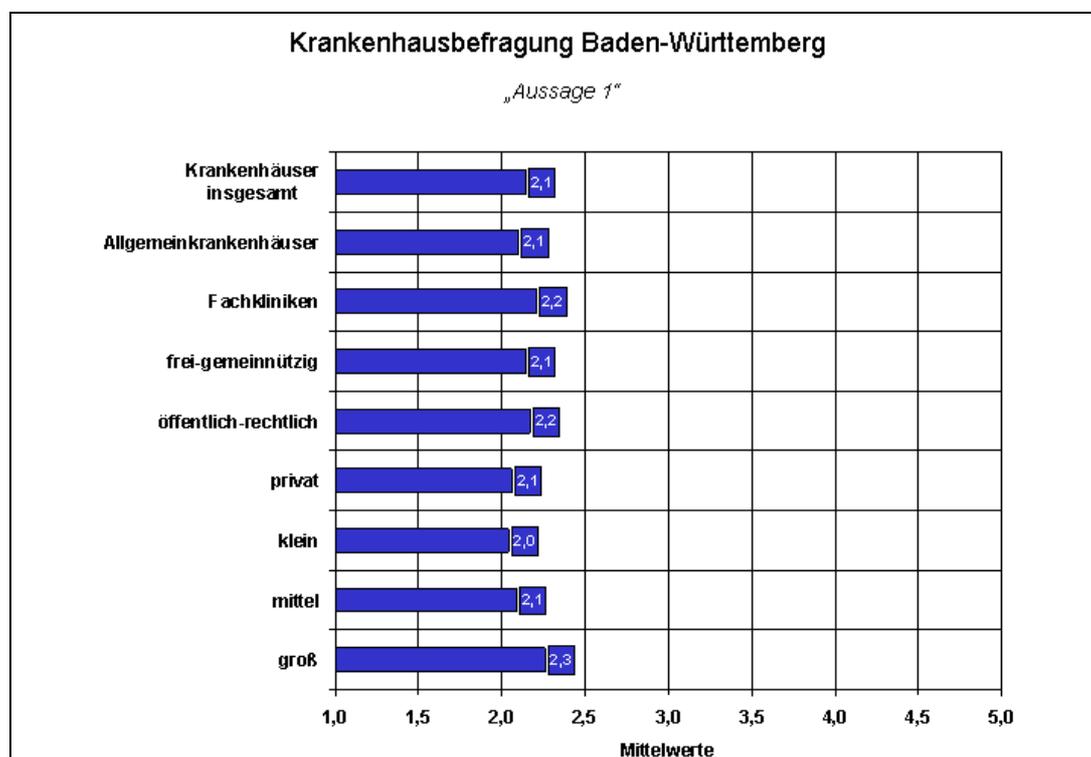


Abbildung 102: „Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu“

■ *„Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus“*

Die für eine rationale Entscheidung im Krankheitsfall notwendigen Informationen sind in der Regel zwischen den Patienten und den Leistungsanbietern äußerst asymmetrisch verteilt.¹⁰²² Aufgrund mangelnden Fachwissens des Patienten verfügt der behandelnde Arzt gegenüber seinen Patienten über einen Wissensvorsprung. Der niedergelassene Arzt übernimmt für den Patienten die Behandlungsentscheidung und kann veranlassen, welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen in Anspruch zu nehmen sind. In ihrer Funktion als Entscheidungsträger für den Patienten übernehmen niedergelassene Ärzte und Praxisnetze im Falle einer stationären Weiterbehandlung eine wichtige Rolle bei der Wahl des Krankenhauses. Aus diesem Grund gehört aus Sicht der Krankenhäuser die Bindung von Vertretern des ambulanten Sektors zu den zentralen Elementen im Beziehungsmarketing eines Klini-

¹⁰²² Vgl. Cassel (2003), S.10.

kums: „Der einweisende Arzt ist der entscheidende Einflussfaktor bei der Wahl des Krankenhauses durch den Patienten.“¹⁰²³

Die Entscheidung des niedergelassenen Arztes für die stationäre Weiterbehandlung in einem bestimmten Krankenhaus ist in erster Linie von der medizinischen Leistungsfähigkeit und dem Leistungsspektrum eines Klinikums abhängig. Niedergelassene Ärzte und Praxisnetze werden stationäre Leistungen nur dann nachfragen und Patienten zur stationären Weiterbehandlung in ein Klinikum einweisen, wenn die stationären Therapiemöglichkeiten den Behandlungsverlauf des Patienten unterstützen und seine Genesung fördern. Um so überraschender ist das Ergebnis des Antwortverhaltens der Krankenhäuser in Baden-Württemberg. Von den befragten Krankenhäusern glauben 55% und somit eine knappe Mehrheit, dass die Aussage „Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus“ auf das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte teilweise zutrifft. Und immerhin vertritt fast jedes vierte Krankenhaus die Ansicht, dass das stationäre Leistungsangebot im Entscheidungsverhalten der niedergelassenen Leistungsanbieter keine Rolle spielt (28%). Somit scheinen nicht nur medizinische Gründe das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte zu beeinflussen (vgl. **Abb. 103**).

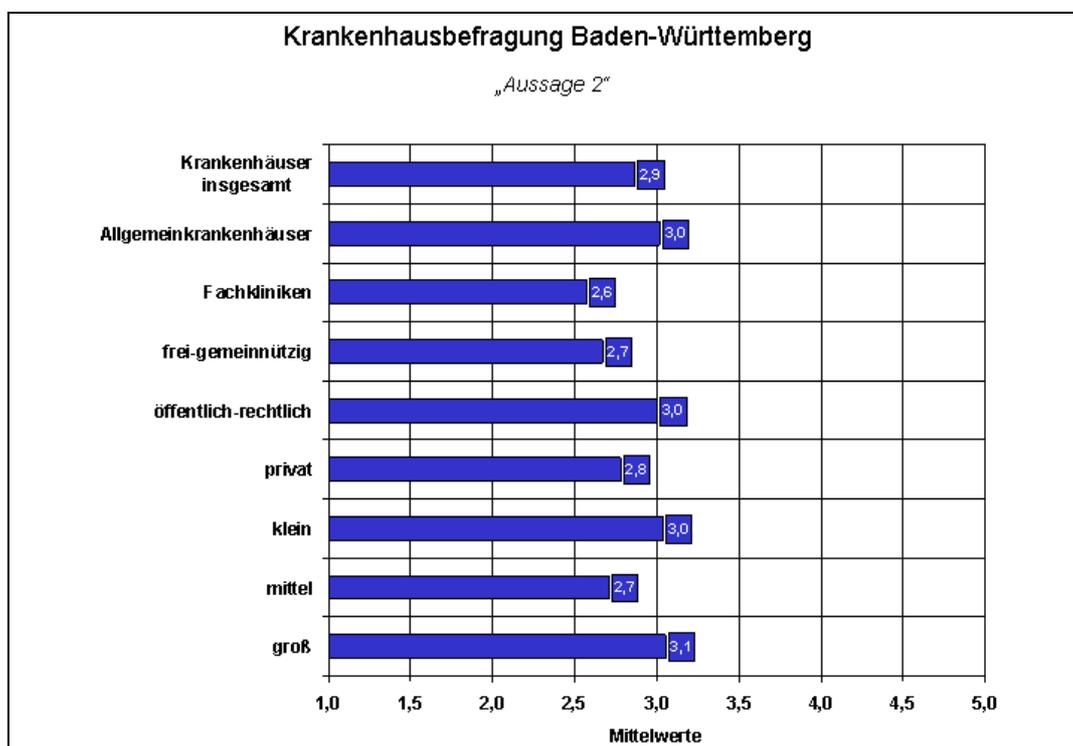


Abbildung 103: „Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus“

Anscheinend übernehmen auch Faktoren, die außerhalb des medizinischen Leistungsspektrums eines Krankenhauses liegen, eine wichtige Funktion bei der Einweisung eines Patienten zur stationären Weiterbehandlung in ein Krankenhaus. Dazu können neben nicht-medizinischen Leistungen wie zum

¹⁰²³ Oberender, Hacker, Meder (2001) S.575. Vgl. hierzu auch: Braun, Nissen (2005).

Beispiel die Qualität des Essens im Krankenhaus oder die Lage des Krankenhauses durchaus auch persönliche und/oder ökonomische Interessen des niedergelassenen Arztes zählen.

- **„Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“**

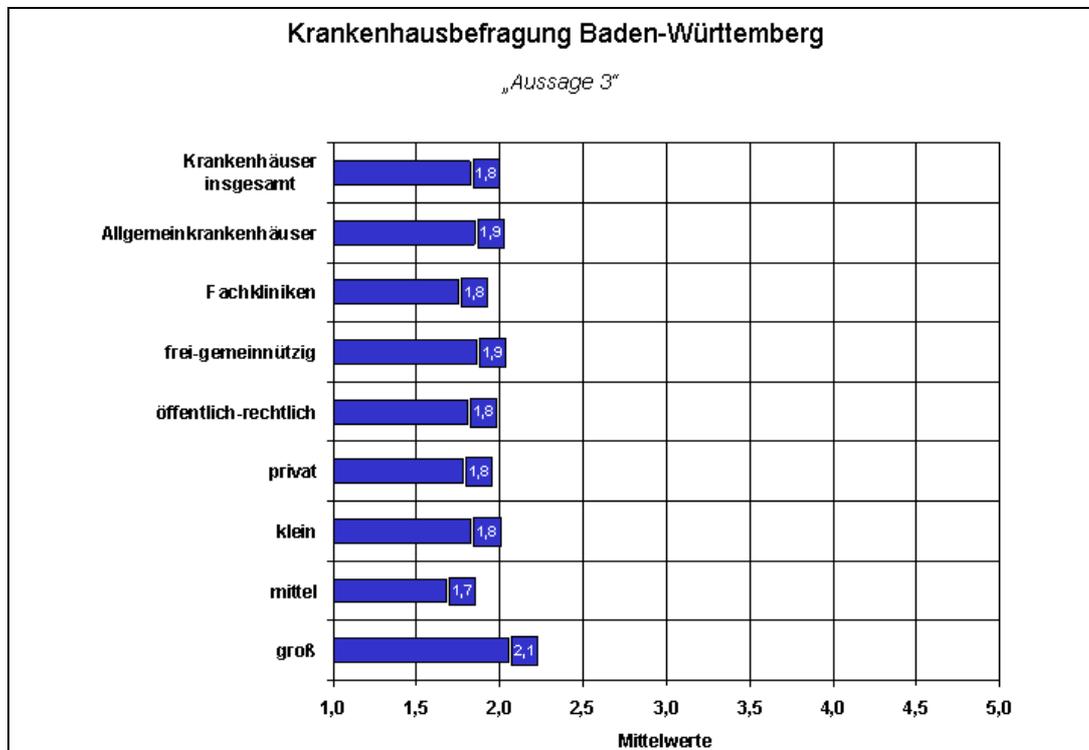


Abbildung 104: „Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“

Eine wesentliche Voraussetzung für eine optimale Beziehung zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus ist eine informative und gut gestaltete Kommunikationspolitik seitens des Krankenhauses (vgl. **Abb. 104**).¹⁰²⁴ Niedergelassene Ärzte und Praxisnetze gehören in ihrer Funktion als Meinungsbildner und Einweiser nach Expertenansicht zu einer der wichtigsten Zielgruppen für die Marketingaktivitäten eines Krankenhauses. Krankenhäuser, die auf einen sehr hohen Auslastungsgrad ihrer Betten angewiesen sind, sind sehr stark von der Wertschätzung der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze abhängig. Damit aber niedergelassene Ärzte und Praxisnetze das Leistungsangebot eines Krankenhauses, seine Leistungsbereitschaft sowie die Qualität der Leistungserbringung richtig beurteilen können, benötigen sie zahlreiche Informationen, die ihnen von den Krankenhäusern unter Berücksichtigung der rechtlichen Restriktionen zur Verfügung gestellt werden.

Die Weitergabe von Informationen durch Krankenhäuser an niedergelassene Ärzte und Praxisnetze sowie die reibungslose Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Hinzu kommt, dass den Patienten im Rahmen einer kooperativen Zusammenarbeit der Leistungsanbieter eine qualitativ hochwer-

¹⁰²⁴ Vgl. Braun (1994), S.621.

tige Versorgung geboten werden soll. Damit diese gewährleistet werden kann, müssen sich die Kooperationspartner über die einzelnen Schritte der Behandlung verständigen und Überschneidungen im Leistungsangebot eliminieren. Sie müssen versuchen, Qualitätspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren und überflüssige Behandlungsmaßnahmen wie beispielsweise Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen zu vermeiden. Gelingt es den Krankenhäusern, die niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze von ihrer Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft zu überzeugen und ihnen sämtliche Informationen für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf zur Verfügung zu stellen, werden nach Ansicht der Krankenhäuser in Baden-Württemberg niedergelassene Ärzte und Praxisnetze eher bereits sein, ihre Sektorengrenzen zu überwinden und Kooperationen mit Krankenhäusern eingehen. Eine offene und reibungslose Kommunikation fördert somit nach Ansicht der Krankenhausvertreter das Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze.

- **„Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften“**

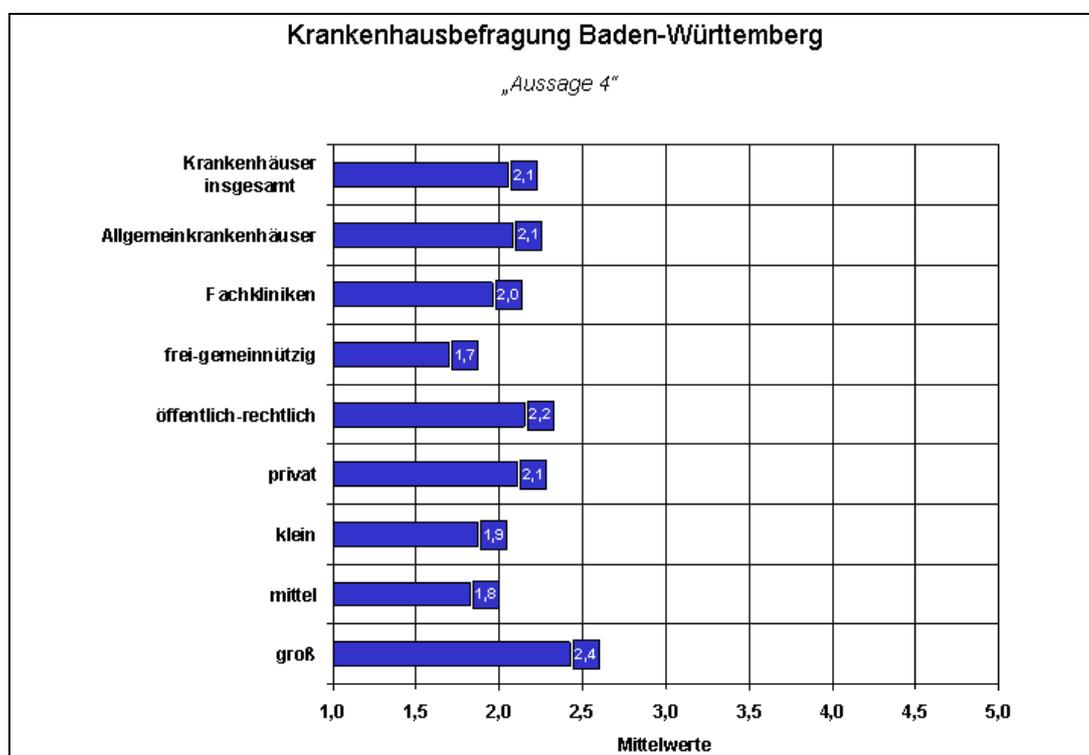


Abbildung 105: „Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften“

Krankenhauswerbung ist in Deutschland durch rechtliche Regelungen sehr stark determiniert. Einschränkungen für die Werbeinhalte bei Krankenhäusern resultieren aus dem ärztlichen Berufsrecht, das durch die von den Landesärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts erlassenen Berufsordnungen geregelt wird, aus dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) sowie aus dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Krankenhäuser haben zwar die Möglichkeit, unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsordnungen für die von ihnen angebotenen Indikationen und Behandlungsmethoden zu werben und den Namen des jeweiligen leitenden

Arztes zu benennen.¹⁰²⁵ Allerdings schränkt das HWG die Werbemöglichkeiten des stationären Sektors ein, indem das Gesetz nicht nur die Werbung für Arzneimittel regelt, sondern auch für andere Bereiche der medizinischen Versorgung Gültigkeit besitzt. Der Geltungsbereich des Gesetzes findet auch Anwendung auf die Werbung für „andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände“, soweit sich die Werbeaussagen auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden von Menschen beziehen (§ 12 HWG). Nach allgemeiner Auffassung sind mit den Begriffen „Verfahren“ und „Behandlungen“ Diagnose und Therapie von Krankheiten in Krankenhäusern gemeint.¹⁰²⁶ In diesem Zusammenhang untersagt das Gesetz den Krankenhäusern ganz allgemein die Werbung für Verfahren und Behandlungen über die Diagnostik und Therapie von Krankheiten.¹⁰²⁷ Weitere Verbote des HWG beziehen sich auf Werbemaßnahmen der stationären Einrichtungen. Kliniken ist es zum Beispiel untersagt, wahre oder erfundene Krankengeschichten zu verfassen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Des weiteren muss ein Krankenhaus darauf achten, dass die Regelungen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb eingehalten und die Grenzen des Gesetzes durch Werbeaussagen nicht überschritten werden. Werbeaussagen, die auf eine irreführende Information der Zielgruppen zielen, verstoßen gegen das Verbot irreführender Werbung und sind verboten.¹⁰²⁸

Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis der Befragung nicht überraschend. Unabhängig von der Trägerschaft und der Versorgungsrichtung plädiert die Mehrheit der befragten Krankenhäuser für eine Lockerung der bestehenden Werberestriktionen. 78% der Krankenhäuser möchte gezielt unter den niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen für ihr Leistungsangebot werben dürfen, ohne dabei befürchten zu müssen, die Grenzen der rechtlichen Regelungen zu überschreiten (vgl. **Abb. 105**).¹⁰²⁹

■ **„Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“**

Die Krankenhäuser sind gefragt worden, ob sie sich vorstellen können, dass die Ausstattung eines Klinikums mit medizinisch-technischem Gerät für das Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte und von Praxisnetzen entscheidend ist (vgl. **Abb. 106**).

Angesichts der angespannten Situation im Gesundheitswesen können niedergelassene Fachärzte kaum noch in teure Geräte investieren, so Dr. Hans Rossels, Geschäftsführer des Mechernicher Krankenhauses.¹⁰³⁰ In Zuge des technischen Fortschritts auf dem Gebiet der Medizintechnologie und in Zeiten

¹⁰²⁵ Vgl. Bohle (1999), S.447.

¹⁰²⁶ Vgl. Bülow, Ring (1996), § 1 Randziffer 113.

¹⁰²⁷ § 12 HWG.

¹⁰²⁸ § 3 UWG verstoßen; Vgl. hierzu auch die Entscheidung des BGH zum Belegkrankenhaus: Bohle (1999), S.451.

¹⁰²⁹ Telemed, ein Kommunikationsdienstleister für Ärzte, bietet im Internet eine Klinikdatenbank an, die es den Krankenhäusern ermöglicht, den niedergelassenen Ärzten detaillierte Informationen zu Fachbereichen, individuelle Patienteninformationen und Bilder zur Verfügung zu stellen. Damit soll nicht nur den niedergelassenen Ärzten bei der Auswahl der richtigen Klinik geholfen, sondern auch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte enger zusammengeführt werden (Vgl. o.V. (2004c)).

¹⁰³⁰ Vgl. o.V. (2003b).

eines gestiegenen Anspruchsbewusstsein des Patienten als Folge des Rechtsanspruchs auf eine kostenlose Behandlung im Rahmen der GKV wird es besonders für ambulant tätige Ärzte immer schwerer, mit der technischen Entwicklung mitzuhalten und die erforderlichen finanziellen Mittel für notwendige Investitionen aufzubringen. Da die Entwicklung neuer Apparate und Behandlungsmethoden sehr zeit- und kostenintensiv ist, kann ihre Anschaffung von den niedergelassenen Leistungsanbietern teilweise nur unter sehr großen finanziellen Anstrengungen vollzogen werden. Niedergelassene Ärzte sind oft nicht im Besitz der notwendigen finanziellen Ressourcen, um die Anschaffung aus eigener Kraft zu tätigen. Hinzu kommt, dass die Anschaffung und Nutzung teurer Medizintechnik für den einzelnen Arzt oftmals ökonomisch wenig sinnvoll ist, da deren Auslastung zu gering ist und sie deshalb nicht kostendeckend betrieben werden kann.

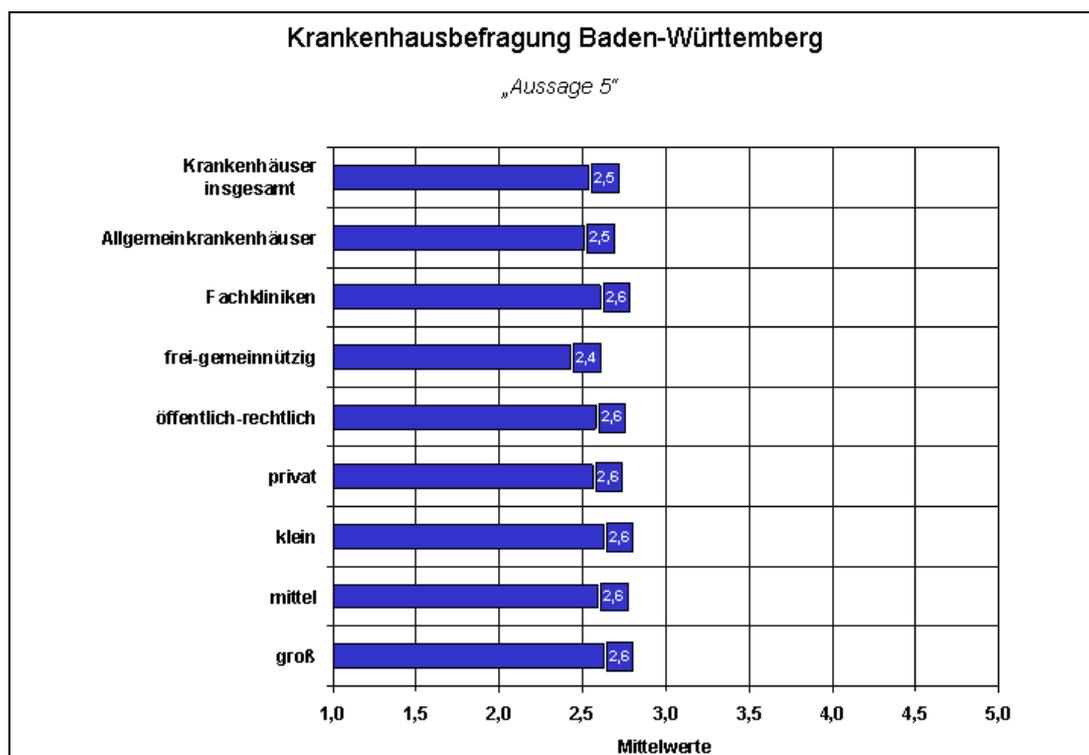


Abbildung 106: „Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“

Außerdem gehört in einer durch Wettbewerb geprägten Umwelt eine hohe Patientenzufriedenheit und eine enge Patientenbindung zu den strategischen Erfolgsfaktoren nicht nur für ein Krankenhaus,¹⁰³¹ sondern auch für niedergelassene Ärzte und Praxisnetze. Zufriedene Patienten sind eher bereit, wiederholt das Leistungsangebot des Arztes ihres Vertrauens in Anspruch zu nehmen. Um aber im harten Wettbewerb um Patienten bestehen zu können, sehen sich die ambulanten Leistungsanbieter gezwungen, den Anforderungen und Wünsche ihrer Patienten gerecht zu werden und teure Apparate anzuschaffen. Unmündige, hilfsbedürftige Leistungsempfänger mutieren zu Kunden in einem persönlich-integrativen Dienstleistungsbereich mit einem großen Anteil an Vertrauensgütern.¹⁰³²

¹⁰³¹ Vgl. Eichhorn, Greiling (2003), S.33.

¹⁰³² Vgl. Eichhorn, Greiling (2003), S.33.

Vor diesem Hintergrund suchen niedergelassene Ärzte immer wieder die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern. Die Nähe beispielsweise zur Röntgenabteilung und zu den Laboreinrichtungen eines Krankenhauses begünstigt nicht nur eine schnelle und optimale Betreuung der Patienten,¹⁰³³ sondern kann für die niedergelassenen Ärzte von existenzieller Bedeutung sein.¹⁰³⁴ Kooperationen mit Krankenhäusern können die Nutzung medizinischer Geräte im Klinikum umfassen und sind eine Möglichkeit, das wirtschaftliche Überleben der ambulanten Leistungsanbieter zu gewährleisten. Aus diesem Grund übt die Ausstattung eines Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf das Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte und von Praxisnetzen aus. Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, bestätigen die befragten Krankenhäuser durch ihr Antwortverhalten den kausalen Zusammenhang zwischen der technischen Ausstattung einer stationären Einrichtung und dem Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte und Praxisnetze.

■ **„Nicht-medizinische Leistungen spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“**

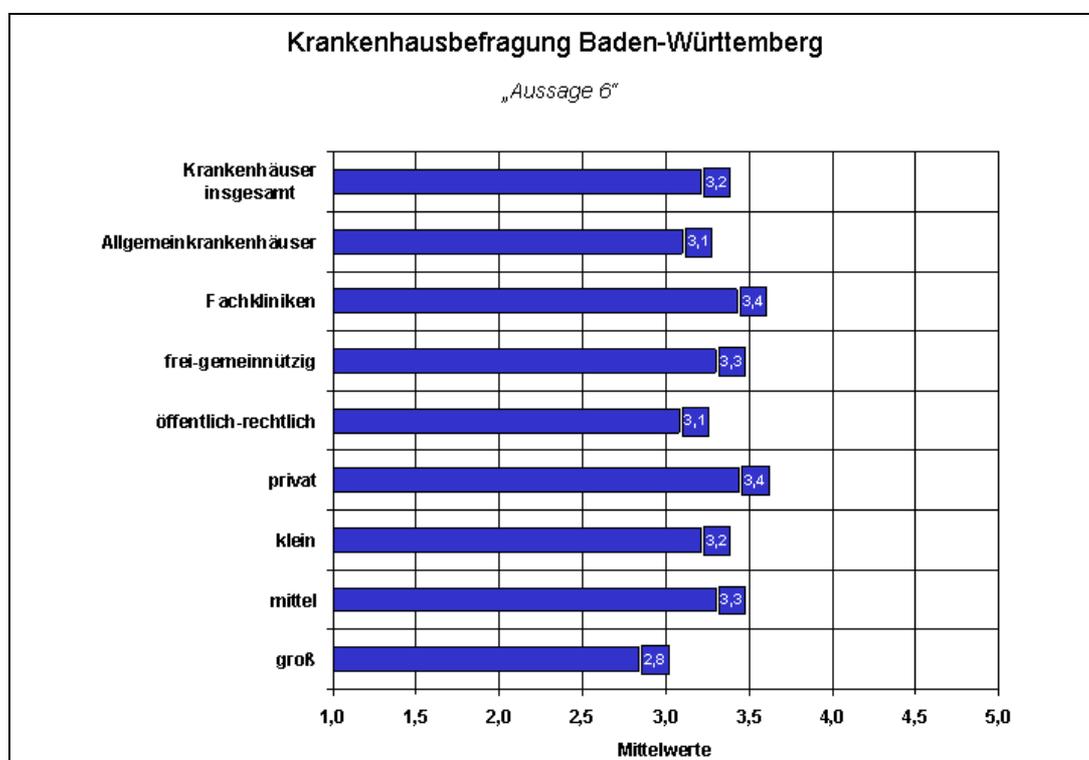


Abbildung 107: „Nicht-medizinische Leistungen spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“

Wie bereits gesehen, vertritt die Mehrheit der Krankenhäuser in Baden-Württemberg die Meinung, dass das stationäre Leistungsangebot nicht ausschließlich für das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte verantwortlich ist (vgl. **Abb. 107**). Das Antwortverhalten der befragten Krankenhäuser lässt vielmehr den Schluss zu, dass es zusätzliche Faktoren geben muss, die sich nicht nur auf das

¹⁰³³ Vgl. Döring (2003).

¹⁰³⁴ Vgl. o.V. (2003d).

Einweisungsverhalten, sondern auch auf das Kooperationsverhalten der Leistungsanbieter der vertragsärztlichen Versorgung auswirken.

Krankenhäuser sind komplexe Gebilde, die den Patienten nicht nur einen medizinischen Leistungsapparat zur Verfügung stellen. Zu den Aufgaben eines Krankenhauses gehört es auch, so genannte Hotelleistungen anzubieten, um ihren Patienten den stationären Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Um „der ständigen Konfrontation mit der Krankheit oder Behinderung“, „der Einengung der wesentlichen Lebensmöglichkeiten“, „dem Gefühl von Passivität und Fremdbestimmung durch den medizinischen Apparat“ sowie „dem Mangel an Lebensfreude“ der Patienten entgegenzuwirken,¹⁰³⁵ bieten Krankenhäuser Alternativprogramme an, die außerhalb ihrer eigentlichen Kernaufgabe liegen und sich durchaus positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken können. Dazu gehören nicht nur die Ausstattung und Sauberkeit der Bettenzimmer, ein abwechslungsreiches und schmackhaftes Essen sowie eine gute Erreichbarkeit des Klinikums mit dem PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln, sondern auch die Einrichtung eines Gemeinschafts- oder Fernsehraumes sowie das Angebot an kulturellen Veranstaltungen und Freizeitaktivitäten.

Auffallend ist, dass besonders unter den befragten Fachkliniken die Ansicht weit verbreitet ist, dass nicht nur das medizinische, sondern auch das nicht-medizinische Leistungsangebot das Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte und von Praxisnetzen beeinflusst. Demnach scheinen ihrer Meinung nach ambulante Leistungsanbieter eher zu sektorenübergreifenden Kooperationen bereit zu sein, wenn sich die nicht-medizinischen und medizinischen Leistungsspektren ergänzen und alles getan wird, dem Patienten den stationären Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Sowohl bei den befragten Allgemeinkrankenhäusern als auch bei Kliniken in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft fällt die Zustimmung zu der Aussage „Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essens im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen“ sehr zurückhaltend aus. Damit scheinen nicht nur medizinische Faktoren das Kooperationsverhalten der niedergelassenen Ärzte zu determinieren, sondern auch nicht-medizinische Leistungen einen Einfluss auszuüben.

■ ***„Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten“***

Attraktive Vernetzungsangebote durch ein Krankenhaus sind ein wichtiges Element im Beziehungsmarketing. Der einweisende Arzt ist der entscheidende Einflussfaktor bei der Wahl des Krankenhauses durch den Patienten.¹⁰³⁶ Aus diesem Grund ist es für ein Krankenhaus wichtig, regelmäßig seine Kommunikationsformen zu den ambulant tätigen Ärzten zu überprüfen.

Eine Studie, die das Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens (IBG) der Universität der Bundeswehr München durchgeführt hat, stellt dar, welche Informationen und Kommunikationsaktivitäten sich Ärzte von einem Krankenhaus wünschen. Im Rahmen dieser Befragung konnten die befragten niedergelassenen Ärzte ein Urteil über ausgewählte Kommunikationsformen abgeben. Dabei wurden von den Ärzten Vorträge für niedergelassene Ärzte im

¹⁰³⁵ Vgl. Heeck (1999), S.507.

¹⁰³⁶ Vgl. Oberender, Hacker, Meder (2001), S.575.

Krankenhaus zu medizinischen Themen als „besonders wichtige“ Kommunikationsform angegeben. Zwei Drittel der befragten Ärzte haben angegeben, dass sie sich diese Form der Kommunikation wünschen.¹⁰³⁷ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die Krankenhausbefragung. Die Mittelwerte der einzelnen Gruppen zeigen, dass die Krankenhäuser in Baden-Württemberg die Meinung vertreten, dass medizinische Fortbildungskurse bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt sind und deren Kooperationsverhalten fördern (vgl. **Abb. 108**).

