

Steuerungsprobleme der Qualitätspolitik
im Gesundheitswesen
am Beispiel
der integrierten Versorgung

Der Philosophischen Fakultät
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)
genehmigte Dissertation

von Diplom Ökonomin Isabell Möller
geboren am 11.12.1981 in Hannover

2011

Referent: Prof. Dr. Bernhard Blanke

Korreferent: Prof. Dr. Johann-Matthias Graf von der Schulenburg

Tag der Promotion: 13. Januar 2011

Zusammenfassung

Die Dissertation kombiniert die im Fokus der Untersuchung stehenden Steuerungsaspekte mit der Vertrauensgutthematik. Auf der Basis der existierenden Problemkomplexität des deutschen Gesundheitswesens dient dieses Konstrukt als Lösungsansatz. Mit der Zuordnung eines Großteils der Gesundheitsleistungen zu den Vertrauensgütern wird eine bislang nur eingeschränkt verwendete Thematik im Gesundheitswesen auf das beständig wachsende Feld der integrierten Versorgung bezogen. Die vorliegende Arbeit erweitert die Theorie der Neuen Institutionenökonomik um die positiven Wirkungen der Vertrauensgutthematik und verbindet sie mit einer ebenenbezogenen Betrachtung der Steuerungsproblematik, um aus dieser Kombination Rückschlüsse auf die Zielerreichung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu ziehen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht dabei der Qualitätsaspekt, der im Gegensatz zu quantitativen Belangen Benachteiligung erfuhr und bis heute erfährt. Gemeinsam mit einer zunehmenden Ökonomisierungskritik auch im Bezug auf die noch nachwirkende Wirtschaftskrise und durch die mit der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007 etablierten wettbewerbseinschränkende Maßnahmen erhält die Qualitätsförderung als Bestandteil der Zielausrichtung eine verstärkte Bedeutung. Die Dissertation kombiniert mit der Steuerungsthematik gesundheitspolitische Belange mit managementbezogenen Maßnahmen und Instrumenten. Mit Hilfe von ausgesuchten Beispielen werden die Bestandteile der Theoriekonzepte, die ebenenzentrierten Steuerungsinstrumente und Steuerungsbestrebungen mit den zahlreichen möglichen Maßnahmen der integrierten Versorgung verbunden. Die integrierte Versorgung fungiert hierbei als ein eingrenzender Rahmen außerhalb der Regelversorgung, in welchem den nicht ablassenden Forderungen nach Dynamik und Flexibilität in einem größeren Raum stattgegeben wird.

Stichworte: Gesundheitspolitik – Steuerung – Vertrauensgüter

The dissertation combines aspects of control, which are focussed, with the topic of credence goods. This construction is conceived as a possibility of solution based on the existing complexity of problems in the German health system. Credence goods, which are a restricted topic till now, attached to the most benefit of health are referred to German forms of managed care called “integrierte Versorgung”. This support complements the Theory of Institutional Economic to the positive effect of credence and combines it with the problems of control obtained to the levels of the health system. This combination of topics is aimed at conclusions to the targets of quality and economy. The aspect of quality is the focus of adaptation, which is an unprivileged topic till now compared to quantitative issues. The delivery of quality receives a reinforced denotation as a part of the targets shared with an increasing criticism of economy refer to the economic crisis continued to have an effect and the reform of health in the year of 2007. The dissertation deduces topics of health policy within the issue of control with incentives and instruments of management. By means of selected examples the parts of the concepts of theory, the instruments and ambitions of control based on the levels of the health system are combined with the numerous potential of measures of the “integrierten Versorgung”. The “integrierte Versorgung” acts in a framing role outside of the standard health supply, which is a place for the not ending story of the demand of dynamic and flexibility.

Health policy – control – credence goods

Danksagung

Ich schulde an dieser Stelle vielen Personen Dank für die vielseitige und nie abbrechende Unterstützung, Hilfe und Bestärkung nicht nur während des Arbeitsprozesses, sondern bereits vor meinem Entschluss zur Promotion. Als erstes möchte ich mich bei meiner Familie, insbesondere bei meinen Eltern bedanken. Sie haben mich nicht nur während der Entstehungsphase tatkräftig unterstützt, sondern seit jeher mich in meinen Zielen bestärkt. Gemeinsam mit meinem Ehemann Markus danke ich Euch für Eure Geduld und Euer Verständnis, aber auch für die Anstöße zur Reflexion.

Mein weiterer ganz besonderer Dank richtet sich an meinen Betreuer Herrn Prof. Dr. Bernhard Blanke, der mir diese Chance ermöglichte. Die zahlreichen fachlichen Anregungen, Diskussionen und hilfreichen Tipps während der gesamten Arbeitsphase sowie die über die Promotion hinausgehende Unterstützung waren von besonderem Wert. Eine bessere Betreuungssituation ist nach meiner Einschätzung nicht realisierbar.

Abschließend danke ich der Qualitätsinitiative der Ärztekammer Hannover für die finanzielle „stipendarische“ Förderung.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einführung	1
2 Qualitative und ökonomische Aspekte der deutschen Gesundheitsversorgung	8
2.1 Prinzipien und Strukturen des Gesundheitswesens	8
2.1.1 Grundstruktur des Gesundheitswesens	8
2.1.1.1 Einführung in das Gesundheitswesen	8
2.1.1.2 Ausgestaltung der deutschen Gesundheitsversorgung	11
2.1.1.3 Gestaltungsebenen in der Gesundheitspolitik	17
2.2. Gesundheitsbegriff und Gesundheitsdienstleistungen	19
2.2.1 Gesundheit im Gesundheitswesen	19
2.2.2 Gut Gesundheit	23
2.2.3 Gesundheitsleistungen	30
2.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens	38
2.4 Der Gesundheitsmarkt	52
3 Informationsasymmetrie in der Gesundheitsversorgung	60
3.1 Neue Institutionsökonomik als Bewältigung der Informationsasymmetrie	60
3.1.1 Theoriebausteine der Neuen Institutionenökonomik	60
3.1.2 Transaktionskostentheorie und Prinzipal-Agenten Theorie als Erklärungsansätze der Problematiken im Gesundheitswesen	64
3.1.3 Vertragstheorie der relationalen Verträge als Weiterentwicklung	74

	Seite
3.2 Vertrauensgüter in der Gesundheitsversorgung	78
3.3 Vertrauen als Basis von Qualität und Qualitätspolitik	92
3.4 Vertrauensmanagement als strategische Ausrichtung	100
4 Steuerung im Gesundheitswesen	109
4.1 Steuerungsbegriff und Steuerungsmedium Geld im Gesundheitswesen	109
4.2 Zielbezug der Steuerungskonzepte	116
4.2.1 Steuerungskonzept der öffentlichen Planung	116
4.2.1.1 Organe und Funktionen der öffentlichen Planung	116
4.2.1.2 Steuerungsinstrumente und Anreizwirkungen der öffentlichen Planung	119
4.2.2 Steuerungskonzept der korporativen Koordination	136
4.2.2.1 Organe und Funktionen der korporativen Koordination	136
4.2.2.2 Steuerungsinstrumente und Anreizwirkungen der korporativen Koordination	143
4.2.3 Steuerungsinstrumente des Markt-/ Preismechanismus	150
4.2.3.1 Organe und Funktionen des Markt-/ Preismechanismus	150
4.2.3.2 Steuerungsinstrumente und Anreizwirkungen des Markt-/ Preismechanismus	154
4.3 Steuerungskonzepte als vertrauensschaffende Maßnahmen	162
4.4 Markt und Staat als gegensätzliche Pole in der gesundheitspolitischen Steuerungsdebatte	168
5 Vernetzte Versorgung als Realisierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	179
5.1 Vernetzte Versorgung als Mittel der Steuerung im Gesundheitswesen	179

	Seite
5.1.1 Begriffsabgrenzung	179
5.1.2 Netzwerke als Steuerungsinstrument	183
5.2 Integrierte Versorgungsstrukturen	187
5.2.1 Managed Care als Grundlage der integrierten Versorgung	187
5.2.1.1 Rahmenvorgabe durch Managed Care	187
5.2.1.2 Formen von Managed Care	190
5.2.2 Integrierte Versorgung als Optimierungsreserve im Gesundheitswesen	195
5.2.2.1 Konzept und Prinzipien der integrierten Versorgung	195
5.2.2.2 Instrumente der integrierten Versorgung	201
5.2.2.3 Entwicklungsprozess der integrierten Versorgung im Gesundheitswesen	211
5.3 Steuerung durch vertragliche und finanzielle Ausgestaltungsmöglichkeiten der vernetzten Gesundheitsversorgung	220
5.3.1 Steuerungsmöglichkeiten auf Basis des Vertragsinhaltes der integrierten Versorgung	220
5.3.2 Formen der vernetzten Finanzierung und Vergütung	227
5.3.2.1 Anreizwirkung durch die Anschubfinanzierung	227
5.3.2.2 Sektorales Finanzierungssystem und einzelne Vergütungsformen sowie deren Steuerungswirkungen	232
5.3.2.3 Anreizsetzung und Steuerungsmöglichkeiten durch freie Vergütungsvereinbarungen	246
5.4 Weitere organisatorische Steuerungsvarianten als zusätzliche Vernetzungsalternativen	252
5.5 Europäischer Einfluss auf die Vernetzungen im deutschen Gesundheitswesen	264

	Seite
6 Vernetzungen als Strategie zur Vertrauensschaffung	269
6.1 Verantwortung der Versicherten – Der Patient als Ausgangspunkt der Veränderungen	269
6.1.1 Kontinuierlicher Patientenfluss als Optimierungsoffensive	269
6.1.2 Adhärenz als Ziel zwischen Arzt und Patient	276
6.1.3 Wahltarife als Gestaltungsoption	282
6.2 Kontinuierliche Patientenversorgung durch die Krankenkassen als Impulsgeber	290
6.2.1 Disease-Management Programme als optimierter Patientenfluss	290
6.2.2 Von den Krankenkassen initiierte integrierte Versorgungskonzepte	299
6.2.3 Krankenkassen als entscheidende Vernetzungspartner	303
6.3 Ambulanter Sektor als Impulsgeber	307
6.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung als Vertrauensoffensive	307
6.3.2 Medizinisches Versorgungszentrum in ambulanter Trägerschaft	315
6.3.3 Vernetzungsformen im ambulanten Sektor als Qualitätspotential	323
6.4 Stationärer Sektor als Impulsgeber	329
6.4.1 Medizinische und krankheitsbezogene Versorgungszentren als strategische Ausrichtung	329
6.4.2 Sektorenübergreifende Vernetzungsformen unter Beteiligung der Krankenhäuser	336
6.4.3 Netzwerke als qualitative Strategieausrichtung im stationären Sektor	343
7 Fazit	352
Literaturverzeichnis	359
Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

Abs.:	Absatz
AEUV:	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AOK:	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP-Vertrag:	Vertrag zum ambulanten Operieren und stationsersetzender Eingriffe im Krankenhaus
AQUA:	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
AQUIK:	Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ der KBV
Art.:	Artikel
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachangestellten
BGH:	Bundesgerichtshof
BIP:	Bruttoinlandsprodukt
BKK:	Betriebskrankenkassen
BMC:	Bundesverband Managed Care
BMVZ:	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren
BNK:	Bundesverband der Niedergelassenen Kardiologen
BQS:	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
bspw.:	beispielsweise
DCZ:	Das Deutsche Cochrane Zentrum
DGIV:	Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.
DKG:	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DM:	Disease Management
DMP:	Disease Management Programme
DRGs:	Diagnosis Related Groups
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM:	Evidenzbasierte Medizin
EFQM:	European Foundation for Quality Management
EGV:	EG-Vertrag
EKG:	Elektrokardiogramm
EU:	Europäische Union
EuGH:	Europäischer Gerichtshof
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss

GbR:	Gesellschaft des bürgerlichen Rechts
GG:	Grundgesetz
GKV:	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GRG:	GKV- Gesundheitsreformgesetz
GKV-WSG:	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GmbH:	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMG:	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GRG:	Gesundheitsreformgesetz
GSG:	Gesundheitsstrukturgesetz
GWB:	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HMO:	Health Maintenance Organization
HTA:	Health Technology Assessment
HWG:	Heilmittelwerbegesetz
i.e.S.:	im engeren Sinne
IGeL:	individuelle Gesundheitsleistungen
InEK:	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IPA:	Independent Practice Association
IQM:	Initiative Qualitätsmedizin
ISO:	International Organization for Standardization
i.w.S.:	im weiteren Sinne
KHEntgG:	Krankenhausentgeltgesetz
KHG:	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KTQ:	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV:	Kassenärztliche Vereinigung
KVB:	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KZV:	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS:	National Health Service
OMK:	Offene Methode der Koordinierung
ÖPP:	Öffentlich-Private Partnerschaft
PKV:	private Krankenversicherung
PPO:	Preferred Provider Organizations

PPP:	Public Privat Partnership
QEP:	Zertifizierungsprogramm „Qualität und Entwicklung in Praxen“ der KBV
QSR:	Projekt zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten
RSA:	Risikostrukturausgleich
RSA-ÄndV:	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RWI:	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SGB:	Sozialgesetzbuch
sog.:	so genannt
TEP:	Totalendoprothesen-Operation
TK:	Techniker Krankenkasse
u.a.:	unter anderem
UWG:	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VÄndG:	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VZBZ:	Verbraucherzentrale Bundesverband
WHO:	World Health Organization
2.GKV-NOG:	2. GKV-Neuordnungsgesetz

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Steuerungsziele und –instrumente	11
Abbildung 2: Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems	16
Abbildung 3: Mögliche Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit	21
Abbildung 4: Gesundheitsverständnisse der Gesundheitsökonomien	28
Abbildung 5: Idealisierter Dienstleistungsprozess	33
Abbildung 6: Gesundheitsleistungen zur Erreichung der Steuerungsziele	37
Abbildung 7: Wirtschaftlichkeit als Bestandteil der ökonomischen Ausrichtung im Sozialstaat	40
Abbildung 8: Wirtschaftlichkeit und Qualität als Zielgrößen im Gesundheitswesen	51
Abbildung 9: Nominale Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland	53
Abbildung 10: Gesetze und Verordnungen im Gesundheitswesen seit 1977	57
Abbildung 11: Effiziente Steuerung und Kontrolle	76
Abbildung 12: Grad der Informationsasymmetrie innerhalb der Eigenschaftstypologie	82
Abbildung 13: Diagnose- und Behandlungssystem im Patientenfluss	83
Abbildung 14: Leistungserbringer zwischen Individuum und Gesellschaft	94
Abbildung 15: Vertrauen im Versorgungsprozess	98
Abbildung 16: Phasen des Vertrauensmanagements	105
Abbildung 17: Zielbezug der Steuerungskonzepte	111
Abbildung 18: Hierarchie der Steuerungskompetenz	118
Abbildung 19: Steuerungskontinuum der öffentlichen Planung	134
Abbildung 20: Steuerungsübersicht im Gesundheitswesen	163
Abbildung 21: Managed Care Institutionen und Instrumente	191
Abbildung 22: Ausgewählte Organisationsformen im Vergleich	194
Abbildung 23: Beurteilung der integrierten Versorgung anhand der Steuerungspyramide	197
Abbildung 24: Ebenen der Integration	199
Abbildung 25: Kooperations- und Zusammenschlussvarianten des ambulanten und stationären Sektors	262

1 Einführung

Die Dissertation verbindet die im Fokus der Untersuchung stehenden Steuerungsaspekte mit der Vertrauensgutthematik. Auf der Basis der vorhandenen Problemkomplexität des deutschen Gesundheitswesens dient dieses Konstrukt als Lösungsansatz. Mit der Zuordnung eines Großteils der Gesundheitsleistungen zu den credence goods wird eine bislang nur sporadisch und für partielle Bereiche bzw. Leistungen im Gesundheitswesen verwendete Thematik auf das beständig wachsende Feld der integrierten Versorgung bezogen. Die vorliegende Arbeit ergänzt die Theorie der Neuen Institutionenökonomik um die positiven Wirkungen der Vertrauensgutthematik und verbindet sie mit einer ebenenbezogenen Betrachtung der Steuerungsproblematik, um aus dieser Kombination Rückschlüsse auf die Zielerreichung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu ziehen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht dabei der Qualitätsaspekt, der im Gegensatz zu quantitativen Belangen Benachteiligung erfuhr und bis heute erfährt. Mit Hilfe von ausgesuchten Beispielen werden die Bestandteile der Theoriekonzepte, die ebenenzentrierten Steuerungsinstrumente und Steuerungsbestrebungen mit den zahlreichen möglichen Maßnahmen der integrierten Versorgung verbunden. Die integrierte Versorgung fungiert hierbei als ein eingrenzender Rahmen außerhalb der Regelversorgung, in welchem den nicht ablassenden Forderungen nach Dynamik und Flexibilität in einem größeren Raum stattgegeben wird. Die Einführung der integrierten Versorgung beruht auf den Forderungen nach umfassenden Optimierungen. Anhaltende Ergänzungen, Konkretisierungen und Streichungen der Gesundheitspolitik deuten auf eine notwendige Anpassung auf gesundheitspezifische Gegebenheiten und einem bisher ausgebliebenen „Durchbruch“ der Versorgungsalternativen. Gemeinsam mit einer zunehmenden Ökonomisierungskritik auch im Bezug auf die noch nachwirkende Wirtschaftskrise und durch die mit der vergangenen Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007 etablierten wettbewerbseinschränkenden Maßnahmen erhält die Qualitätsförderung als Bestandteil der Zielausrichtung eine verstärkte Bedeutung. Aus dieser qualitativen Fokussierung sowie den vorausgehenden akteursspezifischen Betrachtungen und Analysen wird das Vertrauensmanagement als strategische Perspektive abgeleitet und vorgestellt. Dabei kombiniert die Dissertation mit der Steuerungsthematik gesundheitspolitische Belange mit managementbezogenen Maßnahmen und Instrumenten. Das aufgezeigte komplexe und vielseitige Einfluss- und Anreizsystem ausgewählter Akteure aus den einzelnen Sektoren wird abschließend um praxisorientierte Fälle vertieft.

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein höchst komplexes und heterogenes Gebilde, das von zahlreichen Interessen, Strukturen und Prozessen zusammengesetzt und beeinflusst wird. Zusammenfassende Bestrebungen oder eine gemeinsame Tendenz, welche dem gesamten Gesundheitswesen außerhalb des übergeordneten Anliegens der Bewahrung, Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zugeschrieben werden können, stoßen an die Grenzen akteursspezifischer Interessen. Die Ausrichtung auf die Zielgrößen Qualität und Wirtschaftlichkeit nimmt diesen Anspruch als rahmengebende Orientierungshilfe im Gesundheitskomplex wahr und dient der vorliegenden Arbeit als richtungsgebende Grundlage im zweiten Kapitel. Dabei leitet sich die Zielausrichtung auf die Verbesserung ökonomischer und qualitativer Belange aus einer anhaltenden Priorisierung dieser Aspekte in den vergangenen und aktuellen Reformen ab. Zugleich stellt die Fokussierung auf die Zieldimensionen Qualität und Wirtschaftlichkeit eine Komprimierung zahlreicher Ausrichtungsansätze dar, die unter den beiden Begrifflichkeiten zusammengefasst werden. Dabei ergibt sich aus den begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitswesen die Notwendigkeit ökonomische Aspekte zu integrieren. Zwar entfällt bei der Zieldimension Qualität eine solche Begründung für den Einbezug „bereichsfremder“ Instrumente und Maßnahmen. Jedoch verfügen qualitative Aspekte u.a. aufgrund eingeschränkter Erfass- und Messbarkeit über eigene bereichsspezifische Mängel. Aus der Analyse der einzelnen Zieldimensionen mit ihren Vor- und Nachteilen leitet sich die erste begleitende These ab, dass Ökonomie und Qualität keine voneinander unabhängigen Konstrukte darstellen, sondern in Interaktion miteinander stehen und sich gegenseitig positiv bedingen. Anhand der Begriffsanalyse des Gutes Gesundheit aus gesundheitsökonomischer Sicht wird diese Annahme in Kapitel 2.2.2 graphisch aufgearbeitet sowie die Besonderheit als Ergebnis der Kombination qualitativer und ökonomischer Belange als wesentliches Merkmal des Gesundheitswesens im zweiten Abschnitt fokussiert. Den Ergebnissen sind in diesem Kapitel für die weiteren Ausführungen wesentliche versorgungsbezogene Prinzipien und Strukturen des deutschen Gesundheitswesens als Grundlage innerhalb des Kapitels 2.1 vorangestellt. Hieraus leiten sich einerseits die Bestrebungen zur notwendigen Überwindung der zahlreichen Problematiken und Versagenstheorien ab und andererseits die verschiedenen heterogenen Gegebenheiten, die Lösungsansätze, Veränderungen und Reformbemühungen ihrerseits beeinflussen und mitgestalten. Letztere werden im vierten Unterkapitel aufgezeigt und schließen mit einer Skizzierung der aktuellen bzw. kürzlich vorgefundenen Lage des Gesundheitssektors. Dabei deutet bereits die Bezeichnung „Gesundheitsmarkt“ in Kapitel 2.4

auf die verstärkten Ökonomisierungsbemühungen im Gesundheitswesen, die es im Folgenden näher zu untersuchen gilt.

Mit der Neuen Institutionenökonomik wird ein theoretischer Ansatz vorgestellt, welcher einen Großteil der versorgungsbezogenen Problematiken erläutert und aufgrund dessen als Theoriefundament herangezogen wird. Darauf aufbauend wird die Hauptthese bearbeitet, wonach Gesundheitsleistungen den Vertrauensgütern zugerechnet werden können. Die Annahme ist mit der vorgestellten Problemkomplexität des Gesundheitswesens eng verknüpft und stellt die asymmetrische Informationsverteilung als vorwiegende Begründung für die beständige Ausrichtung auf ökonomische und qualitative Optimierungsansätze im Gesundheitswesen ins Zentrum der Betrachtung. Die Neue Institutionenökonomik eignet sich dabei auch aufgrund der enthaltenen Theoriebestandteile wie der Transaktionskostentheorie, der Prinzipal-Agenten Theorie in Kapitel 3.1.2 und der Vertragstheorie der relationalen Verträge in Kapitel 3.1.3, die im Sinne von Bausteinen verschiedene Erklärungsansätze umfassen. Die These der Vertrauensgutthematik der Gesundheitsgüter wird als ergänzender Baustein im zweiten Abschnitt des dritten Kapitels an das bestehende Theoriegerüst angefügt. Diese Annahme umfasst den Kern der Ausführungen, welcher mit der Zuordnung eines Großteils der Gesundheitsleistungen zu den credence goods eine bislang nur untergeordnete Rolle und nur für bestimmte Bereiche bzw. Leistungen im deutschen Gesundheitswesen verwendete Thematik umfasst. Die Annahme erweitert und vertieft die Vertrauensgutthematik im Gesundheitswesen und nutzt sie als Gestaltungsmöglichkeit. Mit der Vertragstheorie als Theoriebestandteil wird der Vernetzungsaspekt als ein weiterer Grundpfeiler der Dissertation eingeführt und in Verbindung mit den erarbeiteten Erkenntnissen gesetzt. Aus dem Anspruch der Qualitätspolitik werden das Potential von Verknüpfungen und die daraus resultierende Verbindung mit Managementanforderungen abgeleitet. Daraus folgt die These, dass Vernetzungen als strategische Ausrichtung die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit realisieren können. Als Erweiterung dieser Annahme fungiert die Kernannahme der positiven Wirkung vertrauensbasierter Maßnahmen. Dies induziert, dass Vertrauensgüter über einen entscheidenden Anteil an Prozessen im Gesundheitswesen verfügen und damit in Verbindung mit dem Qualitätskonstrukt besonderer strategischer Beachtung bedürfen. Demnach wird die Vertrauensthematik mit dem Qualitätsbegriff in Verbindung gesetzt. Insbesondere vor dem Hintergrund einer ebenenzentrierten Untersuchung ermöglicht der Vertrauensbegriff eine Integration von sowohl persönlichen, als auch

systemischen Ansprüchen. Als Folge dieser Zusammenhänge auf der Grundlage der These der Vertrauensgutsymptomatik im Gesundheitswesen werden mit Hilfe eines Vertrauensmanagements strategische Potentiale zur Überwindung der Informationsasymmetrie am Ende des dritten Kapitels vorgestellt. Zugleich nimmt dieser Ansatz die individuellen und sich daraus entwickelnden systemischen Möglichkeiten als Gestaltungsempfehlungen auf.

Das vierte Kapitel fügt die Steuerungsthematik in den bislang erarbeiteten Kontext ein. Mit ausgesuchten Steuerungsmedien als generalisierte einflussnehmende Konzeptionen wird der steuerungsbezogene Themenkomplex eingeleitet. Diese Darstellung wird von der Annahme begleitet, dass die Steuerungsrichtungen über unterschiedliche Gewichtung verfügen. Als ein entscheidendes Steuerungsmedium wird das Geld, das u.a. allgegenwärtige Eigenschaften beinhaltet, in Kapitel 4.1 neben einer begrifflichen Eingrenzung der Steuerungsthematik herausgestellt. Dadurch wird die damit verbundene Fokussierung ökonomischer Bezüge auch auf die Steuerungsbestrebungen ausgeweitet und darüber hinaus Erklärungsansätze hierfür aufgezeigt. Zugleich wird die These, dass die gemeinsame Ausrichtung von ökonomischen und qualitativen Zieldimensionen zu einer Optimierung führt, wieder aufgenommen. Zur weiteren Untersuchung inwiefern sich die Anreizwirkungen und Steuerungsinstrumente im Bezug auf den Einfluss spezifischer Akteure unterscheiden lassen, wird ein Steuerungskatalog erarbeitet, der auf die einzelnen Steuerungskonzepte bezogen wird. Die Unterteilung hierzu basiert auf den Steuerungskonzepten der öffentlichen Planung in Kapitel 4.2.1, der korporativen Koordination in Kapitel 4.2.2 und des Markt-/ Preismechanismus in Abschnitt 4.2.3, welche sich an der Ebeneneinteilung orientieren. In Anlehnung an die Ebenenunterscheidung fungiert die Einteilung als Strukturierung, aus der sich spezifische Aufgaben- und Interessenwahrnehmungen bestimmter Akteure ableiten lassen. Gleichmaßen bietet das vierte Kapitel auch einen Einstieg und erste mögliche Erklärungsansätze in die von Widersprüchen, Spannungen und Undurchsichtigkeiten begleiteten Handlungen spezifischer Akteure. Vor diesem Hintergrund behandelt das dritte Unterkapitel den Bestandteil vertrauensbezogener Kriterien innerhalb der behandelten Bereiche inklusive der einzelnen Steuerungsanliegen. Die These der Vertrauensgutthematik im Gesundheitswesen wird hier vertiefend untersucht sowie mit den Steuerungsaspekten verknüpft. Den Abschluss dieses Abschnittes bildet die Behandlung der gegensätzlichen Pole Markt und Staat in der gesundheitspolitischen Debatte. Die Herauslösung der zwei idealisierten Steuerungskonzepte zielt darauf ab, einerseits die Unterschiede zwischen den

Konzepten herauszustellen und darauf basierend steuerungsbezogene Ausrichtungen zu identifizieren. Andererseits gibt das Kapitel 4.4 einen in der Gesundheitspolitik wiederkehrenden Diskurs zwischen den marktlich und staatlich orientierten Mechanismen und Instrumenten wieder. Zugleich relativiert dieser Abschnitt die bislang vorwiegend auf marktbezogene Missstände zurückführende Problemkomplexität um Möglichkeiten des Staatsversagens. Die eingangs erläuterte Zielausrichtung auf ökonomische und qualitative Verbesserungen wird wieder aufgenommen. Im Hinblick darauf wird untersucht, inwieweit die einzelnen polarisierten Steuerungskonzepte Markt und Staat nutzbar gemacht werden können.

Ausgehend von den Steuerungskonzepten mit ihren spezifischen Ausrichtungen und damit verbundenen Problematiken, die sich in das von Schwierigkeiten und Mängeln geprägte Gesundheitswesen einfügen lassen, bedarf es innovativer und flexibler Konzepte, die daran ansetzen die Missstände im Sinne der übergeordneten Zielerreichung zu überwinden bzw. zu verbessern. Es wird in diesem Bezug angenommen, dass Vernetzungen einen wesentlichen strategischen Beitrag hierzu leisten können. Damit wird die im dritten Kapitel skizzierte These wieder aufgenommen und mit den integrierten Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen im fünften Abschnitt erweitert. Zudem wird das Potential der Vernetzungen innerhalb der Alternativversorgung im Bezug auf die Optimierung von qualitativen und wirtschaftlichen Belangen untersucht. Dieser Analyse werden zunächst begriffliche Abgrenzungen sowie Herleitungen, konzeptionelle Entwicklungen vorausgestellt und um die Darstellung von Instrumenten ergänzt. Auf dieser fundierten Basis werden die vernetzten Versorgungsstrukturen mit der Steuerungsthematik vertraglicher und finanzieller Ausgestaltungsmöglichkeiten verbunden. Zugleich werden im fünften Kapitel vertrauensbezogene Aspekte integriert. Der Managed Care Backlash wird stellvertretend für eine nachteilige Entwicklung von ökonomischen Konzepten mit ausschließlicher Beachtung quantitativer Größen in Kapitel 5.2.1.1 herangezogen. Rückschlüsse aus dem darin enthaltenen Imageverlust deuten auf eine notwendige und überfällige Beachtung qualitativer und vertrauensorientierter Mechanismen und Instrumente hin. Mit Hilfe der Ebenenunterteilung werden die steuerungsbezogenen Gestaltungsvarianten entscheidender Akteure innerhalb der Vertragsgrundlage sowie der finanziellen Möglichkeiten in der integrierten Versorgung vor dem Hintergrund der Zielorientierung im dritten Unterkapitel aufgearbeitet und untersucht. An dieser Stelle werden die bislang erarbeiteten

Teilerkenntnisse um eine stärker praxis- und beispielorientierte Erläuterungsstruktur ergänzt und aktuelle Reformbestrebungen und Entwicklungen in die Analyse einbezogen. Innerhalb des vierten Unterkapitels des fünften Abschnittes wird die Verfahrensweise mit dem Fokus auf organisatorische Steuerungsvarianten fortgeführt. Damit wird darauf abgezielt, die managementbezogenen Vernetzungsansätze innerhalb der gesundheitspolitisch vorgegebenen Zielerreichung explizit vorzustellen und von den bislang dargestellten vernetzten Steuerungskonzepten zu separieren. Zur Vervollständigung der Betrachtung der ebenenbezogenen Steuerungsmechanismen und deren Anreizwirkungen schließt das fünfte Kapitel mit Einbezug des europäischen Einflusses auf die Vernetzungen im deutschen Gesundheitswesen als supranationaler Akteur auf der Makro-Ebene.

Im sechsten Kapitel werden auf der Grundlage der bislang erarbeiteten Erkenntnisse Rückschlüsse und Ergebnisse anhand von Beispielen aus der integrierten Versorgung gezogen. Mit Hilfe einer Unterteilung in eine patienten-, kosträger- und leistungserbringerbezogene Betrachtung jeweiliger Steuerungsinteressen und Wirkungsbezüge auf das Gesundheitswesen wird das Potential der Vernetzungstätigkeit in Verbindung mit einer strategischen vertrauensschaffenden Ausrichtung analysiert. Im Sinne des Titels der Vernetzung werden hierzu die einzelnen Annahmen verbunden. Vor dem Hintergrund der Herausstellung qualitativer Belange wird die bisherige Aufgaben- und Rollenwahrnehmung des Patienten, als eigentlicher Dreh- und Angelpunkt des vollständigen Gesundheitswesens fokussiert sowie mögliche Tendenzen und Entwicklungen, wie die Adhärenz zwischen Arzt und Patient in Kapitel 6.1.2, unter den genannten Bestrebungen skizziert. Die innerhalb des gesamten Abschnittes über die Verantwortung der Versicherten sowie innerhalb der vorausgehenden Kapitel wiederkehrenden Betonung kontinuierlicher Abläufe wird auch im sich anschließenden kostenträgerbezogenen Abschnitt fortgeführt und mit den Disease-Management Programmen im Kapitel 6.2.1 spezifiziert. Mit der Begrifflichkeit des Impulsgebers wird im Besonderen auf die Managementtätigkeit der Akteure Krankenkassen, ambulanter und stationärer Sektor verwiesen. Zugleich deutet sich mit der fehlenden Bezeichnung der Patienten als Impulsgeber eine eingeschränkte Gestaltungsfähigkeit dieses Akteurs, die mit einer begrenzten Steuerungstätigkeit einhergeht, an. In Verbindung mit den Thesen, wie dem Potential des Vertrauensaspektes, stehen die bisherigen Entwicklungen und möglichen Ansatzpunkte im Zentrum der Betrachtung. Insbesondere die ebenenbezogene Analyse ermöglicht einen vertiefenden Blick auf die Einflüsse und Interessen vorzunehmen

sowie potentielle Widersprüche aus Aufgaben- und Rollenwahrnehmungen zu verfolgen. Mithilfe der Beispiele können diese Untersuchungen einzelner Akteure auch im sektorenübergreifenden Vergleich, wie zwischen dem ambulanten und stationären Bereich in Kapitel 6.4.2, konkretisiert werden. Begleitet werden die beispielhaften Untersuchungen von den Analysen über die Wirkungsbezüge auf die Zieldimensionen Wirtschaftlichkeit und Qualität. Dabei wird auch anhand gescheiterter Beispiele, wie dem Barmer Hausarzt-Apotheken Vertrag in Kapitel 6.2.2 darauf abgezielt, ein möglichst reales und facettenreiches Bild der aktuellen gesundheitsbezogenen Versorgungssituation innerhalb der integrierten Versorgung darzulegen und daran die im Vorfeld erarbeiteten Erkenntnisse darzustellen. Dazu zählt u.a. die Erfassung der spezifischer Anreizmechanismen sowie mögliche Maßnahmen zur Messbarkeit als Mittel zur Quantifizierung. Die Dissertation unterliegt nicht dem Anspruch einer mit Hilfe der Thesen umfassenden Auslöschung aller Probleme und Unzulänglichkeiten im Gesundheitswesen, sondern erweitert die bisherigen Erklärungsansätze um qualitativ bezogene Maßnahmen auf theoretischer Grundlage, die mit Hilfe managementbezogener Konzepte die Steuerungsbezüge und Anreizmechanismen aufnehmen und so vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Ausrichtung strategische Potentiale beinhalten und eine potentielle Richtung aufzeigen können und sollen.

2 Qualitative und ökonomische Aspekte der deutschen Gesundheitsversorgung

2.1 Prinzipien und Strukturen des Gesundheitswesens

2.1.1 Grundstruktur des Gesundheitswesens

2.1.1.1 Einführung in das Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen umfasst einen komplexen und vielschichtigen Sektor, der zahlreiche Stakeholder beinhaltet, die in unterschiedlichen Beziehungen zueinander stehen. Die netzartige Verbindung zwischen den Akteuren, die vielfältig ausgestaltet ist, wird auch in der Definition nach Henke deutlich. Hiernach wird das Gesundheitswesen „[...] einerseits als die Gesamtheit der Institutionen und Personen gesehen [...], welche die Gesamtheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen, oder andererseits auch als eine bestimmte Form der Verknüpfung aller Personen, Sachmittel und Einrichtungen, die im Dienste der Gesundheit wirken.“¹ Diese Begriffserläuterung lässt sich dem Gesundheitswesen i.e.S. zuordnen, wobei das Gesundheitswesen i.w.S. neben den professionellen medizinischen und gesundheitsbezogenen Bereichen auch die Selbsthilfe sowie Selbsthilfegruppen mit einschließt. Dieser Unterteilung, die auf Schell zurück geht, ist eine Definition des Gesundheitswesens vorangestellt, die normative Regelungen und Maßnahmen beinhaltet, welche neben Institutionen und Personen auf die Ziele des Gesundheitswesens abzielen.² Es wird somit deutlich, dass eine allgemeingültige Definition nicht vorzufinden ist. Statt einer festgelegten und damit starren Begriffserläuterung unterliegt das Verständnis vom Gesundheitswesen den vielfältigen und zeitlich variablen Veränderungen. Dementsprechend lässt sich im Ausschnitt der Definition von Becker-Berke und Lautwein-Reinhard, die eine Partizipation „alle[r] staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen, Personen, Normen und Prozesse“³ feststellen, ein Entwicklungsprozess des Begriffs Gesundheitswesen erkennen. Diese Definition aus dem Jahre 2007 nimmt einerseits eine Unterteilung in staatliche und nichtstaatliche Institutionen vor und orientiert sich andererseits durch den Einbezug von Normen und Prozessen stärker an der Gestaltung des Gesundheitswesens. In der Begriffserläuterung nach Henke richtete sich der Fokus lediglich auf Institutionen und Personen als Akteure im Gesundheitssektor. Durch die Erweiterung wird das Verständnis vom Gesundheitswesen um Koordinationsmöglichkeiten in Form von prozessorientierten Abläufen und Normen ergänzt. Aufgrund der in den letzten Jahren gestiegenen Dynamik und Komplexität im Gesundheitssektor zeigt sich die Notwendigkeit

¹ Henke, K.-D. (1993), S. 809.

² Vgl. Schell, W. (1995), S. 101-103.

³ Becker-Berke, S./ Lautwein-Reinhard, B. (2007), S. 131.

mittels Koordinationsansätzen bzw. Steuerungsmöglichkeiten und –ausgestaltungsformen den Ansprüchen eines Gesundheitswesens, welches einem permanenten Wandel unterworfen ist, gerecht zu werden.