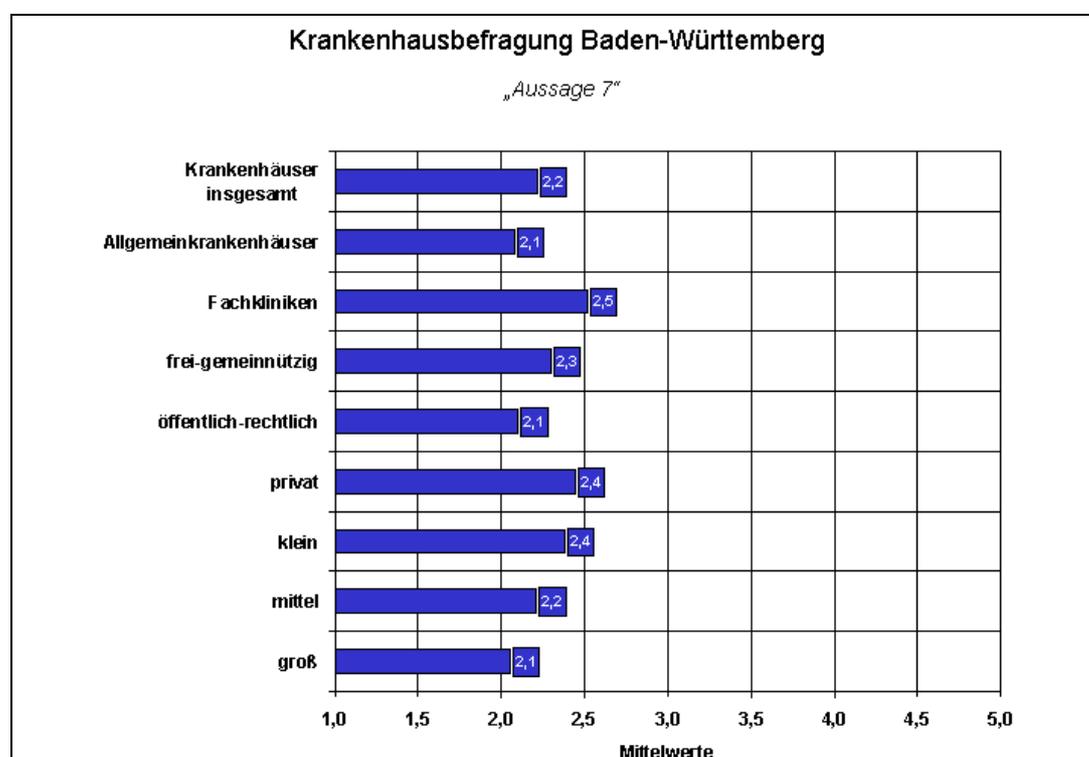


Abbildung 108: „Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten“

■ **„Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorübergreifenden Kooperation“**

Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte ist ein komplexes Attribut. Er bestimmt sich nicht nur durch den Umgang des Ärzte- und Pflegepersonals eines Krankenhauses mit seinen Patienten, sondern auch durch die fachlichen Fähigkeiten sowie die technischen und außer-medizinischen Angebote einer Klinik. Krankenhäuser, die nicht mit der technischen Entwicklung mithalten und Behandlungs- und Therapieprogramme anbieten, die nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, verlieren an Ansehen und Akzeptanz unter den niedergelassenen Ärzten, Patienten und anderen Zielgruppen. Der Ruf der Einrichtung leidet, was zur Folge haben kann, dass betreffende Krankenhäuser im Entscheidungsverhalten der Einweiser nur eine untergeordnete Rolle spielen oder gar keine Berücksichtigung finden. Damit wird der Ruf eines Krankenhauses immer wichtiger für seinen wirtschaftlichen Erfolg.¹⁰³⁸

¹⁰³⁷ Vgl. Braun (1994), S.622.

¹⁰³⁸ o.V. (2004f).

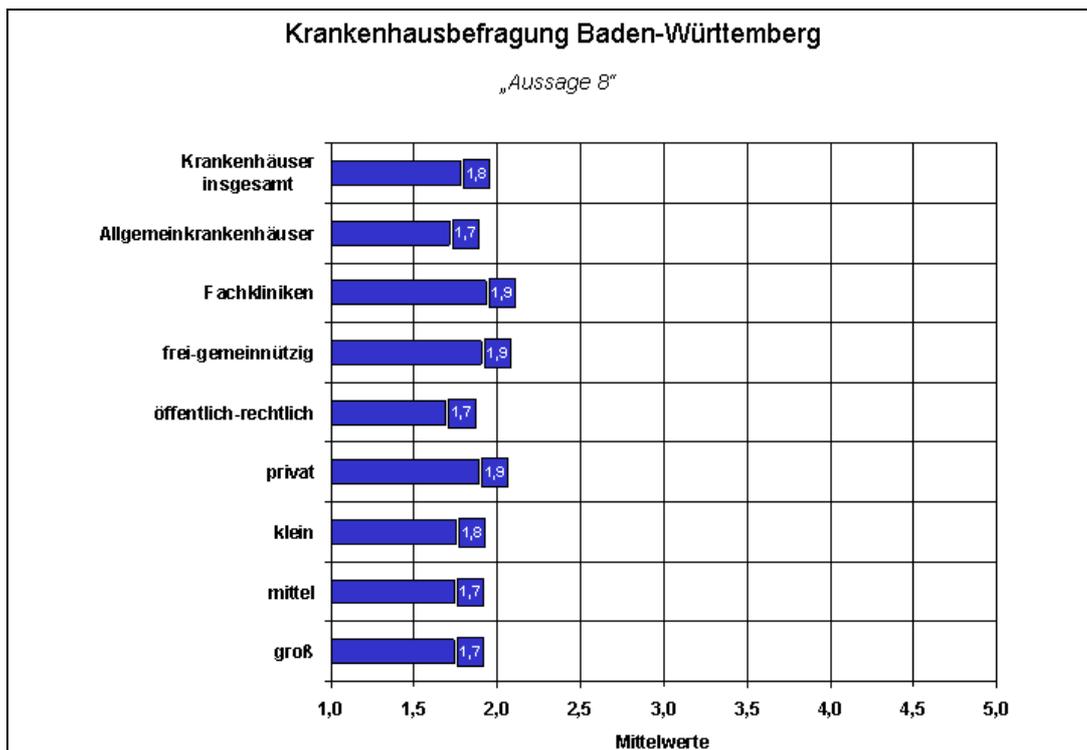


Abbildung 109: „Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation“

Die Mittelwerte für die einzelnen Gruppen (Fachrichtung, Trägerschaft und Größe) sind tendenziell sehr ähnlich (vgl. **Abb. 109**). Es ist nicht sehr überraschend, dass der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte das Kooperationsverhalten der niedergelassenen Leistungserbringer beeinflusst. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser glaubt, dass sich ein schlechter Ruf auf das Kooperationsverhalten auswirkt und die niedergelassenen Ärzte davon abhalten könnte, mit einzelnen Krankenhäusern zusammenzuarbeiten.

■ **„Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern“**

Um die Strukturschwäche des deutschen Gesundheitssystems zu überwinden, orientiert sich die Politik zusehends an den Strategien und Instrumenten nicht nur der horizontalen, sondern auch der vertikalen Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsanbieter. Mit der Verabschiedung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und den Regelungen zur Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber einen Weg eingeschlagen, um die Schwächen in der Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung zu beseitigen. Zu den gravierendsten Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems gehörten bisher neben der Individualisierung, Isolierung und fehlenden Kooperationsbereitschaft sowohl der Arztpraxen als auch der Krankenhäuser¹⁰³⁹ auch die gesetzlich streng fixierte institutionelle Trennung der ambulanten und stationären Versorgung. Nach wie vor werden kostspielige Doppeluntersuchungen als Folge mangelhafter Integration von ambulanter und stationärer Versorgung beklagt.¹⁰⁴⁰ Auf Grund

¹⁰³⁹ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (2002), S.2.

¹⁰⁴⁰ Vgl. Cassel (2003), S.3.

dieser Entwicklungen war der Behandlungsprozess keine durchorganisierte, ganzheitliche Behandlungskette. Das hatte Nachteile für die Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems zur Folge und bedeutete für die Patienten Zusatzbelastungen wie Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen.

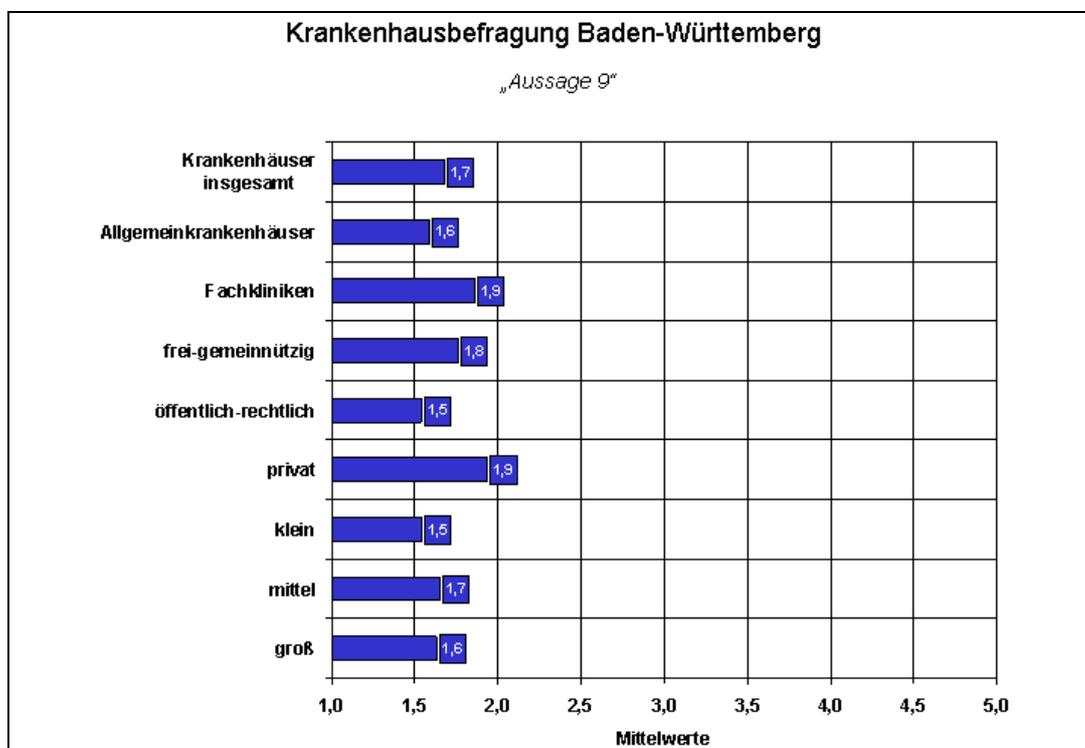


Abbildung 110: „Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern“

Die Regelungen zur Integrierten Versorgung sollen nun dieser Entwicklung entgegenwirken und nicht nur eine engere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung herbeiführen, sondern auch die medizinische Qualität der Leistung steigern. Es soll eine schnittstellenübergreifende, interdisziplinäre, qualitativ hochwertige und wirtschaftlich effiziente Versorgung der Patienten aufgebaut und die „Über-, Unter- und Fehlversorgung“¹⁰⁴¹ im Gesundheitswesen dauerhaft beseitigt werden: „Integrierte Versorgung überwindet die Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Sektoren, reduziert unnötige Untersuchungen im Behandlungsprozess, schafft mehr Vertrauen in die Therapie und leistet einen erheblichen Beitrag zur finanziellen Entlastung des Gesundheitssystems.“¹⁰⁴²

In diesem Zusammenhang interessierte, wie die Krankenhäuser die Möglichkeit beurteilen, durch gezielte Kooperationen zwischen Krankenhäusern auf der einen und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen auf der anderen Seite eine qualitative Verbesserung der Patientenversorgung herbeizuführen (vgl. **Abb. 110**). Der Aussage „Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern“ stimmen 95% der Allgemeinkrankenhäuser mit „trifft voll und ganz zu“ bzw. „trifft zu“ beantwortet haben. Im Ver-

¹⁰⁴¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002), S.31.

¹⁰⁴² Vgl. Flintrop (2003a), S.C 1849.

gleich dazu sagen dies nur 79% der Fachkliniken. Ein ähnliches Antwortverhalten liefern die Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrer Trägerschaft. Von den befragten frei-gemeinnützigen Krankenhäusern sind 90% von den qualitativen Vorteilen der kooperativen Zusammenarbeit mit Vertretern des niedergelassenen Sektors für die Patientenversorgung überzeugt. Ebenso stimmen 94% der öffentlich-rechtlich Einrichtungen und nur 78% der privaten Kliniken dieser Aussage zu. Angesichts der Tatsache, dass bei Kooperationen zwischen Leistungsanbietern die qualitative Verbesserung der Patienten im Mittelpunkt der Zusammenarbeit stehen sollte, ist die Zurückhaltung der Fachkliniken und der privaten Krankenhäuser bei der Beantwortung dieser Frage doch ein wenig überraschend.

■ **„Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen“¹⁰⁴³**

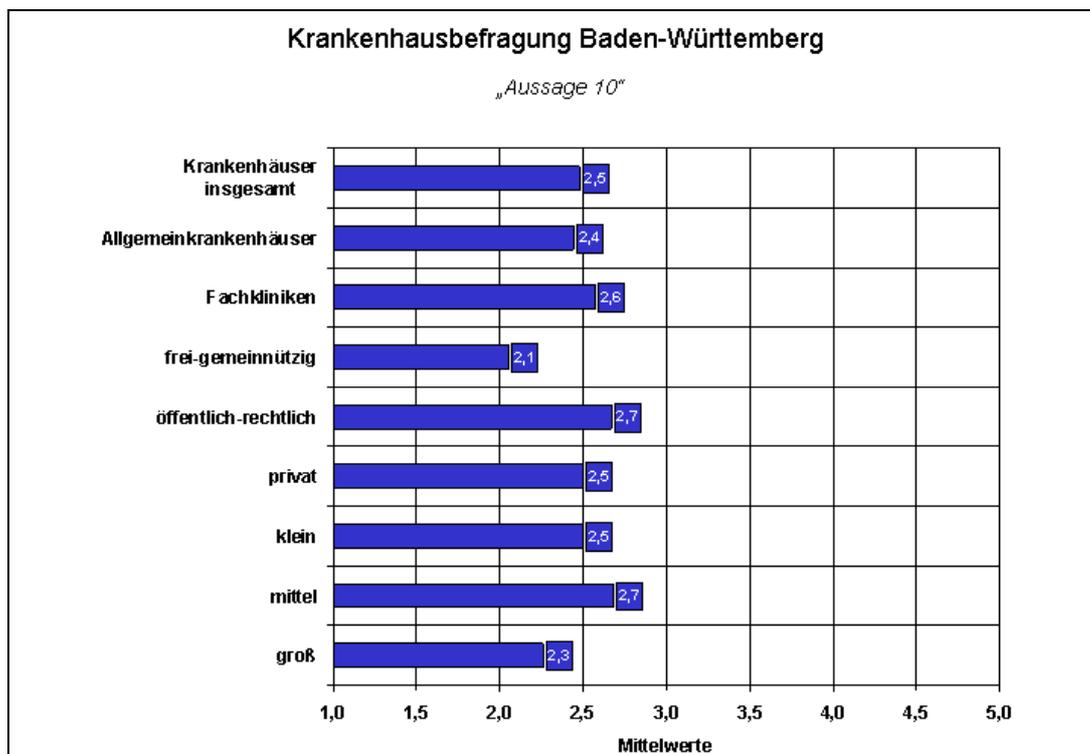


Abbildung 111: „Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen“

„Ambulant geht vor stationär.“ Dieses Postulat wird in der Diskussion über die Reform des deutschen Gesundheitswesens immer wieder vorgetragen und wird von vielen als Möglichkeit gesehen, die Probleme des nationalen Gesundheitssystems zu lösen. Mit seiner Forderung nach einer Stärkung der ambulanten Leistungsorientierung setzt der Gesetzgeber die Krankenhäuser unter Rechtfertigungsdruck, ob die Leistung ambulant hätte erbracht werden können.¹⁰⁴⁴ In Zukunft sollen Krankenhäuser verstärkt mit Vertretern des ambulanten Sektors zusammenarbeiten. Sie sollen sich der ambulanten Versorgung öffnen und Versorgungsleistungen anbieten, die bisher niedergelassenen Ärzten und Pra-

¹⁰⁴³ Vgl. hierzu auch: Krüger (2003).

¹⁰⁴⁴ Vgl. Eichhorn, Greiling (2003), S.32.

xisnetzen vorbehalten waren. Ziel dieser institutionellen Öffnung der Kliniken hin zu mehr ambulanten Leistungen ist eine Substitution der kostenintensiven stationären Eingriffe durch ambulante Operationen. So vertritt die Techniker Krankenkasse (TK) die Ansicht, dass etwa ein Drittel der an Krankenhäusern in Bayern ausgeführten Operationen auch ambulant vorgenommen hätte werden können.¹⁰⁴⁵ In der Integrierten Versorgung wird nun eine willkommene Möglichkeit für die Krankenhäuser gesehen, verstärkt in den Bereich der ambulanten Versorgung vorzustoßen. Mit der Einführung eines DRG-basierten Vergütungssystems entscheidet das einzelne Krankenhaus, welche Leistungen ambulant und welche stationär zu erbringen sind.¹⁰⁴⁶

Die Aussage „Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen“ wird von den Kliniken in Baden-Württemberg wesentlich zurückhaltender beurteilt als die Aussage zuvor (vgl. **Abb. 111**). Fachkliniken und Allgemeinkrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft tendieren zu der Ansicht, dass diese Aussage nur mit Einschränkungen zutrifft und Kliniken in Zukunft nicht zwangsläufig vermehrt ambulante Leistungen im Rahmen von Kooperationen erbringen werden. Lediglich die stationären Einrichtungen, die sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft befinden, beurteilen diese Aussage ein wenig freundlicher. Von den frei-gemeinnützigen Krankenhäusern, die diese Frage beantwortet haben, sagen 76%, dass diese Aussage „voll und ganz zutrifft“ bzw. „zutrifft“ und Krankenhäuser in Zukunft vermehrt ambulante Leistungen anbieten werden.

¹⁰⁴⁵ Vgl. o.V. (2003a).

¹⁰⁴⁶ Vgl. Eichhorn, Greiling (2003), S.32.

IX. Fazit und Ausblick

„Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbstständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, muss das Gesundheitswesen jedoch ständig weiterentwickelt werden. Dabei ist unser Leitbild die Sicherung eines leistungsfähigen und demografiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung.“¹⁰⁴⁷

Die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung für Krankenhäuser“ beschäftigt sich mit den Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Vertretern des ambulanten Sektors unter Berücksichtigung der Regelungen des Sozialgesetzbuches. Vor dem Hintergrund eines stetigen Wandels der finanziellen, wissenschaftlichen, technischen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen steht das deutsche Gesundheitswesen im allgemeinen und der Krankenhaussektor im speziellen vor großen Herausforderungen. Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme, der medizinische und technische Fortschritt, die Implementierung eines neuen Abrechnungssystems für den stationären Sektor sowie die Möglichkeit, den Patienten integrierte, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle anzubieten, führen zu Veränderungen in der Krankenhauslandschaft. Angesichts dieser situativen Veränderungen müssen Krankenhäuser ihre bisherige strategische Ausrichtung überdenken und Maßnahmen zur langfristigen Sicherung ihrer Existenz ergreifen. Es ist zu erwarten, dass sich Krankenhäuser in Zukunft zunehmend den neuen Versorgungsstrukturen öffnen und den Patienten in Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen, aber auch mit anderen Leistungsanbietern eine Versorgung „aus einer Hand“ anbieten werden. Um diese Entwicklung voranzutreiben, hat der Gesetzgeber die bisherigen strengen Regelungen des Sozialgesetzbuches gelockert und den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt, Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors einzugehen.

Die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten (Modellvorhaben (§ 63ff. SGB V), Strukturverträge (§ 73 a SGB V), Belegarztwesen (§ 121 SGB V)) sind um neue Formen der Patientenversorgung ergänzt worden:

- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)
- Ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 a SGB V)
- Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137 f SGB V)
- Integrierte Versorgung (§§ 140 a-e SGB V)

Den neuen Regelungen gemeinsam ist das Ziel, die bestehenden Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem aufzubrechen und die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors voranzutrei-

¹⁰⁴⁷ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, S.99f.

ben. Die neuen Versorgungsformen und -konzepte sollen dazu beitragen, eine unkoordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu vermeiden und dem Patienten als Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens einen Behandlungsverlauf ohne Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen den Sektoren anzubieten.

Zu den potentiellen Kooperationspartnern eines Krankenhauses gehören neben Vertretern der vor- und nachgelagerten Versorgungsstufe (vertikal) auch Leistungsanbieter der gleichen Behandlungsstufe (horizontal) sowie Anbieter von Dienstleistungen, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlungskette der medizinischen Leistungen stehen (lateral). Der niedergelassene Arzt in seiner Funktion als Einweiser nimmt bei der Wahl eines Krankenhauses eine Schlüsselrolle ein. Als Kundenvermittler für das Krankenhaus kann er durch sein Einweisungsverhalten die Auslastung des Krankenhauses und somit die Inanspruchnahme stationärer Leistungen gezielt beeinflussen. Da die niedergelassenen Ärzte mit ihrem Verhalten einen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg und damit zum langfristigen Überleben einer Klinik leisten, stellen sie für jedes Krankenhaus und sein Management eine wichtige Kundengruppe dar. Um jedoch auf die Einweisungsentscheidung der niedergelassenen Ärzte einwirken und das Verhältnis zu dieser Zielgruppe positiv beeinflussen zu können, müssen die Krankenhäuser ihre Bemühungen unter Berücksichtigung des zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesens auf die Gruppe der einweisenden Ärzte ausrichten. Sie müssen Marketingmaßnahmen ergreifen, die es ihnen erlauben, sich positiv im Bewusstsein der niedergelassenen Ärzte zu positionieren und für die notwendige Zufriedenheit auf der Seite der Kunden zu sorgen. Da sich nach allgemeiner Auffassung eine dauerhafte Kundenbindung allerdings nur durch die größtmögliche Zufriedenheit des Kunden erreichen lässt, muss ein Krankenhaus durch die Optimierung der Kundenzufriedenheit eine dauerhafte und gewinnbringende Loyalität des Einweisers zu seinen Leistungen anstreben.

Als zentraler Teil der Arbeit wurde eine Befragung unter Krankenhäusern zum Thema „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern?“ durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, welche Erwartungen Krankenhäuser hinsichtlich Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen haben, welche Risiken und Chancen solche Kooperationen beinhalten und wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gestaltet werden sollte. Dazu wurden Krankenhäuser unterschiedlicher Fachrichtungen, Trägerschaft und Größe um ihre subjektive Einschätzung solch einer potentiellen Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern des ambulanten Sektors unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen gebeten. Die hohe Rücklaufquote, die im Rahmen dieser Studie erzielt werden konnte, kann als Indiz für die besondere Aktualität und Bedeutung dieser Thematik für den stationären Sektor verstanden werden. Die Mehrheit der Befragungsteilnehmer vertritt die Ansicht, dass es durchaus Maßnahmen gibt, die geeignet erscheinen, Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen umzusetzen. Dazu zählen neben der Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses auch die gemeinsame Nutzung von Sekundär- und Tertiärleistungen sowie bereits vorhandener Ressourcen. Ebenso hat sich herausgestellt, dass Krankenhäuser Leistungsspektren mit niedergelassenen Ärzten abzustimmen bereit sind und sich die technische Vernetzung untereinander vorstellen können. Die Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die technische Vernetzung der Kooperationspartner, die Bildung von Notfall-Zentren, Bereitschaftspraxen und Interessensgemeinschaften sowie die gemeinsame Planung und Nutzung von Investitionen ergänzen nach übereinstimmender Meinung der Befragungsteilnehmer die Liste möglicher Kooperations-

maßnahmen. Ferner wurden mit Hilfe der Studie die Präferenzen der Befragungsteilnehmer hinsichtlich der potenziellen Kooperationsbereiche aufgezeigt. Nach Ansicht der Krankenhäuser kommen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten in erster Linie in den Bereichen der medizinischen Nachsorge, der Diagnostik sowie bei therapeutischen Belangen in Frage. Ebenso können sich Kooperationen auf Aufgaben des tertiären Bereichs („Öffentlichkeitsarbeit“, „EDV“, „Transportdienste“ und „Technische Dienste“) erstrecken. Des Weiteren beschäftigte sich die Studie mit der Erwartungshaltung der Krankenhäuser. Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten sind auf Seiten der Krankenhäuser mit hohen Erwartungen verbunden. Die Erwartungshaltung der Krankenhäuser erstreckt sich in erster Linie auf eine Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung und die Realisierung von Kostensenkungspotentialen. Außerdem konnte gezeigt werden, dass die Präferenzen der Befragungsteilnehmer in Bezug auf die strategische Umsetzung von Kooperationsvorhaben in einer partnerschaftlichen Gestaltung der Zusammenarbeit liegen, in deren Rahmen die Krankenhäuser und die Vertreter des ambulanten Sektors als gleichberechtigte Partner zusammenarbeiten und gemeinsam die Zielvorgaben der Kooperation festlegen. Um jedoch für die nötige Transparenz für alle Beteiligten bei der Umsetzung des Kooperationsprojektes zu sorgen, ist dabei besonders die Informations- und Kommunikationspolitik der Krankenhäuser gefordert. Allerdings stehen die Krankenhäuser Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen nicht unkritisch gegenüber. Wie die Studie verdeutlicht, beinhalten sektorenübergreifende Kooperationen auch Risiken. Die Befragung konnte Sachverhalte identifizieren, die sich aus Sicht der Krankenhäuser für ein Kooperationsvorhaben mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als „riskant“ einzustufen sind. Dazu gehören neben der Gefahr der falschen Partnerwahl im Rahmen der Kooperationsverhandlungen auch das Risiko einer allzu großen Abhängigkeit vom Kooperationspartner. In der Gefahr von Imageschäden und von Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses, in der Bestrafung des Krankenhauses durch die Nichteinweisung von Patienten sowie im hohen Kosten- und Zeitaufwand werden weitere Risikopotentiale für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gesehen. Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, gehen Krankenhäuser sehr offen mit der Thematik „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen“ um. Auch wenn die Krankenhäuser die Vorteile einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit erkennen, so sind durchaus auch bewusst, Kooperationen nicht frei von Risiken sind. Aus diesem Grund sollte jede Kooperationsentscheidung seitens des Krankenhauses gut durchdacht und vorbereitet werden. Wie diese Arbeit zeigt, sollte sich ein Krankenhaus mit seiner Kooperationsentscheidung Zeit lassen und versuchen, bereits im Vorfeld einer Kooperationen mögliche Risiken auszuschließen bzw. zu minimieren. Da jedes Kooperationsvorhaben ein komplexes Unterfangen darstellt und jede Kooperation eine Einschränkung der unternehmerischen Freiheit bedeutet, sollte ein Krankenhaus jeden einzelnen Schritt von der Kooperationsidee bis hin zu seiner Umsetzung sorgfältig gehen und abwägen. Die Entwicklung eines Kooperationsprojektes reicht von der strategischen Entscheidung und findet seinen vorläufigen Abschluss im Management der Kooperation. Dazwischen gilt es, die Kooperation zu konfigurieren und den richtigen Partner für die Zusammenarbeit auszuwählen.

Mit Inkrafttreten der Regelungen zur integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber eine auf verschiedene Leistungssektoren übergreifende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgungs- und Finanzierungsform innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) definiert. Durch eine gezielte Abstimmung in medizinischen und ökonomischen Bereichen der Leistungserbringung sollen neben Qualitäts- und Kostenvorteile zugunsten der Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer auch eine Erweiterung des Gestaltungsspielraums der Beteiligten sowie eine Stärkung des Wettbe-

werbs erzielt werden. Die Ausführungen in diesem Kapitel zeigen, dass das Rechtsinstitut der Integrierten Versorgung in abstrakter Form auf die Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren (stationär, ambulant, Rehabilitation und Pflege) im deutschen Gesundheitswesen abzielt. Als konkrete Ausprägung davon eignen sich nach Ansicht des Autors besonders die vom Gesetzgeber als Nachfolger der Polikliniken in der ehemaligen DDR eingeführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) für eine bessere Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors. Sie stellen eine moderne Gestaltungsvariante der medizinischen Dienstleistung dar. Neben Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten können sich ab sofort auch Medizinische Versorgungszentren als zugelassene Einrichtungen gleichberechtigt an der ambulanten Versorgung innerhalb des vertragsärztlichen Systems beteiligen. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als fachübergreifende Einrichtungen bieten die Chance für eine Optimierung der Patientenversorgung über die Sektorengrenzen hinweg. Indem sie es den Patienten ermöglichen, ohne großen Aufwand und auf engstem Raum Fachärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten aufzusuchen, erhalten sie sehr schnell und vor allem auch in enger Abstimmung der Fachgebiete die notwendigen Diagnosen und Therapien. MVZ bieten allerdings nicht nur den Patienten Vorteile; sie sind auch für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser von Bedeutung. Niedergelassene Ärzte können sich ohne die finanziellen Risiken einer eigenen Praxisgründung oder Praxisübernahme um die Versorgung der Patienten kümmern und werden dabei von Verwaltungsaufgaben entlastet. Außerdem können Ärzte, die sich wegen Zulassungsbeschränkungen nicht niederlassen können, über den „Umweg“ des Medizinischen Versorgungszentrums ein bedarfsunabhängiges Anwartschaftsrecht auf eine Zulassung erwerben. Damit die Verzahnung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung weiter verbessert wird, sieht das Gesetz ein Gründungsrecht für Krankenhäuser vor. Demnach können Krankenhäuser ebenfalls als Initiatoren von MVZ auftreten, wodurch die Patienten in den Genuss einer umfassenden und koordinierten Diagnostik im Krankenhaus kommen. Ausgelöst durch die Implementierung des DRG-basierten Abrechnungssystems können sich Krankenhäuser aktiv in MVZ einbringen und in Zeiten sinkender Patientenverweildauern, engmaschiger Fehlbelegungsprüfungen und Bettenreduzierungen die Versorgung der Patienten an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor optimieren. Die strukturierte und optimierte Zusammenarbeit zwischen einem Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten vermeidet belastende Doppeluntersuchungen und lange Wartezeiten für die Patienten. Zudem kann im Rahmen eines MVZ die Medizintechnik eines Krankenhauses, deren Anschaffung sich in Praxen aus ökonomischen Gesichtspunkten nicht rentiert, von den niedergelassenen Ärzten mit genutzt werden. Dadurch lassen sich MVZ für Krankenhäuser sowohl zur Verbesserung der Erlössituation als auch zur Effizienzsteigerung und damit zur Optimierung der stationären Kostensituation nutzen.

Aus den genannten Gründen handelt es sich nach Ansicht des Verfassers bei MVZ um die Versorgungsform der Zukunft mit weitreichenden positiven Auswirkungen für alle Beteiligten. Die Fähigkeit eines Krankenhauses, mit anderen Vertretern des Gesundheitswesens, Kooperationen einzugehen, wird sich zu einem wichtigen strategischen Erfolgsfaktor für Kliniken entwickeln. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten einen immer höheren Stellenwert für ein Krankenhaus einnehmen. Kooperationen stellen somit für Krankenhäuser ein Managementinstrument dar, das geeignet ist, die Wettbewerbsposition des Krankenhauses zu verbessern und zu stärken. Kooperationen mit Vertretern des ambulanten Sektors tragen durch die Abstimmung und Koordination der Leistungen dazu bei, die Sektorengrenzen zu überwinden und dabei sowohl die Effizienz als auch die Effektivität der Leistungserstellung zu steigern. Aus diesem Grund wird es für Krankenhaus uner-

lässlich, sich von der traditionellen Verwaltungsorientierung zu verabschieden und den Weg hin zu einem strategischen, an betriebswirtschaftlichen Prinzipien orientiertem Management einzuschlagen.¹⁰⁴⁸

¹⁰⁴⁸ Vgl. Ziegenbein (2001), S.89.

Bibliographie

- Abel, J.* (1992): Kooperationen als Wettbewerbsstrategien für Software-Unternehmen, Frankfurt am Main.
- Abholz, H.-H.; Berger, M.* (2002): Disease Management Programme: Ziele, Aufgaben und Nutzen – am Beispiel des “DMP Diabetes” der KBV, in: Die Betriebskrankenkasse, Nr.3, S. 90-96.
- Achner, S.; Düllings, J.* (2001): Neue Vergütungsstrukturen in der ambulanten und stationären Versorgung, in: Das Krankenhaus, Nr.1, S.28-31
- Adam, H.* (1983): Ambulante ärztliche Leistungen und Arztdichte, in: *Hübl, L.* (Hrsg.): Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Band 11, Berlin.
- Albeck, H.* (1997): Abnehmende Finanzierungsmöglichkeiten und alternative Verwendungsmittel knapper Mittel, in: *Arnold, M.; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J.* (Hrsg.): Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekt, Stuttgart, S.93-104.
- Ahn, D.-S.* (1981): Gemeinschaftsunternehmungen in Entwicklungsländern, Tübingen.
- Allekotte, H.A.* (1980): Hintergründe der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: *Jürgensen, H.; Littmann, K.; Rose, K.* (Hrsg.): Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 31, S.355-372.
- Altendorfer, R.* (2005): Medizinische Versorgungszentren – Die ersten Erfahrungen, in: diabetes-news, März 2005, <http://www.diabetes-news.de/nachrichten-2005/pm050425-d.htm> (abgerufen: 09.08.2005).
- Amelung, V.; Schumacher, H.* (2004): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Wiesbaden.
- Andreas, H.* (1994): Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik in der Bundesrepublik Deutschland, Köln.
- Andreasen, A.* (1985): Consumer Response to Dissatisfaction in Loose Monopolies, in: Journal of Consumer Research, Nr.9, S.135-141.
- AOK* (2005): Gesundheitslexikon, http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_02190.html (abgerufen: 27. März 2005).
- AOK-Bundesverband et al.* (2001): Medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland – Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen, Sonderdruck, Bonn.
- Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.* (1994): Das Belegarztsystem - Risiko für Arzt, Krankenhaus und Patient?, Köln.

- Arnold, M.* (1997): Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen, in: *Arnold, M.; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J.* (Hrsg.): *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart u.a..
- Arnold, M.* (1992): Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Sozialer Fortschritt*, Nr.3, S.53-58.
- Arnold, M.* (1995): *Solidarität 2000 – Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende*, Stuttgart.
- Arnold, M.; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J.* (1997): *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart.
- Arndt, H.* (1974): Macht, Konkurrenz und Demokratie, in: *Grosser, D.* (Hrsg.): *Konzentration ohne Kontrolle*, Köln und Opladen, S.25-95.
- Arndt, H.; Ollenburg, G.* (1971): Begriff und Arten der Konzentration, in: *Arndt, H.* (Hrsg.): *Die Konzentration der Wirtschaft*, 1. Band, Berlin, S.3-39.
- Arrow, K.J.* (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Market Discipline or Market Segmentation”, *American Economic Review*, S.941 – 973.
- Arrow, K.* (1983): The organization of economic activity: issues pertinent to the choice of market versus nonmarket allocation, in: *Haveman, R. H.; Margolis, J.* (Hrsg.): *Public Expenditure and Policy Analysis*, Boston, S.42-55.
- Aschoff, A.* (1965): Kooperation und Gesetzgebung. Referat vor der V. CECIOS-Konferenz in München am 16. Juni 1965, in: *Rationalisierung*, Nr.8, S.202-203.
- Augurzky, B.; Engel, D.; Krolop, S.; Schmidt, C.; Terkatz, S.* (2004b): *Das Insolvenzrisiko der deutschen Krankenhäuser – Transparenz durch Basel II – Eine Analyse der Ratings von Krankenhäusern und Handlungsoptionen zu deren Verbesserung*, Essen.
- Augurzky, B.; Berhanu, S.; Göhlmann, S.; Krolop, S.; Liehr-Griem, A.; Schmidt, C.M.; Tauchmann, H.; Terkatz, S.* (2004a): *Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesens*, in: *RWI* (Hrsg.): *Materialien*, Heft 8.
- Axelrod, R.* (1991): *Die Evolution der Kooperation*, München.
- Backhaus, K.; Meyer, M.* (1993): Strategische Allianzen und strategische Netzwerke, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, Nr.7, S.330-334.
- Backhaus, K.; Piltz, K.* (1990): Strategische Allianzen – eine neue Form kooperativen Wettbewerbs?, in: *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, Sonderheft 27, S.1-10.
- Badenberg, C.* (2004): Integrierte Versorgung funktioniert nur, wenn Patienten, Kliniken und beteiligte Ärzte profitieren, in: *Ärzte Zeitung*, 30.7.2004, www.aerztezeitung.de.

-
- Bald, J.* (1995): Die Rolle von Joint Ventures im Transformationsprozeß OstEuropas: am Beispiel der Russischen Föderation, Frankfurt am Main u.a..
- Baßeler, U.; Heinrich, J.; Koch, W.A.S.* (1995): Grundlagen und Probleme der Volkswirtschaft, Köln.
- Bauer, H.* (1998): Leitlinien als Grundlage ärztlichen Handelns, in: *Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B.* (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart u.a., S.161-174.
- Baum, G.* (2000): Die neue Freiheit und ihre Grenzen, in: Krankenhaus Umschau, Sonderheft, Nr.12, S.4-7.
- Baum, G.; Tuschen, K.-H.* (2000): AR-DRG – Die Chancen nutzen, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus) Nr.5, S.449-460.
- Baumberger, J.* (1995): Managed Care – A US Insanity or the Future European Reality, in: Gabler Handbuch Pharma-Management, Wiesbaden, S.156.
- Baumgärtner, W.; Ruebsam-Simon, E.* (2004): Schreiben vom 14.12.2004 an alle MEDI Mitglieder, alle niedergelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten in Baden-Württemberg, <http://www2.medi-verbund.de/Aktuell/vertraege.php> (abgerufen: 26. Januar 2005)
- Baur, H.* (1975): Internationale Marketingkooperation, Düsseldorf.
- Bayerisches Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen* (1999): Leitfaden „Betriebliche Kooperation“, http://www.wwa-wen.bayern.de/Fachinfo/Wv/Kooperation/betr_koop.pdf (abgerufen: 6.1.2005).
- Becker, J.; Hensgen, R.* (2000): Integrierte Versorgung – Innovation oder Rückbesinnung auf historische Wurzeln, in: Das Krankenhaus, Nr.4, S.275-280.
- Becker, J.* (1993): Grundlagen der Marketing-Konzeption, München.
- Becker, J.* (2002): Das Marketingkonzept, München.
- Behnsen, E.* (2004): Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers (I), in: Das Krankenhaus, Nr.8, S.602-606.
- Beleites, E.* (1999): Gesundheitspolitik: Gedanken zur Zukunft der Krankenversicherung, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.45, S. vom 12.11.1999, Seite A-2878-2884.
- Belzer, V.* (1993): Unternehmenskooperationen: Erfolgsstrategien und Risiken im industriellen Strukturwandel, München.
- Benemann, M.* (ohne Datum (a)): MVZ – Eine neue Chance für Ärztinnen und Ärzte, <http://marburger-bund-zeitung.de/bundesverband/aktuelles/tarifpolitik/texte/mvz.html> (abgerufen: 09.08.2005)

- Benemann, M.* (ohne Datum (b)): Zentren als Chance für Ärzte und Krankenhäuser, <http://marburgerbund-zeitung.de/bundesverband/aktuelles/tarifpolitik/texte/mvz1.html> (abgerufen: 09.08.2005)
- Benisch, W.* (1973): Kooperationsfibel, Bergisch-Gladbach.
- Berg, H.* (1995): Wettbewerbspolitik, in: Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, München, S.239-300.
- Bergers, M.* (2002): Das momentane Vergütungssystem versus DRG-System, http://www.uke.unihamburg.de/kliniken/kinderklinik/kernklinik/kinderintensiv/v_pflege_drg.htm (abgerufen: 14. März 2002)
- Bergh, W. van den* (2004): Praxisgebühr – und sie steuert doch, in: Ärzte Zeitung, 22. Oktober 2004, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Bergmann, K.-O.* (1994): Das Belegarztsystem – Qualitätssicherung durch Vertragsgestaltung, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.): Recht der Medizin, Band 1, Köln, S.75-92.
- Bernardi-Schenkluhn, B.* (1992): Schweiz, in: *Alber, J.; Bernardi-Schenkluhn, B.* (Hrsg.): WestEuropäisches Gesundheitssystem im Vergleich, Frankfurt u.a..
- Berner, B.* (2005): Ambulantes Operieren: Abgrenzung von stationärer und ambulanter Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.15, S. A1080.
- Beyer, M.; Gerlach, F.; Szecsenyi, J.; Fischer, G.C.* (1998): Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen?, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.17, S. A 1014.
- Bidlingmaier, J.* (1967): Begriff und Formen der Kooperation im Handel, in: Absatzwirtschaft und Distribution, Wiesbaden, S.358.
- Birkigt, K.; Stadler, M. M.* (1985): Corporate Identity, München.
- Blecker, T.* (1999): Unternehmung ohne Grenzen – Konzepte, Strategien und Gestaltungsempfehlungen für das Strategische Management, Wiesbaden.
- Blecker, T.* (2000): Optimale Interaktionen in Kooperationen – Grundlagen, Erfolgsfaktoren und Gestaltungsempfehlungen, in: *Nase Gospodarstvo (Our Economy)*, Nr.1, S.19-36 (im Internet abrufbar unter: http://www.manufacturing.de/download/mer_2000.pdf).
- Bleicher, K.* (1989a): Kritische Aspekte des Managements zwischenbetrieblicher Kooperation, in: *Thesis*, Nr.3, S.4-8.
- Bleicher, K.* (1990): Zum Management zwischenbetrieblicher Kooperationen, in: *Bühner, R.* (Hrsg.), Führungsorganisation und Technologiemanagement, Berlin, S.77-89.

-
- Bliemel, F.W.; Eggert, A.* (1998): Kundenbindung – die neue Sollstrategie, in: Zeitschrift für Marketing, Nr.1, S.37-46.
- Bloch, R.E.; Lauterbach, K.W.; Oesingmann, U.; Rienhoff, O.; Schirmer, H.D.; Schwartz, F.W.* (1997): Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.33, S. A 2154.
- Blohm, H.* (1980): Kooperation, in: *Grochla, E.* (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation (HWO), Stuttgart, S.1111-1117.
- Blüm, N.* (1987): Denkanstöße für eine Gesundheitspolitik, Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung, Bulletin Nr.30, 27. März 1987, S. 245-248.
- Boettcher, E.* (1974): Kooperation und Demokratie in der Wirtschaft, Tübingen.
- Böventer, E. von; Illing, G. et al.* (1995): Einführung in die Mikroökonomie, München u.a..
- Bogaschewsky, R.* (1995): Vertikale Kooperationen – Erklärungsansätze der Transaktionskostentheorie und des Beziehungsmarketings, in: *Kaas, K.P.* (Hrsg.): Kontrakte, Geschäftsbeziehungen, Netzwerke, Schmalenbachszeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Sonderheft 35, Düsseldorf, S.159-177.
- Bohle, T.* (1999): Zulässige Werbung für Krankenhäuser, in: *Braun, G.E.* (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Stuttgart, S.439-454.
- Bonnem, S.* (1979): Vox Populi – Or Hearing the Voices of Your Public, in: *Cooper, P.D.* (Hrsg.): Health Care Marketing: Issues and Trends, London u.a., S.91-95.
- Borges, P.* (2003): Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten – Kommunikation ist der Erfolgsfaktor Nr.1, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.3, ohne Seitenangaben (im Internet abrufbar: <http://www.gebera.de/download/fuw3-2003.pdf>).
- Bott, H.* (1967): Zwischenbetriebliche Kooperation und Wettbewerb, Köln.
- Bower, J.L.; Hout, T.M.* (1989): So sind Sie schneller als die Konkurrenz, in: Harvard Manager, Nr.3, S.68-77.
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H.* (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main
- Braun, G.E.* (1994): Sich nach außen darstellen – Informationswerbung des Krankenhauses, in: Krankenhaus Umschau, Nr.8, S.618-622.
- Braun, G.E.* (1995): Wettbewerb und Kooperation, in: *Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag mbH (GDK)* (Hrsg.): Das Krankenhaus im neuen Umfeld, 19.Hospital Congress und Interhospital 95 vom 25.-28.4.1995 in Hannover, Düsseldorf, S.193- 211.

-
- Braun, G.E.* (1997a): Krankenhäuser: Selbstverwaltung als Lösung?, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Nr.4, S. A 101-102.
- Braun, G.E.* (1997b): Schlüsselkunden-Management und ABC-Analyse, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.5, S.398-404.
- Braun, G.E.* (1997c): Sind Diagnose- und Betreuungspauschalen das optimale Honorarsystem für niedergelassene Ärzte?, Diskussionspapier Nr.10, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg, S.1-9.
- Braun, G.E.* (1997d): ABC-Analyse einweisender Ärzte und das "Schlüsselkunden-Management" für Krankenhäuser, Diskussionspapier Nr.8, Lehrstuhl für allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbes. Öffentliche Verwaltungen und öffentliche Unternehmen, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg, S.1-22.
- Braun, G.E.* (1999a): Handbuch Krankenhausmanagement – Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart.
- Braun, G.E.* (1999b): Innovatives Marketing im Krankenhaus, in: Schweizerische Ärztezeitung, Nr.1, S.18-20.
- Braun, G.E.* (1999c): Krankenhäuser als Gegenstand einer Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: *Bräunig, D.; Greiling, D.* (Hrsg.): Festschrift für Prof. Dr. Peter Eichhorn: Stand und Perspektiven der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, Berlin, 214-227.
- Braun, G.E.* (1999d): Konzept des Integrierten Krankenhausmanagements, in: *Braun, G.E.* (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Stuttgart, S.3-18.
- Braun, G.E.* (2002): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen, in: Krankendienst (Zeitschrift für katholische Krankenhäuser), Nr.8-9, S.225-230.
- Braun, G.E.* (2004a): Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, in: *Managed Care*, Nr.2, S.3-32.
- Braun, G.E.* (2004b): Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen – Strategien, Maßnahmen, Erfahrungen, Neuwied.
- Braun, G.E.* (2005): Zunehmende Prozessorientierung als Entwicklungstendenz im gesundheitspolitischen Umfeld des Krankenhauses, in: *Braun, G.E.; Güssow, J.; Ott, R.* (Hrsg.): Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart, S.13-24.
- Braun, G.E.; Schmutte, A.M.* (1995): Der Stellenwert von Imageanalysen, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.1, S.48-56.
- Braun, G.E.; Schmutte, A.M.; Spindler, K.; Strosche, H.* (1996): Ein Krankenhaus im Spiegelbild der niedergelassenen Ärzte, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.1, S.75-78.

-
- Braun, G.E.; Egner, D.; Schmutte, A.M.* (1997): Unternehmensberatungen bieten unterschiedliche Leistungen, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.1, S.41-43.
- Braun, G.E.; Schmutte, A.M.* (1998): Informationsinstrumente der Krankenhäuser für Patienten und Einweiser, in: *Neubauer, G.; Schallermaier, C.* (Hrsg.): Mehr Eigenverantwortung durch Leistungs- und Preistransparenz in der Krankenhausversorgung, 7. Neubiberger Krankenhausforum, 17. Juni 1998, Neubiberg, S.23-40.
- Braun, G.E.; Christ, C.; Heuser, A.* (2002) : Ausländische Patienten sind anspruchsvolle Kunden, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.3, S.253-257.
- Braun, G.E.; Güssow, J.* (2005): Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen, in: *Braun, G.E.; Schulz-Nieswandt, F.* (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, erscheint 2005.
- Braun, G.E.; Güssow, J.; Ott, R.* (2005): Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart.
- Braun, G.E.; Nissen, J.* (2005): Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Nr.6. S. 376-384.
- Braun, G.E.; Schulz-Nieswandt, F.* (2006): Liberalisierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden.
- Braun von Reinersdorff, A.* (2002): Strategische Krankenhausführung, Bern u.a..
- Brech, W.* (2004): Die Medizinischen Versorgungszentren, in: *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, Nr.5, S. 199-200.
- Brede, H.* (2006): Ökonomische Wirkungen der Kooperation und Konzentration in der Krankenversorgung, in: *Braun, G.E.; Schulz-Nieswandt, F.* (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S.95-110.
- Breyer, F.* (1984): Anbieterinduzierte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und die Zieleinkommens-Hypothese, in: *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik*, Bd. 199/5, Stuttgart, S.415-432.
- Breyer, F.; Ulrich, V.* (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, Band 220, S.1-17.
- Breyer, F.; Zweifel, P.* (1999): Gesundheitsökonomie, Berlin.
- Bronder, C.* (1993): Kooperationsmanagement – Unternehmensdynamik durch strategische Allianzen, Frankfurt am Main u.a..
- Bronder, C.* (1995): Unternehmensdynamisierung durch strategische Allianzen, Aachen.
- Bronder, C.; Pritzl, R.* (1991): Leitfaden für strategische Allianzen, in: *Harvard Manager*, Nr.1, S. 44-53.

-
- Bruckenberger, E.* (1996): Kooperation zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen, in: Das Krankenhaus, Nr.4, S.155-160.
- Bruhn, M.* (1985): Marketing und Konsumentenzufriedenheit, in: WISU, Nr.6, S.300-307.
- Buck, R.* (1997): Substitutionspotentiale von stationären Leistungen, in: *Arnold, M.; Paffrath, D.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1997, Stuttgart, S.99-112.
- Budäus, D.* (2002): Strategische Planung öffentlicher Unternehmen unter Wettbewerbsbedingungen, in: Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft e.V. (Hrsg.), Beiträge zur öffentlichen Wirtschaft - Rollenwechsel kommunaler Unternehmen, Heft 19, Berlin, S.33-46.
- Bühlmann, C.; Moning, H.R.; Waldkirch, T. von* (1983): Technologietransfer in F+E-Kooperationen, in: *io Management Zeitschrift*, Nr.5, S.29-33.
- Bühner, R.* (1989): Bestimmungsfaktoren und Wirkungen von Unternehmenszusammenschlüssen, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, Nr.4, S.158-165.
- Bührer, A.* (2001): Sinnvolle Parameter für die Morbiditätsklassifizierung, in: *Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management*, Nr.1, S.21-23.
- Bülow, P.; Ring, G.* (1996): Heilmittelwerbegesetz, Köln.
- Bürger, C.* (2003a): Mehr Informationen für Patienten und Versicherte – eine konzeptionelle und empirische Analyse, Diskussionspapier 14/03, Universität der Bundeswehr München.
- Bürger, C.* (2003b): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, Wiesbaden.
- Bundeskartellamt* (1997): Bericht der Bundeskartellamtes, Wiesbaden.
- Bundesgesetzblatt* (2001): Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001, Teil 1 Nr.66, ausgegeben zu Bonn am 14. Dezember 2001, S. 3465-3471.
- Bundesgesetzblatt* (2003): Siebente Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung vom 28. April 2003, Teil 1 Nr.16, ausgegeben zu Bonn am 30. April 2003, S. 553-568.
- BMGS* (1999): Pressemitteilung Nr.99 vom 16.12.1999: Bundestag beschließt Gesundheitsreform, <http://www.bmgesundheit.de/presse/1999/presse99/99.htm> (abgerufen: 16. März 2002).
- BMGS* (2002): Durchbruch zu mehr Qualität für chronisch kranke Menschen, <http://www.bmgesundheit.de/bmg-frames/index.htm> (abgerufen: 6. August 2002).
- BMGS* (2003): Statistisches Taschenbuch 2003, Bonn.

-
- BMGS* (2003a): Komprimierte Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems und Erläuterung der wesentlichen Regelungen, 8.5.2003, (<http://www.bvgesundheitsreform.de/pdf/komprimiertefassunggmg.pdf>)
- BMGS* (ohne Datum): Strukturierte Behandlungsprogramme für Chroniker, http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/strukt_behandlungsprogramme/grundlagen/index.html, abgerufen: 28. März 2005.
- Burger, S.* (1999): Diagnostic Related Groups: Instrument zur Einführung einer leistungsorientierten Vergütung im Krankenhaus, in: *Zeitschrift für Arbeit und Sozialpolitik*, Nr.5-6, S.24-31.
- Burmann, C.* (1991): Konsumentenzufriedenheit als Determinante der Marken- und Händlerloyalität, in: *Marketing (Zeitschrift für Forschung und Praxis)*, Nr.4, S.249-258.
- Buse, H.P.* (1997): Kooperationen, in: *Pfohl, H.C.* (Hrsg.): *Betriebswirtschaftslehre der Mittel- und Kleinbetriebe*, Berlin, S. 441-447.
- Buschner, G.; Focke, K.; Hansis, M.L.* (2001): Fehlbelegung und DRG, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, Nr.9/10, S.22-29.
- Buttler, G.; Fickel, N.; Lautenschlager, B.* (1999): Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Kosten im Gesundheitswesen, *Allgemeines Statistisches Archiv*, Nr.1, S. 120-136.
- Cassel, D.* (2002): Reformoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Münsterische Sozialrechtsvereinigung e.V.* (Hrsg.): *7. Münsterische Sozialrechtstagung: Gesetzliche Krankenversicherung in der Krise – Von der staatlichen Regulierung zur solidarischen Wettbewerbsordnung*, Karlsruhe, S.4-30.
- Cassel, D.* (2003): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: *Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart, S.3-20.
- Clade, H.* (1998): Krankenhäuser: Mehr Wirtschaftlichkeit durch Festpreise, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.30, S. A 1926.
- Clade, H.* (2000): Das australische Fallpauschalensystem ist das medizinisch differenzierteste und modernste, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.4, S.340-342.
- Clade, H.* (2003b): Strategien müssen sich ändern, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.31/32, S. C 1612-1613.
- Clade, H.* (2003a): Gesundheitsversorgung: Sektorenblockade, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.11, S. 507.
- Clade, H.* (2004): Versorgungsstrukturen erfordern neue Strategien, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.4, S. C 136-137

- Clade, H.* (2004a): Klinikkonzerne: Verstärkter Kostendruck – Marktanpassungen, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.23, S. A-1634-1637.
- Claes, C.; Mahlfeld, Y.* (1999): Disease Management und Pharmaindustrie, Diskussionspapier Nr.21, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Hannover.
- Coase, R.* (1996): The nature of the firm, in: *Putterman, L.; Kroszner, R.S.* (Hrsg.): The economic nature of the firm, Cambridge, S.89-104.
- Coddington, D.C.; Moore, K.D.* (1987): Market-Driven Strategies in Health Care, San Francisco u.a..
- Coffey, R.M.; Louis, D.Z.* (2001): Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart, New York, S.33-47.
- Conrad, H.-J.* (2001): Integrierte Versorgung – Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung, in: *Hellmann, W.* (Hrsg.): Management von Gesundheitsnetzen, Stuttgart, Berlin, Köln, S.1-26.
- Continental Krankenversicherung* (2002): Continentale Studie 2002: Zufriedenheit mit Gesundheitswesen sinkt deutlich – großes Interesse an Zusatzversicherungen – Bevölkerung setzt auf Beitragserhöhung statt Leistungsverkürzung, Pressemitteilung vom 09.09.2002, www.continentale.de (abgerufen: 12.04.2005).
- Corsten, H.* (1985): Die Produktion von Dienstleistungen. Grundzüge einer Produktionswirtschaftslehre des tertiären Sektors, Berlin.
- Curtiss, F.R.* (1989): Managed Health Care, in: American Journal of Hospital Pharmacy, Nr.46, S.742-763.
- Dänzer, A.; Pfaff, U.* (1999): DRG-Klassifizierungssystem – Ein Zukunftsmodell?, in: Das Krankenhaus, Nr.10, S.649-653.
- Deisenroth, H.-J.* (1999): Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: DIW-Vierteljahreshefte, Nr.3, S.332-335.
- Destatis* (2005): Gesundheit. Ausgaben 1992 bis 2003, Wiesbaden.
- Deuser, J.* (1999): Disease Management, in: Perspectives on Managed Care, Nr.4, S.44-45.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)* (2002): Deutsche Kodierrichtlinien: allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, http://www.g-drg.de/deutschesdrg/dkr_version2002_18092001.pdf (abgerufen: 25. März 2002).
- Deutscher Bundestag* (1988a): Demographischer Wandel: Zweiter Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION "Demographischer Wandel" – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), Bonn.

-
- Deutscher Bundestag* (1988b): Entwurf des eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Drucksache 11/2237, 3. Mai 1988, S.1-287.
- Deutscher Bundestag* (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), BT-Drucksache 15/1525.
- Deutsches Institut für Wirtschaft (DIW)* (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Dichtl, E.; Peter, S.* (1996): Kundenzufriedenheit und Kundenbindung in der Automobilindustrie: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, in: *Bauer, H.H.; Dichtl, E.; Hermann, A.* (Hrsg.): Automobilmarktforschung: Nutzenorientierung von PKW-Herstellern, München, S.15-31.
- Dihl, E.* (2004): Klinikum Stadt Hanau schließt Vertrag als Kompetenzzentrum Brustkrebs, Offenbach-Post online, 29.01.2004.
- Dierks, C.* (2004): Medizinische Versorgungszentren dürfen (noch) nicht liquidieren, in: *Ärzte Zeitung*, 07.04.2004, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Disease Management Association of America* (2002): Definition of Disease Management, <http://www.dmaa.org/definition.html> (abgerufen: 24. Juni 2002).
- Diller, H.* (1995): Kundenmanagement, in: *Tietz, B.; Köhler, R.; Zentes, J.* (Hrsg.): Handwörterbuch des Marketing, Stuttgart, S.1363-1376.
- Diller, H.* (1996): Kundenbindung als Marketingziel, *Zeitschrift für Marketing*, Nr.2, S.81-94.
- Dittrich, K.* (2000): Gesundheit – bald nur noch gegen Bares? Pressekonferenz am 10.04.2000, <http://www.dgb-bayern.de/aktuell/presse/a-presse/2000/presse14.htm> (abgerufen: 27. März 2005).
- DKG* (2004): Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V n.F. – Verträge, Empfehlungen, 07.01.2004, <http://www.dkgev.de/dkgev.php/print/1/cat/112/aid/740>.
- Döring, B.* (2003): Praxisärzte kooperieren mit Dresdner Uniklinik, in: *Ärzte Zeitung*, 9. Juli 2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Dohmen, F.; Kerbusk, K.-P.* (2000): „Wir haben den Krieg gewonnen“, in: *Der Spiegel*, Nr.6, S.78-82.
- Domeyer, V.; Funder, M.* (1991): Kooperation als Strategie, Opladen, S.1-198.
- Donabedian, A.* (1980): Exploration in Quality Assessment and Monitoring. The definition of Quality and Approaches to its Assessment and Monitoring, Vol. I, Ann Arbor.

- Doz, Y.* (1992): Empirische Relevanz von strategischen Allianzen in Europa, in: *Bronder, C.; Pritzl, R.* (Hrsg.): Wegweiser für strategische Allianzen. Meilen- und Stolpersteine bei Kooperationen, Frankfurt am Main u.a., S.47-62.
- Dreger, W.* (1992): Konkurrenzanalyse und –beobachtung, Ehningen.
- Dreger, W.* (1996): Wettberbsanalyse – Immer im Visier, in: Absatzwirtschaft, Nr.8, S.64-67.
- Dreßler, M.* (2000) : Kooperationen von Krankenhäusern., Wien.
- Duckett, S.* (2001): Das australische AR-DRG-Klassifikationssystem für den Krankenhausbereich, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart, S. 67-74.
- Düring, B.* (2004): Wenig Vertrauen in die Integrierte Versorgung, in: Ärzte Zeitung, 22.7.2004, www.aerztezeitung.de.
- Duesing, W.; Winter, U.J.* (1997): Der Weg vom Krankenhaus zum Gesundheitszentrum, in: *Winter, U.J.; Sabin, G.V., Rötzscher, V., Hartmann, J.; Radermacher, D.* (Hrsg.): Modernes Krankenhausmanagement, Stuttgart, New York, S.38-43.
- Düttmann, B.* (1989): Forschungs- und Entwicklungskooperationen und ihre Auswirkungen auf den Wettbewerb, Bergisch-Gladbach, Köln.
- Eckerle, K.; Oczipka, T.* (1998): Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung, Prognos-Gutachten, Bad Homburg.
- Ehlers, A.P.F.* (1998): Was bedeutet Managed Care, in: Perspectives on Managed Care, Nr.1, S.14-17.
- Eichhorn, P.* (1979): Krankenhäuser als Unternehmen, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft 2, S.1-11.
- Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B.* (1998): Managed Care-Strategien zur Verbesserung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondere der Krankenhausversorgung, in: *Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B.* (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart u.a., S.1-40.
- Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B.* (2002): Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen, in: *von Eiff, W.; Fenger, H.* (Hrsg.): Der Krankenhausmanager, Berlin u.a., S. 1-29.
- Eichhorn, P.; Greiling, D.* (2003): Das Krankenhaus als Unternehmen, in: *Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart, S.31-41.
- Eisele, J.* (1995): Erfolgsfaktoren für Joint-Venture-Management, Wiesbaden.
- Endres, D.* (1987): Joint Ventures als Instrument nationales Geschäftstätigkeit, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Nr.8, S.373-378.

-
- Endress, R.* (1991): Strategie und Taktik der Kooperation, Berlin.
- Engelhardt, W. H.; Seibert, K.* (1981): Internationale Joint Ventures, in: Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Nr.5, S.428-435.
- Engelmohr, I.* (2000): Brückenschlag zwischen Krankenhaus und Arztpraxis, in: Klinik Management Aktuell (kma), Nr.7, S.16-17.
- Erbsland, M.* (1995): Demographische Effekte auf die zukünftigen Behandlungsausgaben und den zukünftigen Beitragssatz der GKV, Discussion Paper No. 95-18, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Frankfurt am Main u.a..
- Erbsland, M.; Wille, E.* (1995): Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Nr.4, S.661-686.
- Ernst&Young* (2005): Gesundheitsversorgung 2020.
- Faust, H.G.* (2004): Union lehnt Fallpauschalengesetz und Begrenzung der Arzneimittelausgaben ab, Rede im Deutschen Bundestag, <http://www.cdu.harz.de/faust/html/33.html> (abgerufen: 20.8.2004)
- Fichtel, R.* (1997): Technologietransfer für Klein- und Mittelbetriebe, Wiesbaden.
- Fickel, N.* (1995): Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Ausgaben für Gesundheit, Frankfurt am Main u.a..
- Fiedler, E.* (2002): Disease Management: Die Chance für die Zukunft, http://www.barmer.de/hauptbereiche/barmer/politik/id_3122/c_index.html (abgerufen: 3. August 2002)
- Firnkorn, H.-J.* (1997): Die Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung, in: *Arnold, M.; Paffrath, D.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1997, Stuttgart, S.127-140.
- Fischer, W.* (2001): Grundzüge von DRG-Systemen, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart, S.13-32.
- Fleischer, S.* (1996): Strategische Kooperationen: Planung – Steuerung – Kontrolle, Köln.
- Flintrop, J.* (2003a): Integrierte Versorgung - Jenseits der Sicherstellung, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.37, S. C 1849-1850.
- Flintrop, J.* (2003b): Lexikon: Belegarztwesen, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.45, S. A 2972.
- Flintrop, J.* (2005): Medizinische Versorgungszentren: Lockende Investoren, misstrauische Ärzte, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.22, S. A-1562.