Die Gesundheitspolitik verfolgt das normative Ziel die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern und Minderungen krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität sowie des vorzeitigen Todes mittels politischer Möglichkeiten entgegenzuwirken. Nach Rosenbrock gilt es den Gesundheitsrisiken sowohl vor, als auch nach ihrem Eintritt mit Hilfe eines populationsbezogenen Managements zu begegnen.⁴ Die Einengung der Gesundheitspolitik auf die Bereiche der Kostendämpfung und Krankenversorgung wird von Rosenbrock und Kühn kritisiert. Stattdessen verfügt die Gesundheitspolitik über vielfältige zu unterstützende Bereiche wie Prävention und Gesundheitsförderung sowie über zahlreiche Stakeholder mit unterschiedlichen Interessen, die es zu beachten gilt. Somit lässt sich Gesundheitspolitik auch als Querschnittsaufgabe beschreiben. Mit Hilfe der Gestaltung von Verhaltensanreizen bzw. Verhaltensbedingungen sowie Verhältnissen zielt die Gesundheitspolitik darauf ab, den Krankheitsprozess zu beeinflussen.⁵ Steuerungs- und Koordinationsaufgaben nehmen somit innerhalb des komplexen Aufgabenbereiches der Gesundheitspolitik einen erheblichen Umfang ein. Das Steuerungsinstrumentarium reicht von staatlichen Regulierungen, Normierungen in Form von Verboten sowie Geboten über Institutionalisierung und Information bis hin zu marktorientierten Möglichkeiten. Innerhalb dieses Kontinuums an Steuerungsinstrumenten nimmt das Kriterium Geld ebenfalls einen hohen Stellenwert ein.⁶

Im Gesundheitswesen lassen sich nach Rosenbrock drei Leitfragen im Bezug auf die Steuerungsproblematik konstatieren:

1. „Sind die Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme so beschaffen, daß möglichst jeder Mensch mit Gesundheitsproblemen zum richtigen Zeitpunkt in das richtige (Teil-)System gelangt? (Steuerungsziel: Zugangsrationalität)
2. Gewährleisten Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme in der Krankenversorgung, daß möglichst jeder Mensch eine kontinuierliche, integrierte, auf seine Individualität und auf seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung seiner Gesundheitsprobleme erfährt? (Steuerungsziele: Systemqualität; Effektivität; Versorgungsqualität)

⁴ Vgl. Rosenbrock, R. (1998), S. 707, S. 746 f.

⁵ Vgl. Bäcker, G. et al. (2008), S. 108; Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 12f.; Vgl. Kühn, H. (1998a), S. 208.

⁶ Vgl. Rosenbrock, R. (1998), S. 708 f. Vgl. Kapitel 4.1.

3. Werden die als notwendig erachteten Leistungen der Krankenversorgung mit möglichst wenig professioneller Intervention und möglichst kostengünstig erbracht? (Steuerungsziel: Effizienz; Finanzierbarkeit)⁷

Anhand dieser Fragen lässt sich die vielschichtige Problematik im Gesundheitswesen erkennen, die sich über unterschiedliche Bereiche und damit Ansätze erstreckt. Die erste Leitfrage thematisiert den Eintritt in das Gesundheitswesen sowie die Überleitung in einzelne Sektoren. Schwierigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege werden in diesem Punkt aufgezeigt. Aber auch das Einweiserverhalten in den einzelnen Sektoren spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dabei lässt sich festhalten, dass eine trennscharfe Separierung einzelner Leitfragen voneinander nicht erfolgen kann. Beispielhaft für die Vermischung der Thematiken zeigt sich, dass auch die Zugangsrationalität innerhalb eines kontinuierlichen Krankenversorgungsprozesses entscheidend ist. Mangelnde Integration und Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren wirken sich somit negativ auf das Individuum aus. Ein reibungsloser und nicht sektoralisierter Versorgungsablauf beinhaltet zudem den Einsatz qualitätsgestützter Mechanismen. Dieses hierfür benötigte Instrumentarium zur Bewältigung der Steuerungsprobleme umfasst das genannte Kontinuum, welches von staatlichen Regulierungen bis marktorientierten Möglichkeiten reicht. Hieraus ergibt sich auch die Problematik ob und in welchem Umfang staatliche und wettbewerbliche Maßnahmen im Gesundheitswesen über förderliche Auswirkungen verfügen. In der dritten Leitfrage wird der Kostenaspekt fokussiert, der innerhalb des Gesundheitswesens neben dem Qualitätsaspekt eine besondere Rolle spielt. Die nach Rosenbrock thematisierten Leitfragen geben einen ersten Überblick über die Steuerungsproblematik im Gesundheitswesen, die im Folgenden im Zentrum der Betrachtung steht. Insbesondere die Aspekte der Vernetzung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten im Hinblick auf die Koordinierung spielen hierbei eine hervorzuhebende Bedeutung. Der Bereich der Prävention sowie Gesundheitsförderung wird aus der Betrachtung herausgenommen. Auch die Pflege wird nur am Rande thematisiert. Die Abbildung 1 fasst die bisherigen Ausführungen zusammen. Das komplexe und vielschichtige Gesundheitswesen verfügt über Steuerungsprobleme, die anhand von Instrumenten, welche auf einem Kontinuum zwischen staatlichen und marktlichen Mechanismen einzuordnen sind, behoben oder verbessert werden sollen. Diese Maßnahmen zielen darauf ab die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern.

⁷ Rosenbrock, R. (1998), S. 733.

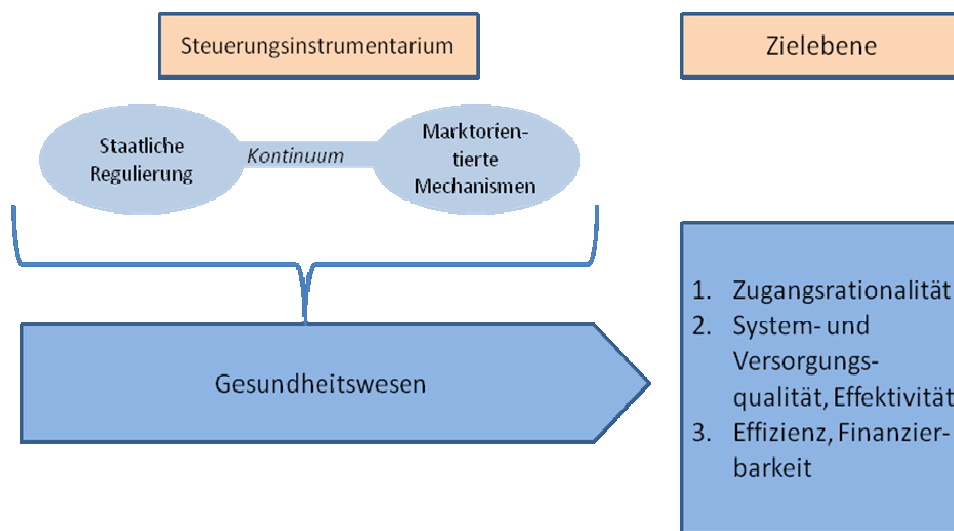


Abbildung 1: Steuerungsziele und –instrumente

Quelle: Eigene Darstellung.

2.1.1.2 Ausgestaltung der deutschen Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitswesen und damit auch die deutsche Gesundheitspolitik basieren auf dem Sozialversicherungsmodell. Innerhalb dessen erfolgt die Finanzierung mit Hilfe von Sozialversicherungsbeiträgen. Die Krankenversicherungen kommen in diesem Modell für Versorgungsleistungen der Versicherten auf, indem sie Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern, zu denen sowohl öffentliche, als auch private Organisationen zählen, schließen. Eine besondere Bedeutung nimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einerseits aufgrund des hohen Versichertenanteils in der Bevölkerung und andererseits durch den hohen Anteil an den Gesundheitsausgaben ein.⁸ Aus diesen Gründen fokussiert die Gesundheitspolitik vorwiegend die GKV. Auch die folgenden Ausführungen konzentrieren sich deshalb primär auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Maßgeblich für das staatliche Handeln ist das Sozialstaatsprinzip, das sich aus den Artikeln 20, Absatz 1 sowie 28, Absatz 1 des Grundgesetzes herleiten lässt. Darin wird deutlich, dass der Staat „den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaats“⁹

⁸ Im Jahr 2006 betrug der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung an den Gesundheitsausgaben mit 139.755 Mio. € ca. 57%. Vgl. hierzu Statistisches Bundesamt (2008a): <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Content50/Ausgabentraeger.templateId=renderPrint.psml>; Aktuell sind 88% der krankenversicherten Bevölkerung in der GKV versichert. Vgl. hierzu Berger, H./ Stock, C. (2008), S. 4.

⁹ Art. 28, Abs. 1 GG.

entsprechen muss. Diese Grundsätze beeinflussen die Sozialgesetzgebung, wonach auf die „Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherung“¹⁰ abgezielt wird. Aus diesen Ansprüchen ergibt sich die Verpflichtung zur Daseinsvorsorge, wobei sich die staatliche Ausgestaltung vorwiegend auf eine allgemeine Rahmensetzung beschränkt, obliegt dem Staat letztendlich die Verantwortung im Gesundheitswesen.

Eines der wesentlichsten Grundprinzipien des Gesundheitssektors stellt die Solidarität dar. Im Paragraphen 1 des SGB V wird die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft bezeichnet, welcher damit die Aufgabe zugeschrieben wird die Gesundheit aller Mitglieder dieser Gemeinschaft gleichermaßen „...zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“¹¹ Damit besteht für die GKV das Solidaritätsprinzip, wonach dem Einzelnen innerhalb der Solidargemeinschaft bei Bedarf, wie im Krankheitsfall, gegenseitige Hilfe sowie Unterstützung zugestanden wird. Die Realisierung dieser Hilfestellung erfolgt mittels Solidarausgleichen zwischen Gesunden und Kranken, zwischen höheren und niedrigeren Einkommen sowie zwischen beitragszahlenden Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Innerhalb der GKV besteht das Leistungsfähigkeitsprinzip, nach dem sich die Beitragszahlung am Einkommen orientiert. Der jeweilige Gesundheitszustand sowie das Risiko der Beeinträchtigung der Gesundheit eines Mitglieds der Solidargemeinschaft der GKV beeinflusst nicht die Höhe des Beitrags. Eine solche risikoäquivalente Berechnung der Beiträge erfolgt stattdessen in der privaten Krankenversicherung (PKV). Der Solidarausgleich beschränkt sich somit auf die Zahlung der beitragspflichtigen Mitglieder der GKV bis zur Beitragsbemessungsgrenze^{12, 13}. Neben den im Solidaritätsprinzip enthaltenen Rechten, die sich u.a. aus dem Paragraphen 11 SGB V ergeben, indem den Versicherten bspw. Ansprüche im Krankheitsfall zugesichert werden, bestehen für die Mitglieder der Solidargemeinschaft auch Pflichten. Der Paragraph 1 SGB V betont die Mitverantwortung des Einzelnen an der eigenen Gesundheit. Das Solidaritätsprinzip beinhaltet damit neben der gegenseitigen Unterstützung auch ein individuelles

¹⁰ § 1, Abs. 1, Satz 1 SGB I.

¹¹ § 1, Satz 1 SGB V.

¹² Die Beitragsbemessungsgrenze stellt die Einkommensobergrenze dar. Bis zu dieser Grenze werden einkommensabhängige Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung sowie für die soziale Pflegeversicherung erhoben. Jährlich erfolgt eine Anpassung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung der Versicherten. Im Jahr 2008 besteht die Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 43.200 € des Bruttogehalts. Vgl. hierzu Bundesministerium für Gesundheit (2008a), http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168258/sid_11AB5609780A608681F7475153EEF916/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/B/Glossarbereich-Beitragsbemessungsgrenze.html?__nnn=true.

¹³ Vgl. Simon, M. (2008), S. 67-73. Vgl. Nagel, E. (2007), S. 73.

eigenverantwortliches und damit gesundheitsbewusstes Verhalten. Dieser Wandel zu einer stärker auf individuelle Bedürfnisse ausgerichteten Einstellung, die damit den Solidaritätsgedanken zurückdrängt, zeigt sich auch in den neuen gesetzlichen Ergänzungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), das am 1. April 2007 in Kraft trat. Durch die Konkretisierung des Paragraphen 52 SGB V, welcher die Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden thematisiert, wird mit dem neuen zweiten Absatz der Schutz der Solidargemeinschaft vor schädlichem individuellem Verhalten bestärkt. Dementsprechend soll auch der neue Paragraph 52 a SGB V den Leistungsausschluss bei missbräuchlicher Inanspruchnahme für die Krankenkassen ermöglichen. Die Orientierung auf Eigenverantwortung entspricht dem Prinzip der Subsidiarität, welches das Solidaritätsprinzip ergänzt. Hiernach werden Selbsthilfe und Eigeninitiative der Hilfe von außen vorgezogen. Kleinere Einheiten, wie die Familie, werden vor größeren Einheiten, wie der GKV, in Anspruch genommen. Aus diesem Grund fungiert die größere Einheit Staat vorwiegend als rahmensetzende Institution. Zugleich schließt die Definition des Gesundheitswesens i.w.S. die Selbsthilfe und damit das Prinzip der Subsidiarität mit ein.

Ausgehend von den ersten Solidargemeinschaften, die bis ins Mittelalter zurückreichen,¹⁴ verfügt das deutsche Gesundheitswesen über eine bis heute diesen Sektor stark prägende Selbstverwaltung. Die GKV, die dem Prinzip der Selbstverwaltung unterliegt, handelt bei der Erfüllung ihrer Aufgaben weitestgehend autonom. Der Staat ist im Sinne des Prinzips der Subsidiarität auf die Rechtsaufsicht sowie die Rahmensetzung beschränkt. Bei den Krankenkassen handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts, welche durch die Delegation von staatlichen Aufgaben und Verantwortungsbereichen, die Rolle einer mittelbaren Staatsverwaltung inne haben. Für den Staat ergibt sich durch die Übertragung der Vorteile, dass er eine Entlastung von diesen Aufgaben erfährt. Der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt somit die eigenverantwortliche Erfüllung der Selbstverwaltungsorgane, die den Verwaltungsrat und den Vorstand umfassen. Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der einzelnen Krankenkassen und wird vom Verwaltungsrat gewählt, der bei den Ersatzkassen von den Versicherten und bei den übrigen Krankenkassen zur Hälfte von Arbeitgebern und Mitgliedern gewählt wird. Hieraus wird das Spezifikum des Selbstverwaltungsprinzips deutlich, dass sowohl Arbeitgeber, als auch Versicherte an der eigenständigen Verwaltung partizipieren.¹⁵ Doch auch das Prinzip der Selbstverwaltung

¹⁴ Gilden und Zünfte fungierten im Mittelalter als Solidargemeinschaften. Vgl. Simon, M. (2008), S. 82.

¹⁵ Vgl. Neubauer, G. (2007), S. 201; Vgl. Bäcker, G. et al. (2008), S. 129f.; Vgl. Wille, M./ Koch, E. (2007), S. 274-276; Simon, M. (2008), S. 82-84; Vgl. § 29, Abs. 1-3 SGB IV und § 4, Abs. 1 SGB V.

unterliegt seit dem GKV-WSG vom 1. April 2007 erheblichen Veränderungen. Seit dem 1. Juli 2008 besteht der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der sog. GKV Spitzenverband, und löst damit die einzelnen Spitzenverbände der jeweiligen Kassenarten ab.¹⁶ Zugleich wird die bisher organisatorisch und finanziell autonome Aufgabenerfüllung der Selbstverwaltung durch die zum 1. Januar 2009 eingesetzte Einführung des Gesundheitsfonds stark beschnitten. Hiernach wird vom Gesundheitsministerium ein allgemeiner Beitragssatz bestimmt, wobei den Krankenkassen lediglich die Festsetzung eines notwendigen Zusatzbeitrages bzw. einer Rückerstattung bleibt.

Das Prinzip der Selbstverwaltung findet nicht nur im Bereich der GKV Anwendung, sondern wird u.a. von den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern genutzt. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einer Vielzahl korporativer Strukturen sowie Organisationen, zu denen neben den Körperschaften des öffentlichen Rechts auch private Institutionen, wie der Hartmannbund, zählen.¹⁷ Der Korporativismus, welcher auf Vereinbarungen der genannten Organisationen basiert und vielfältig ausgestaltet sein kann, beeinflusst den Gesundheitssektor enorm. Insbesondere im ambulanten Sektor nimmt der Korporativismus eine herausragende Rolle ein, die jedoch ebenfalls dem Wandel unterworfen ist und in den vergangenen Jahren starken Veränderungen unterlag. Der Korporativismus stellt neben dem Markt- und Preismechanismus sowie der öffentlichen Planung ein alternatives Steuerungskonzept dar. Diese Einteilung in die drei Konzepte wird nicht trennscharf vorgenommen. Stattdessen lassen sich marktorientierte Mechanismen auch im Steuerungskonzept der öffentlichen Planung und des Korporativismus erkennen.¹⁸ Nachdem mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) 1997 die Selbstverwaltung und damit auch die korporativen Strukturen gestärkt wurden, erkannte man zahlreiche Problemfelder, die mit dem Ausbau der Kompetenzen der Selbstverwaltung einhergingen. Dementsprechend stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005 fest, dass „die korporative Koordination derzeit auf dem Prüfstand“¹⁹ steht. Ob ein Trend mit dem GKV-WSG in Richtung des Steuerungskonzeptes des Markt- und Preismechanismus zu

¹⁶ Vgl. § 217 a SGB V. Die Spitzenverbände der einzelnen Kassenarten wurden nicht aufgelöst, sondern sollen sich nach dem Willen des Gesetzgebers verstärkt auf den Wettbewerb konzentrieren. Vgl. GKV Spitzenverband (2008), https://www.gkv-spitzenverband.de/Spitzenverbaende_der_Gesetzlichen_Krankenkassen.gkvnet.

¹⁷ Neben den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, bei denen die Zwangsmitgliedschaft vorherrscht, bestehen innerhalb der korporativen Koordination auch Verbände, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (§ 137c, Abs. 1 SGB V) oder der Spitzenverband der Apotheker (§ 129, Abs. 2 SGB V), die keine Zwangsmitgliedschaft aufweisen.

¹⁸ Vgl. Wille, E. (2006), S. 7-9. Vgl. auch Kapitel 4.2.

¹⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006), S. 27.

Lasten des Korporativismus zu verzeichnen ist, wird in den folgenden Ausführungen thematisiert.

Mit dem GKV-WSG wird seit dem 1. April 2007 eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland schrittweise eingesetzt. Innerhalb der GKV besteht für Versicherte das Bedarfsdeckungsprinzip, wonach die Verpflichtung besteht alle notwendigen und zweckmäßigen Sach- und Dienstleistungen zur Behandlung der Krankheit einzusetzen. Zugleich unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen dem Kontrahierungszwang, nach dem sie alle versicherungspflichtigen Personen aufnehmen müssen, die wiederum seit 1996 zwischen den einzelnen Kassen frei wählen können.²⁰ Im Fall der Leistungsanspruchnahme der GKV besteht das Sachleistungsprinzip, hiernach kommen die Krankenkassen als Kostenträger für die Vergütung der Leistungserbringer auf. Dieses „Dreiecksverhältnis“, indem die Mitglieder bzw. Versicherten mittels der Zahlung von Beiträgen einen Versicherungsschutz erhalten und somit nur indirekt für die Sach- und Dienstleistungen der Leistungserbringer aufkommen müssen, lässt sich auch der Abbildung 2 entnehmen. Die Staat übernimmt eine übergeordnete Aufgabenwahrnehmung und wird daher aus der direkten Leistungserbringung innerhalb des Dreiecksverhältnisses herausgenommen.

²⁰ Vgl. § 70, Abs. 1 SGB V. Jedoch muss das „Maß des Notwendigen“ eingehalten werden. § 12, Abs. 1 SGB V.

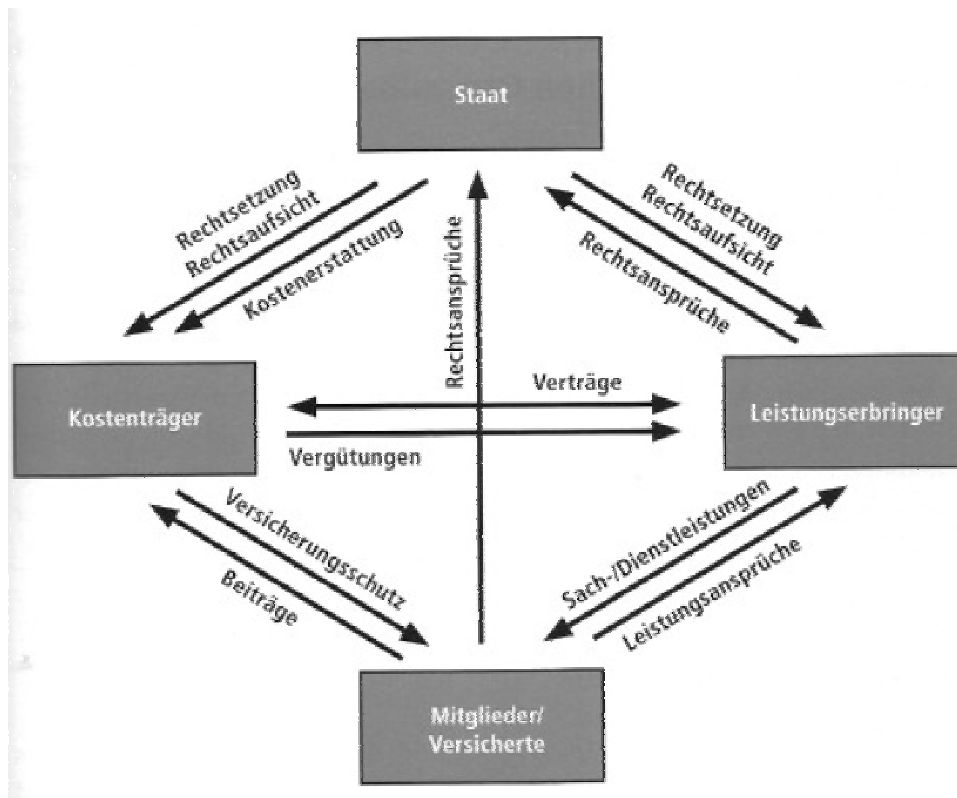


Abbildung 2: Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems

Quelle: Simon, M. (2008), S. 101.

Die Abbildung 2 fasst die vorangegangenen Ausführungen zusammen. Es lässt sich deutlich die Vernetzung der einzelnen Stakeholder des Gesundheitswesens erkennen. Neben den zentralen Akteuren, wie den Versicherten bzw. Patienten, den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie dem Staat, sind die ambulante und stationäre Versorgung, die unter dem Begriff der Leistungserbringer zusammen gefasst werden, von entscheidender Bedeutung. Die ambulante Versorgung beinhaltet vorwiegend die ärztliche sowie zahnärztliche Behandlung niedergelassener Ärzte in Praxen. Des Weiteren zählt auch die ambulante Arzneimittelversorgung durch Apotheken und die häusliche Pflege zu dem Bereich der ambulanten Versorgung. Im Unterschied dazu werden die Leistungsempfänger innerhalb der stationären Versorgung in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeheimen vor Ort behandelt bzw. betreut.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die zahlreichen Akteure im Gesundheitswesen einer Vielzahl von Veränderungen unterworfen sind. Trotz des zunehmenden Wandels befinden sich die einzelnen Stakeholder in einem Netzwerk von gewachsenen Strukturen und

Prinzipien, die eingehalten werden müssen. Spannungsfelder wie Markt versus Staat, Solidarität versus Eigenverantwortung, ambulante Versorgung versus stationärer Versorgung sind Beispiele für die Problematik in diesem Sektor. Es gilt zu untersuchen, ob und inwiefern es sich hierbei um ein „Spannungsfeld und Motor“²¹ zugleich handelt, von dem die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt überzeugt ist.

2.1.1.3 Gestaltungsebenen in der Gesundheitspolitik

In dem vorangegangenen Kapitel wurde das Gesundheitswesen in seinen Grundzügen und Besonderheiten kurz skizziert. Der Gesundheitssektor kann bezogen auf die gesundheitspolitische Entscheidungen sowie Gestaltungen in drei Ebenen, den Makro-, Meso- und Mikrobereich, unterteilt werden.

Auf der Makro-Ebene werden nationale sowie supranationale Belange behandelt. In den supranationalen Bereich zählen einerseits alle nicht nationalstaatlichen Institutionen und Träger und andererseits die Einflussnahme der Europäischen Union (EU) auf die deutsche Gesundheitspolitik. Die EU nimmt in den vergangenen Jahren einen wachsenden Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse und verfügt über einen hohen Stellenwert auf der supranationalen Ebene. Bisher unterliegt die Gesundheitspolitik jedoch aufgrund der nationalstaatlichen Souveränität kaum der direkten Einflussnahme durch die Mitgliederstaaten der EU.²² Außerhalb dieser durch den allgemeinen Globalisierungstrend hervorgerufenen Entwicklungen werden im nationalstaatlichen Bereich auf der Makro-Ebene die Gesundheitsversorgung betreffenden intentionellen Strukturen, Finanzierungs- und Vergütungsformen, Zugangs- und Bereitstellungsmöglichkeiten sowie deren Qualität festgelegt.²³

Der Meso-Bereich beinhaltet die regionale bzw. verbandlich-institutionelle Ebene. Als der Makro-Ebene nachgeordneter Bereich setzen die Akteure auf dieser Ebene die Vorgaben im Sinne des Subsidiaritätsprinzips autonom um und orientieren sich an den von den nationalstaatlichen sowie supranationalen Stakeholdern festgelegten Rahmenbedingungen. Die Akteure der Meso-Ebene stellen einerseits die einzelnen Bundesländer sowie deren zuständigen Ministerien und andererseits die dem korporativen System zugehörigen

²¹ Schmidt, U. (2007), S. 11.

²² Vgl. Kapitel 5.5.

²³ Des Weiteren schließt die Makro-Ebene auch internationale Organisationen wie die World Health Organization (WHO) ein. Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 13 f.

Organisationen dar. Durch die Übernahme der Konkretisierung der Rahmenvorgaben durch die Akteure des Meso-Bereichs ergibt sich neben den Vorteilen der Nutzung des Expertenwissens sowie der Kenntnisse über regionale Besonderheiten auch der positive Effekt der Entlastung des Staates. Obwohl die Erteilung der hoheitlichen Aufgaben von „oben herab“ erfolgt, übernehmen die Akteure der Meso-Ebene nicht die Rolle eines bloßen Erfüllungsgehilfen des Staates. Stattdessen fließen in die Konkretisierung länderspezifische bzw. mitgliederspezifische Interessen ein. Darüber hinaus kann mittels einer besonderen Themenaufarbeitung durch die Stakeholder der Meso-Ebene auch eine Einflussnahme auf die Makro-Ebene gewährleistet werden. Daraus geht hervor, dass mit Hilfe ‚gelenkter‘ Information Steuerungswirkungen erzielt werden können. Wille spricht im Bezug auf die Akteure im Korporativismus von einer „Janusköpfigkeit“, die aus der Doppelfunktion der Interessenvertretung der Mitglieder sowie der Übernahme staatlicher Aufgaben entsteht.²⁴ Das Spannungsverhältnis, welches aus der Doppelfunktion resultiert, schließt auch die einzelnen Bundesländer sowie die entsprechenden Ministerien ein. Dabei unterliegen die Länder einer Ebenen übergreifenden Aufgabenzuordnung und agieren sowohl auf der Makroebene durch eine rahmensetzende Funktion, als auch auf der Meso-Ebene, als weiterleitende Institution übergeordneter Vorgaben. Somit kann eine eindeutige Zuweisung auf die einzelnen Ebenen nicht bei allen Stakeholdern vorgenommen werden. Die Akteure des Meso-Bereiches befinden sich neben der eigenen Interessenwahrung auch innerhalb einer wechselseitigen Beeinflussung mit den anderen Ebenen.²⁵ Zusätzlich stellt sich die Frage, inwiefern der Wandel sowie Reformen, wie bspw. das GKV-WSG, die mittlere Ebene beeinflussen. So geht Streeck davon aus, dass der Meso-Bereich über eine erhebliche Einflussnahme verfügt. Er führt dies sowohl auf die verbandlich organisierte Selbstregulierung mit einer Vielzahl von vernetzten Institutionen, die hoheitliche Aufgaben übernehmen, als auch auf die föderale Struktur zurück.²⁶ Die Einfluss- sowie Gestaltungsmöglichkeiten der Stakeholder der Meso-Ebene unterliegen, wie alle Akteure, erheblichen Veränderungen. Ob dies zu einem Aus- oder Abbau dieser Möglichkeiten durch Steuerungs- und Koordinationsmechanismen geführt hat, soll nachfolgend überprüft werden. Auf der Mikro-Ebene werden Beziehungen, Handlungen sowie Entscheidungen zwischen einzelnen Akteuren fokussiert. Auf dieser Ebene findet die eigentliche Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung statt. Das Zusammenwirken innerhalb des Leistungsdreiecks zwischen Patienten bzw. Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern lässt sich auf dieser

²⁴ Vgl. Wille, E. (2006), S. 7f.

²⁵ Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 14f.

²⁶ Vgl. Streeck, W. (1995), S. 9-16.

Ebene einordnen und um alle weiteren Verbindungen zwischen individuellen Stakeholdern in diesem Bereich erweitern. Die Mikro-Ebene kennzeichnet, dass einerseits von den Akteuren Strategien zur Verbesserung der Situation entwickelt und andererseits Steuerungs- und Koordinationsmechanismen von den übergeordneten Ebenen angewandt werden. Um innerhalb der Gesundheitspolitik sinnvolle Steuerungsmechanismen zu etablieren, welche die angestrebten Ziele erreichen, bedarf es der Implementierung der Interessen der entsprechenden Stakeholder.

Alle drei Ebenen verfügen über die Gemeinsamkeit, dass sie innerhalb der einzelnen Bereiche eine starke Differenzierung aufweisen und sowohl über die Ebenen hinweg, als auch intern stark vernetzt sind. Die Feststellung aus dem Kapitel 2.1.1, dass es sich beim Gesundheitswesen um einen komplexen und vielschichtigen Sektor handelt, konnte somit bestätigt werden. Aus dieser Problematik der starken Fragmentierung innerhalb des Gesundheitswesens, das Alber auch als „System der komplexen Vielfachsteuerung“²⁷ beschreibt, ergibt sich die Schwierigkeit die Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe zu begreifen. Die Komplexität und der hohe Grad der Vernetzung verdrängen die Gesundheitspolitik aus dem alleinigen Aufgabenbereich des Staates. Dementsprechend beeinflussen zahlreiche Akteure direkt und indirekt gesundheitspolitische Entscheidungen, entwickeln eigene Strategien und wirken im Sinne eigener Interessen auf bestehende und geplante Steuerungsinstrumente ein.

2.2 Gesundheitsbegriff und Gesundheitsdienstleistungen

2.2.1 Gesundheit im Gesundheitswesen

Im ersten Satz des Paragraphen 1 SGB V wird die Aufgabe der Bewahrung, Verbesserung sowie Wiederherstellung der Gesundheit des Versicherten als Mitglied der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung zugeordnet. Hieraus ergibt sich eine hohe gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheit, die darüber hinaus auch eine hohe individuelle Wertschätzung erfährt. Die Bedeutung von Gesundheit für die Gesellschaft erklärt sich zum einen daraus, dass eine funktionierende Gesellschaft auf gesunde Mitglieder angewiesen ist.²⁸ Bezieht man die wirtschaftliche Größe der Arbeitskraft mit ein, bedeutet Krankheit als kontradiktisches Gegenstück von Gesundheit eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Zum anderen ist Gesundheit Voraussetzung, um an der Gesellschaft zu partizipieren und die

²⁷ Alber, J. (1992), S. 157.

²⁸ Vgl. Gerhard, U. (1991), S. 165, S. 179f. und S. 191f. Vgl. Parsons, T. (1978), S. 73-79.

Möglichkeiten des Wohlfahrtsstaates zu nutzen. Zugleich ermöglicht der Wohlfahrtsstaat durch das Gesundheitswesen den Zustand Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, der die Basis jeglichen individuellen Handelns darstellt.²⁹

Wie so häufig im Gesundheitswesen unterliegt das Begriffsverständnis sowohl von Gesundheit als auch von Krankheit Veränderungen sowie vielfältigen Einflüssen und wird zudem von zahlreichen Faktoren bestimmt. Dass Gesundheit kein feststehender Begriff ist, sondern im Zeitablauf durch bspw. neue technische Möglichkeiten sowie im kulturellen Verständnis variiert, stellt Virchow bereits 1854 fest: „Was wir Krankheit nennen, ist nur eine Abstraction, ein Begriff, womit wir gewisse Erscheinungscomplexe des Lebens aus der Summe der übrigen heraussondern, ohne dass in der Natur selbst eine solche Sonderung bestünde.“³⁰ Eine sehr häufig zur Begriffserläuterung herangezogene Definition von Gesundheit veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“³¹ Kritiker dieser Definition führen an, dass ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens kaum erreichbar und damit utopisch ist. Demnach können nur sehr wenige Menschen als ‚gesund‘ beschrieben werden, da ein vollkommenes Wohlbefinden kaum vorstellbar erscheint.³² Das Begriffsverständnis von Gesundheit ist stark von der jeweiligen Sichtweise abhängig. So z.B. gehen Vertreter der philosophischen Terminologie, die sich vollständig gegen die WHO Definition aussprechen, davon aus, dass Gesundheit ein Konzept umfasst, welches das Tun und Selbstverständnis beeinflusst und eine regulative Idee darstellt.³³ Die fehlende einheitliche Verständigung auf eine Gesundheitsdefinition zeigt sich nicht nur zwischen den Bereichen wie der Psychologie oder der Medizin, sondern setzt sich auch innerhalb der einzelnen Bereiche fort, die keineswegs über einheitliche Begriffsauffassungen verfügen. Dementsprechend unterlag die soziokulturelle Definition des Soziologen Parsons, der das Rollenverständnis ins Zentrum seiner Begriffsauffassung von Gesundheit stellt, lange Zeit vehementer Kritik.³⁴

²⁹ Vgl. Neuffer, A. B. (1997), S. 26f. Vgl. Parsons, T. (1978), S. 81.

³⁰ Vgl. Virchow, R. (1854), S. 1.

³¹ WHO (1948), <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Basierend auf dieser Definition beinhaltet die Ottawa Charta von 1986 einen erweiterten Gesundheitsbegriff. Vgl. WHO (1986), http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German. Vgl. Kickbusch, I. (2006), S. 37.

³² Vgl. Schaefer, H./ Blohmke, M. (1978), S. 391. Vgl. Kickbusch, I. (2006), S. 36f.

³³ Vgl. Gethmann, C. F. et al. (2004), S. 215.

³⁴ Die Definition von Parsons lautet: „Health may be defined as the state of optimum *capacity* of an individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialized.“ Parsons, T. (1958), S. 176. Vgl. zur Kritik Schaefer, H./ Blohmke, M. (1978), S. 276-278. Vgl. Gerhardt, U. (1991), S. 162ff.

Eine eindeutige Zuordnung zu den Begriffen ‚krank‘ und ‚gesund‘ lässt sich nicht vornehmen. Statt einer dichotomen Zuordnung ermöglicht ein Kontinuum die einzelnen Facetten zwischen den Polen darzustellen. Die Schwierigkeit eine allgemeingültige Abgrenzung zwischen den Begrifflichkeiten Krankheit und Gesundheit zu vollziehen, begründet sich auch darin, dass Krankheit nicht allein objektiv beurteilbar ist, wie der Beinbruch, sondern auch bspw. psychische Erkrankungen oder Schmerzen beinhaltet, die stark subjektiv sind. Eine Zuordnung in die Kategorie ‚krank‘ oder ‚gesund‘ ist im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, weil davon der Anspruch auf Krankenbehandlung durch die GKV abhängt.³⁵ Dass durch den Gebrauch der Begriffe Krankheit und Gesundheit im Sozialgesetzbuch durchaus Fälle bestehen können, die nicht zweifelsfrei beurteilt werden können und somit nicht kostenerstattungsfähig sind, ergibt sich durch die fehlende Trennschärfe der Begrifflichkeiten. Diese Problematik bildet die nachfolgende Grafik von Gerber ab.

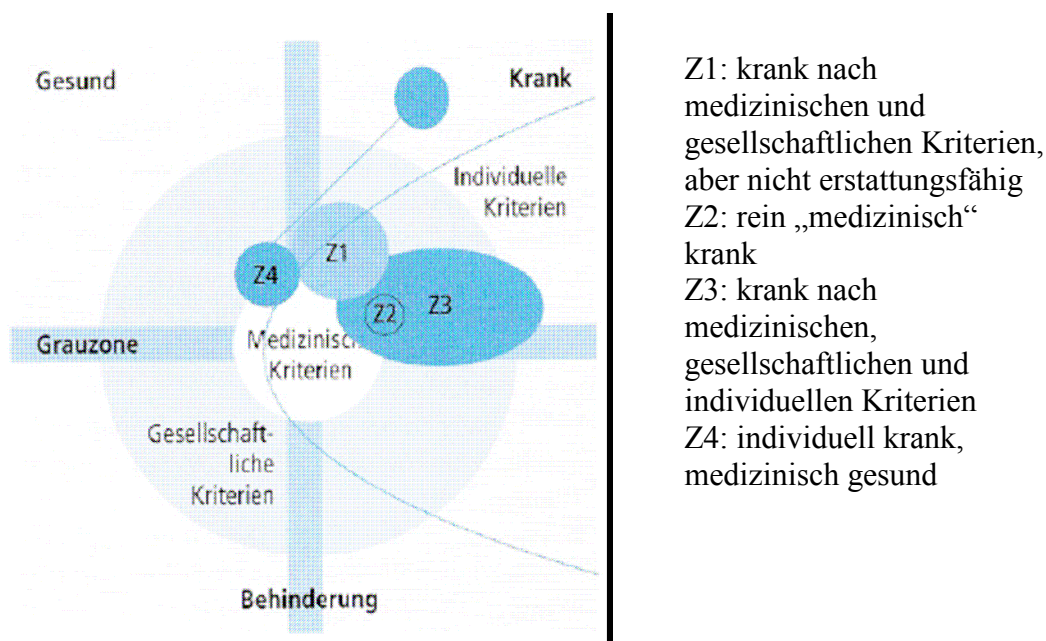


Abbildung 3: Mögliche Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit

Quelle: Gerber, A. (2006), S. 27.

Die Abbildung 3 verdeutlicht durch den Einbezug gesellschaftlicher, individueller sowie medizinischer Kriterien, dass vielfältige Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen den Polen ‚krank‘ und ‚gesund‘ existieren. Hier zeigt sich u.a. die Schwierigkeit Behinderung einer dieser Dichotome zuzuordnen. Unsicherheit symbolisiert auch die durch Gerber dargestellte

³⁵ Vgl. § 27, Abs. 1 SGB V.