- Flintrop, J.; Rieser, S.* (2005): Auswirkungen des neuen Arbeitszeitgesetzes. „Die Probleme der Ärzte haben eher zugenommen“, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.5, S. A 249.
- Freiling, J.* (1998): Kompetenzorientierte Strategische Allianzen, in: io management, Nr.6, S.23-29.
- Friese, M.* (1998): Kooperation als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsunternehmen, Wiesbaden, 1998.
- Fruschki, H.-J.* (2002): Nur ein Pyrrhussieg?, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juni 2002)
- Fuchs, V.R.* (1978): The supply of Surgeons and the Demand for Operations, in: Journal of Human Resources, Nr.13 (Suppl.), 1978.
- Fuchs, W.P.* (2002). Warum Krankenhaus-Marketing?, in: Hermanns, P.M.; Hanisch, L. (Hrsg.): Krankenhaus-Marketing im stationären und ambulanten Bereich, Köln, S. 37-52.
- Fuchs, W.; Klima, R.; Lautmann, R.; Rammstedt, O.; Wienhold, H.* (1978): Lexikon zur Soziologie, Opladen.
- Gahl, A.* (1991): Die Konzeption strategischer Allianzen, Berlin.
- Geraedts, M.* (2004): Krankenhäuser: Spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.20, S. A1402-1404.
- Geck, H.-U.* (1991): Strategische Allianzen und ihre Rechtsformen, in: Der Betrieb, Nr.26, S.1337-1339.
- Geisen, R.* (2002): Zur Einführung, in: Mühlbauer, B.H.; Geisen, R. (Hrsg.): Herausforderung DRG – Das Krankenhaus zwischen Qualitäts- und Kostenmanagement, Münster, S. 1-5.
- Geraedts, M.* (2004): Krankenhäuser: Spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.20, S. A1402-1404.
- Gerste, B.; Niemeyer, M.; Lauterberg, J.* (2000): Wieviel chronisch Kranke gibt es? – Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten, in: Arnold, M.; Litsch, M.; Schwartz, F. W. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999, Stuttgart, S.67-92.
- Gerybadze, A.* (1995): Strategic Alliances and Process Redesign, Berlin, New York.
- Geser, G.* (1995): Die Schweizer Krankenversicherer im Zeichen von Managed Care, in: Arbeit und Sozialpolitik, Nr.9-10, S.27-36.
- Giering, A.* (2000): Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität, Wiesbaden.

-
- Giles, T.* (1996): The cost-effective way forward for the management of the patient with heart failure, in: *Cardiology*, Nr.87, S.33-39.
- Glaser, P.* (1998): Löst Managed Care die Probleme des deutschen Gesundheitswesens, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.2, S. 118.
- Glöser, S.* (1999): Gesundheitsreform 2000: Globalbudget weckt keine Zuversicht, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.18, S. A 1180.
- Godefroid, P.* (1995): Business-to-Business-Marketing, Ludwigshafen.
- Gösche, A.* (1995): Wie suche ich den richtigen Partner?, in: *Gablers Magazin*, S.33-36.
- Gorschlüter, P.* (1998): Das Krankenhaus der Zukunft, Münster.
- Grabka, M.M.; Schreyögg, J.; Busse, R.* (2005): Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse, Diskussionspapier Nr.506, DIW Berlin.
- Graf, V.* (1996): Ein Klinikum im Reformprozeß: Erfahrungen mit TQM am Klinikum Ludwigshafen, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.6, S.536-542.
- Graupner, H.; Reim, M.* (2003): Regierung treibt Gesundheitsreform voran, in: *Süddeutsche Zeitung*, 7. Februar 2003, S.19.
- Greulich, A.; Berchtold, P.; Löffel, N.* (2000): Disease Management – Patient und Prozess im Mittelpunkt, Heidelberg.
- Grimshaw, J.M. ; Russell, I.T.* (1993): Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations, *Lancet*, S.1317-1322.
- Gronemann, J.* (1988): Die Kooperation zwischen Krankenhäusern, Stuttgart.
- Grossklaus, P.* (1994): Thema Kundenbindung: Die neue Nähe zum Kunden, in: *Markenartikel*, Nr.4, S.156-158.
- Grüniger, S.* (2001): Vertrauensmanagement – Kooperation, Moral und Governance, Marburg.
- Günster, C.* (2001): Ausreißerregelungen in DRG-Systemen, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2000*, Stuttgart, S.141-158.
- Günster, C.* (2002): Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), <http://www.wido.de/Krankenhaus/drg/DRGAdaption/AR-DR-DRG.pdf> (abgerufen: 14. Februar 2002,)
- Günster, C.; Klauber, J.; Schellschmidt, H.* (2000): Zur Implementierung eines AP-DRG basierten Entgeltsystems in Deutschland – Regelungsbedarf und erste empirische Hinweise für die Ge-

- wichtskalkulation, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999, Stuttgart, S.245-269.
- Günter, B.* (1998): Beschwerdemanagement, in: *Simon, H.; Homburg, C.* (Hrsg.): Kundenzufriedenheit, Wiesbaden, 1998, S.283-300.
- Güssow, J.; Hildebrandt, H.* (2004): Die Integrierte Versorgung nach In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, in: *Beck, M.; Goldschmidt, J.W.; Greulich, A.; Kalbitzer, M.; Schmid, R.; Thiele, G.* (Hrsg.): Management Handbuch DRGs, Heidelberg, C 3510, S.1-34.
- Häussler, B.; Glaeske, G.; Gothe, H.* (2001): Disease Management in der GKV – Konzept für die Durchführung, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, Nr.9-10, S.30-34.
- Häussler, B.; Glaeske, G.; Gothe, H.* (2002): Durchführbare Konzepte erforderlich, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juli 2002)
- Hajen, L.; Paetow, H. Schumacher, H.* (2000): Gesundheitsökonomie – Strukturen, Methoden, Praxisbeispiele, Stuttgart u.a..
- Hamel, G.; Doz, Y.L.; Prahalad, C.K.* (1989): Mit Marktrivalen zusammenarbeiten – und dabei gewinnen, in: *Harvard Manager*, Nr.3, S.87-94.
- Hamm, M.* (2002): Kooperationen von Krankenhäusern mit Lieferanten, Wiesbaden.
- Hammes, W.* (1994): Strategische Allianzen als Instrument der strategischen Unternehmensführung, Wiesbaden.
- Hammes, W.* (1995): Der Zusammenhang zwischen strategischen Allianzen und Industriestrukturen, in: *Schertler, W.* (Hrsg.): Management von Unternehmenskooperationen, Wien, S. 55-114.
- Hansen, L.* (2002): Konkrete Vorlagen für Disease-Management-Rahmenverträge für Diabetes, Hypertonie und Asthma, <http://www.kbv.de/themen/2398.htm> (abgerufen: 4. August 2002).
- Harms, V.* (1973): Interessenlagen und Interessenkonflikte bei der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit, Würzburg u.a..
- Hartwig, R.* (2000): Spielräume nutzen! Stellung der Krankenhäuser in der Integrierten Versorgung, in: *Krankenhaus Umschau*, Sonderheft, Nr.12, S.27-29.
- Haubrock, M.* (1994): Konzentration und Wettbewerbspolitik, Frankfurt am Main.
- Hauschild, J.* (1998): Kooperation von Unternehmen zur Durchsetzung von Innovationen – Forschungsprozeß und –ergebnisse im Fadenkreuz wissenschaftstheoretischer Erwägungen, in: *Gerum, E.* (Hrsg.): Innovation in der Betriebswirtschaftslehre: Tagung der Kommission Wissenschaftstheorie, Wiesbaden, S.1-21.
- Heck, A.* (1999): Strategische Allianzen, Berlin u.a..

-
- Heeck, C.* (1999): Kultur im Krankenhaus - Das Krankenhaus als Lebensraum, in: *Braun, G.E.* (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Stuttgart, S.503-522.
- Heinen, E.* (1991): Industriebetriebslehre als entscheidungsorientierte Unternehmensführung, in: *Heinen, E.* (Hrsg.): Industriebetriebslehre – Entscheidungen im Industriebetrieb, Wiesbaden, S.1-71.
- Hellbrück, R.P.* (1997): Qualität und Ausgaben in der medizinischen Versorgung, in: Volkswirtschaftliche Schriften, Nr.473, Berlin.
- Helou, A.; Schwartz, F.W.* (2000): Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker, in: *Arnold, M.; Litsch, M., Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999, Stuttgart, S.133-161.
- Henke, K.-D.* (1985): Gesundheitsausgaben in der Bundesrepublik Deutschland: Ein hoher Preis für die Gesundheitsversorgung?, in: *von Ferber, C.; Reinhardt, U.E.; Schaefer, H.; Thiemeyer, T.* (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München, S.477-493.
- Henke, K.-D.; Hesse, M.* (1999): Gesundheitswesen, in: *Korff, W. et al.* (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Band 4, Gütersloh, S.249-289.
- Henke, K.-D.; Schulenburg, J.-M. von der* (1998): Integrierte medizinische Versorgung: Ziele und Aktionsradius, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.10, S. A 525 – 528.
- Henke, R.* (1999): Keine Netze ohne Kliniken, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.2, S.98-102.
- Hentschel, B.* (1991): Beziehungsmarketing, WISU, Nr.1, S.25-28.
- Herder-Dorneich, P.* (1983): Gesetzliche Krankenversicherung heute, Köln.
- Hergert, M.; Morris, D.* (1988): Trends in International Collaborative Agreements, in: *Contractor, F.; Lorange, P.* (Hrsg.): Cooperative Strategies in International Business, Lexington MA/Toronto, S.99-109.
- Hermanns, P.M.* (2002): Die Zielgruppenanalyse, in: *Hermanns, P.M.; Hanisch, L.* (Hrsg.): Krankenhaus-Marketing im stationären und ambulanten Bereich, Köln, S. 115-150.
- Hermanns, P.M.; Kunz, A.R.* (2002): Marketing im Krankenhaus, *Hermanns, P.M.; Hanisch, L.* (Hrsg.): Krankenhaus-Marketing im stationären und ambulanten Bereich, Köln, S. 1-36.
- Hildebrandt, H., Hesselmann, H., Martini, O., Rippmann, K., Seipel, P.* (2000): Integrierte Versorgung – bald die Regel?, in: Krankenhaus Umschau, Nr.1, S.25-32.
- Hildebrandt, H.; Wauch, J.* (1998): Integriertes Versorgungsnetzwerk statt verschiedene Welten, in: Krankenhaus Umschau Special, Nr.12, S.1-4.

- Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH* (2003): Kommentierte Synopse zu Artikeln in Verbindung mit der Integrierten Versorgung (§ 140a-h SGB V) im Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 4. Sept. 2003, <http://www.gesundheitsconsult.de/synopse.pdf> (abgerufen: 8.1.2006).
- Hilke, W.* (1989): Dienstleistungsmarketing, Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden.
- Hill, W.C.* (1968), Die unternehmenspolitische Zielordnung, in: VDI-Nachrichten, Nr.7.
- Hillmann, K.-H.* (1994): Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart.
- Hinterhuber, H.H.* (1980), Strategische Unternehmensführung, Berlin u.a..
- Hof, B.* (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.), Köln.
- Hofer, C.W.; Schendel, D.* (1978): Strategy Formulation: Analysis Concepts, St. Paul.
- Hoffmann, E.-O.* (2000): Fallpauschalen nach dem DRG-System, in: Arbeit und Sozialpolitik, Nr.1-2, S.10-19.
- Hoffmann, W.* (1998): Kurieren statt pfuschen, in: Die Zeit, Nr.37, 3. September 1998, S.28.
- Holler, M.J.; Illing, G.* (2003): Einführung in die Spieltheorie, Berlin, Heidelberg, New York.
- Homburg, C.; Giering, A.; Hentschel, F.* (1998): Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, in: *Bruhn, M.; Homburg, C.* (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement, 1.Auflage, Wiesbaden, S.81-112.
- Homburg, C.; Faßnacht, M.* (2001): Kundennähe, Kundenzufriedenheit und Kundenbindung bei Dienstleistungsunternehmen, in: *Bruhn, M.; Meffert, H.* (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden, S.442-463.
- Homburg, C.; Bruhn, M.* (2003): Kundenbindungsmanagement – eine Einführung, in: *Bruhn, M.; Homburg, C.* (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement, Wiesbaden, S.3-37.
- Hoppe, J.-D.* (2002): Vom Symptom zur Diagnose, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.48, S. C2536-2537.
- Ihrig, F.* (1991): Strategische Allianzen, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Nr.1, S.29-31.
- Isringhaus, W.; Kroel, M.; Wendland, H.* (2004): Medizinisches Versorgungszentrum – MVZ-Beratungshandbuch, Erfstadt.
- iv-Report 2001* (2001): Versorgungsformen im Vergleich, <http://130.149.135.109/mc/wc.dll?McProcess~FrameReq> (abgerufen: 05.04.2005).

-
- Jacobs, K.; Schröder, W.F.* (2003): Wettbewerb als Motor der Integration?, *Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhausreport 2002, Stuttgart, New York, S.103-112.
- Jankowski, M.; Zimmermann, A.* (2004): Versicherungspflichtige Leistungen in einer bligatorischen Krankenversicherung, Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 1/2004 (im Internet abrufbar: <http://www.uni-koeln.de/wiso-fak/eehoff/pub/Leistungskatalog.pdf>).
- Janßen, H.J.* (2000): Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen, in: *Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N.* (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat, Berlin, S. 201-215.
- Jarillo, J.C.* (1988): On Strategic Networks, in: Strategic Management Journal, Nr.1, S.31-41.
- Jeniche, R.* (2003): Praxisnetze, Verbundprojekt "Hochschulen für Gesundheit".
- Johannsen, U.* (1971), Das Marken- und Firmen-Image, Berlin.
- Kaluza, B.; Blecker, T.* (1999): Dynamische Produktdifferenzierungsstrategie und Produktionsnetzwerke, in: *Nagel, K.; Erben, R.F.; Piller, F.T.* (Hrsg.): Produktionswirtschaft 2000. Perspektiven für die Fabrik der Zukunft, Wiesbaden, S.261-280.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein* (2004): Seit Einführung der Praxisgebühr sanken die Fallzahlen um 10 Prozent, http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/04_05/fallzahl.html (abgerufen: 28.2.2005).
- Kassenärztliche Vereinigung Pfalz* (ohne Datum): Neue Vertrags- und Versorgungsformen im Überblick, <http://www.kv-pfalz.de/pub/start-kv-pfalz.pdf> (abgerufen: 23.3.2005).
- Kaufmann, F.; Kokalij, L.; May-Strobl, E.* (1990): EG-Binnenmarkt - die grenzüberschreitende Kooperation mittelständischer Unternehmen, Stuttgart.
- Kaufmann, F.* (1993): Internationale Kooperationen als Strategie zur Sicherung der Unternehmenskontinuität des Mittelstandes, in: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, Nr.3, S.278-287.
- KEK* (2003): Sicherung der Meinungsvielfalt in Zeiten des Umbruchs, Bericht der KEK über die Entwicklung der Konzentration und über Maßnahmen zur Sicherung der Meinungsvielfalt im privaten Rundfunk, Potsdam 2003, <http://www.kek-online.de/kek/information/publikation/mk-bericht/index2.html> (abgerufen: 5.1.2006).
- Kirsch, W.* (1994): Die Handhabung von Entscheidungsproblemen, München.
- Kirsch, W.; Trux, W.* (1982): Vom Marketing zum strategischen Management, in: *Schöttle, K.M.* (Hrsg.): Jahrbuch des Marketing, Essen S.58-77.
- Klawonn, B.* (2004): Medizinische Versorgungszentren – Konkurrenz oder Chance für Vertragsärzte, http://www.kv-thueringen.de/site/arz/neueVF/MVZ/MVZ_klawonn_kaev.pdf (abgerufen: 09.08.2005).

- Klein, M.* (1988): *Diagnosis Related Groups – das diagnosebezogene Abrechnungsmodell für stationäre Leistungen*, Landsberg, München.
- Kleinaltenkamp, M.* (1998): *Begriffsabgrenzungen und Erscheinungsformen von Dienstleistungen*; in: *Bruhn, M.; Meffert, H.* (Hrsg.): *Handbuch Dienstleistungsmanagement. Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung*, Wiesbaden, S.31-52.
- Kleinaltenkamp, M.; Wolters, H.* (1997): *Die Gestaltung von Systempartnerschaften zwischen Automobilherstellern und ihren Zulieferern – eine spieltheoretische Analyse*, in: *Schreyögg, G.; Sydow, J.* (Hrsg.): *Managementforschung 7*, Berlin, New York, S.45-78.
- Klinik Rotes Kreuz Frankfurt Main* (2005): *KTQ-Qualitätsbericht*, http://www.ktq.de/ktq_qualitaetsberichte/ktq_images/qbericht_224.pdf (abgerufen: 03.04.2005).
- Klitzsch, W.* (2000): *Krankenhäuser: Diagnosebezogene Fallpauschalen: Chancen und Risiken*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.42, S. A 2746.
- Knappe, E.* (1995): *Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor*, in: *Oberender, P.* (Hrsg.): *Transplantationsmedizin: Ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte*, Baden-Baden, S.11.41.
- Knappe, E.; Rachold, U.* (1997): *Demographischer Wandel und Gesetzliche Krankenversicherung*, in: *Knappe, E; Winkler, A.* (Hrsg.): *Sozialstaat im Umbruch*, Frankfurt, S.91-118.
- Knoblich, H.* (1969): *Zwischenbetriebliche Kooperation*, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, S. 497-514.
- Koch, H.; Brenner, G.* (2005): *Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt*, Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung, <http://www.zi-berlin.de/news/downloads/Rueckgang-wg-Praxisgebuehr.pdf> (abgerufen: 8.1.2006).
- Köhler, A.* (2003): *Mehr Klarheit an den „Schnittstellen“*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.37, S.A23382340.
- Körver, I.* (2002): *Eine unglaublich erfolgreiche Zusammenarbeit*, Interview mit Dr. Rolf Hoberg und Dr. Leonhard Hansen, <http://www.kbv.de/themen/3058.htm> (abgerufen: 31. Juli 2002).
- Kogut, B.* (1988): *Joint Ventures. Theoretical and empirical perspectives*, in: *Strategic Management Journal*, Nr.9, S.319-332.
- Kolb, T.* (2000): *Verzahnung und Integration im Gesundheitswesen*, in: *Das Krankenhaus*, NR.2, S.105-107.
- Kommission Krankenhausfinanzierung* (1987): *Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Kran-*

-
- kenhausversorgung. Teil I. Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen.
- Koop, V.* (2005): Gesundheit zwischen Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit. Sollen Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet werden?, in: Das Parlament, Nr.28-29, <http://www.das-parlament.de/2005/28-29/Kulissen/002.html> (abgerufen: 21.01.2006).
- Koring, H.-D.* (2002): Umverteilung in Risikostrukturausgleich, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juli 2002).
- Korte, C.* (1995): Customer Satisfaction Measurement, Frankfurt am Main u.a..
- Korzilius, H.* (1997): Verzahnung ambulant/stationär: Ärztliche Kooperation ist gefordert, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.20, S. A 1324.
- Kossow, K.-D.; Mehl, E.* (2002), Hausarztorientierte Struktur etablieren, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juni 2002).
- Kotler, P.; Bliemel, F.W.* (1995): Marketing-Management: Analyse, Planung , Umsetzung und Steuerung, Stuttgart.
- Krämer, W.* (1982): Wer leben will, muss zahlen. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre möglichen Auswirkungen, Düsseldorf.
- Kraus, W.* (2002): Erfahrungen mit einem Diabetes-Projekt, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juni 2002).
- Kreikebaum, H.* (1993): Strategische Unternehmensführung, Stuttgart u.a..
- Kremlicka, R.* (1980): Zwischenbetriebliche Kooperation kleiner und mittlerer Erzeugungsbetriebe, Wien.
- Krieg, W.* (1985): Management und Unternehmensentwicklung - Bausteine eines Integrierten Ansatzes, in: *Probst, G.J.B.; Siegwart, H.* (Hrsg.): Integriertes Management, Berlin u.a., S.261-277.
- Kroeber-Riel, W.; Weinberg, P.* (1996): Konsumentenverhalten, München.
- Krüger, A.* (2003): Ambulante Versorgung funktioniert nicht ohne den Vertragsarzt, Ärzte Zeitung, 7.8.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Krüger, A.* (2004): Klinik oder Praxis? Der Markt muss entscheiden!, in: Ärzte Zeitung 14.10.2004, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Kühn, H.* (1995): Zwanzig Jahre „Kostenexplosion“: Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: *Abhalz, H.-H.; Borger, D.; Kühn, H.; Rosenbrock, R.; Schagen, U.* (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 24 „Frauen Gesundheit“, Hamburg, S.145-161.

- Künnemann, U.* (2004): Medizinische Versorgungszentren: Rechtliche Rahmenbedingungen, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.17. S. A-1151-1153.
- Kuderna, M.* (2004): Wer behält bei der Vernetzung noch den Durchblick?, in: Ärzte Zeitung, Nr.60, S.8.
- Kugler, C.; Geraedts, M.* (2000): Behandlung von Schlaganfallpatienten, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schwartz, F.W.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999, Stuttgart, S.39-51.
- Küver, C.; Mühlhauser, I.; Beyer, M.; Gerlach, F.M.* (2005): Patientenschulungen – Anforderungen, Wirksamkeit, Umsetzung, in: *Tophoven, C.; Sell, S.* (Hrsg.): Disease-Management-Programme, Köln, S. 142-156.
- Kuhlmann, J.-M.* (1999): Kooperation von Krankenhäusern und vertragsärztlichen Praxen im Rahmen der Integrationsversorgung nach der GKV-Gesundheitsreform 2000, in: Das Krankenhaus, Nr.8, S.496-500.
- Kuhlmann, J.-M.* (2000a): Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten beim Abschluss von Integrationsversorgungsverträgen, in: Krankenhaus und Recht, Nr.6, S.171-178.
- Kuhlmann, J.-M.* (2000b), Ein Gesetz mit Lücken, in: Krankenhaus Umschau, Sonderheft, Nr.12, S.12-14.
- Kuhlmann, J.-M.* (2004): Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG, in: Das Krankenhaus, Nr.1, S. 13-18.
- Kumar, B.* (1975): Joint Ventures, in: WiSt, Nr.6, S.257-263.
- Kupsch, P.* (1980): Unternehmensziele, Stuttgart.
- Kutschker, M.* (1994): Strategische Kooperationen als Mittel der Internationalisierung, in: *Schuster, L.* (Hrsg.): Die Unternehmung im internationalen Wettbewerb, Berlin, s.121-157.
- KVB* (2005): Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Erstinformation – Stand 04.07.2005.
- KVNO* (2005): Häufige Fragen und Antworten zu den Praxisnetzen, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, www.kvno.de/cgi-bin/printVersion.cgi (abgerufen: 30.1.2006).
- Lamping, W.* (1994): Finanzierungsstrukturen, Verteilungskonflikte und politische Gestaltung der GKV, in: *Banke, B.* (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl, Opladen, S.245-290.
- Laschet, H.* (2004): Es war ein Fehler, das deutsche Gesundheitssystem krank zu reden, in: Ärzte Zeitung, Nr.72, S.3.
- Lauterbach, K.W.* (2002a): Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation, Gutachten im Auftrag im

-
- Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V., http://www.vdak.de/dmp/dmp_gutachten.pdf, (abgerufen: 31. August 2002).
- Lauterbach, K.W.; Brunner, H.* (1999): Managed Care in den USA – Konzepte und Bedeutung für Krankenhäuser, in: *Braun, G.E.* (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Stuttgart, S.109-130.
- Lauterbach, K.W., Arnold, M.* (1995): “Managed Care”: eine Lösung der Probleme im Gesundheitswesen Deutschlands?, in: *Das Krankenhaus*, Nr.6, S.254- 259.
- Lauterbach, K.W.; Lüngen, M.* (2000a): Aufbruch in eine neue Vergütungs-Welt, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Nr.11, S.36-40.
- Lauterbach, K.W.; Lüngen, M.* (2000b): Auswirkungen von DRGs auf die Krankenhausfinanzierung, in: *Das Krankenhaus*, Nr.3, S.168-175.
- Lauterbach, K.W.* (2000): Qualitätssicherung in einem DRG-System, Interview mit Karl W. Lauterbach, in: *Das Krankenhaus*, Nr.7, S.522-524.
- Lauterbach, K.W.; Stock, S.* (2001): Nur Prävention und Qualität sichern die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, Nr.11/12, S.12-21.
- Lauterbach, K.W.; Stock, S.* (2001b): Reform des Risikostrukturausgleichs: Disease Management wird aktiviert, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.30, S. C 1548-1550.
- Lauterbach, K.W.; Stock, S.* (2001c): Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel?, Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Lauterbach, K.W.; Stock, S.; Evers, T.* (2001): Einfluss einer Strukturreform und Prävention auf die Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitssystems, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, Nr.3, S.323-336.
- Lauterbach, K.W.* (2002a): Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation, Gutachten im Auftrag im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V., http://www.vdak.de/dmp/dmp_gutachten.pdf, (abgerufen: 31. August 2002).
- Lauterbach, K.W.* (2002b): “Harte Landung” durch das Festpreissystem, aber: “Der Marktmechanismus wird die Qualität der Kliniken steigern”, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.5, S.460-461.
- Leber, W.-D.* (1999): DRG-Fallpauschalen als Kern einer Reform der Krankenhausentgelte, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, Nr.3-4, S.40-46.

- Leber, W.D.* (2004): Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität, in: Krankenhaus Umschau, Nr.5, S.378-380.
- Lebok, U.* (2000): Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenhausverweildauer in Deutschland, in: *Dinkel, R.H.; Huinink, J.; Vaupel, J.W.* (Hrsg.): Rostocker Beiträge zur Demographie, Band 1, Berlin.
- Lehmann, A.* (1998): Dienstleistungsbeziehungen zwischen Kunden und Unternehmen, in: *Bruhn, M.; Meffert, H.* (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden, S.827-842.
- Lehnen, A.* (2004): An den Einweisern kommt keiner vorbei, in: Ärzte Zeitung, 20.7.2004, www.aerztezeitung.de.
- Leiter, J.; Wenzel, G.* (1996): Managed Care in Deutschland: Ansätze für eine Neuorientierung im ambulanten Sektor, in: Facharzt Praxis, 10. Januar 1996, S.31-40.
- Leiter, J.M.E.; Loest, H.; Thielscher, C.* (1997): Managed Care – Ansätze zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: *Knappe, E.* (Hrsg.): Reformstrategie “Managed Care”, Baden-Baden, S.55-77.
- Lewis, J.D.* (1991): Strategische Allianzen, Frankfurt am Main u.a..
- Lorange, P.; Roos, J.* (1992): Stolpersteine beim Management Strategischer Allianzen, in: *Bronder, C.; Pritzl, R.* (Hrsg.): Wegweiser für strategische Allianzen, Frankfurt u.a., S.343-355.
- Lüngen, M.; Lauterbach, K.W.* (2001): Verbessern oder verschlechtern DRG die Versorgungsqualität?, in: Der Chirurg; Nr.10, S.270-273.
- Lüngen, M.; Lauterbach, K.W.* (2002): Führen DRG zur Spezialisierung von Krankenhäusern?, in: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, Nr.7, S.93-95.
- Lüngen, M.; Stock, S.; Lauterbach, K.W.* (2002): Disease-Management-Programme: Chance oder Gefahr für Krankenhäuser?, in: Das Krankenhaus, Nr.2, S.108-112.
- Luhmann, N.* (1973): Vertrauen, Stuttgart.
- März, M.* (2003): Praxisnetze – eine wettbewerbsfähige Angebotsstruktur für niedergelassene Ärzte, in: *Tophoven, C.; Lieschke, L.* (Hrsg.): Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S.1-10.
- Mansky, T.* (1998): Sind DRGs die Alternative zum deutschen Mischsystem?, in: Krankenhaus Umschau, Nr.12, S.916-921.
- Mansky, T.* (2000): Grundlagen der fallorientierten Leistungsbewertung im Krankenhausvergleich, in: *Sieben, G.; Litsch, M.* (Hrsg.): Der Krankenhausbetriebsvergleich, Berlin u.a., S. 149-192.

-
- Matzler, K.; Hinterhuber, H.H.; Handlbauer, G.* (1997a): Erfolgspotential Kundenzufriedenheit I, in: WISU, Nr.7, S.645-650.
- Matzler, K.; Hinterhuber, H.H.; Handlbauer, G.* (1997b): Erfolgspotential Kundenzufriedenheit II, in: WISU, Nr.8-9, S.733-739.
- Maus, J.* (2000): Praxisnetze – „Ärzte wollen zu viel – und das zu schnell ...“, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.21, S. A-1427-1428.
- Maus, J.* (2001): Die Ärzte werden jetzt doch beteiligt, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.46, S. C 2370.
- Maus, J.* (2005): EBM 2000plus: Jetzt wird abgerechnet, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.12, S. A-798.
- Maus, J.* (2005a): Bedarfsplanung: Geregelt wird nur die Verteilung, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.18, S. A-1267.
- May, U.* (2002): Beitragssatzstabilität ohne Rationierung? Volkswirtschaftliche Aspekte eines gesundheitlichen Dilemmas, in: Sozialer Fortschritt, Nr.3, S.54-58.
- Mayer, A.* (1996): Implementierung von Marketing im Krankenhaus, Regensburg.
- MediTrust AG* (2004): Facharzteerhebung 2004: Basisreport „Alle Fachärzte“.
- Meffert, H.* (1995): Dienstleistungsmarketing, in: *Tietz, B.; Köhler, R.; Zentes, J.* (Hrsg.): Handwörterbuch des Marketing, Stuttgart, S.454-469.
- Meffert, H.* (2000): Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Wiesbaden.
- Meffert, H.; Bruhn, M.* (2000): Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden.
- Meffert, H.* (2003): Kundenbindung als Element moderner Wettbewerbsstrategien, in: *Bruhn, M.; Homburg, C.* (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement, Wiesbaden, S.125-145.
- Meinhardt, V.; Schulz, E.* (2003): Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: DIW-Wochenbericht, Nr.7, S.105-109.
- Melchert, O.* (1998): Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.4, S.298-303.
- Mengele, J.* (1994): Horizontale Kooperation als Markteintrittsstrategie im internationalen Marketing, Wiesbaden.
- Merten, M.* (2005): „Vernetzte Einheiten“, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.9, S. C438.
- Meyer, A.; Blümelhuber, C.* (2001): Wettbewerbsorientierte Strategien im Dienstleistungsbereich, in: *Bruhn, M.; Meffert, H.* (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden, S.369-398

- Meyer, D.* (1993): Der Nulltarif im Gesundheitswesen zur Steuerung des medizinisch-technischen Fortschritts, in: *WiSt*, Nr.7, S. 348-352.
- Meyers Enzyklopädisches Lexikon* (1974), Band 12, Mannheim, Wien, Zürich.
- Michel, U.* (1992): Strategische Allianz, *Controlling*, Nr.4, S.228-229.
- Michel, U.* (1994): Kooperation mit Konzept, in: *Controlling*, Nr.1, S.20- 28.
- Morasch, K.* (1994): Strategische Allianzen, Heidelberg.
- Mühlbacher, A.* (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation, Bern u.a..
- Müller, H.A.* (2001): Gesund im Verbund – Integrierte Versorgung als Schlüssel für erfolgreiches Disease Management, in: *Krankenhaus Umschau*, Nr.12, S.1090-1093.
- Müller, K.* (1990): Kooperationen bei Klein- und Mittelbetrieben - Gründe, Formen, Voraussetzungen und Hemmnisse, in: *Pfohl, H.-C.* (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre der Mittel- und Kleinbetriebe, Berlin S.349-374.
- Müller, W.* (1990a): Kundenzufriedenheit ist oberstes Ziel, Teil 1, in: *Gablers Magazin*, Nr.9, S.41-46.
- Müller, W.* (1990b): Kundenzufriedenheit ist oberstes Ziel, Teil 2, in: *Gablers Magazin*, Nr.10, S.58-61.
- Müller, H.; Brückner, K.H.* (1998): Kostenexplosion im Gesundheitswesen – ein nicht ausrottbarer Irrtum?, in: *Ärzte Zeitung*, 30.10.1998, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Müller, W.; Riesenbeck, H.-J.* (1991): Wie aus zufriedenen auch anhängliche Kunden werden, in: *Harvard Manager*, Nr.3, S.67-79.
- Müller de Cornejo, G.* (2002): Koordination der Behandlungsebenen, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juni 2002).
- Müller de Cornejo, G.; Hoyer, J.-M.; Baas, J.-C.* (2002): Disease Management Programme: eine Chance zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.10, Suppl., S. 4-11.
- Münch, E.* (1998): Professionelles qualitäts- und kostenorientiertes Krankenhausmanagement, in: *Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B.* (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart u.a., S. 148-160.
- Mummert Consulting AG* (2004a): Branchenkompass 2004 Gesundheitswesen, Hamburg.
- Mummert Consulting AG* (2004b): Krankenhaus Trend-Berichtsband, Hamburg.

-
- Mutter, C.; Keller, C.; Morar, R.* (2001): Wissen schafft Vertrauen und bindet Kunden, in: *f&w (Führen und wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.6, S.600-603.
- Nachtigäller, C.* (2002): Disease Management Programme – eine Chance für mehr Behandlungsqualität chronisch kranker Menschen, <http://www.kbv.de/themen/2397.htm> (abgerufen: 4. August 2002).
- Neubauer, G.; Nowy, R.* (2000): Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem für operative und konservative Krankenhausleistungen in Deutschland, Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, München, http://www.nEurologie.med.uni-rostock.de/Fors_Diag/Forschung/NEurobiologie/Paltzhalter/DRGS/ifg.pdf (abgerufen: 27. Februar 2002).
- Neubauer, G.* (1997): Gesundheitspolitik gestern, heute und morgen, in: *Winter, U.J.; Sabin, G.V., Rötzscher, V., Hartmann, J.; Radermacher, D.* (Hrsg.): *Modernes Krankenhausmanagement*, Stuttgart, New York, S.2-5.
- Neubauer, G.; Unterhuber, H.* (1987a): Ökonomische Beurteilung der Preisfindung im DRG-Konzept, *Das Krankenhaus*, Nr.3, S.113-118.
- Neubauer, G.; Unterhuber, H.* (1987b): Ökonomische Beurteilung der Preisfindung im DRG-Konzept, *Das Krankenhaus*, Nr.4, 155-159.
- Neubauer, G.* (2000): Professor Neubauer lobt Diagnosis Related Groups als ökonomischen Fortschritt, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.4, S.360.
- Neubauer, G.* (2003): Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: *Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart u.a., S.71-91.
- Neuffer, A.B.* (1996): Disease Management – Definitionen, Konzepte und Umsetzung, in: *Braun, W.; Schaltenbrand, R.* (Hrsg.): *Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management*, Witten, S.52-65.
- Neumann, J. von; Morgenstern, O.* (2004): *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton University Press.
- Neumann, L.F.; Schaper, K.* (1998): *Die Sozialordnung der BRD*, Frankfurt am Main u.a..
- Nierhoff, G.; Lenders, H.* (1998): Netzwerke – in den USA nicht mehr wegzudenken, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.2, S.124-127.
- Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H.* (1994): *Marketing*, Berlin.
- Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H.* (1997): *Marketing*, Berlin.

- Nissen, J.* (2002): Die Vergütung von Krankenhausleistungen in der "Integrierten Versorgung" gemäß §§ 140 a-h SGB V, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (Zö-gU), Nr.1, S.22-39.
- Nissen, J.* (2003): Disease-Management-Programme: Die systematische Strukturierung der medizinischen Versorgung, in: WiSt - Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Nr.7, S.426-428.
- Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR* (2004): Erster Qualitätsbericht Disease-Management-Programme, Düsseldorf.
- o.V.* (1997): Kooperation, in: Gabler Wirtschaftslexikon, Wiesbaden, Bd. 2, S. 2245.
- o.V.* (1998a): „Das ist ein Hammer“, in: Der Spiegel, Nr.20, S.104-120.
- o.V.* (1998b): „Größer, stärker, mächtiger“, in: Der Spiegel, Nr.20, S.118-119.
- o.V.* (2000a): Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nach § 17b KHG, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.4, S.348-349.
- o.V.* (2000b): Wir wollen die Themen Krankenhaus, Datentransparenz und Risikoselektion anpacken, Interview mit Gudrun Schaich-Walch, f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.5, S. 494-495.
- o.V.* (2001): Kooperationen schützen Niedergelassene, in: Ärzte Zeitung, 26. November 2001, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2002a): Kliniken erhalten nur noch Pauschalbeträge, in: Süddeutsche Zeitung, Nr.52, 2./3. März 2002, S.5.
- o.V.* (2002b): Neue Krankenhausvergütung, Kliniken schieben Betten in die Praxen, http://www.medical-tribune.de/GMS/bericht/kliniken_1 (abgerufen: 03. April 2002).
- o.V.* (2002c): Kassen starten Programme für chronisch Kranke, in: Frankfurter Rundschau, 2. Juli 2002, S.1.
- o.V.* (2002d): Stichwort: Disease-Management-Programme, <http://www.bundesaerztekammer.de/25/10Baekground/105/StDMP.html> (abgerufen: 31. Juli 2002)
- o.V.* (2002e): KBV zu Risikostrukturausgleich und Disease-Management, <http://www.kbv.de/1975.htm> (abgerufen: 6. August 2002).
- o.V.* (2003a): Ein Drittel der Klinikaufenthalte ist vermeidbar, in: Ärzte Zeitung, 11. September 2003, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2003b): Eifel-Klinik investiert in Ärztehaus für Niedergelassene, in: Ärzte Zeitung, 1. Oktober 2003, <http://www.aerztezeitung.de>.

-
- o.V.* (2003c): Viele Kliniken können nur mit Kooperationen überleben, in: Ärzte Zeitung, 16. Oktober 2003, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2003d): Konkurrenzdruck vereint Ärzte und Kliniken, in: Ärzte Zeitung, 30. Oktober 2003, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2003e): Kooperation mit Niedergelassenen wird für Kliniken immer wichtiger, in: Ärzte Zeitung, 18. Februar 2003, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2003f): Kliniken suchen Kooperation mit Kassenärzten, in: Ärzte Zeitung, 17. Dezember 2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2003g): Kooperation mit Herstellern – wichtig sind transparente Regeln, in: Ärzte Zeitung, 06.11.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2003h): Kooperation als Rettungsanker?, in: Ärzte Zeitung, 28.08.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2003i): „Stärkere Kooperation bringt bessere Qualität“ – Interview mit der Vorsitzenden der VdAK Doris Pfeiffer, in: Ärzte Zeitung, 17.10.2003. <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2003j): Bis zu 241 Krankenhäuser stehen vor dem Aus, in: Ärzte Zeitung, 12.11.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2003k): Höhere Beiträge eher akzeptiert als weniger Leistung, in: Ärzte Zeitung, 11.09.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2003l): Klinikärzte müssen bald keine Marathon-Dienste mehr schieben, in: Ärzte Zeitung, 10.09.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2004): Ökonom Neubauer fürchtet den Abstieg aus der ersten Bundesliga, in: Ärzte Zeitung, 28. Juli 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004a): Niedergelassene für Kliniker wichtige Partner, in: Ärzte Zeitung, 06.08.2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004b): Einzelpraxen sind für Kliniken als Kooperationspartner wenig attraktiv, in: Ärzte Zeitung, 13. Juli 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004c): Praxis-EDV hilft bei der Auswahl der richtigen Klinik, in: Ärzte-Zeitung, 25. Februar 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004d): Sparen mit Integrationsversorgung? Im Gegenteil!, in: Ärzte Zeitung, 17. Februar 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004e): Integrierte Versorgung ist ein guter Grund für Praxisgründung, in: Ärzte Zeitung, 8. März 2004, <http://www.aerztezeitung.de>

-
- o.V.* (2004f): Ob eine Klinik überlebt, hängt auch von den Empfehlungen ab, in: *Ärzte Zeitung*, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004g): Praxis und Klinik rücken technisch zusammen, in: *Ärzte Zeitung*, 16. Juli 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004h): Suche nach Kooperationen auf regionaler Ebene, in: *Ärzte Zeitung*, 9./10. Januar 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- o.V.* (2004i): Integrierte Versorgung für Orthopädie-Patienten, in: *Ärzte Zeitung*, 29.7.2004, www.aerztezeitung.de
- o.V.* (2005a): KKH verzeichnet starken Rückgang bei Vorsorge, in: *Ärzte Zeitung*, 21. Februar 2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005b): Klinik-Chefs kümmern sich zu wenig um Ärzte-Nachwuchs, in: *Ärzte Zeitung*, 25.02.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005c): Start für erstes Krankenhaus-MVZ in Niedersachsen, in: *Ärzte Zeitung*, 11.03.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005d): „MVZ sind keine Einweisungsmaschinen“, in: *Ärzte Zeitung*, 31.01.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005e): Versorgungszentren kochen durchweg auf kleiner Flamme, in: *Ärzte Zeitung*, 12.07.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005f): Bei MVZ kommen Kliniken ohne Niedergelassene nicht aus, in: *Ärzte Zeitung*, 24.06.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005g): Praxisgebühr senkt Zahl der Arztbesuche, in: *Ärzte Zeitung*, 19.12.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- o.V.* (2005h): Mehr Qualität mit DMP? Bewertung kaum möglich, in: *Ärzte Zeitung*, 16.03.2005, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Oberdieck, V.* (1998): Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? Demographische und medizinisch-technische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg.
- Oberender, P.; Ecker, T.* (1997): “Managed Care” und Wettbewerb im Gesundheitswesen – Voraussetzungen und mögliche Auswirkungen, in: *Knappe, E.* (Hrsg.): Reformstrategie “Managed Care”, Baden-Baden, S.11-29.

-
- Oberender, P.; Ecker, T.* (1998): Gesundheitsökonomie und Managed Care in Deutschland, in: Perspectives of Managed Care, Nr.3/4, S.7-16.
- Oberender, P.; Hacker, J.; Meder, G.* (2001): Krankenhauszentrierte Integrierte Versorgung, in: Krankenhaus Umschau, Nr.7, S.574-577.
- OECD* (2004): OECD health data 2004, CD-Rom mit Programmdateien, Daten und Dienstprogrammen.
- Ohmae, K.* (1989): The Global Logic of Strategic Alliances, in: Harvard Business Review, Nr.2, S.143-154.
- Olbrich, A.* (2004): Der Einfluss von Haftungsunsicherheit auf den Sorgfaltsstandard, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Nr.4, S.567-574.
- Oliver, R.L.* (1980): A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, in: Journal of Marketing Research, Nr.9, S.460-469.
- Ollenschläger, G.; Herholz, H.* (2002): Notwendige Grundvoraussetzungen – Zu Qualität und Qualitätssicherung von DMP, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juli 2002).
- Olson Jr., M.* (1965): The Logic of Collective Action – Public Goods and the Theory of Groups, Cambridge, Ma.
- Orlowski, U.* (1997): Modellvorhaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Betriebskrankenkasse, Nr.3, S.110-115.
- Orlowski, U.* (2000): Integrationsversorgung, in: Die Betriebskrankenkasse, Nr.5, S.191-199.
- Orlowski, U.; Wasem, J.* (2003): Gesundheitsreform 2004, Heidelberg.
- Osterkamp, R.* (2001): Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen, in: ifo Schnelldienst, 29.Mai 2001, S.9-16.
- Paetow, H.* (2002): Ökonomisierung der Gesundheit – Über die Rolle der Gesundheitsökonomie, in: Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft (spw), Nr.125, S.17-21.
- Pausenberger, E.* (1974): Fusion, in: *Grochla, E.; Wittmann, W.* (Hrsg.): Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, Stuttgart, S.1603-1614.
- Pausenberger, E.* (1989): Zur Systematik von Unternehmenszusammenschlüssen, in: Das Wirtschaftsstudium, Nr.11, S.621-626.
- Pekar, P.; Allio, R.* (1994): Making Alliances Work -Guidelines for Success, in: Long Range Planning, Nr.4, S.54-65.

-
- Persily, N.A.* (1984): Promotion, in: *Brody, S.J.; Persily, N.A.* (Hrsg.): *Hospitals and the Aged: The New Old Market*, Rockville, S.111-125.
- Peter, S.I.* (1997): *Kundenbindung als Marketingziel. Identifikation und Analyse zentraler Determinanten*, Wiesbaden.
- Peter, S.I.* (1998): *Kundenbindung als Marketingziel*, in: *Absatzwirtschaft*, Nr.7, S.74-81.
- Pfaff, A.* (2002): Exkurs: Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Beitragssatzentwicklung, in: *Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit* (Hrsg.): *Enquête-Kommission Demographischer Wandel, Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft auf den Einzelnen und die Politik*, Berlin, S.416-420.
- Pföhler, W.* (1999): Wie kann ein Krankenhaus durch den Aufbau neuer Geschäftsfelder und die Nutzung interner Ressourcen zusätzliche Einnahmequellen eröffnen, in: *Das Krankenhaus*, Nr.6, S.348-356.
- Picot, A.* (1982): *Transaktionskostenansatz in der Organisationstheorie*, in: *Die Betriebswirtschaft*, Nr.2, S.267-284.
- Picot, A.* (1986): *Transaktionskosten im Handel*, in: *Der Betriebs-Berater*, Beilage 13 zu Nr.27, S.1-16.
- Picot, A.* (1991): *Ökonomische Theorien der Organisation – Ein Überblick über neuere Ansätze und deren betriebswirtschaftliches Anwendungspotential*, in: *Ordelheide, D.; Rudolph, B.; Büsselmann, E.* (Hrsg.): *Betriebswirtschaftslehre und Ökonomische Theorie*, Stuttgart, S.143-170.
- Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E.* (1999): *Organisation – eine ökonomische Perspektive*, Stuttgart.
- Picot, A.; Schwartz, A.* (1995): *Lean-Management und prozeßorientierte Organisation*, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.6, S.586-591.
- Picot, A.; Schneider, D.; Laub, U.* (1989): *Transaktionskosten und innovative Unternehmensgründung*, in: *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, Nr.5, S.358-387.
- Pieper, U.* (1998): *Wirkungen von Unternehmensakquisitionen auf Forschung und Entwicklung*, Wiesbaden.
- Pindyck, R.S.; Rubinfeld, D.L.* (1998): *Mikroökonomie*, München, Wien.
- Plötner, O.* (1995): *Das Vertrauen des Kunden – Relevanz, Aufbau und Steuerung auf industriellen Märkten*, Wiesbaden.
- Pohlmeier, W.; Ulrich, V.* (1996): *Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Lebenszyklus*, in: *Oberender, P.* (Hrsg.): *Alter und Gesundheit*, Baden-Baden, S.49- 81.
- Pohmer, D.; Bea, F.X.* (1975): *Konzentration*, in: *Grochla, E.; Wittmann, W.* (Hrsg.): *Handwörterbuch der Betriebswirtschaft*, Stuttgart, S.2221-2234.

-
- Porter, M.E.; Fuller, M.B.* (1989): Koalitionen und globale Strategien, in: *Porter, M.E.* (Hrsg.): Globaler Wettbewerb, Wiesbaden, S.363-399.
- Porter, M.E.* (1999): Wettbewerbsstrategie, Frankfurt am Main.
- Porter, M.E.* (2000): Wettbewerbsvorteile, Frankfurt am Main.
- Prinz, J.P.* (2005): Drei Medizinische Versorgungszentren gegründet. Pressemitteilung der HELIOS Kliniken GmbH vom 05. April 2005, http://www.helios-kliniken.de/stellent/websites/get_page.asp?ssDocName=hel_020437&keepNodeId=2696
- Prognos* (1998): Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland, Gutachten für den Verband deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften, Band 9, Frankfurt am Main.
- Pümpin, C.* (1982): Management strategischer Erfolgspositionen, Bern u.a..
- Quelch, J.A.; Buzzel, R.D.; Salama, E.R.* (1992): The marketing challenge of Europe, Reading.
- Rabbata, S.* (2004): Disease-Management-Programme: Nebenwirkungen unklar, Deutsches Ärzteblatt, Nr.43, S. A-2852.
- Rachold, U.* (2000): Neue Versorgungsformen und Managed Care, Stuttgart u.a..
- Radas, C.* (2004): Ambulantes Operieren – Neue Behandlungskonzepte auf dem Prüfstand, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.15, S.A1000-1004.
- Rakowitz, N.* (2004): Die rot-grüne Gesundheitsreform: Modernisierung als Umverteilung, Intervention, in: Zeitschrift für Ökonomie, Nr.1, S.29-36.
- Rapoport, A.; Chammah, A.M.* (1965): Prisoner's dilemma: a study in conflict and cooperation, University of Michigan Press.
- Rasche, H.O.* (1970): Kooperation – Chance und Gewinn, Heidelberg.
- Rathje, E.* (1997): Kooperation: Notwendige Verzahnung und Konzentration im Gesundheitswesen, in: Das Krankenhaus, Nr.4, S.178-182.
- Ratajczak, T.* (1994): Der Belegarzt in der Krankenhausstruktur, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.): Recht der Medizin, Band 1, Köln, S.17-34.
- Raub, W.; Voss, T.* (1986): Die Sozialstruktur der Kooperation rationaler Egoisten – zur „utilitaristischen“ Erklärung sozialer Ordnung, in: Zeitschrift für Soziologie, Nr.5, S.309-323.
- Redaktionsbüro Gesundheit* (o. Datum): Daten und Fakten zu Medizinischen Versorgungszentren, <http://www.die-gesundheitsreform.de/> (abgerufen: 09.08.2005).

- Reibnitz, C. von* (1999): Strategische Planung im Krankenhaus: eine neue Herausforderung für das Management, Stuttgart.
- Reichheld, F.F.; Sasser, U.E.* (1991): Zero-Migration. Dienstleister im Sog der Qualitätsrevolution, in: Harvard Manager, Nr.4, S.108-116.
- Renzewitz, S.* (2000): Eine Revolution wird es nicht, in: Krankenhaus Umschau, Sonderheft, Nr.12, S.8-10.
- Rich, M.W.; Beckham, V.; Wittenberg, C.; Leven, C.L.; Freedland, K.E.; Carney, R.M.A.* (1995): Multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure, The New English Journal of Medicine, 1995, Vol. 333, Nr.18, S.1190-1195.
- Richter, J.W.* (2004): Medizinische Versorgungszentren – Das sollten Sie jetzt wissen!, in: Arzt & Wirtschaft, Nr.5, S. 71.
- Richter-Reichhelm, M.* (2002): Systembruch durch die Hintertür – Verändern die geplanten Disease-Management-Programme die Struktur des Gesundheitswesens?, <http://www.kbv.de/2284.htm> (abgerufen: 30. Juli 2002).
- Riegl, G.F.* (1989): Krankenhaus-Marketing und einweisende Ärzte, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.1, S.22-26.
- Riegl, G.F.* (2004): Es bleibt noch viel zu tun, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.14, S. C737.
- Rieser, S.* (2005): Ambulantes Operieren – Zwei zu eins, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.15, S. A1034.
- Ritzer, U.* (2005): Höchste Arbeitslosigkeit seit Wiedervereinigung, in: Süddeutsche Zeitung, 5./6.1.2005, S.19.
- Rindermann, F.* (2005): Wegweiser – GKV oder PKV?, im Internet abrufbar: <http://www.frf-finanzmakler.de/pdf/WegweiserGKVoderPKV+Stand0105.pdf>
- Rochell, B.; Roeder, N.* (2001): DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa, in: *Arnold, M.; Lisch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart, 2001, S.49-66.
- Rochell, B.; Bunzemeier, H.; Roeder, N.* (2004): Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V – eine Einstiegshilfe (II), in: Das Krankenhaus, Nr.4, S.268-286.
- Rocke, B.* (2002): Zur Theorie und Praxis der Kooperation und Fusion im Krankenhausbereich, in: Das Krankenhaus, Nr.7, S.531-535.
- Roeder, N.; Rochell, B.; Scheid, H.H.* (2000): Das australische System wird Ärzten und Ökonomen am besten gerecht, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.4, S.344-346.

-
- Roeder, N.; Fürstenberg, T.; Heumann, M.* (2004): Analyse der Auswirkung der Festlegung von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen, in: *Das Krankenhaus*, Nr.6, S. 427-436.
- Roeder, N.* (2000): Klinische Behandlungspfade: Erfolgreich durch Standardisierung, in: *f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus)*, Nr.5, S.462-464.
- Roland Berger Strategy Consultants* (2002): Auswirkungen der transsektoral Integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukteindustrie, http://www.bvmed.de/linebreak4/mod/netmedia_pdf/data/langfassung.pdf (abgerufen: 05.04.2005).
- Rotering, C.* (1990): Forschungs- und Entwicklungskooperationen zwischen Unternehmen, Stuttgart.
- Rotering, J.* (1993): Zwischenbetriebliche Kooperation als alternative Organisationsform – ein transaktionskostentheoretischer Erklärungsansatz, Stuttgart.
- Roths, U.; Volkmer, F.; Korthus, A.* (2005): Erbringung und Abrechnung von ambulanten Operationen im Krankenhaus, in: *Das Krankenhaus*, Nr.7 , S.571-578.
- Rüschmann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C.* (2000): Vernetzte Praxen auf dem Weg zu Managed Care?, Berlin.
- Rüter, G.* (2001): Auf der Strecke bleibt die Ethik, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.46, S. C 2379-2381.
- Rüttinger, B.* (1980): Konflikt und Konfliktlösen, München.
- Rupp, M.* (1980): Produkt- und Marktstrategien, Zürich.
- Rupprecht-Däullery, M.* (1994): Zwischenbetriebliche Kooperation – Möglichkeiten und Grenzen durch neue Informations- und Kommunikationstechnologie, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten 1995, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1996): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1996, Band 1, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (2002): Gutachten 2001/2002: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Über-, Unter- und Fehlversorgung“, Baden-Baden.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (SVR 2000): Chancen auf einen höheren Wachstumspfad, Jahresgutachten 2000/ 2001, Stuttgart.
- Sackett, D.L.; Richardson, W.S.; Rosenberg, W.M.C.; Muir Gray, J.A; Haynes, R.B.* (1996): Evidence-Based-Medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal*, Vol. 312, Issue 7023, S.71-72.
- Schäfer, H.* (1994): Strategische Allianzen – Erklärung, Motivation und Erfolgskriterien, in: *Das Wirtschaftsstudium*, Nr.8-9, S.687-692.
- Schalkhäuser, K.* (2001): Krankenhäuser/Belegärzte – Rechtsstatus bleibt erhalten, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.40, S. A 2546.
- Schenk, H.O.* (1971): Vertikale Preisbindung als Form vertikaler Kooperation, in: *Betriebswirtschaftliche Schriften*, Band 51, Berlin.
- Schertler, W.* (1991): *Unternehmensorganisation*, München.
- Schimpl-Neimanns, B.; Müller, J.* (2003): Zur Berechnung des Stichprobenfehlers, http://www.gesis.org/Dauerbeobachtung/Mikrodaten/mikrodaten_tools/Varianz/MZ_Stichprobenfehler.pdf (abgerufen: 15. Mai 2003).
- Schlemm, S.; Scriba, P.C.* (2004): Stationäre Versorgung und ambulante Versorgung – Leistungsberichte als „Patientenwegweiser“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.8, S. C397.
- Schlingensiepen, I.* (2003): Ambulant-stationäre Kooperation ohne Chance? Nicht in Nordrhein, in: *Ärzte Zeitung*, 31.01.2003, www.aerztezeitung.de
- Schlottmann, N.* (2002): Die Anpassung der AR-DRGs und ihre Grenzen, in: *Das Krankenhaus*, Nr.1, S. 26-33.
- Schlottmann, N.; Schellschmidt, H.* (1999): Das Krankenhaus-Entgeltsystem “Diagnosis Related Groups”, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Nr.8, S.36-41.
- Schlüchtermann, J.* (1998): Strategische Positionierung von Krankenhäusern im Spannungsfeld zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen, in: *ZögU*, Nr.4, S.433-450.
- Schmädel, D.* (1981): Sozialpsychologische Faktoren des Inanspruchnahmeverhaltens im Gesundheitswesen, in: *Hauß, F.; Naschold, F.; Rosenbrock, R.* (Hrsg.); *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen*, Forschungsbericht 55 Gesundheitsforschung, Bonn, S.110- 132.
- Schmeinck, W.; Nehls, R; Wald, A.* (1995): Das BKK-Praxisnetz: BKK-Versorgungsmanagement in der KV Berlin, in: *Die Betriebskrankenkasse*, Nr.8-9, S.509-515.

-
- Schmeisser, H.J.* (2004): Medizinische Versorgungszentren sind eine Chance für Ärzte, in: Ärzte Zeitung, 26.02.2004, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Schmid, R.* (2003): Die Integrierte Versorgung verändert die Versorgungsstrukturen, Medizinisch-Technischer-Dienst (MTD), Nr.1, S.31-33 (online abrufbar unter: http://www.mtd.de/Archiv_MTD/archiv_mtd.html).
- Schmidt, I.* (1996): Wettbewerbspolitik und Kartellrecht, Stuttgart.
- Schmidt, M.G.* (1998): Sozialpolitik in Deutschland, Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Opladen.
- Schmiese, W.* (2004): Das Risikogefälle, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 14. November 2004, S.6.
- Schmitt, P.* (2003): Arbeitslosigkeit erreicht neuen Höchststand, in: Süddeutsche Zeitung, 10. Januar 2003, S. 19.
- Schmitt, R.* (1996): Bessere Partnerschaften mit den Zulieferern, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.4, S.337-340.
- Schmitz, H.; Robbers, B.; Roths, U.; Steiner, P.* (2000): Die DRGs werden den Alltag im Krankenhaus verändern, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.1, S.51-53.
- Schmutte, A.M.* (1999): Patientenbefragung im Krankenhaus der barmherzigen Brüder München, Projektbericht, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg.
- Schnack, D.* (2003): Niedergelassene Ärzte stehen für Kliniken und Kassen als Wunsch-Kooperationspartner an der erster Stelle, in: Ärzte Zeitung, 28. August 2003, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/08/28/152a0203.asp?nproductid=2957&narticlei>.
- Schnack, D.* (2004): Integrierte Versorgung? Eine Chance für Patienten, aber keineswegs ein Konzept, um Kosten zu sparen!, in: Ärzte Zeitung, 30. Juni 2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- Schnack, D.* (2004a): Krankenhausmanager wollen in Ausbau der ambulanten Versorgung investieren, in: Ärzte Zeitung, 27.08.2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- Schneider, U.* (2003): Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderung und Perspektiven der Gesundheitssicherung, Diskussionspapier 08-03, Universität Bayreuth.
- Schoeller, A.* (2005): Integrative Versorgung: Selbstläufer braucht Zeit, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.22, S. A-1564.
- Schönbach, K.-H.* (1998): Modernisierung im Wettbewerb, in: Merke, K. (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Finanzierung, Versorgungsstrukturen, Selbstverwaltung. Innovation im Gesundheitswesen, Band 2, Berlin u.a., S.187-201.

- Schönle, W.; Eversmann, B.; Reinsberg, B.* (2002): Entwicklung und Einführung von Disease-Management-Programmen, Mitteilung vom 15.05.2002, <http://www.dvfr.de/pages/dynamic/contentShowBF.aspx?contentID=608>, abgerufen: 27. März 2005.
- Schröder, W.F.; Dudey, S.* (2001): Instrumente zur Sicherstellung der stationären Versorgung nach Einführung von DRGs, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart, S.285-293.
- Schubert, W.; Küting, K.* (1981): Unternehmenszusammenschlüsse, München.
- Schüßler, R.* (1990): Kooperation unter Egoisten: Vier Dilemmata, München.
- Schulenburg, J.-M. von der* (1987): Marktstruktur und Wettbewerb in der ambulanten Versorgung: Die "Ärteschwämme" und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung, in: *Brennecke, R.; Schach, E.* (Hrsg.): Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung, Berlin u.a., S.125-172.
- Schulenburg, J.-M. von der* (1992): Preisbildung im Gesundheitswesen, Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1, Berlin, S.111-134.
- Schulenburg, J.-M. von der* (2002): Kein Wettbewerb ist besser als ein schlechter Wettbewerb, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juni 2002)
- Schulte, G.* (2002): Disease Management – Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker und Wettbewerbsinstrument, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 12. Januar 2003)
- Schulte-Sasse, H. et al.* (2001): Integrierte Versorgung – Bundesschiedsamt soll KV-Beitrittsmöglichkeit prüfen, in: A+S aktuell, Nr.2, S.14-16.
- Schulz-Nieswandt, F.* (2000): § 140 a ff. und DRGs im Krankenhaussektor, in: Sozialer Fortschritt, Nr.5, S.115-118.
- Schwarz, W.* (2002): GKV krankt an schwachen Einnahmen, in: Soziale Sicherheit, Nr.2, S.49-57.
- Schwenker, B.* (2001): Synergie-Effekte nutzen, www.rolandberger.com (abgerufen: 12.04.2005).
- Schwing, C.* (2000): Die Zukunftsstrategie heißt Kooperation, in: Klinik Management Aktuell (kma), Nr.3, S.36-38.
- Seidl, J.* (2003): Die Gap-Analyse, <http://make-it.fh-augsburg.de/lehre/marketing/Gap1>, (abgerufen: 03.02.2003).
- Seitz, R.; König, H.-H.; Stillfried, D. von* (1997): Grundlagen von Managed Care, in: *Arnold, M.; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J.* (Hrsg.): Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart, S. 3-23.