Grauzone, die sowohl die gesellschaftliche und individuelle Ebene, als auch die medizinischen Kriterien durchläuft. Beispielhaft für diese Grauzone können Schwangerschaftsabbrüche genannt werden. Hier stellt sich unter allen drei Kriterien die Frage der Zuordnung. Innerhalb der GKV werden Schwangerschaftsabbrüche zu den versicherungsfremden Leistungen gezählt, die jedoch von der Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden müssen.³⁶ Der von rechts in die Abbildung hereinragende Bogen stellt den Bereich der Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkasse dar. Dabei bedeutet die Zuordnung ‚krank‘ nach einem oder mehreren Kriterien nicht automatisch die Erstattung durch die Krankenkasse. Beispielhaft kann der Bereich Z1 eine aus individueller Sicht harmlose Erkältung darstellen, die nach medizinischen und gesellschaftlichen Aspekten jedoch als Krankheit eingestuft wird.

Die Abbildung 3 ermöglicht die Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit nach gesellschaftlichen, individuellen und medizinischen Kriterien. Eine allgemeingültige Zuordnung lässt sich nicht vornehmen. Da der gesundheitliche Zustand zudem zeitlich variabel ist und dem Einfluss zahlreicher Faktoren unterliegt, bedarf es einem ständigen Informationsaustausch zur Zuordnung zwischen den Polen ‚krank‘ und ‚gesund‘. Die Notwendigkeit zur Abgrenzung durchzieht alle Ebenen. Aus der Versichertenperspektive findet die Verständigung über den gesundheitlichen Zustand vorwiegend zwischen Arzt und Patient und damit auf der Mikro-Ebene statt. Zwar obliegt der Berufsgruppe der Ärzte eine besondere Rolle bei der Einordnung,³⁷ darüber hinaus beeinflusst die Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit auch die übergeordneten Ebenen. Dementsprechend wird im Meso-Bereich der Umfang des Leistungskataloges bestimmt und auf der Makro-Ebene bspw. die Verteilung der Gesamtausgaben.³⁸ Auf den einzelnen Ebenen verfügen die jeweiligen Stakeholder über eigene Interessen und Problemwahrnehmungen im Bezug auf die Gesundheit. Während bei politischen Akteuren vorwiegend der Machterhalt bzw. Machtausbau von großer Bedeutung ist, steht bei wirtschaftlichen Akteuren die Wettbewerbsfähigkeit sowie Gewinne im Fokus der Betrachtung. Eine solche Reduktion auf vorherrschende Ziele können bei den ausführenden Leistungserbringern sowie den Versicherten nicht vorgenommen werden. Beide Gruppen stehen häufig im Spannungsfeld zwischen verschiedenen Interessen und Wahrnehmungen.³⁹ Mayntz und Scharpf gehen jedoch

³⁶ Vgl. § 24 b SGB V.

³⁷ Vgl. Blanke, B./ Kania, H. (1996), S. 4.

³⁸ Vgl. Gerber, A. (2006), S. 27.

³⁹ Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 18-22.

davon aus, dass die einzelnen Akteure ihre Interessen nicht auf hierarchischer Grundlage bilden, sondern sich situationsgebunden verhalten. Sie verfügen somit zwar über stabile Präferenzen, die jedoch selektiv auf Situationen abgestimmt auch veränderbar sind.⁴⁰

Es handelt es sich bei der Bestimmung des gesundheitlichen Zustandes, der von zahlreichen Faktoren und Auffassungen beeinflussbar, zeitlich und individuell variabel sowie nur begrenzt messbar ist, um ein entscheidendes Kriterium im Gesundheitswesen. Die Einstufung ermöglicht es erst den Patienten innerhalb des Gesundheitswesens die für ihn notwendige Versorgung zukommen zu lassen. Hierzu zählen sowohl die Zuordnung zu den einzelnen Sektoren mit ihren jeweiligen Versorgungsstrukturen, als auch präventive Maßnahmen. Ein möglichst gut ausgebautes Versorgungssystem, das personenbezogene Dienstleistungen in der Krankenhilfe, Pflege, Prävention und Rehabilitation im Bezug auf die Genesung des Patienten umfasst, wird damit essentiell.⁴¹ Die Steuerungsleistungen zielen auf das Versorgungssystem ab, wobei zur Gesundheitsversorgung neben der Krankenversorgung nach Pfaff auch alle Formen individuums- und populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung zählen, welche von medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitseinrichtungen sowie –fachkräften erbracht werden.⁴²

2.2.2 Gut Gesundheit

Im Folgenden soll der im Gesundheitswesen vielfach verwendete Satz innerhalb der Gesundheitsdefinition ‚die Gesundheit ist das höchste Gut‘ näher betrachtet werden. Zunächst erscheint die Logik dieser einfachen Aussage überzeugend, da die Gesundheit Voraussetzung jeglichen Handelns ist und damit das Leben in jeder Hinsicht bestimmt. Mit der Begrifflichkeit ‚Gut‘ wird die bisher eher ausgesparte wirtschaftliche Sichtweise miteinbezogen. Güter dominieren die Wirtschaftswissenschaften und die zugehörigen Subdisziplinen, zu denen auch die Gesundheitsökonomie⁴³ zählt. Nicht nur unter gesundheitspolitischen Aspekten bietet die Wissenschaft die Möglichkeit Gestaltungs- und Handlungsempfehlungen zu geben. Auch Leistungserbringer sowie Kostenträger können aus

⁴⁰ Mayntz und Scharpf behandeln diesen Sachverhalt im Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus. Vgl. Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (1995), S. 43ff. und Vgl. Scharpf, F. W. (2000), S. 73 ff. Dies zeigt sich u.a. am Verhalten der KVen. Vgl. Kapitel 6.3.

⁴¹ Vgl. Rosenbrock, R. (1998), S. 746f.

⁴² Vgl. Pfaff, H. (2003), S. 13f. Entgegen der Fokussierung der Versorgungsforschung auf die Mikro-Ebene werden in diesen Ausführungen alle Ebenen betrachtet, um die Steuerungsprobleme im Ganzen zu erhalten.

⁴³ Um Missverständnisse zu vermeiden, wird Gesundheitsökonomie im Folgenden im Sinne der economics, der Wissenschaft verstanden. Damit wird die Gesundheitsökonomie dem Begriff der Gesundheitökonomik, der die Wissenschaft der Ökonomie beschreibt, aufgrund des vorherrschenden Sprachgebrauchs vorgezogen.

der gesundheitsökonomischen analytischen Betrachtungsweise verhaltenssteuernde Anreize generieren. Dabei eignet sich die Gesundheitsökonomie für das Gesundheitswesen insbesondere durch die Beachtung der Interaktionen zwischen den einzelnen Stakeholdern, die das Gesundheitssystem im besonderen Maße beeinflussen. Der Kernaspekt dieser Disziplin umfasst zwar die Kosten-/ Nutzenbetrachtung und fokussiert damit die Nutzenmaximierung, gleichzeitig beinhaltet dieser Begriff durch die Rationalität als vernunftgeleitetes Prinzip, auch individuelle Präferenzen.⁴⁴ Die alleinige Ausrichtung der Ökonomie auf eine bloße Gewinnmaximierung, wie sie dieser Disziplin häufig unterstellt wird, greift damit zu kurz. Nach Zdrowomyslaw und Dürig umfasst Gesundheitsökonomie den „rationale[n] Umgang mit der Knappheit der Produktionsfaktoren im Bereich des Gesundheitswesens [...]“. ⁴⁵ Diese Definition beinhaltet eine extreme Reduktion auf die gesundheitsökonomische Grundproblematik der Knappheit.⁴⁶ Sie resultiert daraus, dass die einem Individuum zur Verfügung stehenden Güter, die als Mittel zur Bedürfnisbefriedigung sowohl Waren, als auch Dienstleistungen umfassen, nicht ausreichen diesem Bedürfnis nachzukommen.⁴⁷ Das Gesundheitswesen verfügt über eine Ressourcenknappheit, die sich auf zahlreiche Bereiche niederschlägt und durch vielfältige Effekte begründet ist sowie beeinflusst wird.⁴⁸ Die Gesundheitsökonomie setzt daran an, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, auf Grundlage einer Analyse sowie Koordination von Angebot und Nachfrage, eine bestmögliche Bedürfnisbefriedigung zu erreichen. Damit verbunden, stellt sich die Frage nach dem notwendigen Bedarf. Es zeigt sich, dass die Begrifflichkeit des Bedarfs, ähnlich zu der Gesundheitsdefinition, von der jeweiligen Sichtweise stark geprägt wird. Ein Bedürfnis entsteht anhand von individuellen Entscheidungen und Präferenzen, die mit anderen Bedürfnissen konkurrieren.⁴⁹ Es handelt sich hierbei um Mangelercheinungen, wie bspw. das Auftreten einer akuten Erkrankung, die das Individuum abzubauen bestrebt ist. Diese auf einer subjektiven Bewertung basierenden Bedürfnisbefriedigung steht dem nahezu ‚objektivierenden‘ Bedarfsbegriff gegenüber, der die Bedürfnisse integriert. Aus diesem Grund verfügt der Bedarf im Vergleich zu den Bedürfnissen über eine stärkere

⁴⁴ Vgl. Oberender, P./ Zerth, J. (2007), S. 95 und S. 98f. Vgl. Fleßa, S. (2007), S. 2. Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2007), S. 3. Vgl. Zdrowomyslaw, N./ Dürig, W. (1999), S. 8 und S. 11.

⁴⁵ Zdrowomyslaw, N./ Dürig, W. (1999), S. 12.

⁴⁶ Innerhalb der Ökonomie lässt sich die Grundthematik auf den Umgang der Knappheit im Allgemeinen reduzieren. Vgl. Cezanne, W. (2005), S. 2.

⁴⁷ Nach Cezanne gilt die folgende Formel: Knappheit: Bedürfnisse > Gütermenge. Vgl: Cezanne, S. (2005), S. 2.

⁴⁸ Vgl. Kapitel 2.2.3.

⁴⁹ Beispielhaft lassen sich die Opportunitätskosten als mikroökonomische Alternativkosten anführen, die den entgangenen Nutzen im Vergleich zu einer anderen Option beschreiben.

Allgemeingültigkeit.⁵⁰ Oberender und Zerth verweisen darauf, dass die Frage nach der Person bzw. Personengruppe oder Institution, welche für Bedarfsfestlegung zuständig sind, von entscheidender Bedeutung ist. Sie gehen dabei in ihrem Aufsatz zur Legitimation der Gesundheitsökonomie in der Gesundheitspolitik sowohl von einer starken Präsenz der ‚medizinischen Notwendigkeit‘, die das Sachleistungsprinzip der GKV beeinflusst, als auch von einer ‚objektivierbaren Notwendigkeit‘ durch bspw. den Regelleistungskatalog des Krankenversicherungssystems aus.⁵¹ An dieser Stelle lassen sich die Gestaltungsebenen heranziehen, anhand derer die Bedarfs- und Bedürfnisstruktur betrachtet werden kann. Auf der Mikroebene entwickeln die einzelnen Stakeholder ausgehend von ihren spezifischen Interessen und situationsgebundenen Voraussetzungen Bedürfnisse. Hierbei handelt es sich bspw. um eine akute Erkrankung, die eine Mangelsituation darstellt, welche durch den Besuch beim Hausarzt z.B. mit einer geeigneten Medikation überwunden werden soll. Somit werden im Mikro-Bereich die Leistungserbringer als weitere Stakeholder mit den Bedürfnissen konfrontiert, denen sie mit entsprechenden Gütern in Form von Waren oder Dienstleistungen begegnen. Auf diesen Prozess der Bedürfnisbefriedigung wirken zahlreiche Einflüsse, wie der Regelleistungskatalog, der u.a. die finanzielle Übernahme der Akuterkrankung durch die Krankenkasse sichert, ein. Auch auf der übergeordneten Meso-Ebene beeinflussen z.B. Verbandsinteressen sowie auf der Makro-Ebene wie Verordnungen und Gesetze die Bedürfnisbefriedigung und gestalten somit den Bedarf mit. Dabei zeigen sich nicht nur top-down, sondern auch bottom-up Wirkungen auf die Bedarfsfestlegung durch beispielsweise medizinisch technische Entwicklungen. Zusätzlich ergänzen die zahlreichen Vernetzungen sowohl innerhalb der Ebenen, als auch ebenenübergreifend die Einflussnahme auf Bedürfnisse und Bedarf.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen und der damit hergeleiteten Anwendung der Gesundheitsökonomie, erscheint der oben bereits erwähnte Satz ‚Gesundheit ist das höchste Gut‘ paradox. Die Aussage impliziert, dass eine Knappheit nicht bestehen kann, wenn die Aussage zutreffend ist. Sparen am „höchsten Gut“ lässt sich mit dieser Aussage nicht begründen. Spätestens mit einsetzender Krankheit findet eine vollkommene Zustimmung, dass es sich bei der Gesundheit um das höchst Gut handelt,

⁵⁰ Ein objektiver Bedarf besteht, sobald er für jeden Dritten gleichermaßen zutrifft. Zwischen dieser objektiven Wertlehre und der subjektiven Wertlehre, basierend auf dem subjektiven Bedürfnis, finden seit Adam Smith (1776) Auseinandersetzungen statt. Ausgehend von dem heutigen Versorgungsniveau, in dem das individuelle Wohlbefinden eine übergeordnete Rolle spielt, lässt sich die objektivierende Wertlehre vernachlässigen. Vgl. Herder-Dorneich, P. (1994), S. 623-627.

⁵¹ Vgl. Oberender, P./ Zerth, J. (2007), S. 96-98.

statt und jeglicher Verweis auf begrenzte Ressourcen wird auf Basis dieses Satzes als unethisch abgetan. Dieser auf der Ethik begründende Einwand kann jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass dem Gesundheitswesen nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, die es sinnvoll und angebracht zu verteilen gilt. Im Umkehrschluss zeigt sich Ethik besonders darin, die bestehenden Ressourcen bestmöglich zu verwenden und unnötige Ausgaben zu vermeiden. Eine Verschwendung von Mitteln ist im höchsten Grade unethisch. Nach Schulenburg kann mit Hilfe der Gesundheitsökonomie⁵² die Allokationsproblematik angegangen werden. Hierzu werden „Methoden und Theorien aus der Ökonomie [...] unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Medizin (Epidemiologie sowie die einzelnen Fachdisziplinen)“ verwendet. Die theoretischen Ansätze hierzu umfassen die mikroökonomische Verhaltenstheorie, die Versicherungstheorie, die ökonomische Theorie der Politik, die Ordnungstheorie und die ökonomische Evaluationstheorie.⁵³ Diese Forschungsansätze als Auszug verschiedener Forschungsgebiete verdeutlichen auch hier wieder die zahlreichen Ansätze und Auffassungen, die selbst innerhalb der Gesundheitsökonomie stark variieren.⁵⁴ Anhand unterschiedlicher Gesundheitsverständnisse von einzelnen Gesundheitsökonomern soll im Folgenden einerseits die Bandbreite der Auffassungen visualisiert und andererseits, das diesen Ausführungen zugrunde liegenden Gesundheitsverständnis erläutert werden.

Um im Folgenden das gesundheitsökonomische Gesundheitsverständnis zu analysieren, werden Gesundheitsleistungen als überwiegende Dienstleistungen oder aber auch Waren, z.B. Pharmazeutika, welche auf die Gesundheit wirken, aus Vereinfachungsgründen getrennt vom Gesundheitsbegriff behandelt. Aufgrund der häufig überlappenden Darstellung der Gesundheitsdefinition mit den Gesundheitsleistungen durch einige Gesundheitsökonomern kann jedoch eine trennscharfe Abgrenzung der Begrifflichkeiten nicht vorgenommen werden. Zieht man zur Betrachtung der verschiedenen Gesundheitsauffassungen in der Gesundheitsökonomie einige Autoren aus diesem Bereich heran, lassen sich die einzelnen Begriffsverständnisse zwischen den Polen des subjektiven Zustandes und dem Wirtschaftsgut

⁵² Schulenburg verwendet in seinen Ausführungen die Begrifflichkeit der Gesundheitsökonomik. Aufgrund des vorherrschenden Sprachgebrauchs der Gesundheitsökonomie wird hier dieser Begriff verwendet, der sinngemäß den economics entspricht.

⁵³ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 2 und S. 13-23.

⁵⁴ Beispielhaft hierfür lassen sich Breyer, Zweifel und Kifmann nennen, die eine Unterscheidung in die Ökonomik der Gesundheit, in welcher die Bewertung der Gesundheit fokussiert wird und in den Bereich der Ökonomik des Gesundheitswesens, der die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen beinhaltet. Aufgrund der „Beziehungen“ zwischen den einzelnen Bereichen, wird auf eine solche Differenzierung in der vorliegenden Ausarbeitung verzichtet. Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 11-14.

„Gesundheit“ aufteilen. Als wirtschaftliche Güter werden Güter bezeichnet, die knapp sind und im Gegensatz zu freien Gütern, wie bspw. die Luft zum Atmen, nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Aus der Güterknappheit entsteht das Wirtschaften mit dem Ziel die Bedürfnisse zu befriedigen. Beispielhaft für eine solche Position, bei welcher das Gesundheitsverständnis stärker dem Pol des Wirtschaftsgutes zugeordnet wird, kann Gäfgen genannt werden. Er geht davon aus, dass unter gesundheitsökonomischer Perspektive Gesundheit als wirtschaftliches Gut angesehen wird, welches man in größerem oder kleinerem Umfang besitzen kann. Als „Humankapital“ setzt sich nach Gäfgen Gesundheit sowohl aus eigenem Zutun, als auch aus Gesundheitsleistungen zusammen.⁵⁵ Zwar ordnet er Gesundheit tendenziell eher dem Wirtschaftsgut zu, jedoch betont er zugleich die Problematik einer zweifelsfreien Begriffsabgrenzung. Diese Schwierigkeit zeigt sich u.a. auch in der von Gäfgen vorgenommenen Bezeichnung der Gesundheit als „persönliches Kapitalgut“.⁵⁶ Kapitalgüter bezeichnen in der finanzwissenschaftlichen Betrachtung hergestellte Produktionsmittel mit Hilfe derer innerhalb des Produktions- und Dienstleistungsprozesses Endprodukte produziert werden. Mit dem Zusatz des Persönlichen erhält dieser auf Wirtschaftsprozesse abzielende Begriff des Kapitalgutes einen individuellen Charakter. Trotz dessen dominiert bei Gäfgen, wie auch bei Rychlik⁵⁷, der sich auf ihn bezieht, die Auffassung der Gesundheit als Wirtschaftsgut. Aus diesem Grund werden Gäfgen und Rychlik in der Abbildung 4 auf dem äußersten Abszissenabschnitt, der die Zuordnung der Gesundheit als Wirtschaftsgut darstellt, abgebildet. Demgegenüber lassen sich Zweifel und Zysset-Pedroni auf Grundlage der Definition der Gesundheit als ein subjektiv empfundener Zustand, der auf der Ordinate der Abbildung 4 abgezeichnet ist, dem äußersten Ordinatenabschnitt zuordnen.⁵⁸

⁵⁵ Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 13. Gäfgen bezieht sich bei der Zuordnung von Gesundheit zum Wirtschaftsgut auf Short, J. H. (1973).

⁵⁶ Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 14.

⁵⁷ Vgl. Rychlik, R. (1999), S. 14.

⁵⁸ Vgl. Zweifel, P./ Zysset-Pedroni, G. (1992), S. 41.

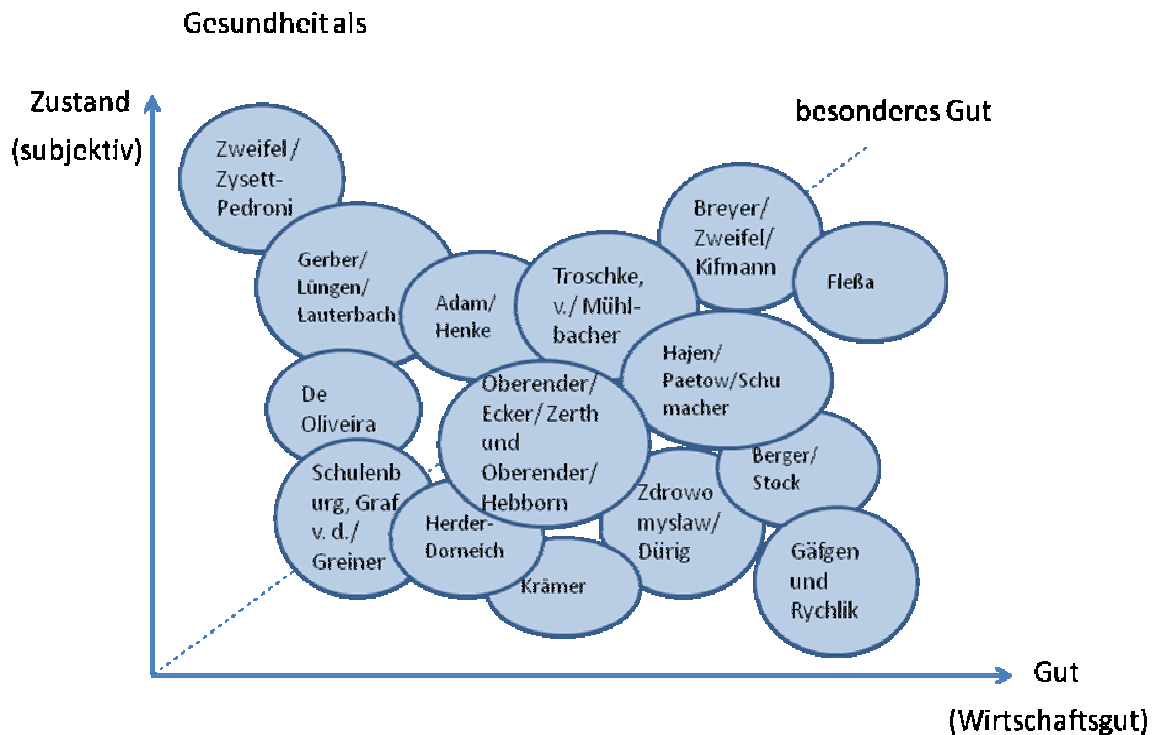


Abbildung 4: Gesundheitsverständnisse der Gesundheitsökonominnen

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Zustand beschreibt die momentane Verfassung eines Individuums. Die Konstellation von Personen lässt sich zwar beispielsweise anhand eines Elektrokardiogramms (EKG) durch die Messung der elektrischen Impulse der Herzmuskelfasern messen, jedoch stoßen alle Apparaturen und Methoden bei der Darstellung des inneren Befindens an Grenzen. Diese stark auf subjektive Einschätzungen basierenden Zustände wirken elementar auf die Bedürfnisse ein, die als Defizitzustände eine starke individuelle Prägung erhalten. Meynhardt definiert Bedürfnisse sogar als psychische Soll-Größen, die auf emotionalen Zuständen basierend als Grundlage für Bewertungsprozesse herangezogen werden können, indem sie mit den tatsächlichen Ist-Größen verglichen werden. Dabei distanziert sich Meynhardt von einem objektiven Soll-Ist-Abgleich und betont stattdessen die subjektive Wertung, die sich hinter dieser Größe verbirgt.⁵⁹

Durch die in der Abbildung 4 vorgenommene Unterscheidung der Gesundheit als ‚Gut‘ auf der einen und als ‚Zustand‘ auf der anderen Achse, soll der Unterschied zwischen den Begriffsauffassungen verdeutlicht werden. Die Verwendung der Gesundheit als Gut betont den wirtschaftlichen Aspekt und führt zu einer verstärkten ‚Versachlichung‘ des Begriffs.

⁵⁹ Vgl. Meynhardt, T. (2008), S. 463f.

Überspitzt formuliert, impliziert diese Auffassung die Annahme, dass Gesundheit ein handelbares Gut darstellt. Demgegenüber steht das Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als Zustand begreift. Hierbei steht der subjektive Aspekt im Vordergrund. In der Abbildung 4 werden Gerber, Lungen und Lauterbach aufgrund der Begriffsverwendung des Gesundheitszustandes einem höheren Ordinatenabschnitt zugeordnet. Da sie in dem Artikel über die Gerechtigkeitsüberlegungen in der Gesundheitsökonomie den subjektiven Charakter des Gesundheitszustandes weniger deutlich hervorheben als Zweifel und Zysset-Pedroni, liegen Letzere auf einem höheren Ordinateniveau.⁶⁰ Gerber, Lungen und Lauterbach befinden sich im Koordinatenkreuz der Abbildung 4 der Geraden zugewandt, die den 90°-Winkel der beiden Achsen teilt. Die Gerade stellt Gesundheit als besonderes Gut dar. Diese Gesundheitsauffassung nimmt eine Position zwischen den Polen ‚Zustand‘ oder ‚Gut‘ ein, da sich in ihr Bereiche aus beiden Auffassungen wiederfinden lassen. Der Ausdruck des besonderen Gutes impliziert zwar den wirtschaftlichen Charakter der Abszisse durch die Verwendung des Wortes ‚Gut‘, grenzt sich durch das Adjektiv des Besonderen von diesem jedoch auch ab. Durch die Besonderheit deutet sich der subjektive Zustand an, der den individuellen Aspekt des „Nichtmessbaren“ einbezieht. Die Empfindungen, die den Gesundheitszustand ausmachen, verwandeln das Wirtschaftsgut in ein besonderes Gut. Diese Auffassung zeigt sich auch bei Schulenburg und Greiner: „Gesundheit ist ein besonderes Bedürfnis und damit sind Gesundheitsleistungen besondere Güter.“⁶¹ Aufgrund dieser Definition befinden sich die beiden Gesundheitsökonomien auf der Geraden. Im Vergleich zu Breyer, Zweifel und Kifmann, die Gesundheit als produziertes Gut verstehen, wobei der Gesundheitszustand sowohl vom Zufall beeinflusst und weder handelbar noch lagerfähig, als auch Ergebnis eines Produktionsprozesses ist, beinhalten Schulenburg und Greiner in ihrer Gesundheitsauffassung weniger Bestandteile der beiden Achsen ‚Zustand‘ und ‚Gut‘.⁶² Daher werden sie auf der Gerade einem niedrigeren Abschnitt zugeordnet als Breyer, Zweifel und Kifmann. Insgesamt zeigt sich, dass sich der Großteil der Gesundheitsauffassungen der Gesundheitsökonomien an der Achse, welche Gesundheit als besonderes Gut beschreibt, orientiert. Auf dieser Grundlage, dass die meisten Gesundheitsökonomien Gesundheit als ein besonderes Gut definieren, schließt sich die vorliegende Auffassung diesem Begriffsverständnis an. Dass der häufig angeführte Satz ‚Gesundheit ist das höchste Gut‘

⁶⁰ Vgl. Gerber, A./ Lungen, M./ Lauterbach, K. W. (2006), S. 59. Vgl. Zweifel, P./ Zysset-Pedroni, G. (1992), S. 41.

⁶¹ Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 106.

⁶² Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 74 und S. 111.

somit in ‚Gesundheit ist ein besonderes Gut‘ geändert werden muss, wird auch anhand der folgenden Kapitel verdeutlicht.

2.2.3 Gesundheitsleistungen

In den vorangegangenen Kapiteln steht die Gesundheit im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere die gesundheitsökonomische Sichtweise dieser Thematik, im Fokus der Betrachtung. Dabei wurde herausgestellt, dass die Gesundheitsökonomie darauf abzielt durch die Anwendung der Ökonomik auf das Gesundheitswesen die Bereitstellung der knappen Ressourcen zu optimieren. Es handelt sich bei den knappen Gütern jedoch nicht um die Gesundheit selbst, sondern um Gesundheitsgüter, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Im Folgenden findet eine Ergänzung der bisherigen Betrachtung des Gesundheitsbegriffes um die Leistungen, die zur Bewahrung, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit notwendig sind, statt. In diesem Kapitel werden die Besonderheiten vorgestellt, auf deren Basis an späterer Stelle die Auswirkungen und Folgerungen, die sich hieraus ergeben, erläutert werden.

Gesundheitsgüter, die von Individuen nachgefragt und von den Gesundheitsberufen angeboten werden, umfassen neben Waren, wie Arzneimittel, überwiegend Dienstleistungen, wie die medizinische Behandlung.⁶³ Aufgrund der innerhalb der Gesundheitsgüter dominierenden Dienstleistungen, die einen Großteil der Versorgung ausmachen, wird die Begriffsverwendung der Gesundheitsleistungen den Gesundheitsgütern vorgezogen. Dies schließt nicht aus, dass, wie nach Schulenburg und Greiner, Gesundheitsleistungen besondere Güter sind, die darauf hinwirken besondere Bedürfnisse nach Gesundheit mittels Sach- und Dienstleistungen zu befriedigen. Die Gesundheitsleistungen i. e. S. umfassen dabei neben der Behandlung alle vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen, Krankheitsfolgeleistungen sowie Ausbildung und Forschung, welche auf den Gesundheitsressourcen in Form von Finanz- und Produktionsmitteln basieren.⁶⁴

Gesundheitsleistungen als Dienstleistungen unterliegen zahlreichen Besonderheiten, zu denen die Immaterialität zählt. Demnach wird mittels der Dienstleistung ein Ergebnis produziert, das nicht „fassbar“ und damit intangibel ist. Bspw. erhält der Patient eine ärztliche Diagnose als

⁶³ Vgl. Herder-Dorneich, P. (1994), S. 620. Vgl. Berger, H./ Stock, S. (2008), S. 22.

⁶⁴ Gesundheitsleistungen i. w. S. beinhalten zudem bspw. den Arbeitsschutz oder Hinterbliebenenrenten. Vgl. hierzu Zdrowomyslaw, N./ Dürig, W. (1999), S. 45-47.

Ergebnis der Gesundheitsleistung des Arztbesuches. Die Immaterialität beinhaltet jedoch nicht, dass auf Sachleistungsanteile innerhalb der Dienstleistung verzichtet werden kann. Dementsprechend werden bspw. Röntgengeräte zur Diagnose herangezogen. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Dienstleistung ergibt sich aus der Notwendigkeit der Anwesenheit des Konsumenten, dessen Rolle im Gesundheitswesen vorwiegend vom Patienten bzw. Versicherten eingenommen wird. Ohne die Präsenz des Patienten kann der Arzt keine Diagnose vornehmen. Diese gleichzeitige Abhängigkeit von Anbieter und Nachfrager der Leistungserstellung beschreibt das Uno-actu-Prinzip, welches, basierend auf der Betonung der Tätigkeit, durch eine starke Prozessorientierung gekennzeichnet ist.⁶⁵ Aus diesem Spezifikum der „kundenpräsenzbedingten Dienstleistung“⁶⁶ ergibt sich zudem, dass Gesundheitsleistungen nicht lagerfähig sowie aufgrund der Immaterialität unteilbar sind. Des Weiteren beschreibt eine Dienstleistung eine einzigartige Leistungserstellung, die kundenspezifisch erfolgt. Eine ärztliche Diagnose kann nur auf der Basis patientenindividueller Eigenschaften variabel durchgeführt werden. Gleichzeitig zeichnet die meisten Gesundheitsleistungen eine Standortgebundenheit aus, die aufgrund simultaner Anwesenheit von Nachfrager und Anbieter vor Ort erfolgen muss. Vor dem Hintergrund, dass Medien, wie das Telefon oder das Internet, eine elektronische Überbrückung zweier unterschiedlicher Aufenthaltsorte von Anbieter und Nachfrager ermöglichen, muss das Kriterium der Standortgebundenheit jedoch überdacht werden. Eine unkritische Besonderheit von Dienstleistungen, welche Fließ als ein herausragendes Merkmal beschreibt, stellt die Mitwirkung des Kunden dar, die auf Grundlage der Produktionstheorie als Integration externer Faktoren bezeichnet wird.⁶⁷ Es handelt sich nach Burr und Stephan um ein Leistungsobjekt, das als *conditio sine qua non*, eine unabdingbare Voraussetzung darstellt und sowohl den Konsumenten selbst, als auch ein ihm gehörendes Objekt umfassen kann.⁶⁸ Maleri verwendete als Erster den Begriff des externen Faktors, der innerhalb einer betriebswirtschaftlichen Dienstleistungsdiskussion ein charakteristisches Merkmal eines prozessorientierten Ansatzes darstellt. Obwohl Maleri eine der prozessorientierten Dienstleistungsbesonderheiten prägte, zählt er zu den deutschsprachigen Begründern des ergebnisbezogenen Ansatzes, welcher die Dienstleistung als Output fokussiert.⁶⁹ In diesem Kontext ergänzen die tätigkeitsorientierte und die potenzialorientierte Definition die Ansätze

⁶⁵ Vgl. Bruhn, M. (2008), S. 19-24.

⁶⁶ Fleßa, S. (2007), S. 20.

⁶⁷ Vgl. Fließ, S. (2006), S. 31-35. Vgl. Maleri, R. (1997), S. 147-172.

⁶⁸ Vgl. Burr, W./ Stephan, M. (2006), S. 21. Vgl. Rück, H. R. G. (2000), S. 180.

⁶⁹ Vgl. Rück, H. R. G. (2000), S. 177-181. Vgl. Maleri, R. (1973), S. 75-97.

des prozess- sowie ergebnisorientierten Dienstleistungsbegriffs.⁷⁰ Hilke bezieht die potential-, prozess- und ergebnisbezogene Orientierung in eine phasenorientierte Integration mit ein und kann beispielhaft für einen mehrdimensionalen Ansatz betriebswirtschaftlicher Dienstleistungsdefinition herangezogen werden.⁷¹ Auf der Basis der Interpretation von Hilke, schließt sich diese Ausarbeitung der Schlussfolgerung von Meffert und Bruhn an, die eine Kombination der Ergebnis-, Prozess- und Potenzialphase für die vollständige Dienstleistungsdefinition für zweckmäßig erachten. Auf der Grundlage dieser Ansatzkombination spielen die konstitutiven Merkmale der Immaterialität und der Integration externer Faktoren eine herausragende Rolle. Insgesamt ermöglichen die in diesem Abschnitt genannten konstitutiven Besonderheiten die charakteristischen Eigenschaften von Dienstleistungen herauszuarbeiten und damit eine Unterscheidung von Sachleistungen vornehmen zu können.⁷² Einmal mehr konnte zudem gezeigt werden, dass verschiedene Ansätze von Dienstleistungsbegriffen vorherrschen, die ihrerseits auf spezifischen Besonderheiten basieren. Die vorangegangene Darlegung der Dienstleistungsmerkmale beinhaltet einen Auszug aus den in der Literatur am häufigsten auffindbaren Eigenschaften. Die nachfolgende Abbildung 5 zeigt einen idealisierten Dienstleistungsprozess, der sich in die zwei Phasen der Vor- und Endkombination unterteilen lässt.

⁷⁰ Vgl. Corsten, H./ Gössinger, R. (2007), S. 21-31. Vgl. Meffert, H./ Bruhn, M. (2006), S. 29f.

⁷¹ Vgl. Hilke, W. (1984), S. 2-21. Vgl. Rück, H. R. G. (2000), S. 181-186. Vgl. Meffert, H./ Bruhn, M. (2006), S. 30-33. Vgl. Bruhn, M. (2008), S. 23f.

⁷² Vgl. Burr, W./ Stephan, M. (2006), S. 19.

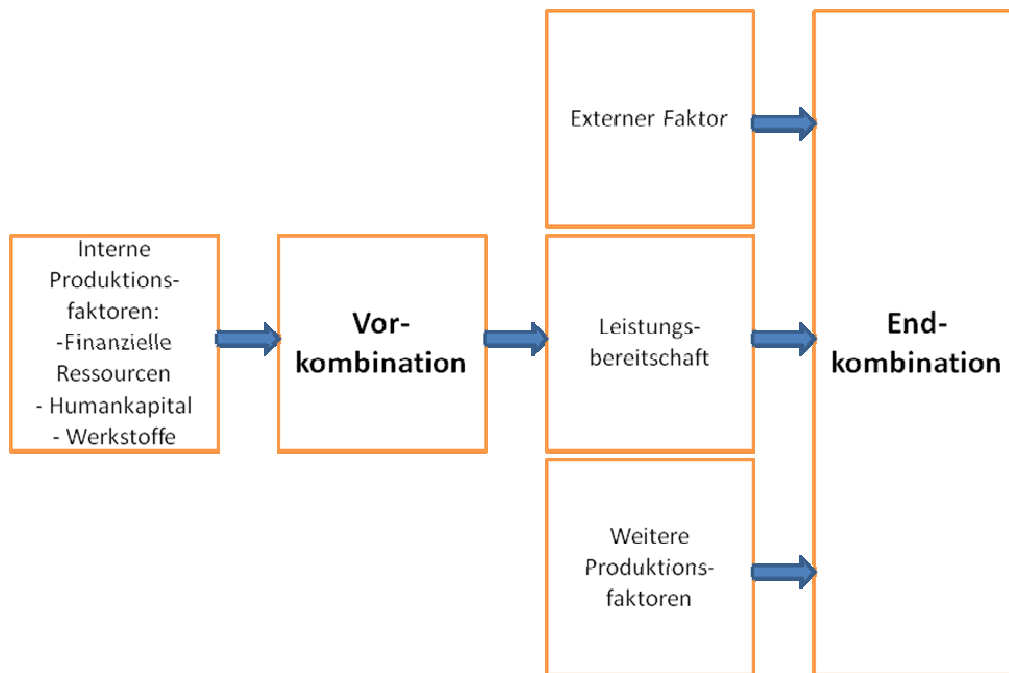


Abbildung 5: Idealisierter Dienstleistungsprozess

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Fleßa, S. (2007), S. 21.