-
- Seitz, R.* (2004): Die deutschen DMP nach GMG und 9. RSAÄndV, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr.7-8, S.11-22.
- Selbmann, H.-K.* (2004): Der Qualitätsbericht ab 2005 – wozu und für wen?, in: Das Krankenhaus, Nr.9, S.712-716.
- Sell, S.* (2000): Einführung eines durchgängig (fall)pauschalierenden Vergütungssystems auf DRG-Basis, in: Sozialer Fortschritt, Nr.5, S.102-115.
- Shaugnessy, J.J.; Zechmeister, E.B.* (1997): Research methods in psychology, New York.
- Shortell, S.* (1997): Die neue Entwicklung von Managed Care: Die Entwicklung organisierter Gesundheitsversorgungssysteme, in: *Arnold, M.; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J.* (Hrsg.): Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart, S. 107-122.
- Siebolds, M.* (2003): Qualitätsmanagement im Praxisnetz – eine pragmatische Einführung, in: *Tophoven, C.; Lieschke, L.* (Hrsg.): Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S.107-129.
- Siefke, A.* (1998): Zufriedenheit mit Dienstleistungen. Ein phasenorientierter Ansatz zur Operationalisierung und Erklärung der Kundenzufriedenheit im Verkehrsbereich auf empirischer Basis, Frankfurt a.M..
- Simoës, E.; Bauer, S.; Jaeckel, R.; Schwoerer, P.; Schmahl, F.W.* (2004): Effekte von Mindestmengenregelungen auf die stationäre Versorgungslandschaft, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, Nr.39, S.410-417.
- Simon, J.K.* (1981): Marketing the Community Hospital: A Tool for the Beleaguered Administrator, in: *Flexner, W.A.; Berkowitz, E.N.; Brown, M.* (Hrsg.): Strategic Planning in Health Care Management, Rockeville u.a., S.55-76.
- Simon, M.* (2000): Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Smigielski, E.* (1998a): Erweiterte Gestaltungsspielräume. Neue Versorgungsformen nach den GKV-Neuordnungsgesetzen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr.2, Februar 1998.
- Smiegelski, E.* (1998b): Managed Care in der Krankenversicherung: Modellvorhaben und Strukturverträge, in: *Merke, K.* (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Finanzierung, Versorgungsstrukturen, Selbstverwaltung. Innovationen im Gesundheitswesen, Band 2, Berlin, S.176-180.
- Smigielski, E.* (2002): Neue Versorgungsstrukturen, Honorierungssysteme und Vertragsbeziehungen, in: *Münsterische Sozialrechtsvereinigung e.V.* (Hrsg.): 7. Münsterische Sozialrechtstagung: Ge-

- setzungliche Krankenversicherung in der Krise – Von der staatlichen Regulierung zur solidarischen Wettbewerbsordnung, Karlsruhe, S.111-121.
- Sölter, A.* (1966): Grundzüge individueller Kooperationspolitik, in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, Nr.3, S.223.
- Späth, M.* (2001): Integrationsversorgung – Gewinner und Verlierer, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.9, S. C 414-416.
- Spiro, T.* (2005): Medizinische Versorgungszentren: Politische Innovation und vertragsärztlicher Alltag, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.23, S. A-1634-1638
- Stalk jr., G.* (1989): Zeit – die entscheidende Waffe im Wettbewerb, in: *Harvard Manager*, Nr.1, S.37-46.
- Statistisches Bundesamt* (1995): *Statistisches Jahrbuch 1995*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt* (2001): *Gesundheitswesen, Fachserie 12 Reihe S. 2, Ausgaben für Gesundheit 1970-1998*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt* (2002): *Statistisches Jahrbuch 2002*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt* (2004): *Statistisches Jahrbuch 2004*, Stuttgart.
- Staudt, E.; Bock, J.; Toberg, M.* (1989): Innovation durch Kooperation – eine Strategie für mittelständische Unternehmen, in: *Internationales Gewerbearchiv*, Nr.3, S.141-149.
- Staudt, E.; Kriegesmann, B.; Behrendt, S.* (1996): Zwischenbetriebliche Kooperationen, in: *Kern, W.; Schröder, H.-H.; Weber, J.* (Hrsg.): *Handwörterbuch der Produktionswirtschaft*, Stuttgart.
- Stauss, B.* (2003): Kundenbindung durch Beschwerdemanagement, in: *Bruhn, M.; Homburg, C.* (Hrsg.): *Handbuch Kundenbindungsmanagement*, Wiesbaden, S.309-336.
- Stillfried, D. von* (1999): Integrierte Versorgungsformen: Fataler Wettlauf um “gute” Risiken, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.38, S. A 2342.
- Stillfried, D. von* (2000): Integrationsversorgung – Innovationspotential und Risiken, in: *Sozialer Fortschritt*, Nr.8-9, S.175-185.
- Stillfried, D. von* (2001): Leistungsvergütung in der Integrierten Versorgung als Sonderfall des Grundsatzes “Geld folgt Leistung”, in: *Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2000*, S.295-315.
- Stillfried, D. von* (2002a): Unter absurden Zeitdruck, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr.11, S. C 525-526.
- Stillfried, D. von* (2002b): Disease Management ist Konfliktstoff, <http://www.kbv.de/1547.htm> (abgerufen: 4. August 2002).

-
- Stölzle, W.* (1999): *Industrial Relationship*, München u.a..
- Stoschek, J.* (2003): wer Integrationsversorgung will, muss Vergütungsformen anpassen, in: *Ärzte Zeitung*, 08.07.2003, <http://www.aerztezeitung.de>.
- Stoschek, J.* (2004): Mit verbesserter Patientenaufnahme könnten Kliniken viel Geld sparen, in: *Ärzte Zeitung*, Nr.42, S.3.
- Stoschek, J.* (2004a): Medizinische Versorgungszentren – Die Konkurrenz sitzt in den Startlöchern, in: *Arzt & Wirtschaft*, Nr.12, S.52-53.
- Straub, C.* (2002): Finanzspritzen für Disease-Management-Programme aus dem RSA?, <http://www.gid-online.com/forum/> (abgerufen: 14. Juni 2002)
- Straube, M.* (1972): *Zwischenbetriebliche Kooperation*, Wiesbaden.
- Strehlau-Schwoll, H.; Schmolling, K.E.* (1999): Integrierte Versorgung nach der GKV-Gesundheitsreform 2000, in: *Das Krankenhaus*, Nr.9, S.563-568.
- Strehlau-Schwoll, H.* (2002): Unternehmenspolitische Konsequenzen bei der Einführung der DRGS, in: *Das Krankenhaus*, Nr.12, S.997-999.
- Strodtholz, P.* (2005). Integrierte Versorgung, http://www.ph-portal.info/PHPortal/content/e4/e10/e256/e1170/index_ger.html (abgerufen. 30.1.2006).
- Stuppardt, R.* (1996): Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen in Kombination mit Elementen der staatlichen und verbandlichen Globalsteuerung, in: *Behrens, J.; Braun, B.; Morone, J.* (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs*, Baden-Baden, S. 231-244.
- Szathmary, B.* (1999): *Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen*, Neuwied.
- Szyperski, N.; Winand, U.* (1974): *Entscheidungstheorie*, Stuttgart.
- Sydow, J.* (1993): *Strategische Netzwerke*, Wiesbaden.
- Tacke, J.; Lauterbach, K.W.* (1997): Disease Management - Ein Überblick, in: *Arnold, M.; Paffrath, D.* (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 1997*, Stuttgart, S.157-164
- Taucher, G.* (1988): Der dornige Weg strategischer Allianzen, in: *Harvard Manager*, Nr.3, S.86-91.
- Tausch, J.G.* (1997): Die Auswirkungen der neuen Entgeltformen auf die Organisation des Krankenhauses, in: *Winter, U.J.; Sabin, G.V., Rötzscher, V., Hartmann, J.; Radermacher, D.* (Hrsg.): *Modernes Krankenhausmanagement*, Stuttgart, New York, S.10-14.

- Techniker Krankenkasse* (2005): Auf einen Blick. GMG-Umsetzungsstand Anfang 2005, in: TK spezial Brandenburg, Nr.1, S.23-27.
- Thelen, E.M.* (1993): Die zwischenbetriebliche Kooperation – Ein Weg zur Internationalisierung von Klein- und Mittelbetrieben, Frankfurt am Main u.a..
- Tiede, M.* (1996): Repräsentativität, Diskussionspapier der Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr Universität, Bochum.
- Thiele, M.* (1994): Neue Institutionenökonomik, in: Das Wirtschaftsstudium, Nr.12, S.993-998.
- Thiemann, H.; Voss, H.* (1998): Clinical Pathways: Hilfsmittel für ressourcenschonendes Handeln in der Medizin, in: *Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B.* (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart u.a., S.175-186
- Töns, H.* (1977): Die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Versorgung, Bonn.
- Töpfer, A.* (1990): Forschungsk Kooperationen mit kleinen und mittleren Unternehmen, in: *Schuster, H.J.* (Hrsg.): Handbuch des Wissenschaftstransfers, Berlin u.a., S.251-261
- Töpfer, A.* (1992): Strategische Marketing- und Vertriebsallianzen, in: *Bronder, C.; Pritzl, R.* (Hrsg.): Wegweiser für strategische Allianzen, Frankfurt am Main, S.171-208.
- Tröndle, D.* (1987): Kooperationsmanagement, Bergisch Gladbach u.a..
- Trommsdorff, V.* (1992): Multivariate Imageforschung und strategische Marketingplanung, in: *Hermanns, A.; Flegel, V.* (Hrsg.): Handbuch des Electronic Marketing, München, S.322-337.
- Tscheulin, D.K.; Häberlein, U.* (1997): Einflussfaktoren des Images von Krankenhäusern, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU), Nr.4, S.477-487.
- Ulrich, V.* (1998): Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000, Diskussionspapier 1/98, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- van de Ven, W.P.M.M.* (2001): Plädoyer für risikogerechte Kopfpauschalen, in: Managed Care (Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management), Nr.1, S.9-11.
- Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.* (2004): Wettbewerb im Gesundheitswesen, http://www.vfa.de/de/politik/positionen/wettbewerb_gesundheitssystem.html
- Vernohr, B.* (1996): Kundenbindungsmanagement als strategisches Unternehmensziel, in: Versicherungswirtschaft, Nr.6, S.365-368.
- Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V „Brustkrebs“ zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der KGMV und der KV MV* (2004), Anlage 1, http://www.kgmV.de/download/DMP_Mamma_Vorausstrukturqualitaet.pdf, abgerufen: 28. März 2005.

-
- Viering, J.* (2005): Zahl der Arbeitslosen steigt geringer als üblich, in: *Süddeutsche Zeitung*, 4.1.2006, S.19.
- Vogt, J.* (1997): *Vertrauen und Kontrolle in Transaktionen*, Wiesbaden.
- Voigt, J.* (1990): Synergieeffekte – Wo sie entstehen, wie sie zu bewerten sind, in: *Gablers Magazin*, Nr.3, S.24-26.
- Voigt, S.* (1993): Strategische Allianzen, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, Nr.5, S.246-249.
- Vosteen, K.H.* (1997): Leitlinien in der Chirurgie aus Sicht der AWMF, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie, Kongressband*, Nr.403, S.57-60.
- Wacker, A.* (2003): Grundgesamtheit, Repräsentativität und Stichprobe, <http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/forschungsmethoden/texte/Grundgesamtheit.pdf>, (abgerufen: 15. Mai 2003).
- Wagener A.* (1997): Der niedergelassene Arzt im Krankenhaus, in: *Das Krankenhaus*, Nr.4, S.171-177.
- Warburg & CO* (2003): *Krankenhäuser in der Finanzierungskrise*, Hamburg (im Internet abrufbar unter:
<http://www.mmwarburg.com/web/investmentbanking/relationshipmanagement/Healthcare,view=render.html>).
- Wasem, J.* (1997): Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung, in: *Arnold, M.; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J.* (Hrsg.): *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart u.a., S.75-92.
- Wasem, J.; Buchner, F.* (2000): Zur Berücksichtigung von Morbidität in den Vergütungen von Managed-Care-Organisationen in den USA – Erfahrungen für die Vergütung der Integrierten Versorgung in Deutschland, in: *Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement*, Nr.5, S.89-97.
- Wasem, J.; Vincenti, A.* (2001): Strukturbezogene Zuschlagselemente in einem kompletten Fallpauschalensystem, in: *Arnold, M.; Lisch, M.; Schellschmidt, H.* (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2000*, Stuttgart, S.137-140.
- Wasem, J.* (2003): Wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung,
http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/reformkonzepte/dkg-konzept/Gutachten-Prof-Wasem.pdf, (abgerufen: 01. Dezember 2004).
- Weder, R.* (1989): *Joint Venture*, Grösch.
- Weiser, H.F.* (2004): Aus Sicht der leitenden Krankenhausärzte. Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, in: *Arzt und Krankenhaus*, Nr.1, S.18-20.

- Wendland, H.* (2004): Medizinisches Versorgungszentrum – Ein neuer Leistungserbringer. Die einkommensteuerlichen Rahmenbedingungen, <http://www.mvzberater.de/aspekte-mvz-steuer.asp> (abgerufen: 09.08.2005).
- Wessel, C.; Spreckelsen, C.; Ißler, L.; Karakas, G.; Möller, W.; Palm, S.; Weymann, F.; Spitzer, K.* (2004): Die Qualitätsberichte der deutschen Krankenhäuser im Internet ab 2005 – Erstellung mit Hilfe des objektorientierten Metamodells für Krankenhäuser MINERVA, www.egms.de/de/meetings/gmds2004/04gmds051.shtml (abgerufen: 13.04.2005)
- Wilke, M.* (2002): DRG & Clinical Pathways, http://www.3m-drg.de/html/veranstaltungen/veranstaltungen_referate.html (abgerufen: 25.5.2003).
- Wille, E.* (1998): Notwendigkeit und Chancen neuer Strukturen im Gesundheitswesen, in: *Perspectives on Managed Care*, Nr.1, S.7-12.
- Wille, E.; Ulrich, V.* (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Brümmerhoff, D.; Henke, K.D.; Ulrich, V.; Wille, E.* (Hrsg.): *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II*, Band 194/II, Berlin, S.10-115.
- Williamson, O.E.* (1985): *The economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting*, New York.
- Williamson, O.E.* (1990): *Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus*, Tübingen.
- Wimmer, F.; Roleff, R.* (2001): Beschwerdepolitik als Instrument des Dienstleistungsmanagements, in: *Bruhn, M.; Meffert, H.* (Hrsg.): *Handbuch Dienstleistungsmanagement*, Wiesbaden, S.315-336.
- Windsperger, J.* (1983): Transaktionskosten in der Theorie der Firma, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, Nr.3, S.889-903.
- Windthorst, K.* (2002): *Die Integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gefahr oder Chance für die Gesundheitsversorgung?*, Baden-Baden.
- Wöhe, G.* (2000): *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre*, München.
- Woodruff, R.; Cadotte, E.; Jenkins, R.* (1987): Modeling the Consumer Satisfaction Process Using Experience-Based Norms, in: *Journal of Marketing Research*, Nr.8, S.305-314.
- Wührer, G.A.* (1993): Internationale Allianz- und Kooperationsfähigkeit österreichischer Unternehmen - Beiträge zum Gestaltansatz als Beschreibungs- und Erklärungskonzept, Klagenfurt.
- Wurche, S.* (1994): Vertrauen und ökonomische Rationalität in kooperativen Integrationsbeziehungen, in: *Sydow, J.; Windeler, A.* (Hrsg.): *Management interorganisationaler Beziehungen*, Opladen, S.42-159.
- Yu, J.; Cooper, H.* (1983): A quantitative review of research design effects on response rates to questionnaires, in: *Journal of Marketing Research*, Nr.1, S.36-44.

-
- Zeilberger, U.* (1986): Kooperation im Export, Wien.
- Zelle, B.* (1998): Kooperationen von Krankenhäusern im Bereich der Patientenversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Marktstruktur, Bayreuth.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung* (2005): Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt, <http://www.kbv.de/home/6448.htm#infos> (abgerufen: 28.2.2005)
- Ziegenbein, R.* (2001): Klinisches Prozessmanagement: Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung, Gütersloh.
- Zietemann, F.* (2004): Die Zeichen der Zeit erkannt, in: Klinik Management Aktuell (kma), Nr.7, S.6-7.
- Zink, K.J.; Schubert, H.-J.; Fuchs, A.E.* (1994): Umfassendes Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Zur Übertragbarkeit des TQM-Konzeptes, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Nr.1, S.26-30.
- Zöllner, D.* (1987): Steuerung der Gesundheitsausgaben - Probleme und Optionen, Bonn, S. 1-20.
- Zweifel, P.* (1980): "Supplier-induced Demand" in a Model of Physician Behavior, in: *van der Gaag, J.; Perlman, M.* (Hrsg.): Health, Economics and Health Economics, Amsterdam u.a., 1980.
- Zweifel, P.* (1990): Bevölkerung und Gesundheitswesen: Ein Sisyphus-Syndrom?, in: *Felderer, B.* (Hrsg.): Bevölkerung und Wirtschaft, Berlin, S.373-386.
- Zdrowomyslaw, N.; Dürig, W.* (1997): Gesundheitsökonomie, München u.a..

Anhang A: Statistische Daten

Einrichtung	Häufigkeit	Prozent
Allgemeinkrankenhaus	59	67,8
Fachklinik	28	32,2

Abb. A-1

Trägerschaft	Häufigkeit	Prozent
frei-gemeinnützig	21	24,1
öffentlich-rechtlich	48	55,2
privat	18	20,7

Abb. A-2

Rechtsform	Häufigkeit	Prozent
Eigenbetrieb	25	30,5
GmbH	37	45,1
Regiebetrieb	5	6,1
Zweckverband des öffentlichen Rechts	1	1,2
AG	2	2,24
Stiftung	3	3,7
Körperschaften des öffentlichen Rechts	5	6,1
e.V.	1	1,2
Anstalt des öffentlichen Rechts	2	2,4
Einzelunternehmen	1	1,2

Abb. A-3

Bettenanzahl	Häufigkeit	Prozent
unter 100 betten	18	23,4
100 bis 299 Betten	31	40,3
300 bis 599 Betten	16	20,8
600 bis 999 Betten	7	9,1
über 1.000 Betten	5	6,5

Abb. A-4

Größe	Häufigkeit	Prozent
klein	24	31,2
mittel	34	44,2
groß	19	24,7

Abb. A-5

Erläuterungen:

	<i>Allgemeinkrankenhäuser</i>	<i>Fachkliniken</i>
klein	1 – 250 Betten	1 – 49 Betten
mittel	251 – 600 Betten	50 – 199 Betten
groß	> 600 Betten	> 200 Betten

Anhang B: Kooperationspartner

<u>Krankenhäuser (insgesamt)</u>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	82	59,8%	40,2%
...anderen Krankenhäusern	86	88,4%	11,6%
...Krankenversicherungen	76	25,0%	75,0%
...Lieferanten	76	67,1%	32,9%
...niedergelassenen Ärzten	76	75,9%	24,1%
...Notfalldiensten	77	41,6%	58,4%
...öffentlichen Apotheken	78	30,8%	69,2%
...Praxisnetzen	76	23,7%	76,3%
...sonstigen Einrichtungen	47	36,2%	63,8%

Abb. B-1

<u>Krankenhäuser (insgesamt)</u>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	31	61,3%	38,7%
...anderen Krankenhäusern	9	77,8%	22,2%
...Krankenversicherungen	44	36,4%	63,6%
...Lieferanten	20	25,0%	75,0%
...niedergelassenen Ärzten	19	68,4%	31,6%
...Notfalldiensten	40	35,0%	65,0%
...öffentlichen Apotheken	39	7,7%	92,3%
...Praxisnetzen	46	56,5%	43,5%
...sonstigen Einrichtungen	22	36,4%	63,6%

Abb. B-2**Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):**

<u>Allgemeinkrankenhäuser</u>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	55	63,6%	36,4%
...anderen Krankenhäusern	58	91,4%	8,6%
...Krankenversicherungen	49	18,4%	81,6%
...Lieferanten	48	56,3%	43,8%
...niedergelassenen Ärzten	59	81,4%	18,6%
...Notfalldiensten	51	43,1%	56,9%
...öffentlichen Apotheken	52	21,2%	78,8%
...Praxisnetzen	50	24,0%	76,0%
...sonstigen Einrichtungen	29	37,9%	62,1%

Abb. B-3

<u>Allgemeinkrankenhäuser</u>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	19	68,4%	31,6%
...anderen Krankenhäusern	4	100,0%	
...Krankenversicherungen	29	31,0%	69,9%
...Lieferanten	16	31,3%	68,8%
...niedergelassenen Ärzten	9	77,8%	22,2%
...Notfalldiensten	25	52,0%	48,0%
...öffentlichen Apotheken	30	10,0%	90,0%
...Praxisnetzen	30	63,3%	36,7%
...sonstigen Einrichtungen	12	33,3%	66,7%

Abb. B-4

<u>Fachkliniken</u>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	27	51,9%	48,1%
...anderen Krankenhäusern	28	82,1%	17,9%
...Krankenversicherungen	27	37,0%	63,0%
...Lieferanten	28	85,7%	14,3%
...niedergelassenen Ärzten	28	64,3%	35,7%
...Notfalldiensten	26	38,5%	61,5%
...öffentlichen Apotheken	26	50,0%	50,0%
...Praxisnetzen	26	23,1%	76,9%
...sonstigen Einrichtungen	18	33,3%	66,7%

Abb. B-5

<u>Fachkliniken</u>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	12	50,0%	50,0%
...anderen Krankenhäusern	5	60,0%	40,0%
...Krankenversicherungen	15	46,7%	53,3%
...Lieferanten	4		100,0%
...niedergelassenen Ärzten	10	60,0%	40,0%
...Notfalldiensten	15	6,7%	93,3%
...öffentlichen Apotheken	9		100,0%
...Praxisnetzen	16	43,8%	56,3%
...sonstigen Einrichtungen	10	40,0%	60,0%

Abb. B-6

Trägerschaft:

<i>frei-gemeinnützig</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	19	47,4%	52,6%
...anderen Krankenhäusern	20	75,0%	25,0%
...Krankenversicherungen	19	21,1%	78,9%
...Lieferanten	18	72,2%	27,8%
...niedergelassenen Ärzten	20	70,0%	30,0%
...Notfalldiensten	18	50,0%	50,0%
...öffentlichen Apotheken	19	26,3%	73,7%
...Praxisnetzen	18	33,3%	66,7%
...sonstigen Einrichtungen	14	42,9%	57,1%

Abb. B-7

<i>frei-gemeinnützig</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	10	60,0%	40,0%
...anderen Krankenhäusern	5	60,0%	40,0%
...Krankenversicherungen	12	25,0%	75,0%
...Lieferanten	5	20,0%	80,0%
...niedergelassenen Ärzten	6	50,0%	50,0%
...Notfalldiensten	9	22,2%	77,8%
...öffentlichen Apotheken	8		100,0%
...Praxisnetzen	10	40,0%	60,0%
...sonstigen Einrichtungen	6	16,7%	83,3%

Abb. B-8

<i>öffentlich-rechtlich</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	45	66,7%	33,3%
...anderen Krankenhäusern	48	91,7%	8,3%
...Krankenversicherungen	41	22,0%	78,0%
...Lieferanten	40	57,5%	42,5%
...niedergelassenen Ärzten	49	79,6%	20,4%
...Notfalldiensten	44	40,9%	59,1%
...öffentlichen Apotheken	43	23,3%	76,7%
...Praxisnetzen	42	19,0%	81,0%
...sonstigen Einrichtungen	47	36,2%	63,8%

Abb. B-9

<i>öffentlich rechtlich</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	14	71,4%	28,6%
...anderen Krankenhäusern	3	100,0%	
...Krankenversicherungen	25	36,0%	64,0%
...Lieferanten	13	30,8%	69,2%
...niedergelassenen Ärzten	8	87,5%	12,5%
...Notfalldiensten	23	47,8%	52,2%
...öffentlichen Apotheken	26	11,5%	88,5%
...Praxisnetzen	27	59,3%	40,7%
...sonstigen Einrichtungen	10	50,0	50,0%

Abb. B-10

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	18	55,6%	44,4%
...anderen Krankenhäusern	18	94,4%	5,6%
...Krankenversicherungen	16	37,5%	62,5%
...Lieferanten	18	83,3%	16,7%
...niedergelassenen Ärzten	18	72,2%	27,8%
...Notfalldiensten	15	33,3%	66,7%
...öffentlichen Apotheken	16	56,3%	43,8%
...Praxisnetzen	16	25,0%	75,0%
...sonstigen Einrichtungen	9	11,1%	88,9%

Abb. B-11

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	7	42,9%	57,1%
...anderen Krankenhäusern	1	100,0%	
...Krankenversicherungen	7	57,1%	42,9%
...Lieferanten	2		100,0%
...niedergelassenen Ärzten	5	60,0%	40,0%
...Notfalldiensten	8	12,5%	87,5%
...öffentlichen Apotheken	5		100,0%
...Praxisnetzen	9	66,7%	33,3%
...sonstigen Einrichtungen	6	33,3%	66,7%

Abb. B-12

Größe:

<i><u>klein</u></i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	22	72,7%	27,3%
...anderen Krankenhäusern	24	95,8%	4,2%
...Krankenversicherungen	20	15,0%	85,0%
...Lieferanten	20	55,0%	45,0%
...niedergelassenen Ärzten	24	66,7%	33,3%
...Notfalldiensten	21	23,8%	76,2%
...öffentlichen Apotheken	20	20,0%	80,0%
...Praxisnetzen	20	35,0%	65,0%
...sonstigen Einrichtungen	12	50,0%	50,0%

Abb. B-13

<i><u>klein</u></i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	6	33,3%	66,7%
...anderen Krankenhäusern	1	100,0%	
...Krankenversicherungen	15	46,7%	53,3%
...Lieferanten	8	37,5%	62,5%
...niedergelassenen Ärzten	8	75,0%	25,0%
...Notfalldiensten	16	56,3%	43,8%
...öffentlichen Apotheken	14		100,0%
...Praxisnetzen	12	75,0%	25,0%
...sonstigen Einrichtungen	4		100,0%

Abb. B-14

<i><u>mittel</u></i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	33	54,5%	45,5%
...anderen Krankenhäusern	33	87,9%	12,1%
...Krankenversicherungen	29	31,0%	69,0%
...Lieferanten	28	67,9%	32,1%
...niedergelassenen Ärzten	34	82,4%	17,6%
...Notfalldiensten	30	36,7%	63,3%
...öffentlichen Apotheken	32	40,6%	59,4%
...Praxisnetzen	30	16,7%	83,3%
...sonstigen Einrichtungen	44	34,1	65,9%

Abb. B-15

<i>mittel</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	14	57,1%	42,9%
...anderen Krankenhäusern	4	75,0%	25,0%
...Krankenversicherungen	15	46,7%	53,3%
...Lieferanten	8	25,0%	75,0%
...niedergelassenen Ärzten	5	60,0%	40,0%
...Notfalldiensten	16	18,8%	81,3%
...öffentlichen Apotheken	13		100,0%
...Praxisnetzen	18	50,0%	50,0%
...sonstigen Einrichtungen	13	38,5%	61,5%

Abb. B-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir kooperieren mit...</i>	<i>Nein, wir kooperieren nicht mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	18	55,6%	44,4%
...anderen Krankenhäusern	19	84,2%	15,8%
...Krankenversicherungen	18	22,2%	77,8%
...Lieferanten	19	63,2%	36,8%
...niedergelassenen Ärzten	19	68,4%	31,6%
...Notfalldiensten	18	55,6%	44,4%
...öffentlichen Apotheken	18	16,7%	83,3%
...Praxisnetzen	18	11,1%	88,9%
...sonstigen Einrichtungen	11	63,6%	36,4%

Abb. B-17

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Ja, wir planen Kooperationen mit...</i>	<i>Nein, wir planen keine Kooperationen mit...</i>
...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	7	100,0%	
...anderen Krankenhäusern	2	50,0%	50,0%
...Krankenversicherungen	10	20,0%	80,0%
...Lieferanten	4		100,0%
...niedergelassenen Ärzten	5	80,0%	20,0%
...Notfalldiensten	7	28,6%	71,4%
...öffentlichen Apotheken	9	33,3%	66,7%
...Praxisnetzen	12	50,0%	50,0%
...sonstigen Einrichtungen	4	75,0%	25,0%

Abb. B-18

Anhang C: Bedeutung von Kooperationen

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Krankenhäuser (insgesamt)	82	1,72	2	44,1
Allgemeinkrankenhäuser	57	1,72	1	46,3
Fachkliniken	25	1,72	2	39,4
frei-gemeinnützig	19	1,68	2	34,6
öffentlich-rechtlich	46	1,80	2	46,3
privat	17	1,53	1	46,9
klein	23	1,48	1	40,1
mittel	33	1,85	2	38,5
groß	16	1,88	2	54,5

Abb. C-1

<i>(in Prozent)</i>	<i>sehr hoch</i>	<i>hoch</i>	<i>mittel</i>	<i>gering</i>	<i>sehr gering</i>
Krankenhäuser (insgesamt)	42,7	45,1	11,0		1,2
Allgemeinkrankenhäuser	43,9	43,9	10,5		1,8
Fachkliniken	40,0	48,0	12,0		
frei-gemeinnützig	36,8	57,9	5,3		
öffentlich-rechtlich	39,1	45,7	13,0		2,2
privat	58,8	29,4	11,8		
klein	56,5	39,1	4,3		
mittel	33,3	48,5	18,2		
groß	37,5	50,0	6,3		6,3

Abb. C-2

Anhang D: Ansprechpartner für Kooperationen

	<i>N</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Krankenhäuser (insgesamt)	84	84,5%	15,5%
Allgemeinkrankenhäuser	57	87,7%	12,3%
Fachkliniken	27	77,8%	22,2%
frei-gemeinnützig	18	83,3%	16,7%
öffentlich-rechtlich	48	87,5%	12,5%
privat	18	77,8%	22,2%
klein	24	79,2%	20,8%
mittel	32	87,5%	12,5%
groß	18	83,3%	16,7%

Abb. D-1

	<i>N</i>	<i>1 Ansprechpartner</i>	<i>2 Ansprechpartner</i>	<i>3 Ansprechpartner</i>
Krankenhäuser (insgesamt)	71	70,4%	22,5%	7,0%
Allgemeinkrankenhäuser	50	76,0%	20,0%	4,0%
Fachkliniken	21	57,1%	28,6%	14,3%
frei-gemeinnützig	15	73,3%	13,3%	13,3%
öffentlich-rechtlich	42	66,7%	28,6%	4,8%
privat	14	78,6%	14,3%	7,1%
klein	19	68,4%	15,8%	15,8%
mittel	28	75,0%	21,4%	3,6%
groß	15	66,7%	33,3%	

Abb. D-2

„Wer ist in Ihrem Haus der Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen¹⁰⁴⁹?“

	<i>N</i>
Verwaltungsdirektor	37
Geschäftsführer	30
Ärztlicher Direktor	22
Pflegdirektor	4
Sonstige Ansprechpartner (darunter: Chefärzte, stv. Verwaltungsdirektoren, leitende Oberärzte sowie Prokuristen)	5

Abb. D-3

¹⁰⁴⁹ Auf Grund von Mehrfachnennungen übersteigt die Gesamtzahl der Antworten (98) die Zahl der Krankenhäuser, die angegeben haben, über einen Ansprechpartner für Fragen der kooperativen Zusammenarbeit zu verfügen (71).