In die Vorkombination gehen die internen Produktionsfaktoren wie Finanzmittel, Personal sowie Werkstoffe bzw. Betriebsmittel ein, die gemeinsam die Leistungsbereitschaft bilden. Beispielhaft bestimmen die finanziellen Ressourcen eines ambulant tätigen Arztes die Möglichkeiten der Ausstattung an technischen Geräten, die als Betriebsmittel die Diagnosefähigkeit verbessern können. Zusätzlich ermöglicht die Einstellung qualifizierter medizinischer Fachangestellter die Entlastung des Arztes. Diese Mittel der Vorkombination, die relativ einfach zu beeinflussen sind, wirken auf die Leistungsbereitschaft des Arztes ein, die einen Teil der Endkombination beinhaltet. Der Abbildung 5 lässt sich entnehmen, dass die Leistungsbereitschaft des Anbieters gemeinsam mit den weiteren Produktionsfaktoren, wie z.B. dem Fortbildungsverhalten des Arztes, sowie dem externen Faktor den eigentlichen Dienstleistungsprozess bilden. Dieser idealisierte Prozess unterliegt den bereits erläuterten Besonderheiten, wie bspw. dem Uno-actu-Prinzip, nachdem die Anwesenheit des Patienten zur Diagnose von entscheidender Bedeutung ist. Hieraus ergibt sich, dass die zweite Phase der Endkombination, die den Hauptanteil des Dienstleistungsprozesses umfasst, im Gegensatz zur einfachen Steuerbarkeit der Vorkombination von zahlreichen Besonderheiten abhängig ist. Die Abbildung 5 des idealisierten Dienstleistungsprozesses beinhaltet neben der Prozessorientierung, die sich anhand der durch das Uno-actu-Prinzip genannten Synchronität von Anbieter und Nachfrager darstellt, auch die Potenzialorientierung durch die

Vorkombination. Die Bereitschaft des Dienstleistungsanbieters zur Durchführung beschreibt die Potenzialorientierung innerhalb des phasenbezogenen Dienstleistungsbegriffes nach Hilke. Auch der dritte Bestandteil, die Ergebnisorientierung, der phasenbezogenen Integration wird durch Verwendung des Begriffs der Endkombination, als Ergebnis des Dienstleistungsprozesses einbezogen. Der Dienstleistungsprozess der Abbildung 5 beinhaltet eine Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse und integriert die einzelnen Bestandteile des mehrdimensionalen Ansatzes nach Hilke, der die Basis nachfolgender Ausführungen darstellt.

Herder-Dorneich betont, dass Gesundheitsleistungen als Dienstleistungen im Gesundheitswesen aufgrund spezifischer Besonderheiten dieses Sektors als Dienstleistungen besonderer Art aufgefasst werden können.⁷³ Zu diesen hervorzuhebenden Merkmalen, welche die Besonderheit der Gesundheitsleistungen beschreiben, zählen die externen Effekten, die im Gesundheitssektor zahlreich vertreten sind. Externalitäten können sowohl bei der Produktion, als auch beim Konsum von Gesundheitsleistungen auftreten. Es handelt es sich hierbei um Vorteile, den sog. positiven externen Effekten, oder Nachteile, den sog. negativen externen Effekten, für Dritte einer wirtschaftlichen Aktivität. Da Externalitäten dem Urheber nicht zugerechnet und zudem von den direkten Beteiligten nicht vorhergesehen werden können, finden sie keine Berücksichtigung bei der Preis- und Marktgleichgewichtsbildung. Die eingangs des Kapitels 2.2.1 Gesundheit im Gesundheitswesen getroffene Aussage über die hohe sowohl individuelle, als auch gesellschaftliche Wertschätzung der Gesundheit zeigt sich auch im Bereich der Externalitäten. Demensprechend wirken positive externe Effekte einerseits auf individuelle und andererseits auf gesellschaftliche Belange ein. Bspw. tragen Investitionen in die Forschung dazu bei, die Gesundheit potentieller Patienten auf der Grundlage neuer Erkenntnisse zu verbessern bzw. wiederherzustellen. Die Innovationsfähigkeit des Medizinsektors führt dazu, gemeinsam mit den beschäftigungsintensiven Gesundheitsleistungen positive externe Effekte im Bereich einer stabilen Konjunktur zu generieren.⁷⁴ Negative externe Effekte treten z.B. im Krankheitsfall von Arbeitnehmern einerseits für Unternehmen auf, weil Krankheit mit der Absenkung des Humankapitals einhergeht und andererseits aufgrund dessen die gesamte Leistungsfähigkeit einer Solidargemeinschaft beeinflusst wird. Hieraus ergibt sich, dass Externalitäten im

⁷³ Vgl. Herder-Dorneich, P. (1994), S. 630f.

⁷⁴ Schulenburg und Greiner führen die arbeitsintensive Dienstleistungsproduktion als eine weitere Besonderheit der Gesundheitsleistungen an. Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 154. Vgl. Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H. (2008), S. 54-56.

besonderen Maße auf das Gesundheitswesen einwirken. Externe Effekte führen zu einer Verzerrung von Anreizen, weil der gesamte Nutzen bzw. die vollständigen Kosten nicht berücksichtigt werden können.⁷⁵ Die Kollektivgutproblematik trägt an dieser Stelle dazu bei, diese Schwierigkeit zu verschärfen. Öffentliche Güter oder auch Kollektivgüter zeichnen sich durch eine Nicht-Rivalität im Konsum und das Nicht-Ausschlussprinzip aus.⁷⁶ Daraus lässt sich ableiten, dass am Beispiel der Innovationsfähigkeit des Medizinsektors kein Versicherter bzw. Patient von den Erkenntnissen der Forschung ausgeschlossen werden kann und zudem die Nutzung der Innovation die Vorteile weiterer potentieller Patienten nicht minimiert. Aus diesen Besonderheiten der öffentlichen Güter ergibt sich die Problematik, dass aufgrund des nahezu unbegrenzten Zugangs zu diesen Gütern eine Zahlungsbereitschaft ausgeschlossen werden kann. Eine Preisbildung dieser Güter, welche den entstandenen Kosten wie z.B. den Innovationsaufwendungen gegenüber steht, gelingt nicht. Ein Angebot öffentlicher Güter über den Markt lässt sich somit nicht realisieren.⁷⁷ Innerhalb der Externalitätenproblematik zeigt sich eine eingeschränkte Preisbildung unter Beachtung der positiven und negativen externen Effekte. Wittmann verbindet diese beiden besonderen Kriterien des Gesundheitswesens, indem er feststellt, dass je größer die Ausprägung der Externalitäten, desto eher handelt es sich um reine öffentliche Güter und je geringer, desto stärker zeigen sich Ausprägungen eines privaten Gutes, bei dem der Nutzen internalisiert ist und der Konsum rivalisiert.⁷⁸ Zwischen den reinen öffentlichen Gütern auf der einen Seite und den privaten Gütern auf der anderen Seite lassen sich im Gesundheitswesen auch meritorische Güter vorfinden. Als eine besondere Form der öffentlichen Güter funktioniert bei meritorischen Gütern das Angebots- und Nachfrageverhalten auf dem Markt, jedoch greift der Staat zur Förderung der Gemeinschaftsbedürfnisse in diesen Mechanismus ein. Es kommt zu einer aus staatlicher Sicht notwendigen Korrektur der individuellen Nachfrage an Gütern, die von besonderer Bedeutung für die Gesellschaft ist, aber nicht ausreichend genutzt wird.⁷⁹ Staatlich vorgeschriebene Schutzimpfungen fungieren als Beispiel für meritorische Güter. Zugunsten der Gesellschaft wird das Prinzip des Nicht-Ausschlusses vom Staat durchgesetzt. Anhand

⁷⁵ Vgl. Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H. (2008), S. 54-57.

⁷⁶ Aus Vereinfachungsgründen wird im Folgenden davon ausgegangen, dass es sich um reine öffentliche Güter handelt, auf welche die von Musgrave 1959 vorgenommene Definition mit den Merkmalen sowohl der Nicht-Rivalität, als auch der Nicht-Ausschließbarkeit gleichermaßen angewandt werden. Vgl. Musgrave, R. A./ Musgrave, P. B./ Kullmer, L. (1994), S. 69-72. Als Begründer der modernen Theorie der öffentlichen Güter gilt Samuelson, der öffentliche Güter nur anhand der Nicht-Rivalität im Konsum definiert. Vgl. Samuelson, P. A. (1954), S. 387-389 und Samuelson, P. A. (1955), S. 350-356.

⁷⁷ Vgl. Hösel, U. (2008), S. 280f. Vgl. Hausner, K. H. (2006), S. 395f.

⁷⁸ Vgl. Wittmann, W. (1983), S. 17. Vgl. Zdrowomyslaw, N./ Dürig, W. (1999), S. 44.

⁷⁹ Vgl. Musgrave, R. A. (2005), S. 126-131. Vgl. Hösel, U. (2008), S. 288f.

dieses Beispiels zeigt sich auch die Verkopplung mit den externen Effekten. Dementsprechend profitieren bspw. die Einwohner anderer Staaten von den vorgeschriebenen Schutzimpfungen, da von den geimpften Personen keine Ansteckungsgefahr dieser Krankheiten mehr ausgehen kann. Eine weitere charakteristische Besonderheit der Dienstleistungen im Gesundheitswesen stellen die Leerkapazitäten dar. Daraus geht hervor, dass für Notfälle z.B. Betten vorgehalten werden müssen. Die Nachfrage von Notfallleistungen kann nur sehr begrenzt vorhersagt werden. Obwohl ein akuter Bedarf an bspw. Notfall-Operationsmöglichkeiten inklusive dem dazu notwendigen Personal nicht gegeben ist, müssen diese Dienstleistungen zur Verfügung gehalten werden. Eine Marktgleichgewichtsbildung im Sinne einer gegenseitigen Beeinflussung von Angebot und Nachfrage bleibt aus diesem Grund aus. Es handelt sich hierbei um medizinische Leistungen, die einen Optionsgutcharakter aufweisen. Zugleich zeigt sich im Gesundheitssektor eine relativ starre Kapazitätselastizität, die sich einerseits auf die Leistungserbringer zurückführen lässt, auf die durch eine langjährige Ausbildung, begrenzte Arbeitszeiten und finanzielle Mittel nur eingeschränkt zugegriffen werden kann. Andererseits ermöglichen kapitalintensive Dienstleistungsbetriebe, wie Krankenhäuser, kaum flexible Veränderungen, da sie bspw. durch geringe Ressourcenkapazitäten sowie bauliche Maßnahmen gebunden sind.⁸⁰ Um aufgrund der mangelnden Kapazitätselastizität dem Optionsgutcharakter der medizinischen Dienstleistungen nachkommen zu können, ergeben sich Leerkapazitäten, wie Notfallbetten, die vorgehalten werden müssen. Überträgt man die Kriterien des Kollektivgutes auf die Option, ergibt sich eine Zustimmung der Nicht-Rivalitätsbedingung, da jedem potentiellen Notfallpatienten der gleiche Nutzen aus dem Vorhalten des Krankenhausbettes zukommt. Breyer, Zweifel und Kifmann beurteilen die Bedingung des Nicht-Ausschlussprinzips als nicht vollständig erfüllt, da im Falle eines Versorgungsengpasses Notfallpatienten ohne Versicherungsvertrag und damit einer fehlenden Finanzierung dieser Dienstleistung diskriminiert werden. Die Autoren sehen jedoch zugunsten des humanitären Gedankens, der in Notfallsituationen Vorrang vor der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft hat, das Prinzip des Nicht-Ausschlusses als gegeben an, so dass es sich bei den Dienstleistungen im Gesundheitswesen mit Optionsgutcharakter um öffentliche Güter handelt.⁸¹ Mit dem Inkrafttreten des GKV-WSG am 01. April 2007 zeigen sich auch Auswirkungen auf die nicht ganz vollständige Erfüllung des Nicht-Ausschlussprinzips. Ein Baustein der Gesundheitsreform ist der Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung. Mit diesem

⁸⁰ Vgl. Herder-Dorneich, P. (1994), S. 635f. Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 109 und S. 154f.

⁸¹ Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 178f.

erstmals im WSG 2007 festgeschriebenen Recht auf Krankenversicherung, besteht zugleich auch die Versicherungspflicht für ehemals gesetzlich Versicherte seit dem 1. April 2007 und für ehemals privat Versicherte ab dem 1. Januar 2009. Erfolge dieser schrittweisen Einführung der Versicherungspflicht konnten bereits zum 1. April 2007 durch einen Rückgang von mehr als die Hälfte der nicht versicherten Personen generiert werden.⁸² Auf der Grundlage der Einführung der Pflichtversicherung kann das von Breyer, Zweifel und Kifmann eingeschränkte Nicht-Ausschlussprinzip als vollständig erfüllt angesehen werden, da nichtversicherte Personen spätestens seit dem Jahr 2009 im deutschen Gesundheitswesen nicht mehr existieren. Somit handelt es sich bei den Dienstleistungen im Gesundheitswesen mit Optionsgutscharakter eindeutig um öffentliche Güter.

Die sich anschließende Abbildung 6 dient dazu die vorangegangenen Ausarbeitungen zusammenzufassen sowie den bisherigen Erkenntnisstand auf der Grundlage der Abbildung 1, Steuerungsziele und –instrumente auf der Seite 11, zu aktualisieren.

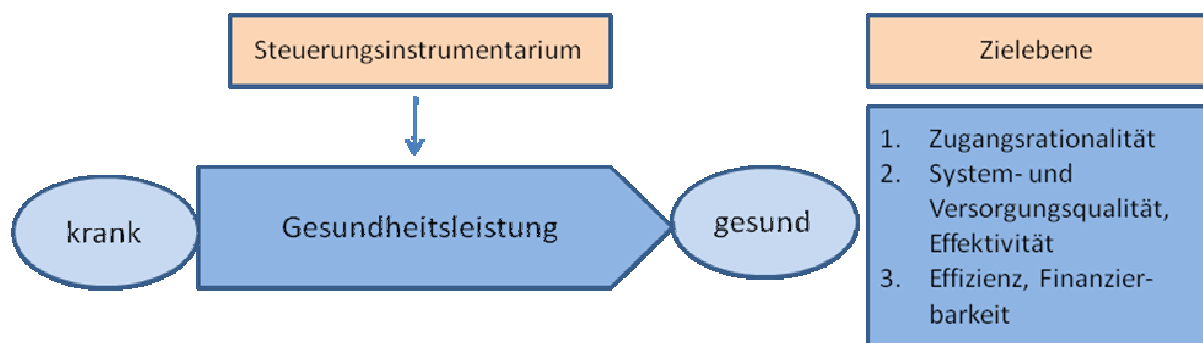


Abbildung 6: Gesundheitsleistungen zur Erreichung der Steuerungsziele

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Kernaspekt der Abbildung 6 umfasst die Gesundheitsleistung. Diese im Gesundheitswesen vorherrschende Dienstleistung zielt darauf ab, den Zustand ‚krank‘ in ‚gesund‘ umzuwandeln. Innerhalb dieses Pfeiles, der die vielfältigen Gesundheitsleistungen umfasst, werden alle Leistungen, Verfahren und Waren zusammenfasst, die gemeinsam darauf abzielen die Gesundheit des Patienten bzw. Versicherten im Sinne des § 1 SGB V zu bewahren, wiederherzustellen oder zu verbessern. Der Pfeil symbolisiert hierbei den

⁸² Auf Grundlage der Berechnung des Statistischen Bundesamtes wurden Anfang 2007 211.000 Personen ohne Versicherungsschutz registriert. Mit Inkrafttreten des GKV-WSG sind etwas mehr als 100.000 ehemals gesetzlich Versicherte in die GKV zurückgekehrt. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2008b), http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2008/pm-13-2-08.html?__nnn=true.

Dienstleistungsprozess, der neben dem prozessualen Charakter auch über eine Potenzial- sowie Ergebnisorientierung verfügt. Auf die Gesundheitsleistungen, die sich über alle Sektoren im Gesundheitswesen erstrecken, wirkt das Steuerungsinstrumentarium ein, dass bereits in der Abbildung 1 als Kontinuum zwischen staatlicher Regulierung und marktbezogenen Mechanismen kurz aufgezeigt wurde und im späteren Verlauf dieser Arbeit vertieft wird. Kritisch angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass nicht nur Gesundheitsleistungen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Bereits Arrow betont, dass eine Vielzahl von Faktoren sowie ein Netzwerk von Leistungen auf das Gesundheitswesen einwirken.⁸³ Aufgrund der herausragenden Rolle der Gesundheitsleistungen im deutschen Gesundheitswesen wurde der Pfeil der Abbildung 1, der den Gesundheitssektor symbolisierte durch die Leistungen ersetzt. Dies soll jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die Beeinflussung im Sinne Arrows auch darüber hinaus geht. Die Gesundheitsleistung als ein dynamischer Prozess ermöglicht es die Zustandsänderung als Mittel der Bedürfnisbefriedigung nach Gesundheit zu verdeutlichen. Das Ziel jeder Gesundheitsleistung besteht in der vielfältigen Auffassung von ‚Gesundheit‘, die als besonderes Gut die Steuerungsziele Zugangsrationalität, Qualität und Wirtschaftlichkeit beeinflusst. Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Besonderheiten der Gesundheitsdienstleistungen sowie die charakteristischen Eigenschaften des Gutes Gesundheit wie u.a. Externalitäten, die Kollektivgutproblematik und die mangelnde Kapazitätselastizität fokussiert worden sind, wird im Folgenden das besondere Gut Gesundheit in Verbindung mit den Steuerungszielen Qualität und Wirtschaftlichkeit betrachtet.

2.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens

Um das Steuerungsziel der Wirtschaftlichkeit näher zu betrachten, muss zunächst eine begriffliche Abgrenzung und Zuordnung erfolgen. Im Kapitel 2.2.2, Gut Gesundheit, wurde die Gesundheitsökonomie als Teilbereich der Ökonomie vorgestellt und die Möglichkeiten der Verwendung dieser Disziplin auf das Gesundheitswesen erläutert. Innerhalb dieser Thematik wird die Begrifflichkeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens häufig verwendet. Die enge Verbindung der beiden Bezeichnungen Ökonomie und Ökonomisierung verdeutlicht sich nicht nur durch den gemeinsamen Gebrauch eines Wortbestandteils, sondern auch durch die gegenseitige Bezugnahme innerhalb der Definition. Demnach bezeichnet Löffler die Ökonomisierung als den verstärkten Einfluss der Ökonomie auf das Denken und Handeln sowohl von Individuen, als auch von Organisationen, die sich in verschiedenen

⁸³ Vgl. Arrow, K. J. (1963), S. 941f.

sozialen Subsystemen wie u.a. im Staat befinden.⁸⁴ Ähnlich zu den vorangegangenen begrifflichen Bestimmungen lässt sich auch im Fall des Terminus der Ökonomisierung keine allgemeingültige Definition heranziehen. In der Definition nach Kirchgässner findet durch die Ökonomisierung eine Ausbreitung von Märkten statt, wobei der Markt als ein gesellschaftlicher Koordinationsmechanismus unter vielen betrachtet wird.⁸⁵ Bezugnehmend auf diese marktliche Steuerungsmöglichkeit stellt Ahrens sich gegenseitig ablösende Phasen von verstärkter Politisierung und Ökonomisierung des Staates fest.⁸⁶ Innerhalb der Argumentation über Staatsinterventionen existieren zahlreiche normative Begründungen, die auf die folgenden zwei Auffassungen reduziert werden können.⁸⁷ Badelt und Österle begründen den Eingriff der Sozialpolitik, als Überbegriff der Gesundheitspolitik redistributiv, indem sie dem Sozialstaat die Aufgaben der Verbesserung bzw. Verhinderung von Benachteiligung aus wirtschaftlichen und sozialen Situationen übertragen.⁸⁸ Damit reduzieren sie den Aufgabenbereich des Sozialstaates auf eine marktkorrigierende Betätigung durch vorwiegende Umverteilungsaktivitäten. Barr, als Vertreter der zweiten Begründungsargumentation geht über die Darstellung von Badelt und Österle hinaus, indem er eine Erweiterung um eine effizienzorientierte Sichtweise vornimmt.⁸⁹ Diese Erklärung der sozialpolitischen Eingriffe basiert auf Investitionen des Sozialstaates, die sich somit „weg von verteilungspolitischen hin zu effizienz- und wachstumstheoretischen Argumenten“ entwickelt und zugleich die Ökonomisierung der Sozialpolitik einläutet.⁹⁰ Blanke geht auf die Differenzierung der einzelnen Bestandteile der ökonomischen Ausrichtung des Sozialstaates ein und verknüpft die Ökonomieaspekte in der nachfolgenden Abbildung.

⁸⁴ Vgl. Löffler, E. (2003), S. 19.

⁸⁵ Vgl. Kirchgässner, G. (1997), S. 1-24.

⁸⁶ Vgl. Ahrens, D. (2007), S. 47.

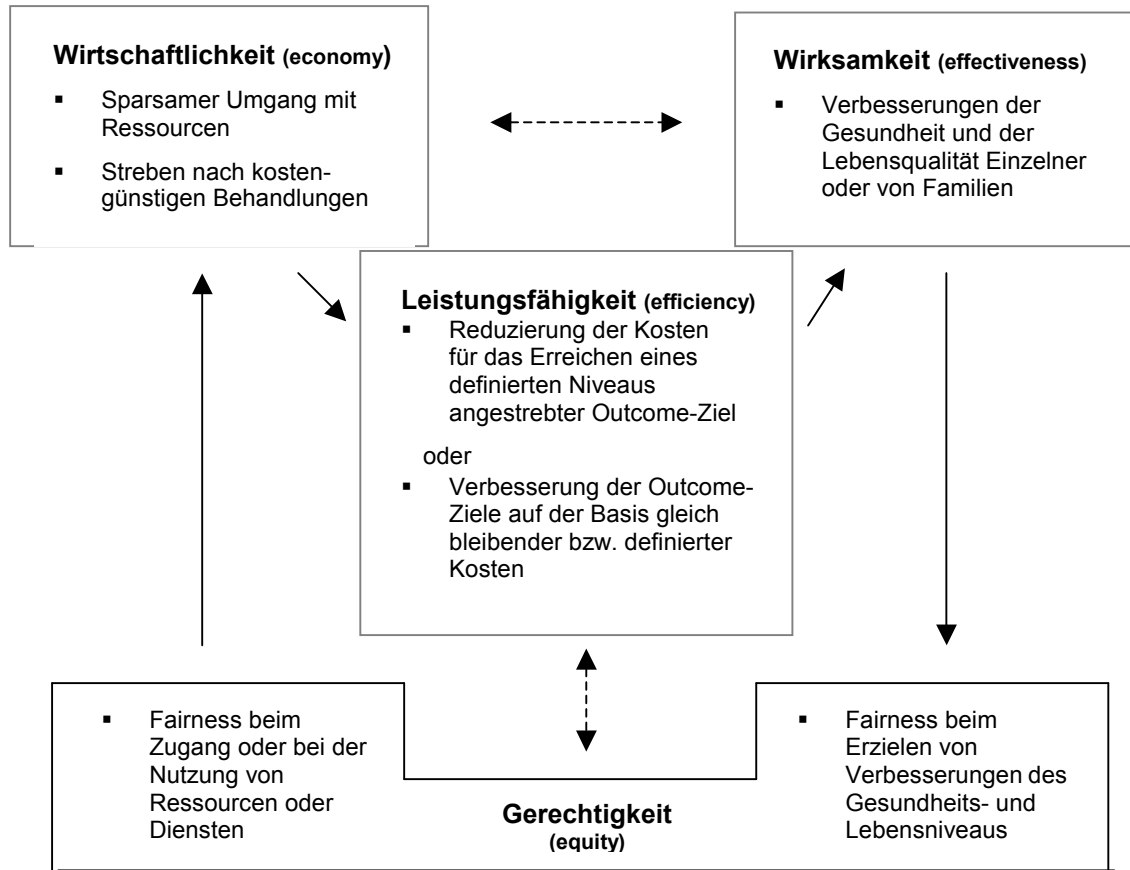
⁸⁷ Vgl. Rothgang, H./ Preuss, M. (2008), S. 32f.

⁸⁸ Vgl. Badelt, C./ Österle, A. (2001), S. 1-4 und S. 8-12.

⁸⁹ Vgl. Barr, N. (2004), S. 64-120 und S. 168-212.

⁹⁰ Rothgang, H./ Preuss, M. (2008), S. 33.

Beispiel Gesundheit



© Bernhard Blanke, 2000
nach Kendall / Knapp

Abbildung 7: Wirtschaftlichkeit als Bestandteil der ökonomischen Ausrichtung des Sozialstaates

Quelle: Blanke, B. (2005), S. 51.

Die Abbildung 7 verdeutlicht, dass der sparsame Umgang mit Ressourcen nur einen Anteil an der gesamten Versorgungssituation einnimmt. Der Abgleich mit Gerechtigkeitskriterien stellt im sozialstaatlichen Gefüge eine Grundlage für die darauf basierenden und in gegenseitiger Verbindung stehenden Leistungsfähigkeits- und Wirksamkeitsaspekte dar. Wirtschaftlichkeitsbezogene Belange in Form der Kostenerfassung sowie der Ergebnisorientierung auf Basis von Outcome-Zielen werden mit Qualitäts- und Fairnessbestandteilen kombiniert. Der Abbildung 7 lässt sich entnehmen, dass eine bloße Übertragung von ökonomischen Größen aufgrund der Beachtung von einerseits wirtschaftlichen Teilaspekten und andererseits darüber hinaus gehenden sozialpolitischen

Ansprüchen und Bedingungen nicht die vollständige ökonomische Ausrichtung des Sozialstaates abbildet. Die Vielschichtigkeit der einzelnen Bestandteile geht mit einer hohen Herausforderung einher. Darüber hinaus bestehen weitere Unterscheidungskriterien. Nach Löffler begründet sich die Ökonomisierung des Staates auf vier Wirtschaftstheorien. Hierzu zählt zum einen die liberale Wirtschaftstheorie, die auf den Gesetzmäßigkeiten des freien Marktes basiert und Einfluss auf das New Public Management nimmt. Zum anderen wirkt die Public Choice-Theorie, die sich ebenfalls auf das Menschenbild des homo oeconomicus, als Nutzenmaximierer bezieht, auf die Ökonomisierung im öffentlichen Sektor. Die Theorie der Wohlfahrtsökonomie begründet verstärkte Regulierungsaktivitäten des Staates mit der Notwendigkeit des Ausgleichs von Marktversagen, um damit eine Stärkung des Gemeinwohls zu erreichen. Die vierte wirtschaftstheoretische Strömung nimmt die österreichische Schule ein, welche sich der Förderung des privaten Unternehmertums verschreibt. Im britischen Gesundheitswesen führte diese Theorie zur Ausbildung der sog. internen Märkte, die als Quasi-Märkte fungieren.⁹¹

Bei der Ökonomisierung handelt es sich entgegen einer häufig vorzufindenden Darstellung nicht um einen neuartigen Trend, der das Gesundheitswesen erst seit den 1980er bis 1990er Jahren beeinflusst. Bereits seit den Anfängen des deutschen Gesundheitswesens durchziehen ökonomische Ausrichtungen das Versorgungssystem. Das Prinzip der Daseinsvorsorge impliziert den verantwortungsvollen Umgang finanzieller Mittel, um auch nachfolgenden Generationen der Solidargemeinschaft die Erfüllung dieses Ziels zu ermöglichen.⁹² Die Ökonomisierung ist somit mit den Prinzipien der Effizienz und Effektivität, entsprechend der Abbildung 7 auf der Seite 40, eng verbunden. Die Effizienz misst, ob mit den eingesetzten Ressourcen des Gesundheitswesens auch der bestmögliche Wert für die verwendeten Mittel erzielt worden ist. Palmer und Torgerson unterteilen die Effizienz zudem in eine technische, produktive und allokativen Effizienz. Die Unterteilungen verfügen über die Gemeinsamkeit, dass sie alle gleichermaßen den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Kosten fokussieren. Jedoch sind die einzelnen Unterteilungen unterschiedlich miteinander verwoben. Dementsprechend impliziert die produktive Effizienz, als Wert, der durch die Wahl verschiedener Ressourceneinsätze bei gegebenen Kosten darauf abzielt die gesundheitlichen Ergebnisse zu maximieren, die technische Effizienz. Diese Größe strebt die Maximierung gesundheitlicher Ergebnisse bei gegebenen Kosten an. Die allokativen Effizienz umfasst die

⁹¹ Vgl. Löffler, E. (2003), S. 19-22.

⁹² Vgl. Hensen, G./Hensen, P. (2008), S. 16f. Vgl. Bauer, U. (2008), S. 143. Vgl. Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006), S. 36-38.

Erreichung der optimalen Ressourcenverwendung, um eine Maximierung der Wohlfahrt der Gesellschaft zu erhalten und beinhaltet die produktive Effizienz. Eine umgekehrte Schlussfolgerung lässt sich jedoch nicht ziehen.⁹³ Hieraus ergibt sich, dass zwar Ressourcenverwendungen der produktiven Effizienz unterliegen können, jedoch allokativ nicht effizient sein müssen. Eine separate Prüfung der einzelnen Unterscheidungen der Effizienz ist zwar notwendig, jedoch insbesondere vor dem Ziel der Wohlfahrtsoptimierung, die auf individuelle Nutzenfunktionen basiert, in der Praxis nur eingeschränkt möglich. Pfaff ordnet aus diesem Grund die notwendige Umverteilung zur Erreichung der Wohlfahrtsmaximierung der Politik zu.⁹⁴ Ahrens betont innerhalb der Ökonomisierungs-Diskussion, dass die Effizienz nicht als ein objektiver Begriff aufgefasst werden darf und führt dies auf den Einfluss der unterschiedlichen Zielsetzungen auf die Beurteilung der Wirksamkeit zurück. Demnach umfasst Effizienz lediglich das Maß für die Erreichung eigens festgesetzter Ziele mittels geringstmöglichem Ressourceneinsatz.⁹⁵ Insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine wissenschaftlich fundierte Einschätzung einer notwendigen Umverteilung zur Generierung eines Wohlfahrtsoptimums nur unter sehr eingeschränkten Bedingungen möglich ist und aufgrund dessen Entscheidungen hierzu innerhalb eines politischen Prozesses getroffen werden, lassen sich die unterschiedlichen Zielsetzungen der auf den Prozess zahlreich einwirkenden Akteure erkennen und subjektivieren somit den Effizienzbegriff. Abschließend lässt sich die Effizienz vereinfacht als Möglichkeit die Sachverhalte ‚richtig‘ anzugehen, definieren. Dagegen heißt Effektivität, die ‚richtigen‘ Sachverhalte anzugehen und beschreibt den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Output, indem sie als Maß für die Zielerreichung definiert wird.⁹⁶

Im Vorfeld konnte festgestellt werden, dass es sich bei den Gesundheitsleistungen um besondere Güter handelt. Aus dieser Spezifität ergibt sich durch die bereits vorgestellten Faktoren wie u.a. die externen Effekte und die Kollektivgutproblematik, dass ein vollständiger Marktmechanismus im Sinne einer uneingeschränkten Ökonomisierung im Gesundheitswesen nicht funktional ist. Dies geht auch auf die unzureichende Konsumentensouveränität zurück, die sich durch die eingeschränkte Rolle des autonomen Nachfragers aufgrund nicht ausreichender Informationen begründet. Darüber hinaus kennzeichnet die eingeschränkte Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen die

⁹³ Vgl. Palmer, S./ Torgerson, D. J. (1999), S. 1136.

⁹⁴ Vgl. Pfaff, M. (2006), S. 88f.

⁹⁵ Ahrens, D. (2007), S. 49.

⁹⁶ Long, A. F. (1985), S. 11ff. Vgl. Schneider, M. (1995), S. 148.

Besonderheit, dass bspw. bewusstlose Notfallpatienten nicht in der Lage sind eigenständige Entscheidungen treffen zu können. Gleichmaßen erfordert die Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse den Patienten als Nachfrager nach Gesundheitsleistungen Unterstützung und Hilfe anzubieten. Auf dem Kapitalmarkt ermöglicht der Spar-Zins-Mechanismus die von Böhm-Bawerk erstmals festgestellte Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse zu überwinden.⁹⁷ Im Gesundheitswesen scheitert eine solche Nivellierung der Minderschätzung daran, dass der Verzicht auf den gegenwärtigen Konsum an Gesundheitsleistungen bei zukünftiger Inanspruchnahme rational unter Berücksichtigung hoher Risikofaktoren ausgeglichen werden müsste. Aufgrund der häufig bestehenden ‚späten‘ Erkenntnis über den Stellenwert der Gesundheit im akuten Bedarfsfall und den im Vorfeld begrenzt erkennbaren Risikofaktoren ergibt sich die Notwendigkeit der Unterstützung sachverständiger Dritter. Die Gesundheitspolitik gehört u.a. zu den Interessenvertretern der Patienten, die mittels Aufklärung, Solidarappellen und auch Zwang die Minderschätzung abzubauen bestrebt ist. Daneben verfügen die Krankenkassen als weitere Patientenvertreter mit dem Versicherungssparen über die Möglichkeit der Risikostreuung durch die große Anzahl an Versicherten. Als Mitglied in der Solidargemeinschaft eröffnet sich für die Versicherten zudem durch den Generationenvertrag⁹⁸ eine zusätzliche Verbesserung aufgrund der Überleitung vom Kapitaldeckungsverfahren zum Umlageverfahren. Somit gelingt eine Umwandlung der Gesundheitsleistungen als Zukunftsgüter zu Gegenwartsgütern.⁹⁹

Aus den Möglichkeiten der Verringerung der Minderschätzung durch u.a. die Aufklärung lässt sich mit der Informationsasymmetrie eines der bedeutsamsten Aspekte des Gesundheitswesens ableiten. Mit der Strategie der Aufklärung soll die im Gesundheitswesen vorwiegend bestehende ungleiche Informiertheit ausgeglichen werden. In der auf die Institutionenökonomik zurückgehende Principal-Agent Beziehung besteht durch die Vereinbarung zwischen Auftragsgeber und Auftragsnehmer ein einseitiger Informationsvorsprung aufseiten des Agents. Dementsprechend verfügt der Arzt als Agent gegenüber dem Patienten als Principal über Informationen, die der Versicherte nur unter erheblichen Anstrengungen und Kosten¹⁰⁰ überprüfen kann. Gleichmaßen kann der Arzt nur

⁹⁷ Vgl. Böhm-Bawerk, E. v. (1961), S. 332-338.

⁹⁸ Der Begriff Generationenvertrag, oftmals auch Generationensolidarität genannt, wurde von Schreiber innerhalb der Rentenversicherungsreform von 1957 wissenschaftlich begründet und vorgeschlagen. Der ursprüngliche Vorschlag Schreibers ist jedoch nicht umgesetzt worden. Vgl. Schreiber, W. (2004[1955]) S. 6-48.

⁹⁹ Vgl. Herder-Dorneich, P. (1994), S. 638-644. Vgl. Klas, C. (2000), S. 11-29.

¹⁰⁰ So müsste der Patient das Medizinstudium absolvieren, um eine eigene fachliche Einschätzung vornehmen zu können.

begrenzt die Compliance als Mitwirkung und Eigenleistung des Patienten nachvollziehen bzw. kontrollieren, so dass von beidseitiger Informationsasymmetrie ausgegangen werden kann.¹⁰¹ Strategien, wie die Aufklärung oder die Einholung von Informationen durch bspw. das Internet können den Wissensvorsprung zwar reduzieren, jedoch nicht vollständig abbauen. Im Vergleich zu anderen Dienstleistungen, wie der Autoreparatur ergeben sich ähnliche Unsicherheiten bezüglich erfahrener Leistung. Jedoch kennzeichnen Gesundheitsleistungen darüber hinaus die von Breyer, Zweifel und Kifmann benannten Eigenschaften der unvollkommenen Information auf den Gesundheitsmärkten durch die mangelnde Möglichkeit der Stichprobe sowie der Qualitätsbeurteilung.¹⁰² Weitere Prinzipal-Agent Beziehungen treten auch zwischen Krankenversicherung und Arzt sowie zwischen Krankenversicherung und Versicherten auf. Aus der Informationsasymmetrie der Kernbeziehung zwischen Arzt und Patient kann sich aufgrund der erläuterten fehlenden Nachprüfbarkeit der vom Arzt zur Verfügung gestellten Information durch den Patienten eine angebotsinduzierte Nachfrage entwickeln. Demnach eröffnet sich durch den Wissensvorsprung der Leistungsanbieter und der zusätzlich bestehenden Besonderheiten der Gesundheitsleistungen die Möglichkeit der Leistungserweiterung zugunsten einer Einkommensmaximierung des Arztes.

Mit weiteren Auswirkungen asymmetrischer Information beschäftigte sich bereits Akerlof 1970 in seinem Aufsatz „The Market of ‚Lemons‘: Quality Uncertainty and the Market Mechanism“. Anhand eines Gebrauchtwagenmarktes als Fallbeispiel erläutert Akerlof, dass aufgrund unzureichender Beurteilungsmöglichkeiten der Käufer die Zahlungsbereitschaft sinkt. Daraus ergibt sich, dass qualitativ hochwertige Autos nicht mehr angeboten werden und somit die ‚Lemons‘ als Wagen von schlechter Qualität die Autos guter Qualität verdrängen. Diese negative Auslese, auch adverse Selektion genannt, die auf den Aspekten der Interaktion zwischen Qualitätsunterschieden und der Unsicherheit basiert, stellt eine effiziente Ausrichtung durch den Markt in Frage. Die asymmetrische Informationsverteilung der jeweiligen Vertragspartner bewirkt eine Einstellung einer qualitativ hochwertigen Produktion bzw. Leistungserstellung durch die Leistungsanbieter, da aufgrund der fehlenden Beurteilungsmöglichkeiten der Konsumenten, diese nicht bereit sind den entsprechend hohen Preis für die Leistung bzw. das Produkt zu zahlen. Bezogen auf den Krankenversicherungsmarkt ergibt sich aus der Sicht von Akerlof die Problematik, dass

¹⁰¹ Vgl. Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H. (2008), S. 58-61. Vgl. Schneider, U. (2002), S. 449f.

¹⁰² Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 181f.

Versichertengruppen von schlechter Qualität, die eine hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit auszeichnet, nicht versichert werden. Daraus leitet er die Notwendigkeit einer durch den Staat durchzusetzenden Zwangsversicherung ab.¹⁰³ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Rothschild und Stiglitz sowie Wilson durch die Untersuchung des Versicherungsmarktes anhand von Preis-Mengen Verträgen. Aufgrund der asymmetrischen Informationen bewirkt die adverse Selektion eine Benachteiligung von Versicherten, die ein geringes Erkrankungsrisiko auszeichnet. Hierunter fällt bspw. die Gruppe junger und gesunder Mitglieder einer Krankenkasse. Sind die Krankheitsrisiken heterogen und von den Versicherungen nicht kontrollierbar, kann eine Zwangsversicherung durch die Subventionierung der Mitglieder mit geringen Risiken eine Verbesserung hervorrufen, wenn die Versicherung mittels einheitlicher Beiträge nur einen Teil des Kostenrisikos abdeckt.¹⁰⁴ Da das GKV-WSG die Versicherungspflicht erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik vollständig seit Anfang des Jahres 2009 einführt, wurde damit ein wesentlicher Beitrag zur Eindämmung der Auswirkungen der Informationsasymmetrie gewonnen. Hajen, Paetow und Schumacher relativieren die Effekte der adversen Selektion und begrenzen die Auswirkungen lediglich auf den privaten Krankenversicherungsmarkt. Aufgrund der genannten Versicherungspflicht sowie bspw. des Kontrahierungszwanges als Eingriffe des Staates in den Markt stellen die Autoren das Zusammenbrechen von funktionierenden Märkten als Folge der adversen Selektion in Frage. Hierbei beziehen sie sich auf den in der Realität bisher ausgebliebenen Untergang des Marktes.¹⁰⁵

Bezugnehmend auf die gesetzliche Zwangsversicherung besteht neben der Eindämmung der Nachteile der Informationsasymmetrie ein weiterer positiver Effekt in der Vermeidung der sog. „Trittbrettfahrer-Problematik“. Demnach verfügen Geringverdiener, die sich an der Grenze der Bedürftigkeit befinden, über keinen Anreiz zur Krankenversicherung, sondern beanspruchen im Bedarfsfall die Behandlung auf Kosten der Solidargemeinschaft, um die Beiträge einzusparen. Mittels der Zwangsversicherung wird diese Problematik aufgehoben und gleichzeitig eine effiziente Risikoallokation erreicht.¹⁰⁶ Als eine weitere Folge asymmetrischer Information besteht die Moral-Hazard Problematik. Das als „moralisches Risiko“ zu übersetzende Theorem beinhaltet eine Verhaltensänderung der Versicherten

¹⁰³ Vgl. Akerlof, G. A. (1970), S. 488-494.

¹⁰⁴ Vgl. Rothschild, M./ Stiglitz, J. (1976), S. 629-648. Vgl. Wilson, C. (1977), S. 167-206. Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 185-187.

¹⁰⁵ Vgl. Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H. (2008), S. 67-69.

¹⁰⁶ Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 183-185.

aufgrund der Versicherung. Nach Schulenburg und Greiner tritt dieser für die Krankenversicherungen problematische Effekt in Form von zwei Unterscheidungen auf. Das Moral-Hazard erster Art umfasst die direkte Verhaltensänderung durch den Versicherten, der bspw. den Arzt häufiger als nötig konsultiert. Die Auswirkungen dieses Effektes können sich auch innerhalb der zweiten Art auf eine Verhaltensänderung des Arztes auswirken, welcher abhängig vom Krankenversicherungsumfang Behandlungen durchführt.¹⁰⁷ Pauly stellte das Moral-Hazard Theorem 1968 dem von Arrow 1963 veröffentlichtem Aufsatz „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“ entgegen. Arrow kommt demnach zu der Schlussfolgerung, dass eine öffentliche Krankenversicherung Vorteile gegenüber einer privaten Absicherung generieren kann. Pauly führt dagegen das Moral-Hazard Theorem als Begründung für eine suboptimale Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten ein.¹⁰⁸ Mechanismen, die diesen nachteiligen Effekten entgegenwirken sollen, stellen Bonus-Malus-Systeme, Selbstbeteiligungen und Risikoabschläge bei bspw. riskantem Verhalten dar. Arrow und Pauly können stellvertretend für eine bis heute bestehende Diskussion um staatliche Steuerungsmechanismen auf der einen und private bzw. marktliche Steuerungsmechanismen auf der anderen Seite genannt werden. Die Frage, wie viel Staatlichkeit bzw. wie viel Markt notwendig ist, durchzieht das Gesundheitswesen von Beginn an. Dieser Diskurs, welche die staatlichen und privaten bzw. marktlichen Steuerungsmechanismen fokussiert, zeigt sich auch anhand des Moral-Hazards Theorems.¹⁰⁹

Weitere Besonderheiten im Gesundheitswesen stellen die Marktvorherrschaften dar, die sich als Marktmacht u.a. in der Konzentration sowie Kooperation von Anbietern und Nachfragern im Gesundheitssektor begründen. Hierzu zählen zum einen die Verbände, Kammern und Innungen, die steuernd auf die Geschehnisse im Gesundheitssektor einwirken. Zum anderen verfügen auch Krankenkassen und Krankenhäuser durch bspw. regionale Vorherrschaft über Marktmacht. Gemeinsam mit einer im Gesundheitswesen vorherrschenden marginalen Preiselastizität kann der Effekt der Anbieter- und Nachfragerkonzentration verstärkt werden. Die geringe Preiselastizität, die aus einem hohen Stellenwert von Gesundheitsleistungen, der Funktion der Preise als Qualitätsindikator und einer strukturellen Nachfrageschwäche

¹⁰⁷ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v.d./ Greiner, W. (2007), S. 46-48. Weitere Unterscheidungen der Moral-Hazard Problematik zeigen sich u.a. bei Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 222f. Die Unterscheidung von Schulenburg und Greiner wird an dieser Stelle vorgezogen, da anhand dieser an späterer Stelle eine bessere Bezugnahme auf die unterschiedlichen Vertragszeitpunkte vorgenommen werden kann.

¹⁰⁸ Vgl. Pauly, M. V. (1968), S. 531-537. Vgl. Arrow, K. J. (1963), S. 941-973.

¹⁰⁹ Beispielsweise stellen die folgenden Autoren das Moral-Hazard Theorem zum Teil in Frage: Vgl. Reiners, H. (2002), S. 40-46. Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 109f. Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 70.

resultiert, begründet die Marktmacht zwar nicht, wirkt jedoch verstärkend auf diese ein. Die strukturelle Nachfrageschwäche als Faktor der Preiselastizität fundiert als weitere Begründung den Aspekt der Marktmacht im Gesundheitswesen. Sobald der Nachfrager in der Aufgabenwahrnehmung eingeschränkt wird, trägt dies zu einer Schwächung der Position des Nachfragers gegenüber dem Anbieter bei. Im Gesundheitswesen fungiert der Patient zwar als Konsument von Gesundheitsleistungen, die direkte Finanzierung und die Disposition werden jedoch von anderen Akteuren übernommen. Aus dieser eingeschränkten Beteiligung wiederum entsteht die mangelnde Preiselastizität aufgrund von fehlenden direkten Einflussmöglichkeiten. Faktoren, wie bspw. Patientenzuzahlungen können diesen Effekt abmindern.¹¹⁰

Die vorangegangenen Abschnitte fokussierten die ökonomischen Aspekte des Gesundheitswesens. Der Bereich der Qualität soll im Folgenden die Ausarbeitungen vervollständigen. Sowohl in der Gesundheitsreform des GKV-WSG aus dem Jahr 2007, als auch im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 werden die Begrifflichkeiten der Qualität und Wirtschaftlichkeit gemeinsam als hervorzuhebende Zielgrößen angegeben und mittels unterschiedlicher Ausgestaltungen verfolgt. Die Betonung der beiden Aspekte spiegelt die Sorge der Gesundheitspolitik wieder, dass durch die Konzentration auf ökonomische Belange die Qualität vernachlässigt werden könnte. Qualität erfährt durch diese hervorgehobene Betrachtung einen Wandel von einer ehemals „impliziten Handhabung – die medizinische Versorgung ist per se von hoher Qualität – [...] zu einem expliziten Steuerungsinstrument.“¹¹¹ Eine allgemeine Einigkeit über die hohe Bedeutung von Qualität, steht einer bis heute nicht allgemeingültigen Definition aufgrund zahlreicher heterogener Auffassungen entgegen. Die Begrifflichkeit der Qualität, die sich von der lateinischen Bedeutung *qualitas*, als Beschaffenheit, Wert oder Güte eines Objektes ableiten lässt, ist abhängig von u.a. der Zugangsperspektive sowie der zeitlichen Weiterentwicklung des Begriffsverständnisses. Dementsprechend betont Eichhorn den Ausbau des Qualitätsverständnisses von einer ausschließlichen Betrachtung des Verwendungszweckes hin zu einer stärkeren Orientierung an den Bedürfnissen des Kunden.¹¹² Als eine häufig zitierte Begriffsauffassung von Qualität wird die Definition der DIN EN ISO 9000:2005 angegeben,

¹¹⁰ Vgl. Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H. (2008), S. 71-77. Vgl. Reintjes, R./ Reiche, R./ Wenk-Lang, A. (1997), S. 75f.

¹¹¹ Schrappe, M. (2004), S. 268. In ähnlicher Weise argumentiert auch Schneider, indem er schreibt: „Quality is an aspect inherent to all things.“ Schneider, M. (1995), S. 148.

¹¹² Vgl. Eichhorn, S. (1998), S. 163f.

die Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“¹¹³, beschreibt. Diese sehr abstrahierende Begriffserläuterung ermöglicht die Übertragung der vielschichtigen und mehrdimensionalen Anwendungsbereiche von Qualität und verzichtet zugleich auf eine Beurteilung der inhärenten Merkmale. Zwar ermöglicht die Definition der DIN EN ISO eine Zusammenfassung der zahlreichen Auffassungen, zugleich ergibt sich daraus der nachteilige Effekt, dass die Erläuterung zu wenig konkretisierend wirkt und damit ein Sammelsurium an Merkmalen Eingang in die Begrifflichkeit erhält. Letztlich jedoch ist die Mehrdimensionalität und Heterogenität ein Kennzeichen der Qualität, so dass eine Konkretisierung aufgrund einer impliziten allgegenwärtigen Präsenz nur durch eine begriffliche Einengung ermöglicht wird. Die Erkenntnis über die Vielschichtigkeit des Qualitätsverständnisses sowie die Problematik über die damit verbundene Begrenzungs- und Beurteilungsmöglichkeiten stellen eine im Gesundheitswesen fortdauernde Thematik dar. Donabedian interpretiert die Qualitätsdefinition wie folgt: „As such, the definition of quality may be almost anything anyone wishes it to be, although it is, ordinarily, a reflection of values and goals current in the medical care system and in the larger society of which it is a part.“¹¹⁴ Donabedian betont in dieser Begriffserläuterung die Vielschichtigkeit von Qualität, hervorgerufen durch die heterogenen Erwartungen und Wünsche von Individuen und weist darauf hin, dass diese subjektiven Anliegen zudem die Werte und Ziele der Gesellschaft widerspiegeln. Bezogen auf die Zielgröße Qualität ergibt sich hieraus der Anspruch positive Wirkungen sowohl auf subjektive Belange, als auch auf gesellschaftliche Ansprüche zu generieren. Eine Unterteilung in subjektive Qualität und objektive Qualität zielt darauf ab, mögliche Einflüsse, Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf der gesellschaftlichen und individuellen Ebene herauszuarbeiten und darüber hinaus mit Hilfe von Ansätzen der Qualitätsdefinition eine Konkretisierung vorzunehmen, um eine Beurteilung der inhärenten Merkmale durchführen zu können.¹¹⁵ Wie bereits in Kapitel 2.2.3 erläutert, spielen Dienstleistungen im Gesundheitswesen eine hervorgehobene Rolle, so dass sich die folgenden fünf Ansätze der Qualitätsdefinitionen auf die Dienstleistungsqualität beziehen. Inwiefern eine Dienstleistung das geeignete Mittel zur Zweckerfüllung ist, prüft der teleologische Qualitätsbegriff. Der herstellungsorientierte Qualitätsbegriff beschäftigt sich mit dem prozessualen Charakter der Dienstleistung, indem er die Art und Weise der Leistung fokussiert. Objektivierend wirkt der produktorientierte Begriff durch die Möglichkeiten der

¹¹³ DIN Deutsches Institut für Normung (2006), S. 126.

¹¹⁴ Donabedian, A. (1966), S. 167. Donabedian bezieht sich in diesem Zitat auf eine Definition von Lee, R. I./ Jones, L. W. (1933).

¹¹⁵ Vgl. Hensen, P. (2008), S. 171f. Vgl. Fleßa, S. (2007), S. 19. Vgl. Schrappe, M. (2004), S. 270f.

Messbarkeit bestimmter Qualitätsparameter. Dagegen verfügt der kundenorientierte Ansatz über subjektive Eigenschaften durch den Einbezug der Kundenerwartungen und deren Empfindungen. Im Zentrum des wertorientierten Begriffs steht ein effizientes Qualitätsverhältnis, indem der Nutzen im Vergleich zum Aufwand betrachtet wird.¹¹⁶ Mühlenkamp verdeutlicht, dass der wertorientierte Qualitätsbegriff aus einer ökonomischen Sichtweise durch die Fokussierung auf eine effiziente, statt auf eine maximale Qualität Vorteile generieren kann. Zudem integriert dieser Ansatz eine kundenbezogene Perspektive.¹¹⁷ Trotz der Vorzüge des wertorientierten Ansatzes, bleibt diese Einteilung abhängig von der jeweiligen Sichtweise sowie einer individuellen Schwerpunktsetzung, die in diesem Fall die ökonomische Perspektive darstellt. Positiv lässt sich jedoch herausarbeiten, dass anhand dieser Begriffsdifferenzierung die allgemeingültige Begriffsdefinition, wie sie bspw. durch die DIN EN ISO Erläuterung vorgenommen wurde, konkretisiert wird. Über diese Unterteilung der Qualitätsdimensionen hinaus, ermöglicht Donabedian anhand einer phasenorientierten Unterscheidung eine bis heute häufig angewandte Differenzierung der Qualität. Donabedian nimmt eine Unterteilung in drei Qualitätskategorien vor. Die Strukturqualität, auch Potentialqualität genannt, umfasst die vorhandenen Ressourcen, die als Inputfaktoren alle personellen und sachlichen Ressourcen beinhalten. Ausgehend von diesem Potential, beschreibt die Prozessqualität die Abläufe der Leistungserstellung. Am Ende des Leistungserstellungsprozesses obliegt es der Ergebnisqualität die Leistung zu beurteilen. Bezugnehmend auf betriebswirtschaftliche Größen wird an dieser Stelle der Output gemessen.¹¹⁸ Insbesondere der Ergebnisqualität kommt durch die zusammenfassende Beurteilung eine herausragende Rolle zu, weil diese Qualitätsbewertung ein abschließendes Resultat darlegt, das die vorangegangene Struktur- und Prozessqualität mit einschließt. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen den einzelnen Kategorien gelingt kaum. Dementsprechend bedingen sich vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität sowie die Prozess- und Ergebnisqualität.¹¹⁹ Diese Unterteilung, die sich in jeder einzelnen Kategorie auf entsprechende Kriterien zur Beurteilung und Messung stützt, ermöglichen eine Konkretisierung des Qualitätsbegriffs anhand spezifischer Kennzahlen und Indikatoren. Es besteht jedoch lediglich durch diese Kategorisierung ein „Herantasten“ und keine vollständige Aufklärung des Qualitätsverständnisses. Eichhorn kritisiert an den Qualitätsdimensionen nach

¹¹⁶ Vgl. Mühlenkamp, H. (2006), S. 172-175. Mühlenkamp bezieht seine Ausführungen auf Haller, S. (1998), S. 6-17. Es bestehen mehrere Qualitätsdimensionen, die sich jedoch nur marginal unterscheiden und stets aus fünf Ansätzen bestehen. Vgl. bspw. Bruhn, M. (2008), S. 34-36.

¹¹⁷ Vgl. Mühlenkamp, H. (2006), S. 174.

¹¹⁸ Vgl. Donabedian, A. (1982), S. 6.

¹¹⁹ Vgl. Hensen, P. (2008), S. 173.

Donabedian, dass diese Einteilung den besonderen Charakter von Dienstleistungen nur unzureichend abbildet. Die Integration der persönlich-interaktiven Dienstleistungen basiert auf subjektiven Empfindungen und variablem Verhalten von Leistungsempfängern und Leistungserbringern. Aufgrund dieser intensiven Subjektivität und Relativität der Dienstleistungsqualität führt Eichhorn sach-, interaktions- und gesellschaftsbezogene Dimensionen ein, die neben der Einteilung von Donabedian die Mehrdimensionalität von Dienstleistungen abbilden sollen. Eichhorn nutzt dieses Konzept zur Klassifizierung der Krankenhausqualität.¹²⁰ Auch Schrappe ergänzt die sachlichen Kategorien von Donabedian um eine interaktive und eine gesellschaftliche Dimension mit dem Ziel die Besonderheit von Gesundheitsleistungen hervorzuheben, die über einen herausragenden persönlich-interaktiven Grad verfügen.¹²¹ Die sich stark ähnelnden Konzepte von Eichhorn und Schrappe zielen beide gleichermaßen darauf ab, den Dienstleistungscharakter und insbesondere die Spezifität der Gesundheitsleistungen herauszuarbeiten, um darauf aufbauend den Qualitätsbegriff zu konkretisieren. Hieraus ergibt sich die Problematik, die von beiden Autoren festgestellt wird, dass der Einbezug der Subjektivität eine Messung anhand von objektiven standardisierten Kriterien in Form von Indikatoren oder Kennzahlen stark hemmt.¹²²

Ogleich das Qualitätsverständnis einen nur schwer fassbaren und konkretisierbaren Begriff darstellt, verfügt Qualität über einen sehr hohen Stellenwert im Gesundheitswesen. Dies zeigt sich u.a. in dem Wandel von einer ehemals impliziten Stellung zu einer in zahlreichen Vorschriften festgehaltenen Anforderung. Beginnend mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989, in dem die Qualitätssicherung in Krankenhäusern erstmals vorgeschrieben wurde, zeugt ein bis heute stetiger Anstieg qualitätsbezogener Vorschriften von der Brisanz dieser Zielgröße. Dabei lässt sich auch im Gesetz keine eindeutige Aussage über Qualität finden. Die Umsetzung der von der Gesundheitspolitik erlassenen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird gemäß dem deutschen Sozialversicherungssystem von den Akteuren der Meso-Ebene vorgenommen. Nach Paragraph 135a SGB V werden die Leistungserbringer und damit auch die Mikro-Ebene zur Qualitätssicherung der von ihnen vorgenommenen Leistungen verpflichtet. Unter Qualitätssicherung werden alle Maßnahmen und Instrumente zusammengefasst, die gemeinsam auf die Zielerreichung einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung einwirken.¹²³ Bereits aus der umfangreichen

¹²⁰ Vgl. Eichhorn, S. (1998), S. 167-171.

¹²¹ Vgl. Schrappe, M. (2004), S. 272f.

¹²² Vgl. Fleßa, S. (2007), S. 20. Vgl. Schrappe, M. (2004), S. 173. Vgl. Eichhorn, S. (1998), S. 171f.

¹²³ Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 243.

Definition, die auf ein breites Handlungsfeld von Qualitätssicherungsmaßnahmen schließen lässt, wird die Bedeutung dieser Instrumente betont. Darüber hinaus attestierte bspw. der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen im Gutachten von 2000/2001 Mängel in der Gesundheitsversorgung durch eine Über-, Unter- und Fehlversorgung.¹²⁴ Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Implikation von Maßnahmen und Instrumenten, die dazu beitragen eine qualitativ hochwertige Versorgung im Gesundheitswesen zu garantieren und zu fördern. Auffällig ist, dass sich die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen bis Ende der 1990iger Jahre fast ausschließlich auf die Angebotsseite im Gesundheitswesen konzentrierten. Erst mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) aus dem Jahr 2000 findet eine qualitative im Gesetz verankerte Unterstützung der Patienten als Nachfrager im Gesundheitswesen statt.¹²⁵ In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Zielgrößen Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen in den Grundzügen betrachtet. Anhand dieser Ausführungen wurden die beiden Aspekte vorgestellt und um deren hervorzuhebende Ausprägungen im Gesundheitssektor ergänzt. Mit Hilfe der sich anschließenden Abbildung 8 werden die Ergebnisse aus dem im Vorfeld behandelten Abschnitt zusammengefasst.

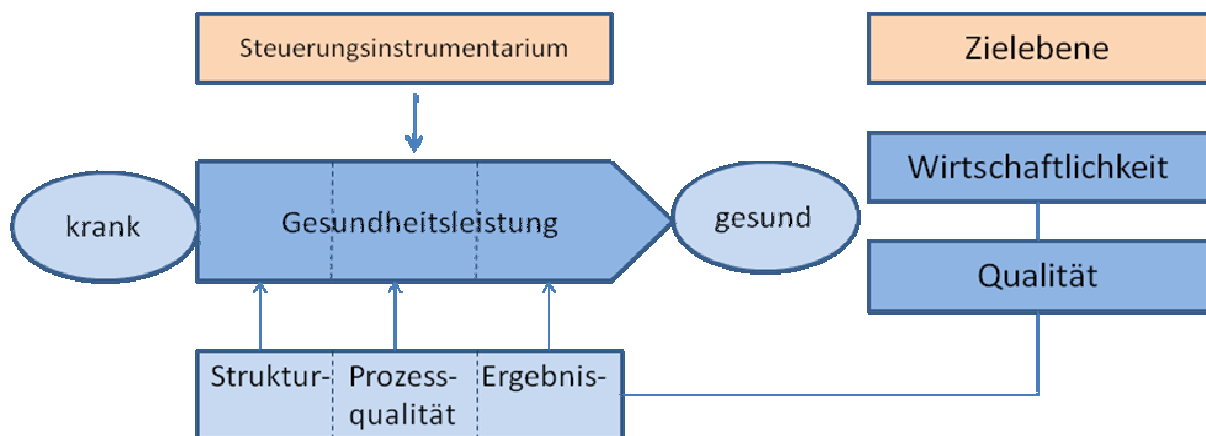


Abbildung 8: Wirtschaftlichkeit und Qualität als Zielgrößen im Gesundheitswesen
Quelle: Eigene Darstellung.

Im Vergleich zur Abbildung 6 auf der Seite 37 wurde der Bereich der Zielebene auf die Zielgrößen Wirtschaftlichkeit und Qualität reduziert. Die in der Abbildung 6 umfassende Zielebene, die auf eine Unterteilung nach Rosenbrock zurückgeht, beinhaltet trotz der

¹²⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), Bd. III.1.

¹²⁵ Vgl. § 65b, § 66 SGB V. § 20 Abs. 4 SGB V ist nach dem GKV-WSG gestrichen und nun § 20c SGB V.

Begrenzung auf die beiden Begrifflichkeiten in der Abbildung 8 alle genannten Aspekte. Dementsprechend findet die von Rosenbrock explizit erwähnte Effizienz, Effektivität und Finanzierbarkeit Eingang innerhalb der weit gefassten Thematik der Wirtschaftlichkeit. Auch die Zugangsrationalität lässt sich in die Zielgröße der Wirtschaftlichkeit einordnen. Dies ergibt sich durch den Anteil der Rationalität als vernunftgeleitetes Prinzip innerhalb der Ökonomie.¹²⁶ Unter den Aspekten der Effizienz und Effektivität muss der Zugang zum richtigen Zeitpunkt in den richtigen Bereich des Gesundheitswesens erfolgen, um dem Anspruch der Wirtschaftlichkeit zu genügen. Die Abbildung 7 integriert die qualitativen Anforderungen durch die Einbringung der Wirksamkeit sowie des Aspektes der Fairness. Die Verknüpfung wirtschaftlicher und qualitativer Aspekte erfolgt auf der Basis der Beachtung der einzelnen Teilsaspekte. In diesem Zusammenhang bündelt der Begriff Qualität im Sinne der Vielschichtigkeit die einzelnen Qualitätsauffassungen. Dass die beiden Zielgrößen Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht immer trennscharf voneinander zu unterscheiden sind, ergibt sich u.a. durch die implizite Rolle der Qualität in allen das Gesundheitswesen und darüber hinaus betreffenden Belangen. In der Abbildung 8 betont eine Linie die Verbindung zwischen den beiden Zielgrößen. Um die Auswirkungen der Steuerungs- und Koordinationsmechanismen beurteilen zu können, ist es notwendig die Gesundheitsleistungen näher zu bewerten. Die Kategorisierung nach Donabedian stellt hierbei eine Möglichkeit dar, mittels einer Aufteilung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, eine Einschätzung der Erreichung der Zielgrößen vornehmen zu können. Das ist insbesondere unter Beachtung der Gesundheitsleistungen als persönlich-interaktive Dienstleistungen mit einigen Einschränkungen verbunden. Nichts desto trotz ist es notwendig mittels geeigneter Mechanismen die Wirkungen der Steuerungsmöglichkeiten unter Beachtung der vielfältigen Besonderheiten im Gesundheitswesen zu erheben, um daraus Rückschlüsse auf sich anschließende Anreizmechanismen zu generieren.

2.4 Der Gesundheitsmarkt

Der Gesundheitssektor hat sich zu einem der wichtigsten Beschäftigungs- und vor allem Wachstumsmärkte der deutschen Volkswirtschaft entwickelt. Mit mehr als 4,5 Millionen Menschen im Jahr 2007, die im Gesundheitswesen tätig sind, arbeitet jeder Zehnte in dieser Branche.¹²⁷ Seit dem Jahr 2000 lässt sich in diesem Sektor ein stetig moderater Anstieg der

¹²⁶ Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2, S. 21.

¹²⁷ Vgl. Oberender, P. (2008), <http://www.medipark-regensburg.de/?mid=17&gid=2&ansicht=detail>. Vgl. Bosbach, G./ Bingler, K. (2008), S. 12.

Beschäftigtenzahlen beobachten.¹²⁸ Das Gesundheitswesen erwirtschaftete im Jahr 2007 mehr als 300 Millionen Euro Umsatz¹²⁹ und stellt den größten Arbeitgeber im Dienstleistungssektor dar. Der Abbildung 9 lässt sich entnehmen, dass im Jahr 2006 die gesamten Gesundheitsausgaben 245,0 Milliarden Euro betragen, wobei im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 2,4 % bzw. 5,4 Milliarden Euro zu verzeichnen ist.

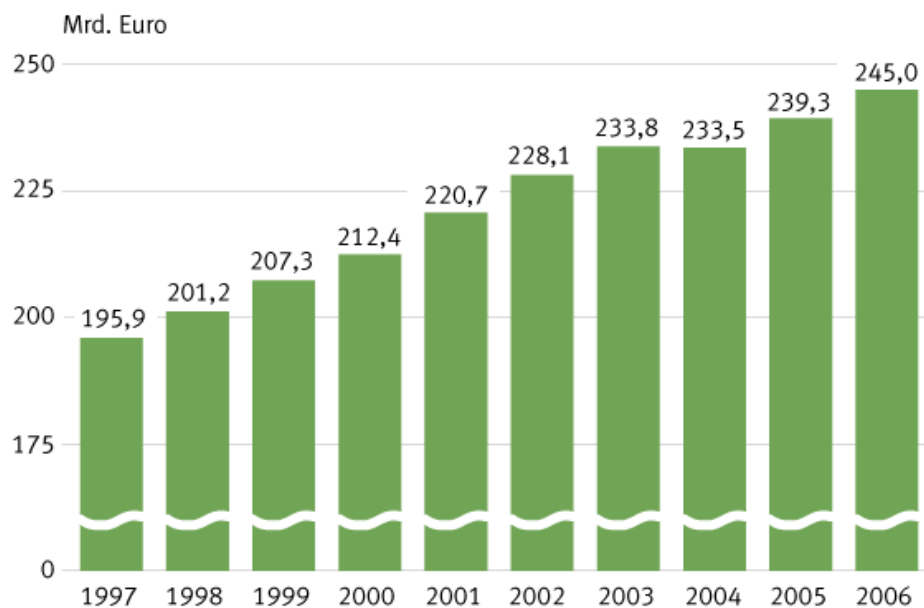


Abbildung 9: Nominale Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008b).

Die Abbildung 9 zeigt einen stetigen Ausgabenanstieg, der lediglich im Jahr 2004 leicht unterbrochen wird. Betrachtet man den prozentualen Anteil der Ausgaben im Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt (BIP), mit dessen Hilfe Preissteigerungen und die Entwicklung der Wirtschaftskraft einbezogen werden können, zeigt sich auch hier ein stetiger Kostenanstieg. Dementsprechend betrug der Anteil der Gesundheitskosten am BIP im Jahr 1997 10,2 %, der 2006 auf 10,6 % angewachsen ist. Seit 2002 zeichnet sich die Tendenz in Richtung einer wellenförmigen Entwicklung ab, in der die Werte zwischen 10,6 % und 10,8 % schwanken.¹³⁰ An dieser Stelle sei angemerkt, dass Niehaus und Schulze Ehring das BIP als Bezugsgröße kritisieren und stattdessen das Volkseinkommen präferieren. Sie gehen

¹²⁸ Im Jahr 2000 waren 4,087 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen zu verzeichnen. Vgl. Statistisches Bundesamt (2007a), <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1021368>.

¹²⁹ Vgl. Oberender, P. (2008a), <http://www.medipark-regensburg.de/?mid=17&gid=2&ansicht=detail>.

¹³⁰ Statistisches Bundesamt (2008c), <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/AnteilBIP,templateId=renderPrint.psml>.

davon aus, dass diese Größe durch die Herausrechnung des Saldos der Primäreinkommen aus der übrigen Welt sowie an die übrige Welt, aller Abschreibungen und Produktions- und Importabgaben abzüglich von Subventionen die tatsächliche Leistungsfähigkeit der inländischen Einwohner abbildet.¹³¹ Bei Betrachtung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, lässt sich jedoch erkennen, dass entgegen der Darstellung von Niehaus und Schulze Ehring das Saldo der Primäreinkommen aus der übrigen Welt nicht zum BIP hinzuzählt, sondern stattdessen zusammen mit dem BIP das Bruttonationaleinkommen darstellt und damit Teil des Volkseinkommens ist.¹³² Ob sich die Darstellungsweise nach Niehaus und Schulze Ehring gegenüber der weit verbreiteten Methode des BIPs als Bezugsgröße durchsetzt, bleibt abzuwarten, zumal in der Vergangenheit bereits häufiger Kritik an der Vergleichsgröße geübt wurde.¹³³ Beide Verfahren stellen jedoch gleichermaßen fest, dass die GKV über Finanzierungsprobleme aufgrund des Ausgabenanstiegs verfügt. Anhand des moderaten Kostenanstiegs, der sich innerhalb beider Methoden abbildet, lässt sich eine in diesem Kontext häufig genannte Kostenexplosion nicht beobachten.¹³⁴ Nichts desto Trotz befindet sich das Gesundheitswesen in einer Finanzierungskrise. Möglich Gründe für die Kostenproblematik können der Ausgaben- und Einnahmeseite zugeordnet werden. Für die GKV ergibt sich von der Einnahmeseite her die Schwierigkeit der starken Konjunkturabhängigkeit aufgrund der lohnbezogenen Beitragserhebung. Dementsprechend wirken sich Arbeitslosigkeit und Arbeitszeitverkürzung nachteilig auf die Einnahmen aus. Zusätzlich werden die gesetzlichen Krankenkassen durch die Übertragung von Lasten, den sog. „Verschiebebahnhöfen“, mit erheblichen Belastungen konfrontiert. Diese finanzielle Last, die vorwiegend aus dem Aufgabenbereich des Staates oder anderer Sozialversicherungen stammt, wurde im Jahr 2005 auf 6,13 Milliarden Euro geschätzt. In dieser Berechnung sind noch nicht die versicherungsfremden Leistungen enthalten, die zusätzlich von der GKV übernommen werden müssen. Hierbei handelt es sich um Aufwendungen, die außerhalb der Inanspruchnahme im Krankheitsfall oder der Prävention die Krankenkasse belasten. Diese Ausgaben, wie bspw. das Mutterschaftsgeld, betragen im Jahr 2004 1,64 Milliarden Euro.¹³⁵ Auf der Ausgabenseite besteht u.a. neben der Finanzierung der Leistungserbringer und steuerlichen Belastungen das Problem der demografischen

¹³¹ Vgl. Niehaus, F./ Schulze Ehring, F. (2008), S. 96-98.

¹³² Vgl. Statistisches Bundesamt (2007b), S. 636.

¹³³ Vgl. Blanke, B./ Kania, H. (1996), S. 9ff.

¹³⁴ Vgl. Vgl. Niehaus, F./ Schulze Ehring, F. (2008), S. 95-101. Vgl. Bosbach, G./ Bingler, K. (2008), S. 5-12. Vgl. Bingler, K./ Bosbach, G. (2007), S. 299-305. Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Ziff. 14.

¹³⁵ Vgl. Beske, F. (2006), S. 183-190.

Entwicklung, das durch eine wachsende Anzahl älterer Menschen mit gesteigerter Lebenserwartung gekennzeichnet ist, denen vergleichsweise wenig Geburten gegenüber stehen. Die Altersstruktur führt aufgrund des umlagefinanzierten Gesundheitswesens zu erheblichen Problemen, da die schrumpfende Gruppe der jüngeren Beitragszahler für eine wachsende Anzahl alter, pflegebedürftiger und kranker Menschen aufkommen muss. Diese Tendenz geht einher mit einer gestiegenen Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufgrund von vermehrten chronischen Erkrankungen sowie von Multimorbidität.¹³⁶ Die demografische Entwicklung in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt führt zu einem überproportionalen Anstieg der Ausgaben mit steigendem Lebensalter.¹³⁷ Für die Ausgabenentwicklung der GKV besteht die Problematik darin, dass unter dem Begriff des medizinisch technischen Fortschritts eine Verbesserung der Wirksamkeit bestehender Diagnose- und Behandlungsprozesse sowie Produkten verstanden, aber der dazu benötigte Ressourceneinsatz kaum einbezogen wird.¹³⁸ Die Beachtung der Effektivität wird daher der Effizienz vorgezogen bzw. die höheren Kosten werden zu Gunsten des gestiegenen Nutzens akzeptiert. Diese Ambivalenz des medizinischen Fortschritts zwischen einer Kosten- und Nutzenbetrachtung lässt sich auf die übergeordnete Instanz der Ökonomie auf der einen Seite und der ethisch medizinischen Sichtweise auf der anderen Seite übertragen. Dementsprechend stehen bspw. für die Ärzte als Vertreter der medizinischen Perspektive die Möglichkeiten einer verbesserten Therapie für den Patienten im Vordergrund. Bezugnehmend auf die Qualitätsdimensionen fokussiert der Arzt z.B. den kundenorientierten Qualitätsbegriff, sobald er die Eignung der neuen Therapie von einer positiven Bewertung des Patienten abhängig macht. In diesem Fall werden die für die innovative Therapie anfallenden Kosten als notwendig angesehen. Aus Sicht der Ökonomie im Sinne eines wertorientierten Qualitätsverständnisses bedarf es einer Kosten-Nutzen Bewertung, um eine neue Behandlungsmethode einzuführen. Aus der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der beiden Perspektiven können sich die angesprochenen Ambivalenzen entwickeln. Neben dieser „Fortschrittsfalle“ besteht auch die „Rationalitätenfalle“ auf der Ausgabenseite. Letztere besteht einerseits bei den Patienten bzw. Versicherten in Form des bereits erläuterten Moral Hazards und andererseits bei den Ärzten als ambulante Leistungserbringer durch die angebotsinduzierte Nachfrage. In beiden Fällen handeln die einzelnen Parteien für sich

¹³⁶ Vgl. Nagel, E. (2007), S. 7-9. Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 41.

¹³⁷ Vgl. Niehaus, F./ Schulze Ehring, F. (2008), S. 99. Vgl. Ulrich, V. (2006), S. 194 f. Vgl. Schmeinck, W. (2006), S. 230.

¹³⁸ Vgl. Schmeinck, W. (2006), S. 225-232. Bereits 1989 stellt Krämer fest, dass die „moderne Medizin [...] in einer Fortschrittsfalle“ festsetzt. Krämer, W. (1989), S. 233.

rational, indem die Patienten bspw. unnötige ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, treiben durch dieses Verhalten jedoch bezogen auf die gesamte GKV die Ausgaben in die Höhe.¹³⁹

Die vorherrschende Meinung besteht darin, dass die Finanzierungsprobleme vorwiegend auf der Einnahmen-, statt der Ausgabenseite bestehen. Bisherige Reformen setzten jedoch überwiegend auf der Seite der Ausgaben an.¹⁴⁰ Bingler und Bosbach, die diesen Zustand kritisieren, begründen ihren Standpunkt des dominierenden einnahmeseitigen Finanzierungsproblems mit der Kompressionsthese. Hiernach verschiebt sich mit der gestiegenen Lebenserwartung die Morbidität im Zeitablauf nach hinten. Da demnach nicht das Altsein an sich, sondern das Sterben die Kosten verursacht, beeinflusst die demografische Entwicklung die Ausgaben nicht überproportional. Zusätzlich gehen die Vertreter dieser These wie Bingler und Bosbach davon aus, dass der medizinisch technische Fortschritt die Krankheitsphasen verkürzt und damit Einsparpotentiale generiert.¹⁴¹ Die Anhänger der konkurrierenden Medikalisationsthese vertreten die Position, dass es zu einem erheblichen Kostenanstieg im Alter kommt und die gewonnenen Lebensjahre krank bzw. gesundheitlich eingeschränkt verbracht werden. Die hohen Ausgaben ergeben sich durch zeitlich längere und häufigere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Bei der Medikalisationsthese bedingen sich somit die demografische Entwicklung und der medizinisch technische Fortschritt gegenseitig.¹⁴² Beide Thesen sind partiell belegt worden.¹⁴³ Niehaus und Schulze Ehring erweitern die Thesen um die monetäre Medikalisation und separieren somit die Ebene der Lebensqualität und die monetäre Ebene. Sie verdeutlichen damit die bereits angedeutete Ambivalenz des medizinisch technischen Fortschritts. Zugunsten einer steigenden Lebensqualität durch neue Produkte, Behandlungs- oder Diagnoseprozesse bzw. –verfahren werden die damit einhergehenden gestiegenen Kosten übernommen. Die Effizienz von bestehenden Produkten, Behandlungs- oder Diagnoseverfahren rückt dabei häufig in den Hintergrund. Entgegen der Auffassung von bspw. Bingler und Bosbach gehen Niehaus und

¹³⁹ Vgl. Loss, J./ Nagel, E. (2004), S. 214 f.

¹⁴⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Ziff. 52 und Ziff. 53.

Vgl. Cassel, D. (2005), S. 2f. Vgl. Bingler, K./ Bosbach, G. (2007), S. 305.