Anhang E: Kooperationsmaßnahmen

<i>Krankenhäuser (insgesamt)</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	84	2,63	3	42,1%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	85	1,89	1	44,0%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	84	2,14	1	50,3%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	85	2,51	1	47,1%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	86	2,31	1	50,7%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	86	1,95	1	52,7%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	86	1,86	1	51,0%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	86	2,49	3	44,3%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	86	1,83	1	52,5%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	85	2,67	2	44,2%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	84	2,17	2	46,3%

Abb. E-1

<i>Krankenhäuser (insgesamt; in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	21,4	20,2	33,3	23,8	1,2
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	32,9	51,8	8,2	7,1	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	34,5	32,1	19,0	13,1	1,2
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	27,1	23,5	22,4	25,9	1,2
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	31,4	29,1	18,6	18,6	2,3
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	40,7	36,0	11,6	10,5	1,2
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	43,0	37,2	10,5	9,3	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	22,1	29,1	30,2	15,1	3,5
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	44,2	39,5	7,0	8,1	1,2
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	18,8	31,8	15,3	31,8	2,4
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	27,4	42,9	16,7	11,9	1,2

Abb. E-2

Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):

<u>Allgemeinkrankenhäuser</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	57	2,67	3	42,1%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	59	1,88	2	43,1%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	57	2,02	1	48,2%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	58	2,52	4	45,9%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	59	1,95	1	49,8%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	59	1,69	1	50,6%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	59	1,80	1	50,3%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	59	2,51	3	44,0%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	59	1,76	1	54,1%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	59	2,73	2	41,3%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	58	2,07	2	46,0%

Abb. E-3

<i><u>Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)</u></i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	21,1	19,3	33,3	24,6	1,8
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	33,9	49,2	11,9	5,1	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	36,8	33,3	21,1	8,8	
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	25,9	24,1	22,4	27,6	
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	40,7	32,2	18,6	8,5	
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	49,2	39,0	5,1	6,8	
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	45,8	35,6	11,9	6,8	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	20,3	30,5	32,2	11,9	5,1
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	47,5	39,0	5,1	6,8	1,7
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	15,3	32,2	18,6	32,2	1,7
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	29,3	44,8	17,2	6,9	1,7

Abb. E-4

<i>Fachkliniken</i>	N	Mittelwert	Modalwert	Variations- koeffizient
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	27	2,56		42,4%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	26	1,92	2	46,4%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	27	2,41	1	51,8%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	27	2,48	1	50,5%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	27	3,11	4	38,2%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	27	2,52	2	45,9%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	27	2,00	2	51,9%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	27	2,44	1	45,9%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	27	1,96	2	50,0%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	26	2,54	2	51,3%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	26	2,38	2	46,1%

Abb. E-5

<i>Fachkliniken (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	22,2	22,2	33,3	22,2	
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	30,8	57,7		11,5	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	29,6	29,6	14,8	22,2	3,7
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	29,6	22,2	22,2	22,2	3,7
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	11,1	22,2	18,5	40,7	7,4
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	22,2	29,6	25,9	18,5	3,7
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	37,0	40,7	7,4	14,8	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	25,9	25,9	25,9	22,2	
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	37,0	40,7	11,1	11,1	
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	26,9	30,8	7,7	30,8	3,8
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	23,1	38,5	15,4	23,1	

Abb. E-6

Trägerschaft:

<i>frei-gemeinnützig</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	20	2,40		49,5%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	20	1,80	1	49,7%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	19	2,26	2	46,3%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	20	2,50	1	51,1%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	20	2,50	1	51,1%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	20	1,95	1	63,3%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	20	1,85	2	43,9%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	20	2,65	3	42,9%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	20	1,90	2	53,7%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	19	2,79	2	44,0%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	19	2,11	2	52,1%

Abb. E-7

<i>frei-gemeinnützig (in Prozent)</i>	auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	30,0	25,0	20,0	25,0	
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	45,0	35,0	15,0	5,0	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	21,1	52,6	5,3	21,1	
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	30,0	20,0	25,0	20,0	5,0
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	30,0	25,0	10,0	30,0	5,0
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	50,0	25,0	10,0	10,0	5,0
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	35,0	50,0	10,0	5,0	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	20,0	20,0	40,0	15,0	5,0
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	40,0	45,0		15,0	
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	21,1	21,1	15,8	42,1	
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	31,6	42,1	15,8	5,3	5,3

Abb. E-8

<i>öffentlich-rechtlich</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	46	2,72		40,0%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	47	1,89	2	41,6%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	47	2,15	1	51,3%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	47	2,47	2	46,1%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	47	2,47	1	46,1%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	48	1,69	1	45,9%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	48	1,67	1	49,9%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	48	2,25	2	44,4%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	48	1,69	1	50,5%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	48	2,81	2	36,4%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	47	2,06	2	46,8%

Abb. E-9

<i>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	19,6	15,2	41,3	21,7	2,2
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	29,8	57,4	6,4	6,4	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	36,2	27,7	23,4	10,6	2,1
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	25,5	27,7	21,3	25,5	
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	39,6	33,3	12,5	14,6	
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	45,8	43,8	6,3	4,2	
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	52,1	33,3	10,4	4,2	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	27,1	33,3	27,1	12,5	
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	50,0	37,5	6,3	6,3	
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	6,3	41,7	18,8	31,3	2,1
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	31,9	40,4	17,0	10,6	

Abb. E-10

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	18	2,67		40,6%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	18	2,00	2	45,4%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	18	2,00	1	54,35
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	18	2,61	4	47,6%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	18	2,61	3	47,6%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	18	2,67	2	40,6%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	18	2,39	2	50,0%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	18	2,94	2	41,2%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	18	2,11	2	53,6%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	18	2,17	1	65,7%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	18	2,50	2	39,4%

Abb. E-11

<i>Privat (in Prozent)</i>	auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	16,7	27,8	27,8	27,8	
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	27,8	55,6	5,6	11,1	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	44,4	22,2	22,2	11,1	
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	27,8	16,7	22,2	33,3	
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	11,1	22,2	44,4	16,7	5,6
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	16,7	27,8	27,8	27,8	
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	27,8	33,3	11,1	27,8	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	11,1	27,8	27,8	22,2	11,1
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	33,3	38,9	16,7	5,6	5,6
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	50,0	16,7	5,6	22,2	5,6
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	11,1	50,0	16,7	22,2	

Abb. E-12

Größe:

<i>klein</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	24			
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	24		2	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	23	1,96	1	49,8%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	24	2,33	2	51,7%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	24	2,17	1	48,3%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	24	1,54	1	46,8%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	24	1,83	1	55,0%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	24	2,67	3	37,7%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	24	1,96	2	48,7%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	24	2,63	2	38,5%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	24	2,17	2	35,1%

Abb. E-13

<i>klein (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	20,8	29,2	41,7	8,3	
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	33,3	62,5	4,2		
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	39,1	34,8	17,4	8,7	
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	29,2	33,3	16,7	16,7	4,2
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	33,3	29,2	25,0	12,5	
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	54,2	41,7		4,2	
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	45,8	37,5	4,2	12,5	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	8,3	37,5	41,7	4,2	8,3
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	29,2	58,3	4,2	4,2	4,2
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	12,5	37,5	25,0	25,5	
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	16,7	54,2	25,0	4,2	

Abb. E-14

<i>mittel</i>	N	Mittelwert	Modalwert	Variations- koeffizient
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	32	2,87		39,3%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	32	1,97	2	52,3%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	32	2,22	2	48,2%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	32	2,72	4	44,0%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	33	2,64	2	49,1%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	33	2,33	2	47,6%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	33	1,91	2	46,0%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	33	2,67	2	42,6%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	33	1,79	1	55,4%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	33	2,88	4	47,4%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	32	2,50	2	46,6%

Abb. E-15

<i>mittel (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	18,8	12,5	31,3	37,5	
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	37,5	43,8	3,1	15,6	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	28,1	40,6	12,5	18,8	
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	21,9	21,9	18,8	37,5	
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	24,2	27,3	15,2	27,3	6,1
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	24,2	39,4	18,2	15,2	3,0
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	36,4	42,4	15,2	6,1	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	18,2	27,3	27,3	24,2	3,0
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	48,5	36,4	3,0	12,1	
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	24,2	18,2	9,1	42,4	6,1
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	18,8	43,8	9,4	25,0	3,1

Abb. E-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	18	3,06		36,3%
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	19	2,11	2	38,3%
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	19	2,32	1	55,7%
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	19	2,58	2	43,4%
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	19	2,16	1	56,2%
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	19	1,79	1	51,3%
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	19	1,68	2	48,8%
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	19	1,89	1	49,6%
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	19	1,74	1	63,1%
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	19	2,74	2	36,2%
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	19	1,63	2	46,7%

Abb. E-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential niedergelassener Ärzte	11,1	16,7	33,3	33,3	5,6
Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	21,1	52,6	21,1	5,3	
Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	36,8	21,1	21,1	15,8	5,3
Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	21,1	26,3	26,3	26,3	
Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	42,1	21,1	15,8	21,1	
Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	47,4	31,6	15,8	5,3	
Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	47,4	42,1	5,3	5,3	
Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	42,1	31,6	21,1	5,3	
Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	63,2	10,5	15,8	10,5	
Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	5,3	47,4	15,8	31,6	
Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	52,6	31,6	15,8		

Abb. E-18

Anhang F: Kooperationsrisiken

<i>Krankenhäuser (insgesamt)</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	86	2,79	4	40,1%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	84	2,71	2	35,6%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	85	2,89	3	33,4%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	86	3,20	4	29,9%
Falsche Partnerwahl	86	2,84	3	33,2%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	85	3,11	4	29,3%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	85	2,65	2	42,7%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	86	2,90	4	35,1%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	86	3,28	4	27,1%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	85	3,61	5	26,4%
Verlust von Know how	84	3,80	4	21,9%

Abb. F-1

<i>Krankenhäuser (insgesamt; in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	16,3	23,3	27,9	30,2	2,3
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	9,5	34,5	32,1	22,6	1,2
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	8,2	24,7	38,8	25,9	2,4
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	4,7	19,8	30,2	41,9	3,5
Falsche Partnerwahl	9,3	24,4	40,7	24,4	1,2
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	2,4	28,2	27,1	41,2	1,2
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	16,5	36,5	14,1	31,8	1,2
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	9,3	27,9	27,9	33,7	1,2
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	2,3	19,8	27,9	47,7	2,3
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	2,4	14,1	15,3	56,5	11,8
Verlust von Know how	1,2	8,3	14,3	61,9	14,3

Abb. F-2

Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):

<i><u>Allgemeinkrankenhäuser</u></i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variations- koeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	59	2,76	4	40,5%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	58	2,62	2	37,0%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	59	2,76	3	35,2%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	59	3,03	4	32,4%
Falsche Partnerwahl	59	2,81	3	33,3%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	59	2,98	4	32,1%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	59	2,46	2	46,1%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	59	2,92	4	36,1%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	59	3,29	4	28,2%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	59	3,64	4	24,9%
Verlust von Know how	58	3,79	4	22,5%

Abb. F-3

<i>Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	16,9	23,7	27,1	30,5	1,7
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	12,1	36,2	29,3	22,4	
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	10,2	28,8	37,3	22,0	1,7
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	6,8	25,4	25,4	42,4	
Falsche Partnerwahl	8,5	27,1	40,7	22,0	1,7
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	3,4	33,9	25,4	35,6	1,7
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	22,0	37,3	15,3	23,7	1,7
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	10,2	27,1	25,4	35,6	1,7
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	3,4	18,6	27,1	47,5	3,4
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	1,7	11,9	18,6	55,9	11,9
Verlust von Know how	1,7	8,6	12,1	63,8	13,8

Abb. F-4

<i>Fachkliniken</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	27	2,85	3	39,8%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	26	2,92	3	32,0%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	26	3,19	3	28,1%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	27	3,56	3	22,5%
Falsche Partnerwahl	27	2,89	3	33,7%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	26	3,38	4	22,2%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	26	3,08	4	33,0%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	27	2,85	3	33,3%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	27	3,26	4	24,9%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	26	3,54	4	30,1%
Verlust von Know how	26	3,81	4	21,0%

Abb. F-5

<i>Fachkliniken (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	14,8	22,2	29,6	29,6	3,7
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	3,8	30,8	38,5	23,1	3,8
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	3,8	15,4	42,3	34,6	3,8
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses		7,4	40,7	40,7	11,1
Falsche Partnerwahl	11,1	18,5	40,7	29,6	
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen		15,4	30,8	53,8	
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	3,8	34,6	11,5	50,0	
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	7,4	29,6	33,3	29,6	
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt		22,2	29,6	48,1	
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	3,8	19,2	7,7	57,7	11,5
Verlust von Know how		7,7	19,2	57,7	15,4

Abb. F-6

Trägerschaft:

<i>frei-gemeinnützig</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variations- koeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	20	2,75	2	38,9%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	18	2,78	2	40,1%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	20	2,90	3	36,9%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	20	3,20	3	33,0%
Falsche Partnerwahl	20	2,70	2	43,5%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	19	3,32	4	31,8%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	19	2,95	4	39,9%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	20	2,70	2	43,5%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	20	3,25	4	29,8%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	19	3,58	4	25,2%
Verlust von Know how	19	3,84	4	21,7%

Abb. F-7

<i>frei-gemeinnützig (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	10,0	35,0	30,0	20,0	5,0
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	11,1	33,3	27,8	22,2	5,6
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	15,0	10,0	50,0	20,0	5,0
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	5,0	20,0	35,0	30,0	10,0
Falsche Partnerwahl	15,0	35,0	20,0	25,0	5,0
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen		36,8		57,9	5,3
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	10,5	31,6	15,8	36,8	5,3
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	15,0	35,0	20,0	25,0	5,0
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	5,0	15,0	35,0	40,0	5,0
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit		15,8	21,1	52,6	10,5
Verlust von Know how		10,5	10,5	63,2	15,8

Abb. F-8

<i>öffentlich-rechtlich</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	48	2,77	4	41,6%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	48	2,67	2	35,7%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	48	2,77	2	34,1%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	48	3,10	4	32,8%
Falsche Partnerwahl	48	2,94	3	29,3%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	48	2,90	3	30,4%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	48	2,44	2	44,7%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	48	3,04	4	32,5%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	48	3,35	4	25,8%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	48	3,62	4	26,5%
Verlust von Know how	47	3,74	4	23,3%

Abb. F-9

<i>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	18,8	20,8	27,1	31,3	2,1
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	10,4	35,4	31,3	22,9	
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	8,3	35,4	29,2	25,0	2,1
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	6,3	25,0	22,9	43,8	2,1
Falsche Partnerwahl	6,3	20,8	45,8	27,1	
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	4,2	31,3	35,4	29,2	
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	20,8	39,6	14,6	25,0	
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	6,3	27,1	22,9	43,8	
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	2,1	16,7	27,1	52,1	2,1
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	2,1	14,6	14,6	56,3	12,5
Verlust von Know how	2,1	8,5	14,9	61,7	12,8

Abb. F-10

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	18	2,89	4	39,2%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	18	2,78	3	31,6%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	17	3,24	3	20,5%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	18	3,44	4	17,9%
Falsche Partnerwahl	18	2,72	3	32,9%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	18	3,44	4	20,5%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	18	2,89	4	39,2%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	18	2,72	3	32,9%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	18	3,11	4	28,9%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	18	3,61	4	28,7%
Verlust von Know how	18	3,89	4	19,5%

Abb. F-11

<i>privat (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	16,7	16,7	27,8	38,9	
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	5,6	33,3	38,9	22,2	
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses		11,8	52,9	35,3	
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses		5,6	44,4	50,0	
Falsche Partnerwahl	11,1	22,2	50,0	16,7	
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen		11,1	33,3	55,6	
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	11,1	33,3	11,1	44,4	
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	11,1	22,2	50,0	16,7	
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt		33,3	22,2	44,4	
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	5,6	11,1	11,1	61,1	11,1
Verlust von Know how		5,6	16,7	61,1	16,7

Abb. F-12

Größe:

<i>klein</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	24	3,04	4	31,4%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	24	2,88	3	29,5%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	24	3,13	3	27,2%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	24	3,37	4	24,5%
Falsche Partnerwahl	24	2,92	3	30,2%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	24	2,96	3	27,2%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	24	2,75	3	41,9%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	24	3,25	4	26,1%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	24	3,46	4	24,1%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	24	3,67	4	15,4%
Verlust von Know how	24	3,96	4	15,8%

Abb. F-13

<i>klein (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	4,2	29,2	25,0	41,7	
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes		37,5	41,7	16,7	4,2
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses		25,0	41,7	29,2	4,2
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses		16,7	33,3	45,8	4,2
Falsche Partnerwahl	4,2	29,2	37,5	29,2	
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen		33,3	37,5	29,2	
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	16,7	25,0	29,2	25,0	4,2
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner		25,0	25,0	50,0	
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt		16,7	25,0	54,2	4,2
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit		4,2	25,0	70,8	
Verlust von Know how			20,8	62,5	16,7

Abb. F-14

<i>mittel</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variations- koeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	33	2,82	3	42,9%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	32	2,50	2	36,6%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	33	2,88	3	35,5%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	33	3,21	4	33,7%
Falsche Partnerwahl	33	2,91	3	33,7%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	33	3,09	4	30,6%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	33	2,70	2	41,9%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	33	2,91	3	36,8%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	33	3,36	4	24,5%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	33	3,82	4	24,0%
Verlust von Know how	32	3,94	4	19,3%

Abb. F-15

<i>mittel (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	21,2	12,1	36,4	24,2	6,1
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	12,5	40,6	31,3	15,6	
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	9,1	27,3	33,3	27,3	3,0
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	6,1	24,2	18,2	45,5	6,1
Falsche Partnerwahl	9,1	21,2	42,4	24,2	3,0
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	3,0	27,3	30,3	36,4	3,0
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	15,2	36,4	12,1	36,4	
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	12,1	21,2	33,3	30,3	3,0
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt		18,2	30,3	48,5	3,0
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit		15,2	6,1	60,6	18,2
Verlust von Know how		6,3	12,5	62,5	18,8

Abb. F-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	19	2,95	4	34,8%
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	19	3,11	4	33,7%
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	19	2,89	3	30,3%
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	19	3,21	4	28,6%
Falsche Partnerwahl	19	3,00	3	31,4%
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	19	3,47	4	26,1%
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	19	2,63	2	42,4%
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	19	2,84	2	35,7%
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	19	3,37	4	24,7%
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	19	3,53	4	34,5%
Verlust von Know how	19	3,74	4	26,5%

Abb. F-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Abhängigkeit vom Kooperationspartner	10,5	21,1	31,6	36,8	
Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	10,5	15,8	26,3	47,4	
Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	5,3	26,3	42,1	26,3	
Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	5,3	15,8	31,6	47,4	
Falsche Partnerwahl	10,5	10,5	47,4	31,6	
Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	5,3	10,5	15,8	68,4	
Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	10,5	52,6		36,8	
Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	5,3	42,1	15,8	36,8	
Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	5,3	5,3	36,8	52,6	
Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	5,3	21,1	10,5	42,1	21,1
Verlust von Know how	1,3	5,3	12,0	65,3	16,0

Abb. F-18

Anhang G: Kooperationsbereiche – medizinisch-therapeutischer Bereich

Krankenhäuser (insgesamt)	N	Mittelwert	Modalwert	Variationskoeffizient
Prävention	84	2,31	1	50,3%
Diagnostik	85	1,86	1	52,6%
Therapie	84	2,06	2	49,6%
Nachsorge	85	1,80	1	47,6%

Abb. G-1

Krankenhäuser (insgesamt; in Prozent)	auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
Prävention	32,1	26,2	22,6	16,7	2,4
Diagnostik	44,7	34,1	12,9	7,1	1,2
Therapie	34,5	39,3	11,9	14,3	
Nachsorge	42,4	40,0	14,1	2,4	1,2

Abb. G-2**Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):**

Allgemeinkrankenhäuser	N	Mittelwert	Modalwert	Variationskoeffizient
Prävention	58	1,95	2	52,1%
Diagnostik	58	1,95	1	52,15
Therapie	57	2,02	2	47,2%
Nachsorge	58	1,74	1	43,8%

Abb. G-3

Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)	auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
Prävention	26,3	33,3	24,6	15,8	
Diagnostik	41,4	32,8	17,2	6,9	1,7
Therapie	33,3	42,1	14,0	10,5	
Nachsorge	43,1	41,4	13,8	1,7	

Abb. G-4

Fachkliniken	N	Mittelwert	Modalwert	Variationskoeffizient
Prävention	27	1,67	1	52,5%
Diagnostik	27	1,67	1	52,5%
Therapie	27	2,15	1	54,3%
Nachsorge	27	1,93	1	53,6%

Abb. G-5

Fachkliniken (in Prozent)	auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
Prävention	44,4	11,1	18,5	18,5	7,4
Diagnostik	51,9	37,0	3,7	7,4	
Therapie	37,0	33,3	7,4	22,2	
Nachsorge	40,7	37,0	14,8	3,7	3,7

Abb. G-6

Trägerschaft:

<u>frei-gemeinnützig</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Prävention	20	1,95	1	51,2%
Diagnostik	20	1,65	1	53,0%
Therapie	20	1,85	1	61,5%
Nachsorge	20	1,55	1	49,0%

Abb. G-7

<u>frei-gemeinnützig (in Prozent)</u>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Prävention	45,0	20,0	30,0	5,0	
Diagnostik	60,0	15,0	25,0		
Therapie	55,0	20,0	10,0	15,0	
Nachsorge	60,0	25,0	15,0		

Abb. G-8

<u>öffentlich-rechtlich</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Prävention	46	2,35	2	48,5%
Diagnostik	47	1,94	1	53,1%
Therapie	46	2,13	2	44,9%
Nachsorge	47	1,87	2	48,1%

Abb. G-9

<u>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</u>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Prävention	28,3	30,4	21,7	17,4	2,2
Diagnostik	40,4	38,3	10,6	8,5	2,1
Therapie	26,1	47,8	13,0	13,0	
Nachsorge	38,3	42,6	14,9	2,1	2,1

Abb. G-10

<u>privat</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Prävention	18	2,61	1	51,1%
Diagnostik	18	1,89	2	50,9%
Therapie	18	2,11	2	51,1%
Nachsorge	18	1,89	2	44,0%

Abb. G-11

<u>privat (in Prozent)</u>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Prävention	27,8	22,2	16,7	27,8	5,6
Diagnostik	38,9	44,4	5,6	11,1	
Therapie	33,3	38,9	11,1	16,7	
Nachsorge	33,3	50,0	11,1	5,6	

Abb. G-12

Größe:

<i>klein</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Prävention	23	2,57	3	38,6%
Diagnostik	23	1,87	2	37,1%
Therapie	23	1,96	2	39,1%
Nachsorge	23	1,74	1	49,7%

Abb. G-13

<i>klein (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Prävention	17,4	26,1	39,1	17,4	
Diagnostik	30,4	52,2	17,4		
Therapie	26,1	56,5	13,0	4,3	
Nachsorge	47,8	34,8	13,0	4,3	

Abb. G-14

<i>mittel</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Prävention	33	2,30	1	56,0%
Diagnostik	34	1,76	1	61,1%
Therapie	33	2,06	1	51,4%
Nachsorge	34	1,88	2	40,9%

Abb. G-15

<i>mittel (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Prävention	36,4	27,3	9,1	24,2	3,0
Diagnostik	52,9	32,4	2,9	8,8	2,9
Therapie	36,4	36,4	12,1	15,2	
Nachsorge	32,4	50,0	14,7	2,9	

Abb. G-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Prävention	19	2,11	1	56,7%
Diagnostik	19	2,05	1	55,1%
Therapie	19	2,37	1	53,0%
Nachsorge	19	1,84	1	58,0%

Abb. G-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Prävention	42,1	21,1	26,3	5,3	5,3
Diagnostik	42,1	26,3	15,8	15,8	
Therapie	31,6	31,6	5,3	31,6	
Nachsorge	47,4	31,6	15,8		5,3

Abb. G-18

Anhang H: Kooperationsbereiche – tertiärer Bereich

<i>Krankenhäuser (insgesamt)</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	85	3,68	4	29,7%
Controlling	83	3,61	4	30,8%
EDV	85	2,91	4	42,6%
Einkauf	85	2,42	2	43,9%
Öffentlichkeitsarbeit	85	2,55	2	40,4%
Personalverwaltung	85	3,61	4	28,7%
Technische Dienste	85	3,07	4	37,9%
Transportdienste	84	3,06	4	36,7%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	85	3,38	4	30,9%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	84	3,24	4	34,4%

Abb. H-1

<i>Krankenhäuser (insgesamt; in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	7,1	9,4	9,4	56,5	17,6
Controlling	3,6	18,1	12,0	45,8	20,5
EDV	15,3	25,9	21,2	28,2	9,4
Einkauf	21,2	35,3	25,9	15,3	2,4
Öffentlichkeitsarbeit	14,1	38,8	28,2	15,3	3,5
Personalverwaltung	4,7	12,9	12,9	55,3	14,1
Technische Dienste	9,4	25,9	22,4	32,9	9,4
Transportdienste	7,1	29,8	21,4	33,3	8,3
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	5,9	12,9	30,6	38,8	11,8
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	6,0	22,6	25,0	34,5	11,9

Abb. H-2

Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):

<i>Allgemeinkrankenhäuser</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	58	3,72	4	30,1%
Controlling	56	3,73	4	28,7%
EDV	58	2,88	4	42,7%
Einkauf	58	2,52	2	42,9%
Öffentlichkeitsarbeit	58	2,59	2	37,6%
Personalverwaltung	58	3,66	4	27,8%
Technische Dienste	58	3,16	4	38,3%
Transportdienste	58	3,14	4	36,5%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	58	3,45	4	30,3%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	58	3,29	4	33,6%

Abb. H-3

<i>Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	8,6	6,9	6,9	58,6	19,0
Controlling	3,6	12,5	14,3	46,4	23,2
EDV	15,5	25,9	22,4	27,6	8,6
Einkauf	17,2	37,9	24,1	17,2	3,4
Öffentlichkeitsarbeit	10,3	41,4	31,0	13,8	3,4
Personalverwaltung	3,4	13,8	12,1	55,2	15,5
Technische Dienste	10,3	22,4	20,7	34,5	12,1
Transportdienste	6,9	27,6	20,7	34,5	10,3
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	6,9	8,6	29,3	43,1	12,1
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	6,9	17,2	27,6	36,2	12,1

Abb. H-4

<u>Fachkliniken</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	27	3,59	4	29,2%
Controlling	27	3,37	4	35,1%
EDV	27	2,96	4	43,4%
Einkauf	27	2,22	1	45,6%
Öffentlichkeitsarbeit	27	2,48	2	46,6%
Personalverwaltung	27	3,52	4	30,9%
Technische Dienste	27	2,89	2	36,3%
Transportdienste	26	2,88	2	37,2%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	27	3,22	3	32,6%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	26	3,12	2	36,6%

Abb. H-5

<u>Fachkliniken (in Prozent)</u>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	3,7	14,8	14,8	51,9	14,8
Controlling	3,7	29,6	7,4	44,4	14,8
EDV	14,8	25,9	18,5	29,6	11,1
Einkauf	29,6	29,6	29,6	11,1	
Öffentlichkeitsarbeit	22,2	33,3	22,2	18,5	3,7
Personalverwaltung	7,4	11,1	14,8	55,6	11,1
Technische Dienste	7,4	33,3	25,9	29,6	3,7
Transportdienste	7,7	34,6	23,1	30,8	3,8
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	3,7	22,2	33,3	29,6	11,1
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	3,8	34,6	19,2	30,8	11,5

Abb. H-6**Trägerschaft:**

<u>frei-gemeinnützig</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	20	3,65	4	36,9%
Controlling	20	3,40	5	42,0%
EDV	20	2,70	3	45,1%
Einkauf	20	2,30	3	51,0%
Öffentlichkeitsarbeit	20	2,30	3	42,6%
Personalverwaltung	20	3,30	4	38,2%
Technische Dienste	20	2,80	2	44,3%
Transportdienste	19	3,00	2	40,1%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	20	3,40	3	29,3%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	20	3,25	3	34,4%

Abb. H-7

<u>frei-gemeinnützig (in Prozent)</u>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	10,0	15,0	5,0	40,0	30,0
Controlling	10,0	25,0	10,0	25,0	30,0
EDV	15,0	35,0	25,0	15,0	10,0
Einkauf	35,0	15,0	40,0	5,0	5,0
Öffentlichkeitsarbeit	25,0	30,0	35,0	10,0	
Personalverwaltung	10,0	20,0	15,0	40,0	15,0
Technische Dienste	15,0	30,0	25,0	20,0	10,0
Transportdienste	10,5	26,3	26,3	26,3	10,5
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	5,0	5,0	50,0	25,0	15,0
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	5,0	20,0	35,0	25,0	15,0

Abb. H-8

<u>öffentlich-rechtlich</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	47	3,66	4	29,8%
Controlling	45	3,67	4	29,0%
EDV	47	2,89	2	44,6%
Einkauf	47	2,36	2	45,4%
Öffentlichkeitsarbeit	47	2,64	2	39,8%
Personalverwaltung	47	3,72	4	25,5%
Technische Dienste	47	3,17	4	35,6%
Transportdienste	47	3,11	4	36,2%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	47	3,51	4	31,9%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	46	3,37	3	35,0%

Abb. H-9

<u>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</u>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	8,5	6,4	10,6	59,6	14,9
Controlling	2,2	17,8	11,1	48,9	20,0
EDV	21,3	42,6	17,0	17,0	2,1
Einkauf	21,3	42,6	17,0	17,0	2,1
Öffentlichkeitsarbeit	8,5	46,8	23,4	14,9	6,4
Personalverwaltung	2,1	12,8	10,6	59,6	14,9
Technische Dienste	6,4	25,5	23,4	34,0	10,6
Transportdienste	6,4	29,8	19,1	36,2	8,5
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	8,5	8,5	21,3	46,8	14,9
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	8,7	15,2	21,7	39,1	15,2

Abb. H-10

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	18	3,78	4	21,4%
Controlling	18	3,72	4	22,2%
EDV	18	3,17	2	36,3%
Einkauf	18	2,72	2	32,9%
Öffentlichkeitsarbeit	18	2,61	3	39,7%
Personalverwaltung	18	3,67	4	26,4%
Technische Dienste	18	3,11	4	38,0%
Transportdienste	18	3,00	2	36,2%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	18	3,00	2	28,0%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	18	2,89	2	31,1%

Abb. H-11

<i>privat (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung		11,1	11,1	66,7	11,1
Controlling		11,1	16,7	61,1	11,1
EDV	11,1	16,7	22,2	44,4	5,6
Einkauf	5,6	38,9	33,3	22,2	
Öffentlichkeitsarbeit	16,7	27,8	33,3	22,2	
Personalverwaltung	5,6	5,6	16,7	61,1	11,1
Technische Dienste	11,1	22,2	16,7	44,4	5,6
Transportdienste	5,6	33,3	22,2	33,3	5,6
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen		33,3	33,3	33,3	
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz		44,4	22,2	33,3	

Abb. H-12**Größe:**

<i>klein</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	23	3,83	4	18,7%
Controlling	21	3,62	4	28,3%
EDV	23	2,70	2	37,7%
Einkauf	23	2,30	2	40,3%
Öffentlichkeitsarbeit	23	2,43	2	38,9%
Personalverwaltung	23	3,74	4	21,7%
Technische Dienste	23	3,30	3	24,9%
Transportdienste	23	3,22	3	26,4%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	23	3,43	3	21,2%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	23	3,17	3	28,0%

Abb. H-13

<i>klein (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung		4,3	21,7	60,9	13,0
Controlling		19,0	19,0	42,9	19,0
EDV	13,0	30,4	30,4	26,1	
Einkauf	21,7	34,8	34,8	8,7	
Öffentlichkeitsarbeit	13,0	43,5	34,8	4,3	4,3
Personalverwaltung		13,0	8,7	69,6	8,7
Technische Dienste		17,4	39,1	39,1	4,3
Transportdienste		21,7	39,1	34,8	4,3
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen		8,7	43,5	43,5	4,3
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz		26,1	34,8	34,8	4,3

Abb. H-14

<i>mittel</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	34	3,85	4	27,2%
Controlling	34	3,88	4	27,5%
EDV	34	3,26	4	39,4%
Einkauf	34	2,68	2	45,7%
Öffentlichkeitsarbeit	34	2,47	2	44,8%
Personalverwaltung	34	3,74	4	28,2%
Technische Dienste	34	3,24	4	39,5%
Transportdienste	34	3,29	4	35,5%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	34	3,76	4	24,5%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	34	3,50	4	31,7%

Abb. H-15

<i>mittel (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	5,9	8,8		64,7	20,6
Controlling	2,9	11,8	8,8	47,1	29,4
EDV	11,8	17,6	20,6	32,4	17,6
Einkauf	17,6	35,3	14,7	26,5	5,9
Öffentlichkeitsarbeit	23,5	29,4	23,5	23,5	
Personalverwaltung	5,9	5,9	17,6	50,0	20,6
Technische Dienste	8,8	26,5	14,7	32,4	17,6
Transportdienste	2,9	32,4	11,8	38,2	14,7
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen		11,8	20,6	47,1	20,6
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz		26,5	17,6	35,3	20,6

Abb. H-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Buchhaltung	19	3,21	4	41,0%
Controlling	19	3,16	4	35,4%
EDV	19	2,42	2	48,3%
Einkauf	19	2,05	2	41,4%
Öffentlichkeitsarbeit	19	2,74	2	38,2%
Personalverwaltung	19	3,32	4	34,8%
Technische Dienste	19	2,58	2	33,1%
Transportdienste	18	2,56	2	42,8%
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	19	2,74	3	45,3%
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	18	2,89	4	45,8%

Abb. H-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>auf jeden Fall</i>	<i>eher ja</i>	<i>vielleicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>auf keinen Fall</i>
Buchhaltung	15,8	15,8	10,5	47,4	10,5
Controlling	5,3	31,6	10,5	47,4	5,3
EDV	21,1	42,1	15,8	15,8	5,3
Einkauf	26,3	47,4	21,1	5,3	
Öffentlichkeitsarbeit		57,9	21,1	10,5	10,5
Personalverwaltung	5,3	26,3	10,5	47,4	10,5
Technische Dienste	15,8	36,8	21,1	26,3	
Transportdienste	16,7	38,9	16,7	27,8	
Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	21,1	21,1	26,3	26,3	5,3
Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	22,2	16,7	16,7	38,9	5,6

Abb. H-18

Anhang J: Gestaltungsalternativen von Kooperationen

<u>Krankenhäuser (insgesamt)</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	73	2,23	2	45,2%
Krankenhausorientiert	76	3,21	4	38,2%