¹⁴¹ Vgl. Bosbach, G./ Bingler, K. (2008), S. 9-11. Felder, S. (2008), S. 23-30. Als Begründer der Kompressionstheorie gilt James F. Fries. Vgl. hierzu Fries, J. F. (1983).

¹⁴² Vgl. Ulrich, V. (2006), S. 200f. Vgl. Verbrugge, L. M. (1984). Als Begründer der Medikalisationsthese gilt Ernest M. Gruenberg. Vgl. Gruenberg, E. M. (1977), S. 3-22.

¹⁴³ Nach Hof sind die beiden extremen Thesen so in der Realität nicht vorzufinden und stattdessen Erklärungsansätze dazwischen wirklichkeitsnäher. Vgl. hierzu Hof, B. (2001), S. 42-50 und S. 251f. Vgl. Fetzer, S. (2005), S. 8-16.

Schulze Ehring, als Vertreter für die umstrittenen Meinungen zur Finanzierungsproblematik, davon aus, dass das Ausgabenproblem dominiert.¹⁴⁴ Einen Mittelweg innerhalb dieser Diskussion zeigen Göppfarth und Henke auf, indem sie darauf verweisen, dass die aus- und einnahmeseitigen Effekte nicht deutlich voneinander getrennt werden können. Beispielhaft hierfür wirkt die demografische Entwicklung sowohl ansteigend auf die Ausgaben, als auch durch die steigende Anzahl an Rentnern einnahmeschmälernd. Dementsprechend haben Reformen, die an den Ausgaben ansetzen auch Auswirkungen auf die Einnahmeseite.¹⁴⁵

Seit den 70iger Jahren sollen Reformen das geschilderte Finanzierungsproblem beseitigen bzw. minimieren. Die folgende Abbildung 10 zeigt die Gesetze und Verordnungen im Gesundheitswesen seit 1977, welche die Gemeinsamkeit verbindet, den Kostenanstieg zu begrenzen.

Gesetze und Verordnungen	Abkürzung	Jahr
Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz	KVKG	1977
Krankenversicherungsergänzungsgesetz	KVEG	1982
Gesundheits-Reformgesetz	GRG	1989
Gesundheitsstrukturgesetz	GSG	1993
Bundespflugesatzverordnung		1995
Beitragsentlastungsgesetz	BeitrEntlG	1996
Erstes und Zweites GKV-Neuordnungsgesetz	1., 2. NOG	1997
GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	GKV-SolG	1998
GKV-Gesundheitsreformgesetz	GKV-GRG	2000
Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV Arzneimittelbudget-Ablösegesetz	ABAG	2001
Fallpauschalengesetz	FPG	2002
GKV-Modernisierungsgesetz	GMG	2004
Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz	AVWG	2006
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	GKV-WSG	2007
Vertragsarztrechtsänderungsgesetz	VÄndG	2007

Abbildung 10: Gesetze und Verordnungen im Gesundheitswesen seit 1977

Quelle: Eigene Darstellung.

Mit Hilfe einer „ausgabenorientierten Einnahmepolitik“ wurde seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 die Beitragsstabilität als primäres Ziel angestrebt.¹⁴⁶ Dass das GKV-WSG eine Wende innerhalb der vorangegangenen Reformen bedeutet, zeigt sich u.a. darin, dass mit dem Gesundheitsfonds der staatlich

¹⁴⁴ Vgl. Niehaus, F./ Schulze Ehring, F. (2008), S. 100f.

¹⁴⁵ Vgl. Göppfarth, D./ Henke, K.-D. (2006), S. 5f.

¹⁴⁶ Mühlbacher, A. C. (2007), S. 338.

festgesetzte Beitragssatz weit über dem durchschnittlichen Wert von 2008 liegt und damit die einstige Prämisse der Beitragsstabilität durchbrochen wird.¹⁴⁷ Über Jahrzehnte hinweg lag der Fokus auf der Vermeidung von Beitragserhöhungen.¹⁴⁸ Mit der Reform von 2007 wurde ein erheblich höheres Beitragsniveau festgesetzt. Das GKV-WSG zeigt u.a. im Bezug auf die Beitragsthematik sowie den Gesundheitsfonds im Vergleich zu den vorangegangenen Reformen Veränderungen auf. Bei den grundsätzlichen Zielsetzungen bestehen jedoch Gemeinsamkeiten. Ähnlich zu den Vorgängern der Reform von 2007 betont der Gesetzgeber erneut die Aspekte Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang, die bspw. auch im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 großer Bedeutung beigemessen wurden. Diese bereits in Abbildung 1 auf der Seite 11 vorgestellten Steuerungsziele bestimmen die Reformen seit längerem.¹⁴⁹ Inwiefern mit dem GKV-WSG, das in vielen Bereichen weit reichende Veränderungen bedingt, Steuerungsmöglichkeiten und -ansätze bestehen die vielschichtige Finanzierungsproblematik auf Basis von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten zu lösen, wird in den folgenden Kapiteln behandelt.

Im vorangegangenen Abschnitt wurde die prekäre Finanzsituation im Gesundheitswesen dargestellt, die seit den 1970iger Jahren mittels zahlreicher Kostendämpfungsgesetze angegangen wird. Trotz dieser Bemühungen zeigt sich ein stetiger Kostenanstieg, der auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt werden kann. Innerhalb dieser andauernden Finanzknappheit im Gesundheitswesen, die einerseits durch die hohe Anzahl an kostentreibenden Faktoren und den zahlreichen auf eigene Interessen abzielenden Stakeholdern und andererseits aufgrund divergierender Entwicklungsbegründungen, wie durch die Kompressions- und Medikalisierungstheorie verschärft wird, wird dem Gesundheitswesen als Wachstumsmarkt nur eine geringe Bedeutung beigemessen. Die Beschäftigungszahlen sowie der erzielte Umsatz in dieser Branche dagegen verdeutlichen, dass eine erhebliche Wirtschaftskraft im Gesundheitssektor vorzufinden ist und durchaus ein Wachstumsmarkt besteht, da davon ausgegangen werden kann, dass die bisherige Entwicklung fortgeführt wird.¹⁵⁰ Vor dem Hintergrund des bestehenden Wachstums- und Beschäftigungspotentials des Gesundheitswesens scheint die auf Kostendämpfung basierende

¹⁴⁷Der durchschnittliche Beitragssatz der GKV lag im Jahr 2008 bei ca. 15,0 % und ist seit dem Jahr 2009 auf 14,9 % festgesetzt worden. Trotz dieses Anstiegs der für den Großteil der Versicherten höhere Ausgaben bedeutet, hält der Spitzenverband der Krankenkassen diesen Betrag für zu gering. Vgl. Bohsem, G. (2008).

¹⁴⁸ Vgl. Oberender, P./ Hebborn, A. (1994), S. 195. Vgl. § 71 SGB V.

¹⁴⁹ Vgl. Janus, K. (2007), S. 14.

¹⁵⁰ Von guten Wachstumsperspektiven im Gesundheitssektor geht Oberender aus. Vgl. Oberender P. (2008b), <http://www.medipark-regensburg.de/?mid=17&gid=5&ansicht=detail>. Vgl. Straubhaar, T. et al. (2006), S. 16.

Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre geradezu paradox zu wirken. Schmidt nennt in diesem Kontext die Sachzwang-Argumentation der Politik unlogisch und schließt sich bspw. Kühn an, welcher die Kostensenkung als Kostenumverteilung zu Ungunsten der Privathaushalte beschreibt.¹⁵¹ Dementsprechend argumentiert Reiners, dass durch vermehrten Einsatz von Finanzmitteln im Gesundheitssektor die bisherige hohe Anzahl an Arbeitsplätzen noch gesteigert werden könnte.¹⁵² Auch Preusker schließt sich der Auffassung über die hohe Bedeutung des Gesundheitswesens für die Volkswirtschaft an und geht darüber hinaus, indem er einen Wandel vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt konstatiert. Trotz marktlicher Einschränkungen, wie der teilweise starken Regulierung im Gesundheitssektor, zielt Preusker mit einem sehr weit gefassten Begriff der Gesundheitswirtschaft, der u.a. auch Randbereiche wie Wellness und Nachbarbranchen wie Sportangeboten integriert, auf die Einordnung des Gesundheitsmarktes in die Volkswirtschaft.¹⁵³ Die in dieser Diskussion häufig bestehende Annahme, dass auf Wettbewerb ausgerichtete Strukturen mit einem Anstieg an Effizienz und Effektivität einhergehen, gilt es insbesondere unter Beachtung der aktuellen Reform zu überprüfen. Es stellt sich zudem die Frage, ob mit der erheblichen Beitragserhöhung für den Gesundheitsfonds ein Wandel in der Gesundheitspolitik eingesetzt hat, der eine Entwicklung von überwiegend kostendämpfenden Maßnahmen hin zu mehr qualitätsfördernden Steuerungs- und Koordinationskonzepten aufzeigt.

¹⁵¹ Vgl. Schmidt, B. (2008), S. 78. Vgl. Kühn, H. (1998b), S. 14f.

¹⁵² Vgl. Reiners, H. (2006a), S. 36.

¹⁵³ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 1-13.

3 Informationsasymmetrie in der Gesundheitsversorgung

3.1 Neue Institutionenökonomik als Bewältigung der Informationsasymmetrie

3.1.1 Theoriebausteine der Neuen Institutionenökonomik

Ein Hauptargument für die Vielzahl an Problemen im Gesundheitswesen geht auf die Informationsasymmetrie zurück. Die adverse Selektion, die Moral-Hazard Problematik, die angebotsinduzierte Nachfrage, die Non-Compliance sowie die Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse stellen hierzu einige Beispiele dar, die aufgrund der unvollständigen Information Nachteile im Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ausüben. Die Besonderheiten des Gesundheitssektors bzw. des Gutes Gesundheit erschweren zwar die Entwicklung und Übertragung von Instrumenten und Konzepten zur Verbesserung der angestrebten Zielaspekte, trotzdem unterliegt auch dieser Sektor dem Bestreben der Realisierung akteurspezifischer Mehrwerte. Mit Hilfe der Neuen Institutionenökonomik als mikroökonomischer Ansatz lassen sich aus verschiedenen theoretischen Teilbereichen mögliche Gestaltungsoptionen für das deutsche Gesundheitswesen ziehen. Die Informationsproblematik durchläuft dabei als Konstante die einzelnen Theoriebausteine der Neuen Institutionenökonomik. Im Folgenden werden hierzu die theoretischen Konzepte als Basis für die sich anschließenden Ausführungen dargestellt.

Die Neue Institutionenökonomik beinhaltet nach Richter und Furubotn eine Erweiterung des neoklassischen Ansatzes. Die Autoren weisen darauf hin, dass eine eindeutige Definition dieser Theorie der Heterogenität der Begrifflichkeit sowie möglichen Weiterentwicklungen entgegen stehen würde.¹⁵⁴ Mit Hilfe von einigen wesentlichen Bestandteilen lassen sich die Kernaspekte der Neuen Institutionenökonomik zusammenfassen. Ein bis zu dieser Theorie vielfach nur rudimentär behandelte Hauptbestandteil umfasst die Berücksichtigung von Institutionen sowie deren Einfluss auf Individuen. Dabei übertragen Institutionen Normen und bestehen aus einem spezifischen Regelwerk, mit dem sie eine Steuerungswirkung auf einzelne Akteure sowie Bevölkerungsgruppen ausüben können. North bezeichnet in diesem Kontext Institutionen als eine „[...] incentive structure of a society, and the political and economic institutions, in consequence, are the underlying determinations of economic performance“.¹⁵⁵ Darüber hinaus verfügen sie aufgrund ihrer Strukturierung auch über eine ordnende und vereinfachende Eigenschaft. Ein damit im Bezug stehender Bestandteil der Neuen

¹⁵⁴ Vgl. Richter, R./ Furubotn, E. G. (2003), S. 1-13.

¹⁵⁵ North, D. C. (1994), S. 359.

Institutionenökonomik nimmt die unvollständige individuelle Rationalität ein. Im Gegensatz zur Neoklassik kennzeichnet der institutionenökonomische Ansatz einen nur eingeschränkten Informations- bzw. Wissensstand, der des Weiteren nicht vollständig verarbeitet bzw. umgesetzt werden kann. Picot, Dietl und Franck bezeichnen aufgrund der rationalen Defizite die Institutionen als Rationalitätssurrogate, die mit Hilfe von koordinatorischen und motivierenden Mechanismen die individuellen Lücken verringern bzw. zu schließen vermögen. Die Autoren definieren die unterschiedliche Rationalitätsauffassung als Scheidepunkt für die einzelnen ökonomischen Theorien.¹⁵⁶ Richter und Furubotn weisen dagegen darauf hin, dass die unvollkommene Rationalität erst ein Ergebnis der neueren Theorieauffassung sei. Dies zeigt deutlich die Entwicklung des institutionenökonomischen Ansatzes, der ausgehend von der Neoklassik einen neuen Erklärungsansatz liefert. Eine weitere Eigenschaft kennzeichnet die heterogenen Beziehungen zwischen den Akteuren und den Institutionen. Es handelt sich hierbei um verzweigte und vielschichtige Netzwerkstrukturen. Des Weiteren stehen die Entscheidungen von Einzelpersonen im Fokus dieser theoretischen Betrachtung, die in Abhängigkeit ihrer Zugehörigkeit zu Institutionen sowie deren Beeinflussung darauf abzielen, die eigenen Interessen zu verwirklichen. Ausgehend vom begrenzten rationalen Verhalten und der Ausrichtung auf eine Realisierung der eigenen Interessen der Akteure integriert die Neue Institutionenökonomie zusätzlich opportunistisches Verhalten. Hierbei wird eine Aktivität umschrieben, die einer Einzelperson in einer bestimmten Situation einen persönlichen Vorteil verspricht. Dieses Verhalten kann auch negative Eigenschaften, wie Unaufrichtigkeit und Heimtücke, umfassen. Die unvollständige Rationalität ergänzt bzw. erweitert das opportunistische Verhalten. Beide Bestandteile der Neuen Institutionenökonomik basieren auf asymmetrischen Informationsverteilungen, die Mechanismen zur Eindämmung dieses Verhaltens, das sich nachteilig auf gesamtgesellschaftliche Belange auswirkt, notwendig machen. Steuerungs- und Kontrollmechanismen stellen hierzu eine mögliche Lösung dar. Die Schaffung von Vertrauen lässt sich als ein weiterer Ansatzpunkt zur Eindämmung nachteiliger Effekte nennen. Inwiefern die einzelnen Theorien der Neuen Institutionenökonomik Gestaltungsempfehlungen hierzu liefern können, soll nachfolgend thematisiert werden.

Die Neue Institutionenökonomik setzt sich aus einzelnen Theoriebausteinen zusammen. Hierzu zählt die Theorie der Verfügungsrechte, die Transaktionskostentheorie sowie die Prinzipal-Agenten-Theorie. Jedoch handelt es sich bei dieser Auflistung nicht um festgelegte

¹⁵⁶ Vgl. Picot, A./ Dietl, H./ Franck, E. (2008), S. 32-34.

Theoriebausteine. Dies verdeutlicht insbesondere der vierte wesentliche Bestandteil, welcher einen innerhalb der theoretischen Abhandlungen je nach Autor variablen Ansatz umfasst. Dementsprechend fassen Picot, Dietl und Franck unter dem Oberbegriff der formal-mathematischen Erklärungs- und Gestaltungsbeiträge mögliche Verhaltenproblematiken inklusive der Relationalen Verträge zusammen.¹⁵⁷ Letztere stellen bei de Oliveira eine eigenständige Unterteilung dar. Zusätzlich ergänzt die Autorin in ihren Ausführungen die Theorie der Firma.¹⁵⁸ Bei Bürger dagegen, welche die Neue Institutionenökonomik auf das Gesundheitswesen bezieht, stehen die unvollständigen Informationen, auf welche die Verhaltensprobleme zurückzuführen sind, in der Informationsökonomik im Fokus der Betrachtung.¹⁵⁹ Eine völlig andere Unterscheidung lässt sich bei Richter und Furubotn feststellen. Die Autoren gliedern die Neue Institutionenökonomik neben den Transaktionskosten und den absoluten Verfügungsrechten in vertragliche Schuldverhältnisse und in die formale Vertragstheorie.¹⁶⁰ Die unterschiedliche theoretische Gliederung, die jedoch letztlich auf gleichen Theoriefundamenten basiert, zeugt einerseits von der Überschneidung einzelner Ansätze und Bestandteile. Eine trennscharfe Unterteilung der einzelnen Theorien lässt sich zu einem Großteil nicht durchführen. Aus der nicht einheitlichen Bezeichnung der Theoriebestandteile des institutionenökonomischen Ansatzes verdeutlicht sich andererseits der nicht vorgegebene Forschungsstandpunkt. Stattdessen ermöglicht das Fehlen von festgelegten Definitionen, Rahmenrichtlinien und Bestandteilen die Integration aktueller Entwicklungen und damit die Gestaltung dynamischer Lösungsansätze.

In den folgenden Ausführungen wird eine Unterteilung in die Bestandteile der Theorie der Verfügungsrechte, der Transaktionskostentheorie, der Prinzipal-Agenten-Theorie sowie der Vertragstheorie vorgenommen. Die Theorie der Verfügungsrechte wird als erster Ansatz vorgestellt, da sie aufgrund der Kopplung mit Rechten und Pflichten einen Rahmen, in dem sich die Individuen innerhalb einer Wirtschaftsordnung befinden, vorgibt. Der Ansatz, der auch als Property-Rights-Theorie bezeichnet wird, regelt über Verfügungsrechte die rechtlichen Aspekte sowohl innerhalb von Beziehungen zwischen Akteuren, als auch innerhalb von Netzwerken. Sobald Ressourcen genutzt werden, tragen die Property-Rights dazu bei einen Ordnungsrahmen zu erstellen. Da eine Ressourcennutzung die Basis jeglicher ökonomischer und sozialer Beziehungen darstellt, können praktikabel ausgestaltete

¹⁵⁷ Vgl. Picot, A./ Dietl, H./ Franck, E. (2008), S. 45-141.

¹⁵⁸ Vgl. De Oliveira, R. M. M. (2002), S. 123-130.

¹⁵⁹ Vgl. Bürger, C. (2003), S. 33-37.

¹⁶⁰ Vgl. Richter, R./ Furubotn, E. G. (2003), S. 55-312.

Verfügungsrechte die Grundlage für qualitative und wirtschaftliche Strukturen bilden. Dabei stehen im Folgenden weniger die absoluten Verfügungsrechte, als allgemeingültige Rechtsansprüche, wie Menschenrechte, sondern stattdessen die relativen Verfügungsrechte von einzelnen Individuen im Fokus der Betrachtung. Die asymmetrische Information gekoppelt mit dem Opportunismus führt bei den Interaktionen zwischen Individuen zu ineffizienten Verhältnissen. Die Theorie der Verfügungsrechte setzt auf der Basis von rechtlichen Ausgestaltungen daran an Anreizsysteme innerhalb von Institutionen zu untersuchen, die Ineffizienzen entgegen wirken sollen. Es besteht dabei die Annahme, dass uneingeschränkte Verfügungsrechte im Markt einen effizienten Gütertausch bzw. eine effiziente Leistungsanspruchnahme generieren. Da jedoch in Ausnahmefällen, wie innerhalb der Trittbrettfahrerproblematik¹⁶¹, Reglementierungen durchaus vorteilhaft sein können, stellt der Nutzen-Kosten Vergleich von Verfügungsrechten, wie er u.a. von De Oliveira vertreten wird, eine sinnvolle Erweiterung dar. Darüber hinaus sind die Bedingungen eines freien Marktes und den damit uneingeschränkten Verfügungsrechten in der Praxis kaum vorfindbar. Stattdessen bestehen rechtliche Einschränkungen bei der Ressourcennutzung und es existieren Transaktionskosten. Aufgrund derer können die Verfügungsrechte nicht eindeutig und vollständig dem Nutzer der Ressourcen zugeschrieben und spezifiziert werden. Es entstehen Spezifikationskosten, die wiederum die Bildung externer Effekte¹⁶² von Rechten begründen. Die Internalisierung der Externalitäten ist an Bedingungen einer freien Marktwirtschaft gebunden. Dementsprechend müssen Verfügungsrechte spezifiziert und getauscht werden können. Nach Demsetz stellt die Anpassungsfähigkeit von Verfügungsrechten eine Notwendigkeit zur Eingrenzung der Problematik der externen Effekte dar.¹⁶³

Für das Gesundheitswesen ergeben sich aus der Theorie der Verfügungsrechte etliche Ansatzpunkte. Aufgrund der Zuweisung von Property-Rights auf jegliche Rechtsverhältnisse zwischen Akteuren, bietet diese Theorie einen Ordnungs- und Handlungsrahmen für den Gesundheitssektor. Durch die Kopplung mit der Nutzung von Ressourcen beziehen sich die Verfügungsrechte neben der rechtlichen Ausgestaltung von Gütern auch auf Dienstleistungen. Des Weiteren werden einige Besonderheiten des Gesundheitswesens mit dieser Theorie abgedeckt und anhand dieser analysiert. Verfügungsrechte sind nach bspw. Alchian an einen Wert, im Sinne eines Marktpreises, gebunden. Kollektivgütern kann aufgrund ihrer

¹⁶¹ Vgl. Kapitel 2.3, S. 42.

¹⁶² Vgl. Kapitel 2.2.3, S. 31f.

¹⁶³ Vgl. Demsetz, H. (1967), S. 349f.

Symptomatik der Nicht-Ausschließbarkeit und Nicht-Rivalität im Konsum kein Marktpreis zugeordnet werden, so dass Alchian diesen spezifischen Gütern keine Rechte zuschreibt.¹⁶⁴ Daraus leitet sich die stark eingeschränkte Zahlungsbereitschaft für Kollektivgüter ab. Auch die Besonderheit der Externalitäten im Gesundheitswesen lässt sich mit der Theorie der Verfügungsrechte erläutern und darüber hinaus aus dieser Gestaltungsempfehlungen ableiten, die auf marktlich ausgerichteten Anreizsystemen basieren. Doch auch weitergehende Ansätze lassen sich mit dieser Theorie begründen. Dementsprechend stößt das von Coase 1960 entwickelte Theorem zur Internalisierung externer Effekte mit Hilfe einer pareto-effizienten Allokation an Grenzen, sobald die Verfügungsrechte nicht eindeutig zurechenbar und definiert sind.¹⁶⁵ Daraus ergibt sich zum einen der Anspruch nach Anreizen und Steuerungsmechanismen von Institutionen, welche rechtliche Ineffizienzen reduzieren bzw. abbauen. Nach Coase stellen dies z.B. Verhandlungen mit Entscheidungsträgern dar. Zum anderen lassen sich aus der problematischen Spezifikation von Verfügungsrechten auch alternative Mechanismen zur Beseitigung der Problematik ableiten. Ullmann-Margalit und Coleman schlagen in diesem Zusammenhang die Internalisierung von Externalitäten durch Normen vor.¹⁶⁶ Aus diesen Lösungsvorschlägen zur Erstellung effizienter rechtlicher Bedingungen lässt sich damit auch die sozial-ethische Komponente des Vertrauens integrieren.

3.1.2 Transaktionskostentheorie und Prinzipal-Agenten Theorie als Erklärungsansätze für die Problematiken im Gesundheitswesen

Im vorangegangenen Abschnitt wurden bereits aufgrund der Existenz von Transaktionskosten innerhalb der Theorie der Verfügungsrechte Einschränkungen bezüglich der vollständigen und eindeutigen Definition und Spezifikation von Rechten vorgenommen. Transaktionskosten und Verfügungsrechte sind eng miteinander verbunden. Entsprechend der vorherigen Erläuterung der Theorie der Property-Rights stellen die Verfügungsrechte im Folgenden den Ordnungsrahmen für die sich anschließenden Theorien dar. Bereits innerhalb der Theorie der Verfügungsrechte zeigt sich im Vergleich zum neoklassischem Ansatz die Abkehr von stark idealisierten Zuständen und Eigenschaften. Informationsasymmetrie, Unsicherheit, begrenzte Rationalität und Opportunismus sind allgegenwärtige Bestandteile. Sie wirken auf die Transaktionen innerhalb des institutionellen Rahmens. Dabei beziehen sich Transaktionen

¹⁶⁴ Vgl. Alchian, A. A. (1987), S. 1031-1034.

¹⁶⁵ Vgl. Coase, R. H. (1960), S. 1-48.

¹⁶⁶ Vgl. Ullmann-Margalit (1977). Vgl. Coleman, J.S. (1990), S. 385-387.

von Einzelpersonen und Institutionen nicht nur auf ökonomische Prozesse, sondern auch auf das ‚soziale Handeln‘. Weber ordnet insbesondere den sozialen Handlungen eine dominierende Funktion zu. Er geht davon aus, dass diese Form der Transaktionen die Basis jeglicher Tätigkeiten von Institutionen sowie für deren Interaktionen miteinander sind.¹⁶⁷ Für jede Transaktion fallen dazugehörige Kosten an. Arrow definiert die Transaktionskosten als die Betriebskosten eines Wirtschaftssystems.¹⁶⁸ Doch diese Erläuterung bezieht sich auf ein stark vereinfachtes Modell und vernachlässigt dabei entscheidende Faktoren, wie die von Weber genannten sozialen Aspekte. Die eingeschränkten Verhaltensannahmen, die mit dem institutionsökonomischen Ansatz integriert werden, begründen die Transaktionskosten. Bei einer vollständigen Rationalität und Information bleiben Kosten einer Transaktion aus. Die Neue Institutionenökonomik erweitert den neoklassischen Ansatz um nicht idealisierte Umweltbedingungen und Verhaltensannahmen. Nach Picot und Dietl lassen sich die Transaktionskosten als gesamte Aufwendungen, „[...] die im Zusammenhang mit der Bestimmung, Übertragung, und Durchsetzung von Verfügungsrechten [entstehen, definieren]. Es handelt sich dabei um Informations- und Kommunikationskosten, die bei der Anbahnung, Vereinbarung, Kontrolle und Anpassung wechselseitiger Leistungsbeziehungen auftreten.“¹⁶⁹ Picot, Dietl und Franck ergänzen die Definition in einer späteren Begriffserläuterung um den Bestandteil der Abwicklung.¹⁷⁰ Dadurch werden die Aufwendungen für Steuerungs- und Koordinationsaufgaben während des Prozesses der Leistungserbringung bzw. des Güteraustausches in die Transaktionskosten einbezogen. Insbesondere im Bezug auf die vorliegende Fokussierung auf Steuerungsaspekte stellt dieser Zusatz eine wichtige Ergänzung auch im Sinne einer Vervollständigung der Kosten dar. Es lassen sich damit fünf Kostenarten der Transaktionskosten identifizieren. Die Anbahnungskosten, die auch als Such- und Informationskosten bezeichnet werden können, umfassen alle Aufwendungen, die vor der Vereinbarung in Form von bspw. Informationen über den möglichen Vernetzungspartner eingeholt werden. Die sich anschließenden Vereinbarungskosten beinhalten vorwiegend Kosten, welche innerhalb der Vertragsverhandlungen entstehen. Die Abwicklungs-, Kontroll- und Anpassungskosten fallen nach Vertragsabschluss an und sind u.a. abhängig von der Qualität des Vertragsabschlusses. Furubotn und Richter nehmen zusätzlich eine Unterteilung in fixe Transaktionskosten, welche durch die Einrichtung bzw. Erstellung von Institutionen bestehen und in variable Transaktionskosten, die in Abhängigkeit der Anzahl und des

¹⁶⁷ Vgl. Weber, M. (2001), S. 77-107.

¹⁶⁸ Vgl. Arrow, K. J. (1969), 48.

¹⁶⁹ Picot, A./ Dietl, H. (1990), S. 178.

¹⁷⁰ Vgl. Picot, A./ Dietl, H./ Franck, E. (2008), S. 56-71.

Umfangs von Transaktionen auftreten können, vor.¹⁷¹ Transaktionskosten entstehen durch Mängel aufgrund von Unzulänglichkeiten im Bezug auf Verhandlungen und Information bzw. Kommunikation. Damit integriert die Theorie der Transaktionskosten neben einer unkomplizierten Erfassung von quantifizierbaren Größen, z.B. Personal- und Materialkosten, auch qualitative und stark eingeschränkt messbare Bestandteile, wie persönliche Anstrengungen, unvoreingenommene Beratung oder Informationsbereitschaft. Auch die von Weber herausgestellte Dominanz sozialer Handlungen gegenüber ausschließlich ökonomisch ausgerichteten Größen wird durch den Einbezug qualitativer, verhaltensbezogener Aspekte berücksichtigt.

Den Grundstein für die Transaktionskostentheorie legte Coase im Jahr 1937 mit seinem Aufsatz ‚The nature of the firm‘, indem er erstmals die Frage untersucht, weswegen Unternehmen existieren, wenn nach der neoklassischen Annahme Märkte als alleinige Koordinationsmechanismen Transaktionen abwickeln können. Coase stellt in diesem Zusammenhang die These auf, dass Transaktionen Kosten verursachen, die wiederum mit Hilfe einer Koordination durch Unternehmen als Institutionsform verringert werden können. Mit dieser möglichen Begründung erweitert Coase erstmals die Theoriemodelle um einen bis dahin vernachlässigten, jedoch omnipräsenten Kostenfaktor von ökonomischen Prozessen.¹⁷² Auf der These von Coase baut Williamson auf und entwickelt auf dieser Grundlage die Transaktionskostentheorie. In dem von Williamson konzipierten Organizational Failure Framework stellt er die Verhaltensannahmen der begrenzten Rationalität und des Opportunismus den Umweltfaktoren der Unsicherheit und Komplexität sowie der Spezifität innerhalb der Transaktionsatmosphäre gegenüber. Dabei ergibt sich aufgrund der paarweisen Gegenüberstellung von Verhaltensannahmen und Umweltfaktoren eine gegenseitige Abhängigkeit und Einflussnahme, die letztlich die Informationsverteilung beeinflussen.¹⁷³ Die einzelnen Paare, die beschränkte Rationalität und Unsicherheit sowie Komplexität, der Opportunismus und die Spezifität, führen erst in der Kombination miteinander zu ineffizienten Wirkungen auf den Markt. Die Spezifität lässt sich als eine besondere Eigenart charakterisieren. Es handelt sich hierbei um Leistungen oder Güter mit hervorzuhebenden Eigenschaften bzw. Merkmalen, die nur im eingeschränkten Maße ersetzbar sind. Williamson stellt heraus, dass je höher eine solche Spezifität ausgeprägt ist, umso höher sind die Transaktionskosten aufgrund der geringen Austauschfähigkeit der Leistung bzw. des Gutes.

¹⁷¹ Vgl. Furubotn, E. G./ Richter, R. (2005), S. 47-71.

¹⁷² Vgl. Coase, R. H. (1937), S. 386-405.

¹⁷³ Vgl. Williamson, O. E. (1975).

Spezifität lässt sich zudem in unterschiedliche Teilbereiche, wie in personenbezogene oder technologische Besonderheiten, einordnen. Spezifität kann durch eine hohe strategische Bedeutung eingeschränkt werden und unterliegt zudem zeitlichen Veränderungen. Unter der von Williamson definierten Transaktionsatmosphäre werden alle einschränkenden Umweltbedingungen und Verhaltensannahmen zusammengefasst und externe Faktoren, wie Kultur und Technologie, ergänzt. Dabei beziehen sich die einzelnen Mängel sowohl auf Transaktionsschwierigkeiten, die ex ante, als auch ex post auftreten.¹⁷⁴ Janus fasst die Transaktionskostentheorie zusammen, indem sie die Linderung der ‚Hazard‘ Problematik sowie des nachteiligen Anpassungsvermögens als Kernaspekte der Theorie herausgreift. Basierend auf Williamson betont sie, dass der Ansatzpunkt für eine Einschränkung und Reduktion der Transaktionskosten die Institutionen, innerhalb derer die Mängel angegangen werden, darstellen.¹⁷⁵ Aus diesem Grund werden die Transaktionskosten ausschließlich im institutionellen Rahmen analysiert. Das Weiterentwicklungspotential der Transaktionskostentheorie zeigt sich anhand der zahlreichen Ergänzungen des Organizational Failure Framework nach Williamson. Dementsprechend erweitert Barzel die Umweltbedingungen um die Messprobleme, welche Transaktionskosten erhöhen können.¹⁷⁶ Picot, Dietl und Franck ergänzen die bislang vernachlässigte Option des ‚Wertes an sich‘. Hierbei handelt es sich um eine vertrauensvolle Transaktion, die keiner Anreizsysteme zur Reduktion nachteiliger Verhaltensannahmen bedarf. Freundschaften oder langjährige faire Beziehungen verfügen über einen solchen ‚Wert an sich‘. Auch Ouchi setzt mit den Untersuchungen der sog. Clan-Organisationen an sozialen Werten an.¹⁷⁷ Gemeinsame Normen können aufwendige und kostenintensive Sanktions-, Kontroll- und Anreizsysteme substituieren. Vertrauen stellt somit ein weiteres Mal ein anzustrebendes Konstrukt dar, mit dessen Hilfe die Transaktionskosten im institutionellen Rahmen eingedämmt werden können. Auf die Transaktionskostentheorie lassen sich vielfache Erklärungsansätze anwenden. Im Folgenden wird ein wesentlicher Bereich, der von Williamson unter den Begriffen der Märkte und Hierarchien zusammengefasst wird, herangezogen. Die Fokussierung auf diesen Aspekt der Theorie ergibt sich aufgrund der Verbindung mit der Integration, die eine weitere Konstante neben dem Steuerungs- und Koordinationsmechanismus der vorliegenden Ausführung darstellt. In Abhängigkeit des Integrationsgrades lassen sich

¹⁷⁴ Vgl. Williamson, O.E. (1996), S. 54-87. Vgl. Williamson, O.E. (1990), S. 70-72. Vgl. Williamson, O.E. (1989), S. 141-145.

¹⁷⁵ Vgl. Janus, K. (2003), S. 51-61.

¹⁷⁶ Vgl. Barzel, Y. (1982), S. 27-48.

¹⁷⁷ Vgl. Ouchi, W. G. (1980), S. 129-140.

Gestaltungsempfehlungen ableiten. Williamson unterscheidet hierzu in die Konstrukte des Marktes, der Hierarchie und der Hybride. Den Markt kennzeichnen kurzfristige spontane Transaktionen, die sich an einen Zeitpunkt ausrichten. Daraus leitet sich ein sehr geringer Integrationsgrad ab. Demgegenüber liegt bei der Hierarchieform der höchste Grad vertikaler Integration vor, die sich aufgrund langfristiger und stabiler Beziehungen in der Ausgestaltung von bspw. relationalen Verträgen ergibt. Eine Zwischenform mit einem mittleren vertikalen Integrationsgrad nimmt die hybride Organisationsform ein. Stellvertretend für diesen Integrationstyp lässt sich die Kooperation benennen, die aufgrund ihres partiellen Zusammenschlusses von Akteuren sowohl marktliche, als auch hierarchische Ausgestaltungsformen einnimmt. Picot und Franck leiten auf der Grundlage empirischer Forschungen aus den Integrationsformen Entwicklungsrichtungen zur Eindämmung der Transaktionskosten in Abhängigkeit der jeweiligen Organisationsform ab. Von der Kernaussage, dass die Häufigkeit strategisch bedeutsamer, spezifischer und unsicherer Leistungserstellung die Tendenz zur vertikalen Integration von Transaktionspartnern erhöht, lassen sich die einzelnen Empfehlungen ableiten.¹⁷⁸ Dementsprechend lassen sich aus einer hierarchischen Koordination mit einem hohen Integrations- und Spezifitätsgrad bei langfristig ausgerichteten Vernetzungen Vorteile generieren, wenn die entsprechenden Anreize diese Konstellation berücksichtigen. Die Ausrichtung auf gemeinsame Werte und Normen kann die Beziehung festigen und ein vertrauensvolles Verhältnis schaffen, das einen hohen Beitrag zur Reduktion von Transaktionskosten in Form von Unsicherheit und schadhaften Verhalten leistet. Die Transaktionskostentheorie umfasst neben einer Analyse von Transaktionskosten den wesentlichen Bestandteil einer zielgerichteten Ausrichtung der Koordinationsform der Institution in Abhängigkeit der Leistungserstellung zur effizienten Eindämmung der Transaktionskosten. Vertragliche Ausgestaltungen und die Wahl des Integrationsgrades von Transaktionspartnerschaften werden mit Hilfe der Transaktionskostentheorie untersucht und im Bezug auf das Kostensenkungspotential analysiert.

Auf das Gesundheitswesen bezogen ermöglicht die Transaktionskostentheorie eine Vielzahl von Erklärungsansätzen, aus denen sich Gestaltungsoptionen ableiten lassen. In heterogenen und vielschichtigen Beziehungen und Vernetzungen im Gesundheitssektor ergeben sich zahlreiche Transaktionspartnerschaften und damit Anknüpfungspunkte zur Effizienzsteigerung. Im zweiten Kapitel wurde wiederholt aufgezeigt, dass das Gesundheitswesen von Besonderheiten stark durchzogen ist. Unsicherheiten in Form der

¹⁷⁸ Vgl. Picot, A./ Franck, E. (1993), S. 179-219.

Informationsasymmetrie und der Hazard-Problematik lassen sich stellvertretend für zahlreiche Mängel benennen. Zusätzlich tragen Einschränkungen der eigenen Entscheidungsfähigkeit und Vernunft aufgrund von bspw. Ohnmacht und Schock als Unfallfolge dazu bei, dass die Rationalität im Gesundheitswesen einer im Vergleich zu anderen Wirtschaftssystemen noch stärkeren partiellen Unvollständigkeit unterliegt. Auch die Leistungserbringung bei Kindern oder geistig behinderten Menschen ist ebenso eingeschränkt und muss auf die speziellen Bedürfnisse angepasst werden. Des Weiteren werden große Teile der gesundheitsbezogenen Leistungserstellung von einer hohen Spezifität gekennzeichnet. Als Beispiel lässt sich eine langjährige Arzt-Patienten Beziehung nennen. Zwar kann die ärztliche Leistung auch durch einen entsprechend ausgebildeten ärztlichen Kollegen erfolgen, die mit den Jahren entstandene vertrauensvolle Beziehung und die persönlichen Erfahrungen lassen sich jedoch nicht durch einen anderen Arzt ersetzen. Dieser Auszug an Besonderheiten des Gesundheitswesens verbindet die Gemeinsamkeit, dass sie dazu beitragen die Transaktionskosten zu erhöhen. Entsprechende Anreiz-, Kontroll- und Sanktionssysteme stellen somit eine notwendige Bedingung dar, um effizientere und damit kostengünstigere Transaktionen zu ermöglichen. Die Transaktionskostentheorie eignet sich auch aufgrund der Integration qualitativer Aspekte für das Gesundheitswesen. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität wird mit diesem theoretischen Fundament berücksichtigt. Ein weiterer entscheidender Bestandteil wird ebenfalls mit der Transaktionskostentheorie als Teil der Neuen Institutionenökonomik abgedeckt. Hierbei handelt es sich um die gewachsenen institutionellen Strukturen im Gesundheitswesen, die anhand dieser Theorie analysiert und Potentiale aus spezifischen Anreizsystemen zur Transaktionskosteneindämmung entwickelt werden können. Mit Hilfe der Bestimmung von effizienten institutionellen Konstrukten unter Beachtung der spezifischen Bedingungen zur Eindämmung der Transaktionskosten, eignet sich diese Theorie insbesondere auch aufgrund der Involvierung der heterogenen Struktur- und Organisationsvielfalt im Gesundheitswesen. Zugleich fördert die Theorie die Überwindung der Schnittstellenproblematik, die aufgrund der Brüche und fehlenden Kontinuität über hohe Transaktionskosten verfügt. Die theoretische Analyse bezieht die Zielaspekte der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität unter Beachtung der institutionellen Strukturen mit ein und entwickelt auf dieser Basis Gestaltungsempfehlungen, die sich an marktlichen, hierarchischen und hybriden Bedingungen ausrichtet.

Die Prinzipal-Agenten Theorie ist eng an die Transaktionskostentheorie gebunden und basiert

ebenfalls auf der Theorie der Verfügungsrechte. Wie bei der Transaktionskostentheorie führen die Mängel der Information und Kommunikation zu problematischen und ineffizienten Bedingungen. Die Prinzipal-Agenten Theorie orientiert sich zur Analyse dieser Problematik am Verhältnis zwischen Auftragsgeber, dem sog. Prinzipal, und Auftragsnehmer, dem sog. Agenten. Mit der Betrachtung des Verhältnisses zwischen Prinzipal und Agent sowie der hier ansetzenden Überwindung bzw. Reduktion nachteiliger Effekte fokussiert die Theorie im Gegensatz zur Transaktionskostentheorie ein spezifisches Verhältnis innerhalb der institutionellen Arrangements und bezieht sich auf anwendungsbezogenere Gestaltungsempfehlungen. Typische Prinzipal-Agenten Beziehungen im Gesundheitswesen stellen das Arzt-Patienten und das Versicherer-Versicherten Verhältnis dar. Jedoch handelt es sich bei diesen Beziehungen nicht um eine festgelegte Rollenzuweisung. Einzelne Stakeholder können auch zeitgleich als Prinzipal sowie als Agent innerhalb verschiedener Beziehungen oder Aufgabenbereiche auftreten. Es bestehen vielschichtige und verwobene Netzwerke von Prinzipal-Agenten Beziehungen insbesondere im Gesundheitswesen.

Die Prinzipal-Agenten Theorie lässt sich nach Richter und Furubotn in den normativen und in den positiven Prinzipal-Agenten Ansatz unterteilen. Der Inhalt des ersten Theoriekonstruktes basiert stärker auf mikroökonomisch mathematischen Analysen, wobei im positiven Ansatz die Empirie betont wird.¹⁷⁹ Weil die positive Prinzipal-Agenten Theorie die Ausgestaltung von Verträgen und Organisationen betont und damit der institutionelle Bereich einen höheren Stellenwert zugeschrieben bekommt, wird im Folgenden auf der Basis dieses Ansatzes die Prinzipal-Agenten Theorie vorgestellt. Auf einer mikroökonomischen Betrachtung basiert jedoch das moralische Risiko als Teil der innerhalb der Prinzipal-Agenten Theorie erweiterten Umweltbedingungen, die im Gegensatz zur Transaktionskostentheorie eine zusätzliche Risikoausrichtung beinhalten. Der Bezug aus der mathematisch orientierten Mikroökonomie ergibt sich durch die von Arrow identifizierten Probleme aus der Informationsasymmetrie nach Vertragsabschluss. Hierzu zählt das versteckte Handeln, das nicht beobachtet und die versteckte Information, welche nicht nachvollzogen bzw. überprüft werden kann.¹⁸⁰ Zusätzlich wird die Problematik dadurch verschärft, dass das sich anschließende opportunistische Verhalten nicht bzw. nur eingeschränkt von möglichen exogenen Einflüssen getrennt werden kann. Mit der adversen Selektion, als Risiko einer nicht optimalen Vertragspartnerschaft, wird eine weitere risikobezogene Bedingung in die Prinzipal-Agenten

¹⁷⁹ Vgl. Richter, R./ Furubotn, E. G. (2003), S. 173-182.

¹⁸⁰ Vgl. Arrow, K. J. (1985), S. 37-50.

Theorie integriert.¹⁸¹ Hierbei besteht das Risiko aufgrund der Informationsasymmetrie bereits vor dem Vertragsabschluss, da der Prinzipal keine vollständige Information über Eigenschaften, Verhalten und Leistungen des Agenten erhält. Dies erfährt er erst nach dem Vertragsabschluss bzw. während oder nach Nutzung oder Leistungsanspruchnahme. Spemann erweitert die Unterteilung nach Arrow ex ante bestehender Ausprägungen der Informationsasymmetrie, indem er eine Unterscheidung in hidden characteristics, als feststehende Qualifikationen, in hidden action/information, als variable im Nachhinein nicht nachvollziehbare Eigenschaften, wie Anstrengung und Fairness und in hidden intention, als variable Eigenschaften, die nach Vertragsabschluss erkennbar sind, vornimmt.¹⁸² Die dritte Problematik des Hold-up vervollständigt die informationsbezogenen Risikomängel der Umweltbedingungen. Das Hold-up stellt hierbei eine Problematik außerhalb des Prinzipal-Agenten Verhältnisses für Dritte dar. Der Ausgangspunkt dieser Problematik besteht innerhalb der Beziehung und lässt sich zwar beobachten, jedoch nicht verhindern. Nach Picot, Dietl und Franck deckt sich die Hold-up Schwierigkeit zu einem Großteil mit der Problematik spezifischer Investitionen in der Transaktionskostentheorie.¹⁸³ Daran zeigen sich ein weiteres Mal die Überschneidungen zwischen den einzelnen Theoriebausteinen der Neuen Institutionenökonomik.

In der Prinzipal-Agenten Theorie werden die Kosten, die im Vergleich zu einer vollständigen Informationsbereitstellung als sog. First-best Lösung bestehen, in Relation zu der asymmetrischen Informationsverteilung als sog. Second-best Lösung gesetzt. Nach Jensen und Meckling, die vorwiegend dem positiven Prinzipal-Agenten Ansatz zuzurechnen sind, handelt es sich hierbei um die Agency- oder Vertretungskosten, die eine spezielle Form der Transaktionskosten darstellen. Sie bestehen aus den Signalisierungskosten des Agenten, den Kontrollkosten des Prinzipals sowie dem verbleibenden Wohlfahrts- bzw. Residualverlust. Letzterer setzt sich daraus zusammen, dass die Signalisierungs- und Kontrollmaßnahmen die vollständige Informationsasymmetrie nicht ausgleichen können. Zusätzlich prägt ein Trade-Off Verhältnis die einzelnen Kostenkomponenten. Hohe Kosten für Kontroll- und Signalisierungsmaßnahmen reduzieren den Wohlfahrtsverlust. Setzt der Prinzipal umfangreiche Überwachungsmaßnahmen ein, erübrigen sich für den Agenten die Signalisierungskosten. Die Höhe der Agency-Kosten ist abhängig von einer Vielzahl von variablen Faktoren, zu denen die persönliche Risikoaversion, die Kontrollmaßnahmen sowie

¹⁸¹ Vgl. zur Erläuterung von Moral Hazard und adverser Selektion Kapitel 2.3, S. 36-39.

¹⁸² Vgl. Spemann, K. (1990), S. 562-585.

¹⁸³ Vgl. Picot, A./ Dietl, H./ Franck, E. (2008), S. 72-126.

deren Kosten, die Präferenzen des Agenten und die Möglichkeiten diese zu verwirklichen sowie das Risiko des Garantieverlustes zählen.¹⁸⁴ Die Prinzipal-Agenten Theorie setzt daran an institutionelle Arrangements zu entwickeln, mit deren Hilfe die Problematiken aus dem Moral Hazard, der adversen Selektion und dem Hold up als Folge der Informationsasymmetrie innerhalb der spezifischen Prinzipal-Agenten Beziehung reduziert werden, um einerseits die Kosten zu verringern und damit effiziente Bedingungen zu fördern und um andererseits die Wohlfahrtsverluste so gering wie möglich zu halten.

Auf der Grundlage der vorgestellten Fokussierung der Prinzipal-Agenten Theorie lassen sich einige Koordinationsmaßnahmen zur Überwindung der Verhaltensprobleme aufgrund der Informationsasymmetrie skizzieren. Einige Mechanismen setzen hierzu an einer Qualitätsverbesserung an und lassen sich aus den Agency-Kostenkomponenten ableiten. Für die Reduktion bzw. Beseitigung der adversen Selektion stehen u.a. das sog. Signalling und das sog. Screening zur Verfügung. Ersteres umfasst eine Differenzierung des Agenten anhand von spezifischen Merkmalen und hervorzuhebenden Eigenschaften. Beispielsweise handelt es sich um ‚Signale‘ in Form von Qualitätssiegeln oder anerkannten Fortbildungen bzw. Qualifikationen, die jedoch auch eine Erhöhung der Signallingkosten darstellen. Nach Picot, Dietl und Franck bestehen die Voraussetzungen des Signallings darin, dass die Vorteile hieraus für ‚unerwünschte‘ Agenten höher sind und die Vorteile für ‚erwünschte‘ Agenten kleiner sind als die Kosten. Demgegenüber ermöglicht das Screening-Verfahren den Abbau der asymmetrischen Information ausgehend vom Prinzipal, der hierzu Eigenschaften und Merkmale über die Qualität des Agenten einholt. Diese Informationen erhöhen wiederum die Kontrollkosten des Auftragsgebers als Teil der Agency-Kosten. Aufgrund des Trade-Off Verhältnisses zwischen den beiden Steuerungs- bzw. Koordinationsmechanismen schließt sich eine gemeinsame Nutzung innerhalb einer Prinzipal-Agenten Beziehung aus. Eine weitere Maßnahme zur Überwindung des einseitigen Informationsgefälles innerhalb der adversen Selektion stellen Konzepte der sog. Self Selection als Wahlmöglichkeiten dar. Hierbei soll die Informationsasymmetrie reduziert werden, indem der Auftragsgeber entsprechend seiner eigenen Risikostruktur aus mehreren Alternativen das für ihn optimalste Angebot auswählt und damit seine Interessen offen legt. Bestimmte Verhaltensannahmen und Informationen lassen sich somit anhand einer Anreizsetzung mittels Wahlalternativen beobachtbar und steuerbar machen. Eine solche Verringerung des ungleichen Informationsgefälles lässt sich auch durch das Koordinationsverfahren der

¹⁸⁴ Vgl. Jensen, M. C./ Meckling, W. H. (1976), S. 305-360.

Interessangleichung als weitere Maßnahme erreichen. Hierbei handelt es sich um ein institutionell organisiertes Anreizsystem, das mit Hilfe von Sanktion und Belohnung die Informationsasymmetrie zwischen Prinzipal und Agenten abbaut. Für das Hold-up Problem stellt die Interessensangleichung eine Überwindungsmaßnahme dar. Auch innerhalb der Moral-Hazard Problematik kann mit Hilfe dieses Konzeptes die nachteilige Asymmetrie reduziert werden. Jedoch ergibt sich bei einer Kopplung des Anreizsystems mit dem Handlungsergebnis die Gefahr der Involvierung von nicht separierbaren exogenen Faktoren. In diesem Fall überträgt sich das Risiko auf den Agenten. Die ausgleichenden Kosten erhöhen sich nach Picot, Dietl und Franck mit der Risikoaversion des Auftragsnehmers. Die Vorteile aus dem Anreizsystem stehen somit den Nachteilen aus der Risikoallokation gegenüber und müssen mit Hilfe einer Prämie ausgeglichen werden. Das Monitoring als zusätzlicher Überwindungsmechanismus der Informationsasymmetrie innerhalb der Moral-Hazard Problematik fasst eine Vielzahl von Kontrollmaßnahmen zusammen und zielt darauf ab die Spielräume zugunsten von Information und Transparenz einzugrenzen bzw. zu überwachen. Amelung bezeichnet den Markt als effektivstes und kaum kostenverursachendes Monitoring-Instrument.¹⁸⁵

Die Informationsasymmetrie, die in der gesamten Neuen Institutionenökonomik eine Kernproblematik darstellt, trägt auch innerhalb der Prinzipal-Agenten Theorie dazu bei, dass Beziehungen und Netzwerke nachteilig beeinflusst werden und sich daraus eine notwendige Entwicklung von Eindämmungs- und Überwindungsstrategien ergibt. Die zuvor kurz vorgestellten Koordinationsmechanismen verdeutlichen die anwendungsbezogenen Gestaltungsempfehlungen der Prinzipal-Agenten Theorie, die sich auf das spezifische Verhältnis zwischen Auftragsgeber und Auftragsnehmer stützt. Die Theorie spezifiziert das heterogene Beziehungsgeflecht zwischen Prinzipal und Agent. Damit grenzt sie sich von der Transaktionskostentheorie, die zu einem Großteil als Basis fungiert, ab und ergänzt sie zugunsten der Überwindung von nachteiligen Human- und Umweltfaktoren, die sich in der adversen Selektion und im Moral Hazard wiederfinden lassen. Beide Problematiken sind wesentliche Bestandteile im Gesundheitswesen. Auf Grund dessen eignet sich u.a. auch die Prinzipal-Agenten Theorie als institutioneller Erklärungs- und Gestaltungsansatz. Neben der Aufschlüsselung und Unterteilung der Transaktionskosten um die sog. Agency-Kosten, fokussiert die Theorie ebenfalls den Qualitätsaspekt von Maßnahmen zur Überwindung der auf der Informationsasymmetrie basierenden Problematiken. Dementsprechend setzen bspw.

¹⁸⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 30-38.

die Signalling-, Screening- und Monitoringverfahren an einer Verbesserung der Qualität an, um die ungleiche Informationsverteilung abzubauen bzw. zu reduzieren. Die vorwiegend wettbewerbsbezogenen Steuerungsinstrumente integrieren einerseits den Markt im Gesundheitswesen, andererseits werden die aus dem Prinzipal-Agenten Ansatz stammenden Gestaltungsempfehlungen auch vor dem Hintergrund wohlfahrtsfördernder Aspekte beurteilt. Insbesondere für das Gesundheitswesen, welches neben kosteneinsparenden Verfahren auch den Anspruch einer qualitativ hochwertigen Versorgung gewährleisten muss, stellt die detaillierte Analyse der Prinzipal-Agenten Theorie einen weiteren Baustein zur Reduktion der Schwierigkeiten aus der Informationsasymmetrie dar. Die vielschichtige Betrachtung der unvollständigen Transparenz über Merkmale und Eigenschaften von Vertragspartnern bezieht den Kernaspekt im Gesundheitswesen mit ein. Das besondere Gut Gesundheit verfügt über spezifische Eigenschaften, die u.a. personenbezogen und individuell variabel sind und daher eine besondere Ausprägung aufweisen.

3.1.3 Vertragstheorie der relationalen Verträge als Weiterentwicklung

Die ökonomische Vertragstheorie beinhaltet eine Vielzahl von Ansätzen. Aufgrund der Betrachtung des Versorgungs- bzw. Gesundheitssystems sowie der Fokussierung auf die Probleme und Überwindungsmöglichkeiten der Informationsasymmetrie lässt sich der breite theoretische Rahmen auf die Theorie der relationalen Verträge eingrenzen. Hierbei handelt es sich um einen deskriptiven Ansatz, der im Gegensatz zur Theorie der unvollständigen Verträge nicht formal mathematisch ausgerichtet ist. Trotzdem lassen sich in der Theorie der relationalen Verträge durchaus unvollständige vertragliche Ausgestaltungen wiederfinden. Des Weiteren verfügt der Ansatz auch über implizite, nicht rechtsverbindliche Eigenschaften, die den Kern der Theorie der impliziten Verträge als Teil der Vertragstheorie umfassen. Eine trennscharfe Abgrenzung von anderen Theoriebestandteilen der Vertragstheorie ist somit nicht durchführbar. Relationale Verträge lassen sich als langfristig ausgerichtete Beziehungen zwischen Vertragsparteien, die innerhalb der vertraglichen Festsetzung flexible Bedingungen zulassen, verstehen. Damit gehen die relationalen Verträge über die Prinzipal-Agenten Theorie und die Theorie der impliziten Verträge hinaus, welche die abgeschlossenen Verträge als nicht veränderbar annehmen und die Phase nach der Vertragserfüllung nicht einbeziehen. Richter und Furubotn ordnen u.a. die Prinzipal-Agenten Theorie der Vertragstheorie zu. Sie betonen, dass es sich beim Begriff der relationalen Verträge um einen sehr weitgefassten Ansatz handelt, der je nach Auslegung die Prinzipal-Agenten Theorie und die Theorie der

sich selbst durchsetzenden Verträge einschließt.¹⁸⁶

Ein entscheidendes Kriterium für die Hinzuziehung der relationalen Verträge als Teil der Vertragstheorie stellt neben der flexiblen langfristigen vertraglichen Ausgestaltung die Ableitung aus dem Transaktionskostenansatz nach Williamson dar. Hieraus ergibt sich ein Ansatzpunkt zu den vorangegangenen Bausteinen der Neuen Institutionenökonomik und damit eine auf den einzelnen theoretischen Bestandteilen schrittweise aufbauende institutionelle Gestaltungsempfehlung für das deutsche Gesundheitswesen.

Williamson kritisiert an den bestehenden Vertragsbeziehungen, dass obwohl das Transaktionskostenparadigma weitestgehend anerkannt ist, es in vielen Verträgen ausgeklammert wird.¹⁸⁷ Dabei ermöglicht die Beachtung dieser Kosten durch eine entsprechend berücksichtigende Steuerungs- und Anreizstruktur die Vertragspartnerschaft zu optimieren, indem die Heterogenität der Beziehungen einbezogen wird. Diese Aussage basiert auf Williamsons Konzept der fundamentalen Transformation. Es besagt, dass vor dem Vertragsabschluss eine marktähnliche Situation besteht, in welcher Konkurrenz durch alternative Angebote und freie Entscheidungen bezüglich der Vertragspartnerschaft vorzufinden ist. Nach dem Abschluss des Vertrages ergibt sich jedoch ein ausschließliches Angebot, das zwischen Vertragspartnern erfolgt und auf diese begrenzt ist. Aufgrund der dargestellten Verhaltensannahmen der eingeschränkten Rationalität und des Opportunismus besteht die zusätzliche Gefahr, dass der stärkere und informiertere Vertragspartner diese Eigenschaften zu seinen Gunsten ausnutzt. Zudem führen Veränderungen und Unsicherheiten dazu, dass nicht alle Eventualitäten in einem Vertrag fixiert werden können. Williamson geht davon aus, dass eine vollständige Antizipation von Gegebenheiten und Eigenschaften u.a. aufgrund der nicht prognostizierbaren Verhaltensannahmen nicht erfolgen kann und stattdessen kontinuierliche Verhandlungen von Institutionen notwendig sind. Damit wird der institutionellen ex-post Begleitung bzw. Anpassung durch die stützenden Funktion der Vertragspartnerschaft eine wesentliche Aufgabe zugeteilt. Innerhalb von relationalen Verträgen werden die vertraglichen Lücken in Folge von unvollständigen Ausgestaltungen akzeptiert und permanent dem eigentlichen Vertragsziel angepasst. Dies deckt sich mit einem lernenden System. Die Theorie der relationalen Verträge als Teil der Vertragstheorie erweitert auf Basis des Transaktionskostenansatzes die einzelnen Theoriebausteine der Neuen

¹⁸⁶ Vgl. Richter, R./ Furubotn, E. G. (2003), S. 173-204 und S. 218ff.

¹⁸⁷ Vgl. Williamson, O. E. (1995), S. 30-34, S. 70-72, S. 81-89 und S. 130-158.

Institutionenökonomik, indem die institutionellen Gestaltungsempfehlungen über den Abschnitt der Vertragserfüllung hinaus gehen. Zudem erklärt die Theorie der relationalen Verträge auch den Abschluss langfristiger Vertragsbeziehungen. Die von Williamson als wesentlich bezeichnete „paarweise Identität der Vertragspartner“ festigt die Vertragsbeziehungen und trägt gemeinsam mit dem Vertrauensaspekt dazu bei, dass Transaktionskosten reduziert und die Effizienz erhöht werden können. Diese Aussage ist jedoch abhängig vom Spezifitätsgrad der Investitionen und der Häufigkeit der Transaktionen. In der Abbildung 11 fasst Williamson die möglichen Ausgestaltungsformen zusammen und ordnet ihnen spezifische vertragliche Steuerungs- und Kontrollsysteme zu.

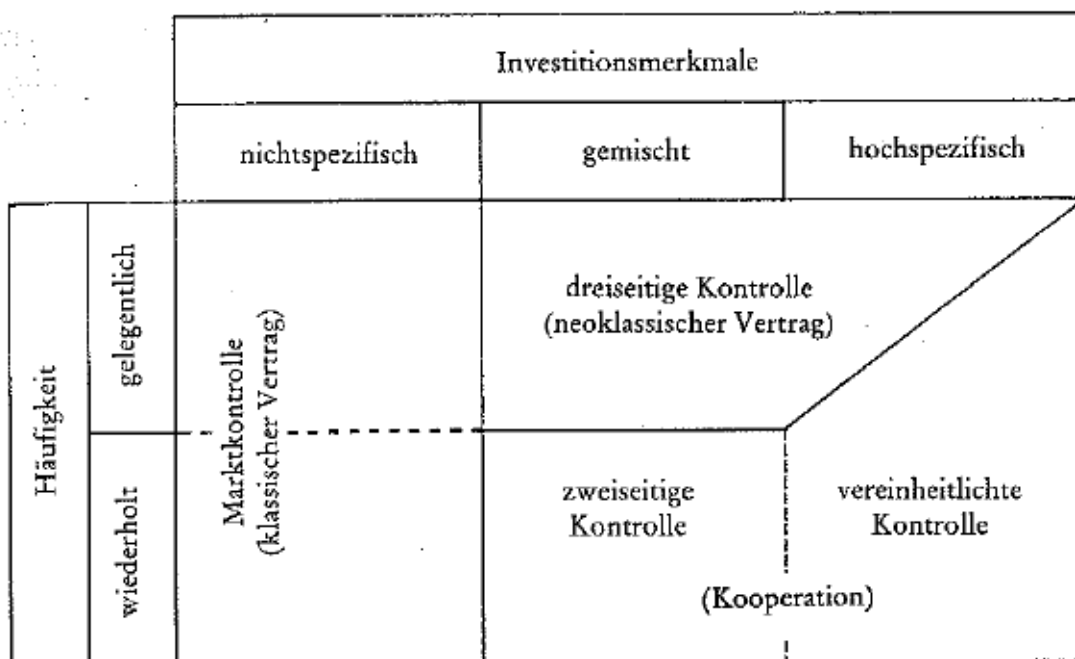


Abbildung 11: Effiziente Steuerung und Kontrolle

Quelle: Williamson, O. E. (1995), S. 89.

Handelt es sich um Leistungen bzw. Güter, die nicht spezifische Merkmale aufweisen, werden diese auf dem Markt gehandelt bzw. ausgetauscht und von diesem kontrolliert. Konkurrenz und ‚Marktalternativen‘ schränken nachteilige Verhaltensannahmen, wie den Opportunismus, ein. Die dreiseitige Kontrolle in Form von neoklassischen Verträgen bietet sich bei Transaktionen an, die lediglich gelegentlich auftreten. Das klassische Vertragsrecht kommt aufgrund der hohen Kosten, die mit einem ständigen Wechsel von Vertragspartnern entstehen würden, insbesondere bei stark spezifischen Investitionsmerkmalen, zu keinem effizienten Ergebnis. Stattdessen tendieren diese Transaktionen mit zunehmender Spezifität

zu einer beständigen Beziehung. Die institutionelle Zwischenform des neoklassischen Vertrages begründet auch die hohen Überwachungskosten, die in der Vertragsbeziehung anfallen würden. Mit der dreiseitigen Kontrolle wird, um die Kostenproblematik einzudämmen, ein außergerichtliches institutionelles Überwachungssystem einbezogen. Sowohl die zweiseitige Kontrolle, als auch die vereinheitlichte Kontrolle finden Anwendung bei spezialisierten Transaktionen, die wiederholt durchgeführt werden. Daher können spezifische Steuerungs- bzw. Kontrollsysteme für diese Beziehungen eingesetzt werden. Eine andauernde Vertragspartnerschaft wirkt sich effizienzsteigernd auf die Transaktionskosten aus. Beide Kontrollmöglichkeiten basieren auf der fundamentalen Transformation nach Williamson und stellen die relationale Vertragsausgestaltung dar. Die zweiseitige und vereinheitlichte Kontrollen lassen sich bezüglich ihres unterschiedlichen Integrationsgrades zwischen den Vertragspartnern unterteilen. Bei der zweiseitigen Kontrolle, die vorwiegend bei weniger stark spezifischen Transaktionsmerkmalen angewendet wird, verfügen die Vertragspartner über eine größere Unabhängigkeit, so dass die Überwachung beidseitig erfolgt. Die vereinheitlichte Kontrolle hingegen spiegelt durch die Zusammenführung der Überwachung einen hohen Integrationsgrad wieder. Vertikale Zusammenschlüsse, in denen die einzelnen Vertragspartner die eigene Autonomie zugunsten von Effizienzgewinnen aufgeben, stehen stellvertretend für hochspezifische und wiederholende Transaktionen in relationalen Verträgen.

Relationale Verträge nehmen innerhalb der Neuen Institutionenökonomik einen wesentlichen Stellenwert ein. Dies ergibt sich zum einen aufgrund der Übernahme wesentlicher Erkenntnisse aus den anderen theoretischen Bausteinen und zum anderen durch die Weiterentwicklung auf deren Basis. Aus der Abbildung 11 lässt sich zudem die Schlussfolgerung ziehen, dass mit dem Anstieg der Spezifität und der Transaktionshäufigkeit die Ausnutzung durch eingeschränkte Rationalität und Opportunismus ansteigt, da der Markt durch Konkurrenz und Alternativen nur begrenzte Überwachungsmöglichkeiten ausüben kann. Eine vertragliche Ausgestaltung die einen Rahmen für die Leistungserbringung bzw. den Gütertausch bietet und zugleich zum Zeitpunkt der Vertragsschließung nicht zu prognostizierende externe und interne Faktoren durch eine flexible kontinuierliche Vertragsüberarbeitung mit einbezieht, setzt daran an die Effizienzhindernisse abzubauen. Die relationalen Verträge eignen sich aufgrund der Fokussierung auf Leistungen und Güter mit einer hohen Spezifität und einer wiederholenden Inanspruchnahme für das Gesundheitswesen.

Leistungen und Güter, die dazu beitragen die Gesundheit zu verbessern bzw. wieder herzustellen, sind geprägt von einer hohen Spezifität und längerfristigen Beziehungen.¹⁸⁸ Durch die Integration der Problematiken, die bspw. in der Prinzipal-Agenten Theorie behandelt werden, bezieht sich die Theorie der relationalen Verträge auch auf die Spezifika des Gesundheitswesens. Die institutionelle Erarbeitung von spezifischen Steuerungs- und Anreizmechanismen basiert darüber hinaus auf der Festigung von Vertragspartnerschaften. Dieses Ziel integriert damit den Vertrauensaspekt, der sich nach Williamson positiv auf die Qualität und Effizienz der Transaktionen auswirkt.

3.2 Vertrauensgüter in der Gesundheitsversorgung

Die Thematik des Vertrauens im Gesundheitswesens soll im Folgenden näher betrachtet werden. Hierzu werden zunächst die Informationseigenschaften als Güterausprägungen behandelt und vorgestellt, bevor Rückschlüsse auf die Gesundheitsversorgung gezogen werden. Dabei steht die These im Vordergrund, dass vertrauensschaffende Maßnahmen die Schwierigkeiten aus der Informationsasymmetrie reduzieren bzw. abbauen und damit die Ziele der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erreicht werden können. Aus den vorangegangenen Ausführungen zu den einzelnen Theoriebausteinen der Neuen Institutionenökonomik identifizierte bereits Williamson kritische Anmerkungen bzw. Gefährdungspotentiale, aus denen sich Gestaltungsempfehlungen für zukünftige institutionelle Arrangements ableiten lassen. Dementsprechend deutet Williamson auf eine Ausnutzung vertraglicher Lücken innerhalb der Vertragspartnerschaft hin, die aus einem Vertragsversagen resultieren. Ähnlich zum Marktversagen, dem vertragliche Ausgestaltungen zu einem Teil entgegenwirken sollen, können suboptimale Steuerungs- und Anreizmechanismen zu einem Hierarchieversagen führen. Amelung und Janus beziehen diese Erkenntnisse auf die integrierten Versorgungssysteme, in denen die einzelnen Interessen der Akteure mit entsprechend ausgestalteten Anreizmechanismen optimierend zusammen gefügt werden müssen.¹⁸⁹ Innerhalb dieser Ausarbeitung soll darüber hinaus der Vertrauensaspekt als Förderung der Qualität und Effizienz der Beziehungen und Netzwerke in die Konzepte der integrierten Versorgung eingearbeitet und analysiert werden. Das besondere Gut Gesundheit und auch die einzelnen Versagensproblematiken innerhalb der verschiedenen Bereiche, wie die eingeschränkten marktlichen und auch vertraglichen Möglichkeiten verlangen ein Konzept, das einerseits Besonderheiten einbezieht und andererseits Probleme zugunsten von

¹⁸⁸ Vgl. Kapitel 2.2.2 und Kapitel 2.2.3.

¹⁸⁹ Vgl. Amelung, V. E./ Janus, K. (2006), S. 14-17. Vgl. Williamson, O. E. (1996), S. 219ff.

qualitativen und kostenbezogenen Optimierungen angeht. Die Gewinnung von Vertrauen innerhalb von Beziehungen und Netzwerken, die mit entsprechend ausgerichteten institutionellen Steuerungs- und Anreizsystemen initiiert werden kann, verfügt über ein solches Potential.

Vertrauen stellt einen nur stark eingeschränkt greif- und messbaren Zustand zwischen zwei oder mehreren Personen sowie Institutionen¹⁹⁰ dar, der sich über einen längeren Zeitraum entwickeln muss und im Optimalfall auf Gegenseitigkeit basiert. Die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung stellt nach der Definition von Breton und Wintrobe die Übereinstimmung von Erwartungen eines Individuums A mit den Tätigkeiten des Individuums B dar.¹⁹¹ Vertrauensvolle Beziehungen benötigen aufgrund ihrer positiven Stabilität keine Kontrollmechanismen. Überwachung wird häufig als Vertrauensbruch beurteilt. Stattdessen ist der Vertrauensbegriff nach Offermanns mit dem Glauben an die Einhaltung der in Aussicht gestellten Leistung bzw. Tätigkeit verbunden. Der Glaube und damit das Vertrauensverständnis können in unterschiedlichen Intensitäten auftreten.¹⁹² Vertrauen stellt einen sehr fragilen und sehr kurzfristig zerstörbaren Zustand dar, der jedoch bei Bestehen aufgrund von bspw. Kosteneinsparungen durch den Verzicht auf Kontrollen oder optimierter Informationsweitergabe, qualitative und ökonomische Verbesserungen für die Teilnehmer generieren kann. Aufgrund der kaum durchführbaren Quantifizierung von Vertrauen, stellte dieser Aspekt innerhalb der Wirtschaft, die sich überwiegend auf Fakten und Zahlen stützt, einen in der Vergangenheit nur rudimentär beachteten Bestandteil von Beziehungen dar. Luhmann geht jedoch davon aus, dass Vertrauen durchaus rational erfassbar ist. Er führt hierzu an, dass eine Antizipation von Vor- und Nachteilen einer vertrauensvollen Beziehung gegenüber den Annahmen bei Vertrauensbruch eine Gewinn- und Verlustrechnung des Vertragspartners ermöglicht.¹⁹³ Die hier vorgestellte Gewinn- und Verlustrechnung basiert jedoch auf Annahmen, die weder anhand von Daten und Fakten belegbar sind, noch einen annähernd vollständigen Blick auf Ziele, Einflüsse und Informationen des Vertragspartners integrieren können. Aus diesem Grund wird im Folgenden zwar die von Luhmann skizzierte Durchschaubarkeit von Vertrauen als ein Ansatzpunkt zur schemenhaften Erfassbarkeit des Vertrauensbegriffs aufgenommen. Der vorwiegende Anteil des

¹⁹⁰ Vertrauen kann auch zwischen und zu Einrichtungen und Organisationen bestehen. Voraussetzungen stellen jedoch immer persönliche Beziehungen dar, die auch innerhalb von Institutionen stattfinden.

¹⁹¹ Vgl. Breton, A./ Wintrobe, R. (1982), S. 5.

¹⁹² Vgl. Offermanns, M. (1990), S. 170-173.

¹⁹³ Vgl. Luhmann, N. (2000), S. 41.

Vertrauensaspektes wird entsprechend der am Anfang dieses Abschnittes verwendeten Begriffserläuterung jedoch als stark eingeschränkt mess- und greifbare Thematik, die über einen hohen Anteil von Glaubensbestandteilen verfügt, verstanden. Aufgrund dieser Verwendung erklärt sich auch die kaum vorhandene Berücksichtigung der Vertrauensbegrifflichkeit im Markt. Die mit der Banken- und Wirtschaftskrise einsetzende Kritik des Wirtschaftssystems besteht in der Vernachlässigung sozialer und gemeinwohlverbessernder Aspekte, die ebenso das Vertrauen einbeziehen.¹⁹⁴ Auch Huber veranlasst die Krise eine notwendige Verantwortung innerhalb gewinnfixierter Unternehmen einzufordern. Hierzu stellt er Vertrauen als einen gleichgewichtigen Faktor neben die Gewinnmarge und betont dessen gewinnbringendes Potential.¹⁹⁵ Auch im Gesundheitswesen, das sich zwar an den Begrifflichkeiten der Solidarität und des Gemeinwohls ausrichtet, ist Vertrauen kein selbstverständlicher Bestandteil. Die Vertrauensschaffung stellt selbst innerhalb einer Arzt-Patienten Beziehung ein zwar anzustrebendes, aber nur unter Aufbringung zahlreicher Faktoren und Eigenschaften, kompliziertes und fragiles Konzept dar. Welches nach Nagel über erhebliches Potential verfügt.¹⁹⁶ Doch die Fokussierung auf Vertrauensaspekte ist keine Überwindung der bestehenden Krisensituation der Gegenwart, sondern stellt seit einigen Jahrzehnten eine wiederkehrende sektoren- und bereichsübergreifende Handlungsaufforderung dar. Für den „strategisch denkenden Anbieter [von Gütern bzw. Leistungen] lohnen sich jetzt Maßnahmen, die seinen gegenwärtigen und seinen potentiellen Kunden Vertrauen einflößt“, stellt Kaas im Jahr 1992 fest.¹⁹⁷ Im Folgenden soll dieses angedeutete Potential der vertrauensbasierten Beziehungen für das Gesundheitswesen betrachtet werden. Dazu wird zunächst auf der Basis der Gütereigenschaften die Anwendbarkeit von Vertrauensaspekten im Gesundheitswesen analysiert.

Innerhalb der Neuen Institutionenökonomik stellt die sog. Eigenschaftstypologie, die ihren Ursprung in den 1970er Jahren hat, einen Bestandteil seit den 1990er Jahren in Deutschland dar. Mit Hilfe der Unterscheidung nach Eigenschaften von Leistungen und Gütern wird darauf abgezielt, spezifische Gestaltungsempfehlungen zum Abbau von Ineffizienzen einzusetzen. Insbesondere im Marketing-Bereich setzte sich diese Güterunterscheidung durch. Das theoretische Konzept stützt sich auf eine Unterteilung in Such-, Erfahrung- und

¹⁹⁴ Vgl. Böckenförde, E.-W. (2009), S. 8. Vgl. Prantl, H. (2009), S. 4. in Kapitel 4.4.

¹⁹⁵ Vgl. Huber, W. (2009), S. 3.

¹⁹⁶ Vgl. Nagel, G. (2009), S. 23.

¹⁹⁷ Vgl. Kaas, K. P. (1992), S. 894-897.