Abb. J-1

<u>Krankenhäuser (insgesamt: in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	23,3	45,2	19,2	9,6	2,7
Krankenhausorientiert	10,5	22,4	14,5	40,8	11,8

Abb. J-2

Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):

<u>Allgemeinkrankenhäuser</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	50	2,30	2	46,7%
Krankenhausorientiert	52	3,06	4	40,1%

Abb. J-3

<u>Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	26,0	36,0	22,0	14,0	2,0
Krankenhausorientiert	11,5	26,9	15,4	36,5	9,6

Abb. J-4

<u>Fachkliniken</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	23	2,09	2	40,6%
Krankenhausorientiert	24	3,54	4	33,3%

Abb. J-5

<u>Fachkliniken (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	17,4	65,2	13,0		4,3
Krankenhausorientiert	8,3	12,5	12,5	50,0	16,7

Abb. J-6

Trägerschaft:

<u>frei-gemeinnützig</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	19	2,21	1	46,7%
Krankenhausorientiert	19	3,32	4	34,8%

Abb. J-7

<u>frei-gemeinnützig (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	31,6	26,3	31,6	10,5	
Krankenhausorientiert	5,3	21,1	26,3	31,6	15,8

Abb. J-8

<u>öffentlich-rechtlich</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	38	2,21	2	46,1%
Krankenhausorientiert	41	3,17	4	39,8%

Abb. J-9

<u>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	23,7	47,4	15,8	10,5	2,6
Krankenhausorientiert	12,2	24,4	7,3	46,3	9,8

Abb. J-10

<u>privat</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	16	2,31	2	43,9%
Krankenhausorientiert	16	3,19	4	40,0%

Abb. J-11

<u>privat (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	12,5	62,5	12,5	6,3	6,3
Krankenhausorientiert	12,5	18,8	18,8	37,5	12,5

Abb. J-12

Größe:

<u>klein</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	20	1,95	2	45,5%
Krankenhausorientiert	20	3,50	4	27,0%

Abb. J-13

<u>klein (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	35,0	40,0	20,0	5,0	
Krankenhausorientiert		20,0	20,0	50,0	10,0

Abb. J-14

<u>mittel</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	30	2,27	2	41,6%
Krankenhausorientiert	30	3,20	4	38,0%

Abb. J-15

<u>mittel (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	16,7	53,3	20,0	6,7	3,3
Krankenhausorientiert	13,3	16,7	13,3	50,0	6,7

Abb. J-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Partnerschaftlich	15	2,47	2	52,7%
Krankenhausorientiert	18	3,00	2	52,4%

Abb. J-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Partnerschaftlich	26,7	33,3	13,3	20,0	6,7
Krankenhausorientiert	22,2	27,8		27,8	22,2

Abb. J-18

Anhang K: Erwartungen

<i>Krankenhäuser (insgesamt)</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	85	2,07	2	45,2%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	85	3,38	3	27,0%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	85	1,91	2	43,2%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	85	2,04	2	39,6%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	85	1,76	2	41,7%

Abb. K-1

<i>Krankenhäuser (insgesamt; in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	30,6	38,8	25,9	2,4	2,4
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	2,4	12,9	38,8	36,5	9,4
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	34,1	45,9	15,3	4,7	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	25,9	48,2	23,5	1,2	1,2
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	40,0	44,7	14,1	1,2	

Abb. K-2

Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):

<i>Allgemeinkrankenhäuser</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	59	2,02	2	48,2%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	59	3,31	3	27,1%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	59	1,88	2	45,4%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	59	2,07	2	39,0%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	59	1,73	2	39,9%

Abb. K-3

<i>Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	33,9	39,0	22,0	1,7	
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	3,4	11,9	42,4	35,6	
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	37,3	42,4	15,3	5,1	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	22,0	54,2	20,3	1,7	
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	40,7	45,8	13,6		

Abb. K-4

<i>Fachkliniken</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	26	2,19	2	38,8%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	26	3,54	4	26,8%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	26	1,96	2	39,5%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	26	1,96	1	42,0%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	26	1,85	2	45,1%

Abb. K-5

<i>Fachkliniken (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	23,1	38,5	34,6	3,8	
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets		15,4	30,8	38,5	15,4
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	26,9	53,8	15,4	3,8	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	34,6	34,6	30,8		
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	38,5	42,3	15,4	3,8	

Abb. K-6

Trägerschaft:

<i>frei-gemeinnützig</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	20	1,95	1	42,4%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	20	3,45	3	25,7%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	20	1,85	2	31,7%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	20	1,95	2	35,2%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	20	1,60	2	37,4%

Abb. K-7

<i>frei-gemeinnützig (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	35,0	35,0	30,0		
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets		10,0	50,0	25,0	15,0
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	25,0	65,0	10,0		
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	25,0	55,0	20,0		
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	45,0	50,0	5,0		

Abb. K-8

<i>öffentlich-rechtlich</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	48	2,10	2	49,3%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	48	3,35	4	28,5%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	48	1,88	1	48,9%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	48	2,13	2	40,8%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	48	1,77	1	42,4%

Abb. K-9

<i>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	31,3	39,6	20,8	4,2	4,2
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	4,2	12,5	35,4	39,6	8,3
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	41,7	35,4	16,7	6,3	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	22,9	47,9	25,0	2,1	2,1
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	41,7	39,6	18,8		

Abb. K-10

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	17	2,12	2	36,8%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	17	3,35	4	25,7%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	17	2,06	2	40,1%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	17	1,88	2	41,5%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	17	1,94	2	42,6%

Abb. K-11

<i>privat (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	23,5	41,2	35,3		
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets		17,6	35,3	41,2	5,9
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	23,5	52,9	17,6	5,9	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	35,3	41,2	23,5		
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	29,4	52,9	11,8	5,9	

Abb. K-12

Größe:

<i>klein</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	24	1,96	2	41,1%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	24	3,17	3	28,9%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	24	1,71	2	40,4%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	24	2,00	2	29,5%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	24	1,71	2	32,2%

Abb. K-13

<i>klein (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	33,3	37,5	29,2		
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	4,2	16,7	41,7	33,3	4,2
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	41,7	45,8	12,5		
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	16,7	66,7	16,7		
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	33,3	62,5	4,2		

Abb. K-14

<i>mittel</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	33	1,94	2	36,3%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	33	3,48	4	24,0%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	33	2,06	2	38,3%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	33	2,00	2	37,5%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	33	1,91	2	44,1%

Abb. K-15

<i>mittel (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	27,3	51,5	21,2		
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets		12,1	36,4	42,4	9,1
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	21,2	57,6	15,2	6,1	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	27,3	45,5	27,3		
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	36,4	39,4	21,2	3,0	

Abb. K-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	19	2,53	1	51,7%
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	19	3,42	3	34,2%
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	19	1,74	1	50,1%
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	19	2,11	1	54,5%
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	19	1,53	1	45,6%

Abb. K-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	26,3	26,3	26,3	10,5	10,5
Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	5,3	15,8	31,6	26,3	21,1
Realisierung von Kostensenkungspotentialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	47,4	36,8	10,5	5,3	
Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	36,8	31,6	21,1	5,3	5,3
Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	57,9	31,6	10,5		

Abb. K-18

Anhang L: Einschätzung der Auswirkungen der DRG-Einführung auf das Kooperationsverhalten

„Wird das neue, DRG-basierte Abrechnungssystem Auswirkungen auf das Kooperationsverhalten haben?“

	<i>N</i>	<i>Ja</i>	<i>nein</i>
Krankenhäuser (insgesamt)	82	72,0%	28,0%
Allgemeinkrankenhäuser	56	78,6%	21,4%
Fachkliniken	26	57,7%	42,3%
frei-gemeinnützig	20	65,0%	35,0%
öffentlich-rechtlich	46	76,1%	23,9%
privat	16	68,8%	31,3%
klein	24	75,0%	25,0%
mittel	33	69,7%	30,3%
groß	16	75,0%	25,0%

Abb. L-1

Anhang M: Aussagen zum Einweiserverhalten der niedergelassenen Ärzte

<u>Krankenhäuser (insgesamt)</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	87	2,14	2	27,8%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	87	2,87	3	26,4%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	87	1,82	2	39,0%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	87	2,05	2	48,3%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	87	2,54	3	28,7%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	86	3,21	3	25,8%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	86	2,22	2	36,2%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	87	1,78	2	33,6%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	87	1,68	2	39,1%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	87	2,48	2	42,5%

Abb. M-1

<u>Krankenhäuser (insgesamt; in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	11,5	63,2	25,3		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	3,4	24,1	55,2	16,1	1,1
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	33,3	54,0	10,3	2,3	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	31,0	47,1	9,2	11,5	1,1
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	10,3	28,7	57,5	3,4	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	2,3	16,3	41,9	37,2	2,3
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	17,4	48,8	27,9	5,8	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	31,0	59,8	9,2		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	42,5	47,1	10,3		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	19,5	33,3	28,7	16,1	2,3

Abb. M-2

Einrichtung (Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik):

<u>Allgemeinkrankenhäuser</u>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	59	2,10	2	26,1%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	59	3,02	3	24,2%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	59	1,85	2	37,4%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	59	2,08	2	47,4%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	59	2,51	3	28,1%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	58	3,10	3	26,1%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	59	2,08	2	35,9%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	59	1,71	2	32,6%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	59	1,59	2	37,1%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	59	2,44	2	44,5%

Abb. M-3

<u>Allgemeinkrankenhäuser (in Prozent)</u>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	10,2	69,5	20,3		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	1,7	18,6	57,6	20,3	1,7
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	30,5	55,9	11,9	1,7	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	28,8	47,5	11,9	10,2	1,7
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	10,2	30,5	57,6	1,7	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	3,4	15,5	50,0	29,3	1,7
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	22,0	49,2	27,1	1,7	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	33,9	61,0	5,1		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	45,8	49,2	5,1		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	22,0	32,2	28,8	13,6	3,4

Abb. M-4

<i>Fachkliniken</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variations- koeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	28	2,21	2	31,0%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	28	2,57	3	28,8%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	28	1,75	2	42,9%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	28	1,96	2	50,9%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	28	2,61	3	30,1%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	28	3,43	4	24,4%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	27	2,52	2	33,7%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	28	1,93	2	34,4%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	28	1,86	2	40,7%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	28	2,57	2	38,8%

Abb. M-5

<i>Fachkliniken (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	14,3	50,0	35,7		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	7,1	35,7	50,0	7,1	
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	39,3	50,0	7,1	3,6	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	35,7	46,4	3,6	14,3	
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	10,7	25,0	57,1	7,1	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.		17,9	25,0	53,6	3,6
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	7,4	48,1	29,6	14,8	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	25,0	57,1	17,9		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	35,7	42,9	21,4		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	14,3	35,7	28,6	21,4	

Abb. M-6

Trägerschaft:

<i>frei-gemeinnützig</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	21	2,14	2	30,6%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	21	2,67	3	27,4%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	21	1,86	2	39,1%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	21	1,76	2	39,7%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	21	2,43	3	35,8%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	20	3,30	4	26,2%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	20	2,30	2	34,8%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	21	1,90	2	36,8%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	21	1,76	2	35,5%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	21	2,05	2	39,3%

Abb. M-7

<i><u>frei-gemeinnützig (in Prozent)</u></i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	14,3	57,1	28,6		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	4,8	33,3	52,4	9,5	
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	28,6	61,9	4,8	4,8	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	38,1	47,6	14,3		
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	19,0	23,8	52,4	4,8	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.		20,0	35,0	40,0	5,0
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	10,0	60,0	20,0	10,0	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	28,6	52,4	19,0		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	33,3	57,1	9,5		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	23,8	52,4	19,0	4,8	

Abb. M-8

<i>öffentlich-rechtlich</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	48	2,17	2	27,5%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	48	3,00	3	23,8%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	48	1,81	2	40,5%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	48	2,15	2	48,1%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	48	2,58	3	25,0%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	48	3,08	3	27,4%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	48	2,10	2	37,0%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	48	1,69	2	32,7%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	48	1,54	2	40,0%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	48	2,67	3	41,2%

Abb. M-9

<i>öffentlich-rechtlich (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	10,4	62,5	27,1		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	2,1	16,7	62,5	16,7	2,1
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	35,4	50,0	12,5	2,1	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	27,1	47,9	10,4	12,5	2,1
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	6,3	31,3	60,4	2,1	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	4,2	16,7	47,9	29,2	2,1
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	22,9	45,8	29,2	2,1	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	35,4	60,4	4,2		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	52,1	41,7	6,3		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	16,7	27,1	33,3	18,8	4,2

Abb. M-10

<i>privat</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	18	2,06	2	26,2%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	18	2,78	3	31,6%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	18	1,78	2	36,4%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	18	2,11	2	53,6%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	18	2,56	3	30,7%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	18	3,44	4	20,5%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	18	2,44	2	35,0%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	18	1,89	2	30,9%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	18	1,94	2	37,3%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	18	2,50	2	43,9%

Abb. M-11

<i>privat (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	11,1	72,2	16,7		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	5,6	33,3	38,9	22,2	
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	33,3	55,6	11,1		
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	33,3	44,4		22,2	
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	11,1	27,8	55,6	5,6	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.		11,1	33,3	55,6	
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	11,1	44,4	33,3	11,1	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	22,2	66,7	11,1		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	27,8	50,0	22,2		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	22,2	27,8	27,8	22,2	

Abb. M-12

Größe:

<i>klein</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	24	2,04	2	26,9%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	24	3,04	3	28,2%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	24	1,83	2	41,5%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	24	1,88	2	39,5%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	24	2,63	3	21,9%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	24	3,21	3	27,5%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	24	2,38	3	34,7%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	24	1,75	2	34,7%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	24	1,54	1	38,2%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	24	2,50	3	44,1%

Abb. M-13

<i>klein (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	12,5	70,8	16,7		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	4,2	16,7	54,2	20,8	4,2
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	33,3	54,2	8,3	4,2	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	29,2	58,3	8,3	4,2	
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.		41,7	54,2	4,2	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	4,2	12,5	45,8	33,3	4,2
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	16,7	33,3	45,8	4,2	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	33,3	58,3	8,3		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	50,0	45,8	4,2		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	20,8	29,2	33,3	12,5	4,2

Abb. M-14

<i>mittel</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variations- koeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	34	2,09	2	24,6%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	34	2,71	3	28,1%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	34	1,68	1	40,8%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	34	1,82	1	47,7%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	34	2,59	3	30,3%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	33	3,30	4	22,0%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	34	2,21	2	42,9%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	34	1,74	2	38,4%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	34	1,65	2	36,3%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	34	2,68	2	38,7%

Abb. M-15

<i><u>mittel (in Prozent)</u></i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	8,8	73,5	17,6		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	2,9	38,2	44,1	14,7	
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	44,1	44,1	11,8		
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	41,2	41,2	11,8	5,9	
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	14,7	14,7	67,6	2,9	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.		15,2	39,4	45,5	
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	23,5	44,1	20,6	11,8	
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	38,2	50,0	11,8		
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	41,2	52,9	5,9		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	11,8	35,3	29,4	20,6	2,9

Abb. M-16

<i>groß</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Variationskoeffizient</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	19	2,26	2	32,4%
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	19	3,05	3	17,2%
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	19	2,05	2	38,0%
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	19	2,42	2	52,1%
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	19	2,63	3	26,0%
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	19	2,84	3	33,7%
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	19	2,05	2	30,3%
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	19	1,74	2	26,0%
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/ Praxisnetzen qualitativ verbessern.	19	1,63	2	41,9%
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	19	2,26	1	50,7%

Abb. M-17

<i>groß (in Prozent)</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft teilweise zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	15,8	42,1	42,1		
Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.		10,5	73,7	15,8	
Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	21,1	57,9	15,8	5,3	
Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	26,3	36,8	10,5	21,1	5,3
Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	5,3	31,6	57,9	5,3	
Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	5,3	31,6	42,1	15,8	5,3
Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	15,8	63,2	21,1		
Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	26,3	73,7			
Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	47,4	42,1	10,5		
Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	31,6	31,6	15,8	21,1	

Abb. M-18

Anhang N: Fragebogen und Anschreiben



IBG

IBG, Universität der Bundeswehr
WOW 8, Werner-Heisenberg-Weg 39
85577 Neubiberg

(bitte nicht ausfüllen)

Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern?

Mit diesem *anonymen* Fragebogen bitten wir Sie, Ihre *persönliche Einschätzung* einer potenziellen Zusammenarbeit Ihres Hauses mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen zum Ausdruck zu bringen. Bitte beantworten Sie in jedem Frageblock die einzelnen Fragen mit jeweils *nur einem Kreuz*. Erscheint Ihnen eine Frage nicht beurteilbar, so kreuzen Sie bitte **keine Antwortmöglichkeit** an. Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum **21. Februar 2003** an uns zurückzuschicken.

I. Der stetige Wandel der finanziellen, wissenschaftlichen, technischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zwingt Krankenhäuser, verstärkt über strategische Massnahmen zur Existenzsicherung wie zum Beispiel Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens nachzudenken. Mit welchen der folgenden Institutionen des Gesundheitswesens bildet Ihr Krankenhaus bereits heute Kooperationen? (Mehrfachnennungen möglich)		Ja, wir kooperieren bereits mit...	Nein, wir kooperieren nicht mit...	→	Ja, wir planen Kooperationen mit...	Nein, wir planen auch keine Kooperationen mit...
1.1	...ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 Wenn „NEIN“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	...anderen Krankenhäusern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	...Krankenversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	... Lieferanten (z.B. von Medizinprodukten und Arzneimitteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	...niedergelassenen Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	...Notfalldiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	...öffentlichen Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	...Praxisnetzen ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	... sonstigen Einrichtungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⇒ _____					
⇒ Wie schätzen Sie in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen als Strategie zur Zukunftssicherung ein?						
	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹ Unter „Praxisnetzen“ werden in diesem Zusammenhang Kooperationen niedergelassener Ärzte unabhängig von der Rechtsform (der Zusammenarbeit) verstanden.


IBG

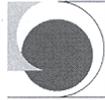
 IBG, Universität der Bundeswehr
 WOW 8, Werner-Heisenberg-Weg 39
 85577 Neubiberg

2. Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen Ansprechpartner für Fragen der kooperativen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen?						
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ wenn „ja“: Wer ist in Ihrem Haus der Ansprechpartner für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen?						
<input type="checkbox"/> Verwaltungsdirektor <input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Ärztlicher Direktor						
<input type="checkbox"/> Pflegedirektor <input type="checkbox"/> Sonstige Ansprechpartner: _____						
3. Durch welche konkreten Massnahmen lassen sich Ihrer Meinung nach kostensenkende, leistungs- und umsatzsteigernde Verbesserungen für Ihr Krankenhaus im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen realisieren?						
		auf jeden Fall	eher ja	viel- leicht	eher nein	auf keinen Fall
3.1	Aufbau von Fachkompetenz durch den Zugriff auf das Ressourcenpotential (z.B. Fachwissen) niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen	<input type="checkbox"/>				
3.2	Abstimmung der Leistungsspektren und Vermeidung von Leistungsüberschneidungen	<input type="checkbox"/>				
3.3	Bevorzugung von Netzkrankenhäusern bei der Inanspruchnahme klinischer Leistungen	<input type="checkbox"/>				
3.4	Bildung von Interessengemeinschaften als Machtposition z.B. gegenüber Lieferanten	<input type="checkbox"/>				
3.5	Bildung von Notfall-Zentren und Bereitschaftspraxen im Krankenhaus unter Beteiligung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung des Versorgungsangebotes	<input type="checkbox"/>				
3.6	Gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (z.B. Bereitstellung freier OP-Kapazitäten, Personal)	<input type="checkbox"/>				
3.7	Gemeinsame Nutzung von Sekundär- (z.B. Labor, Radiologie) oder Tertiärleistungen (z.B. Verwaltung)	<input type="checkbox"/>				
3.8	Gemeinsame Planung von Investitionen und anschließende gemeinsame Nutzung der neuen Ressourcen	<input type="checkbox"/>				
3.9	Integration einer Facharztpraxis in die Räumlichkeiten des Krankenhauses mit der Option auf Mieteinnahmen und zur medizinischen Kooperation	<input type="checkbox"/>				
3.10	Konzentration des Krankenhauses auf seine Kernkompetenzen (z.B. Erbringen operativer Leistungen)	<input type="checkbox"/>				
3.11	Technische Vernetzung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen zum kostensparenden Austausch medizinischer und organisatorischer Daten	<input type="checkbox"/>				
3.12	Sonstige: ⇒ _____ _____	<input type="checkbox"/>				


IBG

 IBG, Universität der Bundeswehr
 WOW 8, Werner-Heisenberg-Weg 39
 85577 Neubiberg

4. Welche Risiken beinhalten Ihrer Meinung nach Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen?		auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
4.1	Abhängigkeit vom Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>				
4.2	Bestrafung des Krankenhauses durch Nichteinweisung von Patienten durch einzelne Ärzte und Praxisnetze außerhalb des Kooperationsprojektes	<input type="checkbox"/>				
4.3	Budgetverschiebungen zu Lasten des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>				
4.4	Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>				
4.5	Falsche Partnerwahl	<input type="checkbox"/>				
4.6	Flexibilitätseinbußen durch Ausgliederung von Krankenhausbereichen	<input type="checkbox"/>				
4.7	Hoher Kosten- und Zeitaufwand für die Umsetzung des Kooperationsprojektes	<input type="checkbox"/>				
4.8	Imageschäden in Folge eines Fehlverhaltens einzelner/mehrerer Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>				
4.9	Nachfragerückgang nach stationären Leistungen als Folge des mangelnden Vertrauens der Patienten in das Kooperationsprojekt z.B. auf Grund einer fehlenden kontinuierlichen Behandlung durch einen Arzt	<input type="checkbox"/>				
4.10	Verlust der wirtschaftlichen Selbständigkeit	<input type="checkbox"/>				
4.11	Verlust von Know how	<input type="checkbox"/>				
4.12	Sonstiges: ⇒ _____ _____	<input type="checkbox"/>				



5. In welchen Bereichen Ihres Krankenhauses sind Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen realisierbar?		auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
5.1	Medizinisch-therapeutischen Bereich					
5.1.1	Prävention	<input type="checkbox"/>				
5.1.2	Diagnostik	<input type="checkbox"/>				
5.1.3	Therapie	<input type="checkbox"/>				
5.1.4	Nachsorge	<input type="checkbox"/>				
5.2	Tertiären Bereich					
5.2.1	Buchhaltung	<input type="checkbox"/>				
5.2.2	Controlling	<input type="checkbox"/>				
5.2.3	EDV	<input type="checkbox"/>				
5.2.4	Einkauf	<input type="checkbox"/>				
5.2.5	Öffentlichkeitsarbeit	<input type="checkbox"/>				
5.2.6	Personalverwaltung	<input type="checkbox"/>				
5.2.7	Technische Dienste	<input type="checkbox"/>				
5.2.8	Transportdienste	<input type="checkbox"/>				
5.2.9	Übernahme des Managements für einzelne/mehrere Arztpraxen	<input type="checkbox"/>				
5.2.10	Übernahme des Managements für ein Praxisnetz	<input type="checkbox"/>				
5.3	Sonstige:	<input type="checkbox"/>				
	⇒ _____					



IBG, Universität der Bundeswehr
WOW 8, Werner-Heisenberg-Weg 39
85577 Neubiberg

6. Wie sollten Ihrer Ansicht nach Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen strategisch gestaltet sein?					
	auf jeden Fall	eher ja	vielleicht	eher nein	auf keinen Fall
6.1 Krankenhausorientiert (das Krankenhaus übernimmt die Führungsrolle und setzt die Zielvorgaben der Zusammenarbeit)	<input type="checkbox"/>				
6.2 Partnerschaftlich (das Krankenhaus und der niedergelassene Arzt/das Praxisnetz arbeiten als gleichberechtigte Partner zusammen und erarbeiten gemeinsam die Zielvorgaben)	<input type="checkbox"/>				

7. Was erwarten Sie sich von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen?					
	Trifft ...				
	... voll und ganz zu	... zu	... teilweise zu	... nicht zu	... gar nicht zu
7.1 Langfristige Sicherung des Krankenhausstandortes	<input type="checkbox"/>				
7.2 Leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen durch die Einführung eines gemeinsamen Budgets	<input type="checkbox"/>				
7.3 Realisierung von Kostensenkungspotenzialen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinweisungen)	<input type="checkbox"/>				
7.4 Sicherung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten durch die Realisierung von Synergieeffekten	<input type="checkbox"/>				
7.5 Sicherstellung der ganzheitlichen Patientenversorgung durch die Auflösung der starren, institutionellen Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor	<input type="checkbox"/>				
7.6 Sonstiges: ⇒ _____	<input type="checkbox"/>				

8. Nach Ansicht von Experten wird das neue, DRG-basierte Abrechnungssystem in Zeiten knapper finanzieller Mittel entscheidende Impulse für eine strategische Neuausrichtung der Krankenhäuser hin zu mehr Kooperationen geben.	
Wird das neue, komplett pauschalierende Vergütungssystem Kooperationen Ihres Hauses mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen forcieren?	
<input type="checkbox"/> ja, das neue Vergütungssystem wird Kooperationen zwischen unserem Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen forcieren.	<input type="checkbox"/> nein, das neue Vergütungssystem wird nicht Kooperationen zwischen unserem Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen forcieren.



9. Nehmen Sie bitte zu folgenden Aussagen Stellung.		Trifft ...				
		...voll und ganz zu	...zu	... teil- weise zu	... nicht zu	... gar nicht zu
9.1	Viele niedergelassene Ärzte sind einem bestimmten Krankenhaus treu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Viele Einweiser entscheiden sich unabhängig vom Leistungsangebot für ein bestimmtes Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Es wäre gut, wenn Krankenhäuser für ihr Leistungsangebot gezielt unter niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen werben dürften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Die Ausstattung des Krankenhauses mit medizinisch-technischem Gerät ist entscheidend für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Nicht-medizinische Leistungen (z.B. Qualität des Essen im Krankenhaus, Lage des Krankenhauses, etc.) spielen keine Rolle für das Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte und von Praxisnetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Medizinische Fortbildungskurse durch ein Krankenhaus sind bei niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen gefragt und fördern ihr Kooperationsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Der Ruf eines Krankenhauses und seiner Ärzte beeinflusst den Erfolg einer sektorenübergreifenden Kooperation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9	Die Patientenversorgung lässt sich durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Praxisnetzen qualitativ verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10	Krankenhäuser werden im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen mehr ambulante Leistungen erbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Abschließend einige Fragen zu Ihrem Haus. Auch diese werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.	
10.1	Zu welcher Einrichtung gehört Ihr Krankenhaus? <input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus <input type="checkbox"/> Fachklinik
10.2	Welche Trägerschaft hat Ihr Krankenhaus? <input type="checkbox"/> frei-gemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich-rechtlich <input type="checkbox"/> privat
10.3	Welche Rechtsform hat Ihr Krankenhaus? _____
10.4	Bettenzahl (Stand: 31.12.2002) a) bettenführende Hauptabteilungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Planbetten: _____ b) bettenführende Belegabteilungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Planbetten: _____

**Wir danken Ihnen sehr herzlich dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben,
diesen Fragebogen auszufüllen !**



Univ.-Prof. Dr. Günther E. Braun
 Institut für Betriebswirtschaftslehre des
 öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens
 (IBG)

Universität der Bundeswehr München

IBG - WOW 8 ~ Werner-Heisenberg-Weg 39 ~ 85577 Neubiberg



Baden-Württembergische
 Krankenhausgesellschaft e.V.

Stuttgart, den

Befragung zum Thema „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern?“

Sehr geehrte Damen und Herren,

sektorenübergreifende Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen bieten für Krankenhäuser in Deutschland vielfältige Chancen. Sie können zur eigenen Existenzsicherung beitragen, aber auch die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden.

Ihr Krankenhaus wurde für eine Befragung ausgewählt, welche das Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens der Universität der Bundeswehr München (IBG) in Zusammenarbeit mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) zum Thema der Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen durchführt.

Von Interesse ist für uns, wie Sie Kooperationen zwischen Leistungsanbietern des ambulanten und stationären Bereichs gegenüberstehen und wie diese gestaltet und weiter verbessert werden können. Bitte teilen Sie uns Ihre Ansichten zu diesem Thema mit, damit wir an der Verbesserung der Rahmenbedingungen in diesem Zukunftsfeld mitarbeiten können.

Wir versichern Ihnen, Ihre Angaben vertraulich zu behandeln und die Namen der Teilnehmer nicht in Zusammenhang mit den jeweiligen Antworten zu betrachten und zu veröffentlichen. Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 21. Februar 2003 an uns zurück. Ein frankierter Rückumschlag liegt bei. Für Rückfragen steht Ihnen Herr Nissen (Tel. 01 60/96 26 38 26) gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen bereits jetzt für Ihre Teilnahme an dieser Befragung und freuen uns, Ihnen nach Fertigstellung der Untersuchung wichtige Ergebnisse mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig
 Verbandsdirektor

Univ.-Prof. Günther E. Braun
 Vorstand IBG

Dipl.-Vw. Jens Nissen
 Wiss. Mitarbeiter am IBG,
 Ansprechpartner

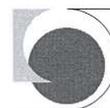
Anlagen: 1 Fragebogen, 1 frankierter Rückumschlag



Univ.-Prof. Dr. Günther E. Braun
 Institut für Betriebswirtschaftslehre des
 öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens
 (IBG)

IBG ~ WOW 8 ~ Werner-Heisenberg-Weg 39 ~ 85577 Neubiberg

Universität der Bundeswehr München



Baden-Württembergische
 Krankenhausgesellschaft e.V.

Stuttgart, den

Aus organisatorischen Gründen geht dieser Brief an alle Krankenhäuser, auch an diejenigen, die sich bereits an unserer Umfrage beteiligt haben. Da Sie ja anonym antworten, kennen wir Sie nicht. Wenn Sie schon geantwortet haben, legen Sie den Fragebogen einfach zur Seite! Vielen Dank!

Befragung zum Thema „Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung von Krankenhäusern?“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Krankenhäusern, die bereits an unserer Befragung teilgenommen und den Fragebogen an uns zurückgeschickt haben.

Um jedoch zu einer fundierten Auswertung zu gelangen, sind wir auf jede Antwort angewiesen. Daher möchten wir alle Krankenhäuser, die bisher noch keine Gelegenheit hatten, den Fragebogen auszufüllen, herzlich bitten, sich ein wenig Zeit zu nehmen und die Fragen zu beantworten. Sie unterstützen dadurch unsere Arbeit. Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens **7. März 2003** an uns zurück.

Selbstverständlich garantieren wir Ihnen, Ihre Angaben vertraulich zu behandeln und die Namen der Teilnehmer nicht in Zusammenhang mit den jeweiligen Antworten zu betrachten und zu veröffentlichen. Für Rückfragen steht Ihnen Herr Nissen (Tel. 01 60/96 26 38 26) jederzeit gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns im voraus für Ihre Unterstützung und freuen uns, Ihnen nach Fertigstellung der Untersuchung wichtige Ergebnisse mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig
 Verbandsdirektor

Univ.-Prof. Günther E. Braun
 Vorstand IBG

Dipl.-Vw. Jens Nissen
 Wiss. Mitarbeiter am IBG,
 Ansprechpartner

Anlagen: 1 Fragebogen, 1 frankierter Rückumschlag

UNIVERSITÄT DER BUNDESWEHR MÜNCHEN



FAKULTÄT FÜR WIRTSCHAFTS- UND ORGANISATIONSWISSENSCHAFTEN

Thema der Dissertation:

Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung für Krankenhäuser

Verfasser: Dipl.-Vw. Jens Nissen

Promotionsausschuss:

Vorsitzender: Prof. Dr. Friedrich L. Sell

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Günther E. Braun
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Günter Neubauer
3. Berichterstatter: Prof. Dr. Michael Eßig
4. Berichterstatter: Prof. Dr. Ulrich Widmaier

Tag der Prüfung:

Mit der Promotion erlangter akademischer Grad:

Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.)

Neubiberg, den