Vertrauenseigenschaften. Die ersten beiden Güterklassifikationsmöglichkeiten gehen auf Nelson zurück. Er stellt in seinem Aufsatz aus dem Jahr 1970 fest, dass die Informationsmöglichkeiten über die Qualität von Gütern und Leistungen Auswirkungen auf den Markt und die Güter selbst haben. Dabei kritisiert er die Vernachlässigung der Informationsmängel in der damals bestehenden Theorie. Nach Nelson soll mit Hilfe der Eigenschaftstypologie diese Problematik angegangen werden. Die Qualität von Gütern bzw. Leistungen, die über Sucheigenschaften verfügen, sog. Suchgüter, kann ohne Schwierigkeiten und unter Aufbringung sehr geringer Kosten von den Vertragspartnern festgestellt werden. Erfahrungsgüter dagegen lassen sich dadurch kennzeichnen, dass die Qualität der Güter und Leistungen erst nach dem Konsum bzw. der Leistungsanspruchnahme erkennbar ist. Vor dem Vertragsabschluss kann diese qualitative Unsicherheit nur zu sehr hohen Kosten abgebaut bzw. eingedämmt werden.¹⁹⁸ Erst mit der Erfahrung, die der Leistungsnehmer bzw. Konsument nach und während der Inanspruchnahme erfährt, kann die Qualität bei Erfahrungsgütern beurteilt werden. Bei den Suchgütern erschließt sich diese bereits durch eine nicht kostenintensive Recherche jeglicher Art vor dem Vertragsabschluss. Mit den Vertrauenseigenschaften vervollständigen Darby und Karni 1973 die Eigenschaftstypologie um Güter und Leistungen deren Qualität auch nach der Leistungsanspruchnahme bzw. dem Konsum nicht oder nur unzureichend erkennbar ist. Die Kosten zur Überprüfung der Qualität der Leistungsanspruchnahme bzw. des Konsums sind prohibitiv hoch. Darüber hinaus können externe nicht beeinflussbare Faktoren dazu beitragen, dass eine qualitative Erhebung erschwert wird. Darby und Karni benennen beispielhaft für Vertrauensgüter Service- und Reparaturleistungen. Sie betonen jedoch, dass die Grenze zwischen Vertrauens- und Erfahrungsgütern fließend ist.¹⁹⁹ Dementsprechend verweist Nelson als Beispiel für Erfahrungsgüter auf Autos, deren Reparaturanfälligkeit für diese Güterkategorie entscheidend ist. In Verbindung mit der Informationsasymmetrie ergibt sich bei den Gütertypen eine Abstufung, die beginnend mit den Suchgütern ansteigt und bei den Vertrauensgütern ihren Höhepunkt erreicht. Aufgrund der Erfassbarkeit der Qualität bei Suchgütern besteht in dieser Kategorie ein kaum vorhandener ungleicher Informationsstand zwischen den Vertragspartnern. Da eine solche Informationsgewinnung bei den Vertrauensgütern nur unter Aufbringung prohibitiv hoher Kosten möglich und auch nach Vertragserfüllung stark eingeschränkt ist, resultiert daraus eine hohe asymmetrische Informationsverteilung zwischen Anbieter und Nachfrager. Diese Abstufung lässt sich auch der nachfolgenden Abbildung 12

¹⁹⁸ Vgl. Nelson, P. (1970), S. 312-328.

¹⁹⁹ Vgl. Darby, M. R./ Karni, E. (1973), S. 67-87.

entnehmen, die zur besseren Güterdarstellung um neoklassisch-homogene Güter erweitert worden ist.





	Informationsasymmetrie
Neoklassisch-homogene Güter: Vor Vertragsschluss verfügen beide Marktseiten über vollständige Information über die Qualität des Gutes	 Null
Suchgüter: Vor Vertragsschluss ist die Qualität der Güter zu geringen Kosten erkennbar	 gering
Erfahrungsgüter: Vor Vertragsschluss ist die Qualität der Güter zu relativ hohen Kosten erkennbar; nach dem Konsum verfügen beide Marktseiten über vollständige Information	 mittel
Vertrauensgüter: Weder vor Vertragsschluss, noch nach dem Konsum ist die Qualität der Güter erkennbar	 hoch

Abbildung 12: Grad der Informationsasymmetrie innerhalb der Eigenschaftstypologie

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 290.

Bei den neoklassisch-homogenen Gütern besteht eine vollständige Informationsbereitstellung über die Qualität des Gutes bzw. der Leistung. Lediglich an der Börse gehandelte Güter, wie Mineralöle, die über eine standardisierte Qualität verfügen müssen, können dieser Kategorie zugeordnet werden. Für den Großteil der am Markt gehandelten Güter und Leistungen stellt eine qualitative Standardisierung jedoch eine Ausnahme dar. Informationsasymmetrien von unterschiedlicher Ausprägung bestimmen die Vertragspartnerschaften und verdeutlichen die notwendige Betrachtung dieser Problematik, die innerhalb der Neuen Institutionenökonomik Beachtung findet.

Im vorangegangenen zweiten Kapitel standen die Besonderheiten des Gutes Gesundheit bzw. die zahlreichen Spezifika, die auf das Gesundheitswesen einwirken im Fokus der

Betrachtung. Die Informationsasymmetrie lässt sich auf der Basis der vergangenen Ausführungen als der entscheidendste Grund für zahlreiche Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten, die zwischen Vertragspartnern entstehen können, benennen. Die Kernleistung im Gesundheitswesen in Form einer Dienstleistung lässt sich per se von den Suchgütern ausschließen. Gesundheitsleistungen verfügen über spezifische Eigenschaften, die eine Standardisierung und eine Vergleichbarkeit stark einschränken bzw. sogar ausschließen.²⁰⁰ Sucheigenschaften sind somit im Gesundheitssektor vorwiegend im nicht medizinischen Bereich vorhanden und lassen sich als einzelne Komponenten verstehen, welche zwar Teil des Versorgungsprozesses sind, jedoch nicht die eigentliche medizinische Kernleistung umfassen. Kuchinke versucht mittels einer Unterscheidung in Diagnose und Behandlung stationäre Gesundheitsleistungen Vertrauens- bzw. Erfahrungseigenschaften zuzuordnen.²⁰¹ Eine solche Unterscheidung lässt sich auch der Abbildung 13 entnehmen, die das Diagnose- und Behandlungssystem des gesamten Gesundheitswesens einschließt.

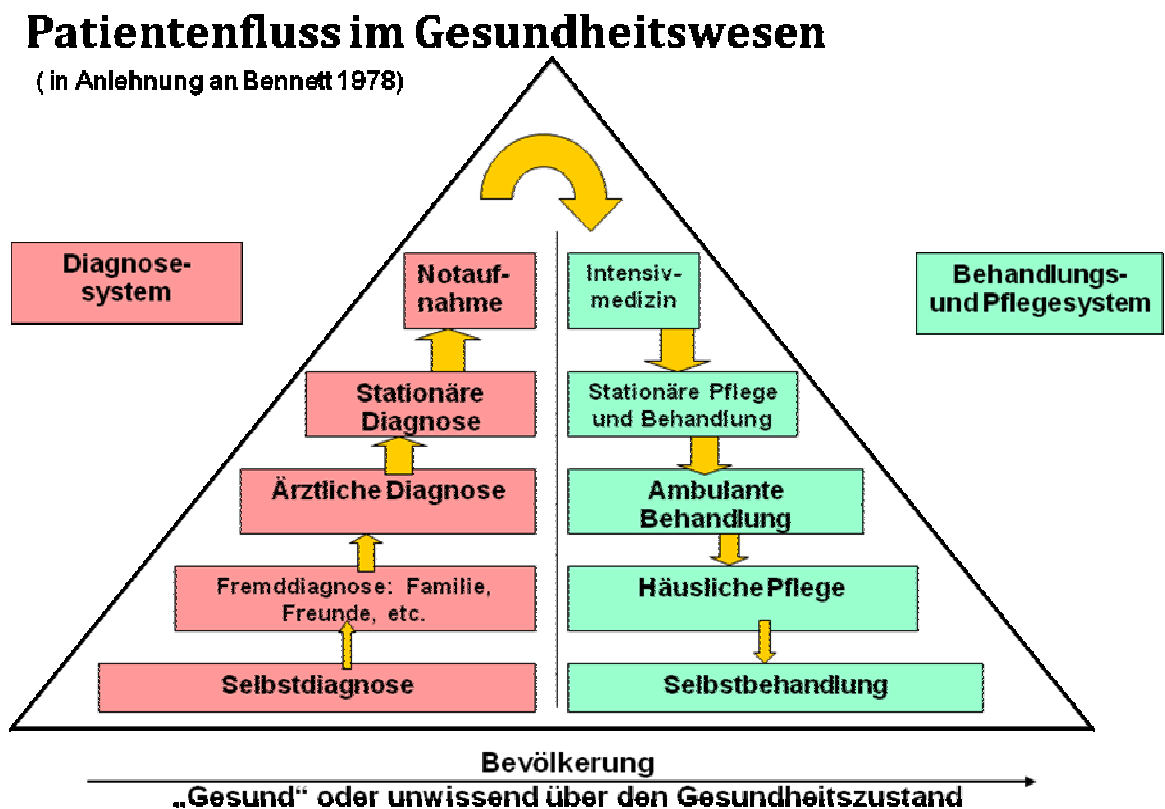


Abbildung 13: Diagnose- und Behandlungssysteme im Patientenfluss

Quelle: Blanke, B. (2005).

²⁰⁰ Vgl. Kapitel 2.2.3.

²⁰¹ Vgl. Kuchinke, B. (2000), S. 18-24.

Bei der Diagnose wird auf Grundlage der Schilderung der Symptome des Patienten vom Arzt eine nachgelagerte Leistung verschrieben bzw. angegangen. Im idealisierten Patientenfluss, welcher in der Abbildung 13 dargestellt ist, fungiert die ambulante Diagnose als Wegbereiter für Folgebehandlungen, die bei Bedarf auch im stationären Sektor fortgeführt werden. Der abgebildete Patientenfluss schließt jedoch nicht die „Quereinsteiger“ in das Versorgungssystem ein, die im Notfall oder durch Selbsteinweisung ins Krankenhaus nicht den vollständigen Versorgungsprozess durchlaufen. Nach Kuchinke verfügen auch verkürzte bzw. veränderte Versorgungsprozesse über keine Einschränkung der Diagnosefähigkeit. Dabei stellt die Diagnose eine Dienstleistung des Arztes am Patienten auf der Basis der Untersuchung dar. Der Arzt informiert den Patienten über das weitere Vorgehen, wobei diese Informationen vom Patienten nur stark eingeschränkt durch die Einholung einer Zweitmeinung, die mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, beurteilt werden kann. Aufgrund der beschränkten Einschätzung der Diagnosequalität liegen nach Kuchinke Vertrauensguteigenschaften vor. Entgegen dieser eindeutigen Zuordnung unterscheidet Kuchinke innerhalb der Behandlung und geht davon aus, dass im ‚normalen‘ Patientenfluss, in dem eine Überweisung in das Krankenhaus vorliegt, Erfahrungsguteigenschaften vorherrschen. Dies führt er auf erhebliche Qualitätsmerkmale, wie die zeitnahe Erfassbarkeit der Behandlungsauswirkungen, die Beurteilungsfähigkeit auf Basis der Diagnose sowie die Standardisierung und Vergleichbarkeit bestimmter Teilleistungen zurück. Auch Unsicherheiten und die Beeinflussung externer Effekte vermögen nach Kuchinke die Qualitätserfassung nach der Versorgungsleistung nicht so sehr einzuschränken, dass sie vorwiegend Vertrauensguteigenschaften auszeichnen. Nur bei der Behandlung von stationären Notfällen handelt es sich nach Kuchinke um Vertrauensgüter, da u.a. eine Beurteilung auf der Grundlage der Diagnose entfällt. Entgegen dieser Meinung betont Musil, dass eine Einschätzung der Behandlung durch den Patienten aufgrund der fehlenden medizinischen Fachkenntnisse nicht erfolgen kann. Die Autorin führt zudem die nicht zu unterschätzenden patientenspezifischen Faktoren, wie die Compliance, und die trotz evidenzbasierter Medizin bestehenden ärztlichen Verhaltensspielräume an, die eine Zuordnung der Gesundheitsleistungen zu Vertrauensgütern notwendig machen.²⁰² Dementsprechend bezeichnet auch Wolfstetter medizinische Dienstleistungen neben Reparaturen technisch-komplexer Geräte als Paradebeispiele für Vertrauensgüter.²⁰³ Er steht hierbei stellvertretend für zahlreiche Autoren, welche die Gesundheitsleistungen als

²⁰² Vgl. Musil, A. (2003), S. 44-46.

²⁰³ Vgl. Wolfstetter, E. (2000), S. 185.

Vertrauensgüter erfassen.²⁰⁴ Die Diskussion bei Kuchinke zeigt, dass eine Abgrenzung zwischen Erfahrungsgüter- und Vertrauensgütern im Gesundheitswesen nicht immer trennscharf durchgeführt werden kann. Zwar beeinflussen Erfahrungseigenschaften, wie beispielsweise die Wartezeiten bei Ärzten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen spezifischer Anbieter, jedoch wird die eigentliche medizinische Leistung nur marginal von diesen Eigenschaften tangiert. Erst, wenn diese Erfahrungswerte über eine erhebliche Intensität verfügen, z.B. sobald die Wartezeiten ein tolerierbares Maß um Stunden regelmäßig überschreiten, wird die medizinische Leistung in Relation dazu gesetzt. Neben negativen Erfahrungsgütern können auch sehr positive Eigenschaften auftreten. Im Fokus der Betrachtung steht jedoch neben diesen nicht-medizinischen Bereichen die eigentliche medizinische Gesundheitsleistung. Es wurde bereits schemenhaft darauf verwiesen, dass die Dienstleistungseigenschaften Vertrauensgutmerkmale beinhalten. Dementsprechend ergeben die Immaterialität, das Uno-actu-Prinzip, die nicht durchführbare Lagerung der Gesundheitsleistungen sowie die eingeschränkte Standortgebundenheit eine einzigartige gesundheitsbezogene Leistung.²⁰⁵ Aus dieser Spezifität leitet sich u.a. eine stark eingeschränkte bzw. nicht mögliche Vergleichbarkeit ab, die wiederum eine Qualitätserfassung nach der Leistungsanspruchnahme bzw. Vertragserfüllung stark erschwert bzw. nicht durchführbar macht. Dies bestätigt die Existenz von Vertrauensgütereigenschaften bei einem Großteil der Gesundheitsleistungen. Damit grenzt sich diese Ausführung von Kuchinkes Zuordnung behandlungsbezogener Aspekte zu den Erfahrungsgütern ab. Zwar wird durch die Integration nicht-medizinischer durchaus vergleichbarer Leistungskomponenten der Anteil an Erfahrungsgütern nicht geleugnet, der Einfluss dieser auf die eigentliche Vertragserfüllung jedoch eingeschränkt. Aufgrund der im Kapitel 2.2.3 erläuterten Grundlage des mehrdimensionalen Dienstleistungsbegriffs ergibt sich innerhalb des idealisierten Dienstleistungsprozesses die Integration von sowohl externen Faktoren, als auch Produktionsfaktoren, die zum einen die Leistungsbereitschaft beeinflussen und zum anderen über direkte Auswirkungen auf das Endergebnis verfügen. Damit umfasst der hier verwendete Dienstleistungsbegriff neben den Vertrauensgütereigenschaften sowohl Anteile von Sucheigenschaften, wie die technische Ausstattung der Arztpraxis, als auch Erfahrungsgüter, wie die Freundlichkeit des Praxispersonals. Der vollständige Dienstleistungsprozess basiert damit zu einem Teil auch auf nicht-medizinischen Leistungskomponenten. Die Kernleistung beruht jedoch auf medizinischen Bestandteilen und

²⁰⁴ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 289. Bürger, C. (2003), S. 48. Schade, C./ Schott, E. (1993), S. 18.

²⁰⁵ Vgl. Kapitel 2.2.3.

auf den erläuterten Dienstleistungsmerkmalen, welche Vertrauenseigenschaften vorweisen. Des Weiteren steht die hier verwendete Auffassung des Dienstleistungsbegriffs stellvertretend für nur eine Facette des Straußes an Besonderheiten im Gesundheitswesen. Die Verwendung der Aussage, dass Gesundheit ein besonderes Gut darstellt, nimmt einen weiteren Teil der Spezifität des versorgungsbezogenen Sektors ein. Im Kapitel 2.2.2 wurde anhand einer Gegenüberstellung gesundheitsökonomischer Begriffsverwendungen von Gesundheit einerseits eine für die Ausführungen geltende Definition erarbeitet und andererseits die besonderen Teilkomponenten der Begrifflichkeit erfasst. Daher integriert die Beschreibung der Gesundheit als besonderes Gut sowohl das Wirtschaftsgut, welches ökonomische und finanzbezogene objektive Kriterien beinhaltet, als auch einen Zustand, der die subjektive individuelle gesundheitsbezogene Auffassung einfügt. Mit dieser nicht quantifizierbaren Größe werden die vertrauensbezogenen Aspekte, die nicht überwacht und erfasst werden können in den Gesundheitsbegriff übernommen. Abschließend lässt sich auch aus den zahlreichen vorgestellten Problematiken, wie die angebotsinduzierte Nachfrage, das Moral-Hazard Theorem oder die adverse Selektion, die auf den Unzulänglichkeiten aus der Informationsasymmetrie basieren eine weitere Bestätigung für die Dominanz von Vertrauensgütern im Gesundheitswesen ableiten. Der hohe Grad an Mängeln aus der ungleichen Informationsverteilung zeigt sich bei Gütern, die Vertrauenseigenschaften aufweisen. Auf der Grundlage dieser unterschiedlichen Begründungsmöglichkeiten sowie der vorherrschenden Meinung innerhalb der Literatur wird im Folgenden davon ausgegangen, dass der Großteil der Gesundheitsleistungen über Vertrauensguteigenschaften verfügt.

Mit der Zuordnung der Vertrauensguteigenschaften auf die Leistungen im Gesundheitswesen ergibt sich ein weiterer problematischer Themenkomplex. Vertrauen impliziert eine Abhängigkeit vom Vertragspartner, die mit Hilfe von Überwachungsmechanismen nicht reduziert werden kann. Stattdessen kennzeichnen die fehlenden Kontrollmaßnahmen die Vertrauensguteigenschaft und erzeugen auf der Basis der Informationsasymmetrie Unsicherheit. Der Vertrauensaspekt stellt damit bei Leistungen bzw. Gütern mit diesen Eigenschaften die nahezu einzige Möglichkeit dar, das Ergebnis der Leistung bzw. des Konsums anzunehmen. Die eigentliche Bedeutung der Begrifflichkeit des Vertrauens wird aufgrund fehlender Wahlalternativen verfehlt. Die Merkmale einer gegenseitigen Offenlegung von Interessen und Zielen sowie die damit verbundene transparente Informationsbereitstellung, die vertrauensvolle Beziehungen beschreiben und stärken, lassen

sich nicht vorfinden. Stattdessen herrscht aufgrund der ungleichen Informationsverteilung Unsicherheit vor, die dazu beiträgt, dass qualitative und effiziente Transaktionen unterbunden werden. Dulleck und Kerschbamer beschreiben die Problematik in zweierlei Ausführung. Es besteht die Befürchtung bzw. die Gefahr bei Vertrauensgütern, dass zum einen eine Bezahlung für Güter oder Leistungen erfolgt, die man nicht erhält und zum anderen, dass man Güter oder Leistungen erhält, die nicht benötigt werden.²⁰⁶ Diese Unsicherheitsfaktoren tragen zu einer Ineffizienz bei, die nachteilige Auswirkungen auf die Qualität der Leistung ausübt. Entsprechend des Modells nach Akerlofs „Market of Lemons“ entsteht eine negative Auslese von qualitativ schlechteren Leistungen und Gütern, indem hochwertige Produkte und Leistungen aufgrund der Unsicherheit verdrängt werden.²⁰⁷ Beispielhaft für eine solche unwirtschaftliche Beziehung führt Wolinsky eine Studie an, in welcher festgestellt wurde, dass über die Hälfte der Autoreparaturen im US-amerikanischen Markt nicht notwendig waren.²⁰⁸ Emons zitiert hierzu u.a. eine Schweizer Studie, die herausfand, dass die Wahrscheinlichkeit für einen durchschnittlichen Bürger ein Drittel höher ist, als bei Ärzten oder deren Familienangehörigen, sich einer von sieben hauptchirurgischen Eingriffen stellen zu müssen.²⁰⁹

Die Autoren, die sich mit den Vertrauensgütern beschäftigen, sind sich darin einig, dass eine Überwindung der Problematiken notwendig ist, um die für die Beteiligten nachteiligen Auswirkungen und Folgeerscheinungen zu relativieren bzw. zu beheben. Auch Darby und Karni, die den Begriff der Vertrauensgüter prägten, fokussieren in ihrem Aufsatz von 1973 die Überwindung der Problematiken aus den Gütereigenschaften. Hierzu betrachten sie neben den wettbewerblich ausgerichteten Strategien auch den Eingriff durch staatliche Interventionen. Darby und Karni schlussfolgern aus ihren Untersuchungen, dass der Markt aufgrund der stark eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten von Vertrauensgütern keinen ‚perfekten‘ Wettbewerb hervorbringen kann. Aber auch staatliche Eingriffe stellen nach den Autoren eine nur eingegrenzte Alternative dar, weil nahezu die gleichen Kosten und Gewinne im Vergleich zu marktlichen Lösungen durch Staatsinterventionen auftreten, woraus sich kein schlüssiger Grund für solche Maßnahmen ergibt. Nach den Autoren rechtfertigt der Kostenanstieg durch Staatseingriffe den möglichen Wohlstandzuwachs nicht. Stattdessen verweisen sie auf das Potential wettbewerbsbezogener Maßnahmen, wie die Etablierung von

²⁰⁶ Vgl. Dulleck, U./ Kerschbamer, R. (2006), S. 5-36.

²⁰⁷ Vgl. Kapitel 2.3, S. 41f.

²⁰⁸ Vgl. Wolinsky, A. (1995), S. 117.

²⁰⁹ Vgl. Emons, W. (2000), S. 148f.

Marken oder die Festigung der Vertragspartnerschaft.²¹⁰ Noch im Jahr 1995 kritisiert Wolinsky, dass die Beschäftigung mit der Vertrauensthematik in der Theorie nur stark eingeschränkt erfolgt. Als Fazit seiner theoretischen Untersuchungen kommt er zu dem Ergebnis, dass ein Gleichgewicht die Konsumentenerwartungen nach einem Mehrertrag selbst dann nicht maximieren kann, wenn gemäß der Informationshemmnisse die überlegenere Experteninformation berücksichtigt wird. Wolinsky geht davon aus, dass die Preise für Leistungen bzw. Güter einen Aufschlag auf die Kosten enthalten und damit die eigentlichen Aufwendungen überschreiten. Daraus lässt sich konstatieren, dass selbst im Wettbewerb auf dem Markt für Vertrauensgüter Betrug, List und Tücke nicht zu unterschätzende Faktoren darstellen, welche die Überwindung der Problematiken erheblich erschweren. Stellvertretend für ein weiteres Referenzmodell in der Vertrauensgutproblematik lässt sich die Ausarbeitung nach Emons aus dem Jahr 2000 heranziehen, die um die sog. switching costs, als Aufwendungen für den Wechsel zu einem weiteren Experten das Modell von Emons aus dem Jahr 1997 ergänzt.²¹¹ Als eine häufig angeführte Strategie zur Eindämmung der problematischen Auswirkungen der Vertrauensguteigenschaften wird nach Wolfstetter die Trennung von Diagnose und Behandlung bzw. Durchführung der Leistung vorgeschlagen.²¹² Zur einfacheren Modellkonstruktion verzichtet Emons jedoch auf diese Möglichkeit und geht von einer aus dem Berufsethos abgeleiteten Ehrlichkeit des Anbieters aus. Aufgrund der stark idealisierten Annahmen kommt Emons zu dem Ergebnis, dass ein effizientes Gleichgewicht auf dem Markt für Vertrauensgüter entstehen kann, wobei durchaus auch ineffiziente Varianten auftreten können und die Existenz von Koordinationsproblemen anerkannt wird. Aufgrund dieser Modellvereinfachung, die bereits im Vorhinein Problemüberwindungsstrategien ausschließt und wesentliche Aspekte, die mit der Informationsasymmetrie einhergehen, wie den Opportunismus und die Nutzenmaximierung zu Ungunsten des Vertragspartners, nicht zulassen, obwohl es sich hierbei um die mit der ungleichen Informationsverteilung einhergehende Kernproblematik handelt, eignet sich Emons Modell nur sehr eingeschränkt für mögliche Überwindungsstrategien.

Mit der Ausarbeitung von Dulleck und Kerschbamer aus dem Jahr 2006 wird zum einen ein aktueller Modellansatz vorgestellt, der zum anderen darauf abzielt einige genannte Mängel aus der vorausgehenden theoretischen Literatur zu überwinden.²¹³ Dementsprechend betonen

²¹⁰ Vgl. Darby, M. R./ Karni, E. (1973), S. 67-87.

²¹¹ Vgl. Emons, W. (1997), S. 107-118.

²¹² Vgl. Wolfstetter, E. (2000), S. 185-189.

²¹³ Im Folgenden vgl. Dulleck, U./ Kerschbamer, R. (2006), S. 5-36.

die beiden Autoren, dass die bisherigen Ansätze der Vertrauensgutthematik von sehr reduzierten Konstrukten ausgehen, die nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die Praxis zulassen. Im Gegensatz dazu zeigen Dulleck und Kerschbamer, dass auch spezifische Annahmen innerhalb eines einfachen vereinheitlichten Rahmens wiedergegeben werden können. Entgegen der genannten Ausarbeitungen von Emons werden die einzelnen Konzepte mit den dazugehörigen Märkten der Diagnose und der Durchführung bzw. Behandlung nicht zusammengeführt, sondern einzeln betrachtet. Basierend auf dieser detaillierten Analyse beziehen Dulleck und Kerschbamer sowohl die zu Grunde liegenden Anreize zur Ausnutzung von Expertenwissen, als auch die institutionellen Gestaltungsempfehlungen zur Überwindung dieser auf der Informationsasymmetrie basierenden Problematik sowie effizienzfördernde Strukturen in ihre Untersuchung mit ein. Damit eignet sich der Aufsatz im Hinblick auf den Einbezug von Steuerungs- und Anreizmechanismen, der Fokussierung auf eine Verbesserung bezüglich der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Transaktionen und auch durch die institutionell ausgerichteten Strategievorschläge für die hier angeführten Schwerpunkte dieser Ausarbeitung.

Dulleck und Kerschbamer unterteilen zur besseren Analyse die Problematik der Vertrauensgüter im Bezug auf die Ineffizienz in die Formen des sog. undertreatment, als Unterbehandlung und des sog. overtreatment, als Überbehandlung. Letztere Ausgestaltungsform tritt auf, wenn der Leistungsempfänger eine einfache und kostengünstige Leistung benötigt, jedoch eine komplexe und überzogene Variante erhält. Daraus ergibt sich für den Empfänger der anspruchsvolleren Leistung ein zusätzlicher Nutzen, der geringer ausfällt, als die damit verbundenen zusätzlichen Kosten. Im umgekehrten Fall handelt es sich dagegen um eine Unterbehandlung, wenn der Leistungsnehmer eine anspruchsvolle und komplexe Leistung benötigt, jedoch nur eine einfache und kostengünstige Alternative erhält. Zusätzlich ergänzen Dulleck und Kerschbamer die zwei Ausgestaltungsformen um den Fall der Mehrbelastung, dem overcharging. Eine erhöhte Aufwendung ergibt sich dadurch, dass der Leistungsempfänger zwar eine preiswerte und einfache Variante fordert und sie auch erhält, diese jedoch teurer berechnet wird. Die Autoren folgern aus der nicht geplanten Ausgabenbelastung, dass anschließend notwendige Leistungen aufgrund der Befürchtung der Mehrbelastung aufgeschoben werden. Langfristig ergibt sich nicht nur ein Aufschub dieser Kosten bei Nichtinanspruchnahme aufgrund der Problematik, sondern sogar eine Erhöhung der notwendigen Ausgaben aus der Vergangenheit um Folgeschäden und Preisanpassungen.

Dulleck und Kerschbamer analysieren mit Hilfe eines einfachen theoretischen Modells die Annahmen, dass die Nachprüfbarkeit der Mehrbelastung sowie die Haftbarkeit einer Unterbehandlung vorbeugt. Zugleich bestehen die Hypothesen, dass die Bindung den Leistungsempfänger vor einer Hinzuziehung mehrerer Experten bewahren kann sowie eine Homogenität von Konsumenten und ihren Interessen Preisunterschiede unterbindet. Innerhalb der Analyse werden hierzu die einzelnen Annahmen unter konstanten Bedingungen und anschließend um die Ineffizienzen unter jeweils verletzten Bedingungen ergänzt und untersucht. Im Ergebnis schlussfolgern Dulleck und Kerschbamer, dass Marktinstitutionen die Problematik des betrügerischen Experten lösen können, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind. Dazu gehört erstens, dass die Leistungsanbieter als Experten mit homogenen Leistungsempfängern konfrontiert werden. Eine zweite Bedingung umfasst die Existenz von den sog. economics of scopes, als Verbundvorteile zwischen der Diagnose und der Behandlung bzw. Durchführung. Hieraus ergibt sich eine Bindung zwischen den Vertragspartnern bei der Leistungsanspruchnahme, die auf der Basis der Diagnoseerstellung erfolgt. Die dritte Bedingung beinhaltet den Effekt, dass die Haftbarkeit und Nachprüfbarkeit den Konsumenten vor dem Erhalt unangemessener und billiger Leistungen bzw. Güter schützt. Aus der Erfüllung der einzelnen Bedingungen identifizieren Dulleck und Kerschbamer damit einhergehende problematische Effekte aus der Praxis. Dementsprechend müssen Leistungen, welche die Bedingung der Haftbarkeit erfüllen sollen, auf eine längere Zeitspanne bezogen werden können. Daraus ergibt sich jedoch eine zusätzliche Einflussnahme von Faktoren außerhalb des Einflussbereichs des Leistungsanbieters. Auch die Gefahr der Moral-Hazard Problematik, durch die vorsätzliche Ausnutzung der Haftbarkeit durch den Konsumenten, steigt an. Ebenso unterliegt die Bedingung der Nachprüfbarkeit spezifischen Gegebenheiten. Dementsprechend ist diese Bedingung an bspw. individuelles Wissen, Erfahrungswerte und Informationsmöglichkeiten gebunden. Die Nachprüfbarkeit wird daher von heterogenen Faktoren beeinflusst. Standardisierungsverfahren oder die Preisfestsetzung stellen zur Überwindung der Problematik eine nur stark eingeschränkte Option zur Wiederherstellung der Homogenität dar. Die Gesundheitsleistungen, als Vertrauensgüter, werden von Dulleck und Kerschbamer aufgrund ihrer Besonderheiten im Bezug auf die Bedingungen, wie die Haftbarkeit, stark eingeschränkt. Zugleich gehen sie davon aus, dass aufgrund einer ethischen Ausprägung im Gesundheitswesen ein höheres Potential einer durch den Berufsethos bedingten Bindung an eine angemessene Leistung erfolgen kann. Diese ethische Haftbarkeit findet jedoch innerhalb von Institutionen im

Gesundheitssektor, die gewinnbringende Ziele fokussieren, nicht statt. Darüber hinaus konstatieren die Autoren dem Versicherungsmarkt, der u.a. auch zu einem Teil dem Gesundheitswesen zugehörig ist, eine besondere Anreizfunktion, die aufgrund ihrer Komplexität aus den hier vorgestellten Modellannahmen ausgenommen ist. Dulleck und Kerschbamer verweisen darauf, dass sie trotz ihrer Bestrebungen eines möglichst praxisrelevanten Modells nicht alle Problemtypen und Umstände in die begrenzte Fassbarkeit eines theoretischen Konzepts einfügen können. Zusätzlich besteht bei der spezifischen Problematik der Vertrauensgüter auch im Fall einer vollständigen Erfüllung aller Bedingungen eine Restunsicherheit. Die Autoren können zwar auf Basis ihrer Untersuchungen auf den Preismechanismus als effiziente Lösungsmöglichkeit verweisen. Dieser scheinbare Ausweg aus der Vertrauensgutproblematik ist jedoch an Bedingungen gebunden, die selbst bei einer vollständigen Erfüllung über einen Verbleib an Ungewissheit verfügen können. Das entspricht auch dem Ergebnis von Wolinsky, der dem Markt für Vertrauensgüter eine ständige Existenz von Betrug, List und Tücke zuordnet. Dies verdeutlicht zum einen die Brisanz und Spezifität von Vertrauensgütern und zum anderen lässt sich daraus die Notwendigkeit eines behutsamen und passenden Anreiz- und Steuerungsmechanismus ableiten.

Zusammenfassend lässt sich bei den vorangegangenen Ausführungen festhalten, dass die Besonderheiten der Gesundheitsleistungen, die größtenteils auf den Unzulänglichkeiten aus der Informationsasymmetrie basieren, um Vertrauensguteigenschaften ergänzt werden können. Die Auszüge aus der Literatur zeigen, dass eine Reduktion der vielseitigen Problematik der Vertrauensgüter durchaus möglich ist. Jedoch lassen sich auf der Grundlage vieler Referenzmodelle nur eingeschränkt praxisrelevante Gestaltungsvorschläge ableiten. Dulleck und Kerschbamer konstruierten auf der Basis dieser theoretischen Unzulänglichkeiten ein eigenes Modell, das zwar zu ähnlichen Ergebnissen kommt, jedoch mit Hilfe einer detaillierteren systematischen Herangehensweise das Theoriekonstrukt der Vertrauensgutthematik erheblich erweitert. Auch für den hier vorliegenden gesundheitspolitischen Fokus ergeben sich trotz der von Dulleck und Kerschbamer eingeschränkten Übertragbarkeit der auf den Preismechanismus basierenden Lösungsmöglichkeiten durchaus Gestaltungsempfehlungen, die sich auf das institutionelle Versorgungssystem übertragen lassen. Dementsprechend kann eine vollständige Homogenisierung von Leistungsnehmern und ihren Interessen aufgrund der vorab

identifizierten Spezifität und Einzigartigkeit von Gesundheitsleistungen nicht erfolgen. Trotzdem folgen hieraus Ansatzpunkte für partielle und weniger persönliche Leistungskomponenten, die innerhalb des komplexen und vielschichtigen Leistungskontinuums vorhanden sind. Auch die weiteren aufgeführten Gestaltungsempfehlungen, wie die Verbundvorteile zwischen Diagnose und Behandlung, die Haftbarkeit und Nachprüfbarkeit stellen mögliche marktorientierte Gestaltungspotentiale dar, die gemeinsam zu einer Verbesserung effizienter Versorgungsstrukturen beitragen können. Auch, wenn eine vollständige Aufhebung der Mängel im Gesundheitswesen aufgrund der Heterogenität und Vielschichtigkeit nicht erfolgen kann, so lässt sich jedoch konstatieren, dass eine Relativierung sowie eine partielle Aufhebung der Informationsasymmetrie durchaus möglich und notwendig ist.

3.3 Vertrauen als Basis von Qualität und Qualitätspolitik

Auf der Grundlage der im Kapitel 2.3 erläuterten Definition und Verwendung der Qualitätsbegrifflichkeit in den vorliegenden Ausführungen, wird im Folgenden die Vertrauensgutthematik mit der Qualität verbunden. Bislang fokussierte das vorliegende Kapitel ausgehend von der Informationsasymmetrie Ineffizienzen. Diese Sichtweise integriert vorwiegend ökonomische Faktoren, die nur einen Teil der angestrebten Zielaspekte umfassen. Daher zielt dieses Kapitel darauf ab, die überwiegend integrierten qualitativen Belange aufzuzeigen und auf das Potential im Bezug auf die Vertrauensguteigenschaften hinzuweisen. Qualität lässt sich als eine mehrdimensionale und heterogene Begrifflichkeit umschreiben, die aufgrund dieser hohen Komplexität über einen nahezu omnipräsenten Charakter verfügt. Aufgrund der Zuteilung zu subjektiven und objektiven Belangen übt Qualität nicht nur einen Einfluss auf individuelle, sondern auch gesellschaftliche Belange aus. Das Verständnis der Begrifflichkeit der Qualitätspolitik zielt auf eine Optimierung qualitativer Aspekte innerhalb gesellschaftspolitischer Vernetzungen ab. Bezogen auf das Ebenensystem im Gesundheitswesen wird Qualitätspolitik zwar von der übergeordneten Makro-Ebene formuliert, die Auswirkungen und Folgen finden jedoch auf den nachgeordneten Ebenen statt und haben letztlich auch Einfluss auf individuelle Belange. Dabei zeigt sich Qualität nicht nur ebenen-, sondern auch problemübergreifend. Die Problematik der Informationsasymmetrie begründet sich auf der Unsicherheit bezüglich der Qualität und des Verhaltens der Vertragspartner. Dementsprechend findet eine Unterteilung der Eigenschaftstypologie anhand der Erfassbarkeit der Qualität der Güter bzw. Leistungen statt. Innerhalb der adversen

Selektion ergibt die mangelhafte Qualitätserfassung eine Verdrängung von qualitativ hochwertigen Gütern bzw. Leistungen. Dabei lassen sich Qualitätsdefizite nicht nur auf spezifische Problematiken beziehen, sondern sind Teil zahlreicher Mängel im Gesundheitswesen. Beispielsweise beruht die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sektoren, die einem kontinuierlichen Patientenfluss entgegensteht u.a. auf qualitativen Unzulänglichkeiten innerhalb der Abstimmung und Koordination. Die damit verbundenen Ineffizienzen stehen somit in direkter Verbindung mit Qualitätsmängeln, woraus sich die Zielbestrebung einer gleichzeitigen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverbesserung ergibt. Beide Aspekte sind eng miteinander verknüpft und verfügen über zahlreiche Schnittmengen. Dementsprechend beruht die Qualitätsdarlegung nach Robra auf der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von Leistungen.²¹⁴ Zugleich fungiert die Förderung von qualitätsverbessernden Maßnahmen als Ergänzung ökonomischer Zielgrößen. Die Abhängigkeit und Interaktion von Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit lässt sich der Abbildung 7 nach Blanke entnehmen. Die Verbindung mit qualitativen Aspekten wird bereits an dieser Stelle durch die Outcome-Orientierung und den Verweis auf Gerechtigkeit und die Lebensqualität induziert. Mit Hilfe der Unterscheidung der Qualitätsdimensionen nach Donabedian in Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität wurden in Kapitel 2.3 die möglichen Bewertungsvarianten der Qualität kritisch vorgestellt. Aus der Darstellung der qualitativen Erfassbarkeit lässt sich konstatieren, dass die gesellschaftliche bzw. subjektive Dimension zugunsten einer Quantifizierbarkeit in Donabedians Modell vernachlässigt wird. Eine Ergänzung der wirtschaftlich ausgerichteten Zielaspekte um qualitative Belange schließt somit nur eingeschränkt individuell spezifische Dienstleistungskomponenten ein. Qualität beinhaltet jedoch auch subjektive persönliche Aspekte, die sich aus der Heterogenität und Mehrdimensionalität ableiten lassen. Die Verbindung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft konstruiert Robra ausgehend vom Leistungserbringer als Bindeglied zwischen den einzelnen Ebenen. Zugleich beinhaltet das Konstrukt den Vertrauensaspekt als Bestandteil zwischen Beziehungen.

²¹⁴ Vgl. Robra, B.-P. (2005), S. 4-11.

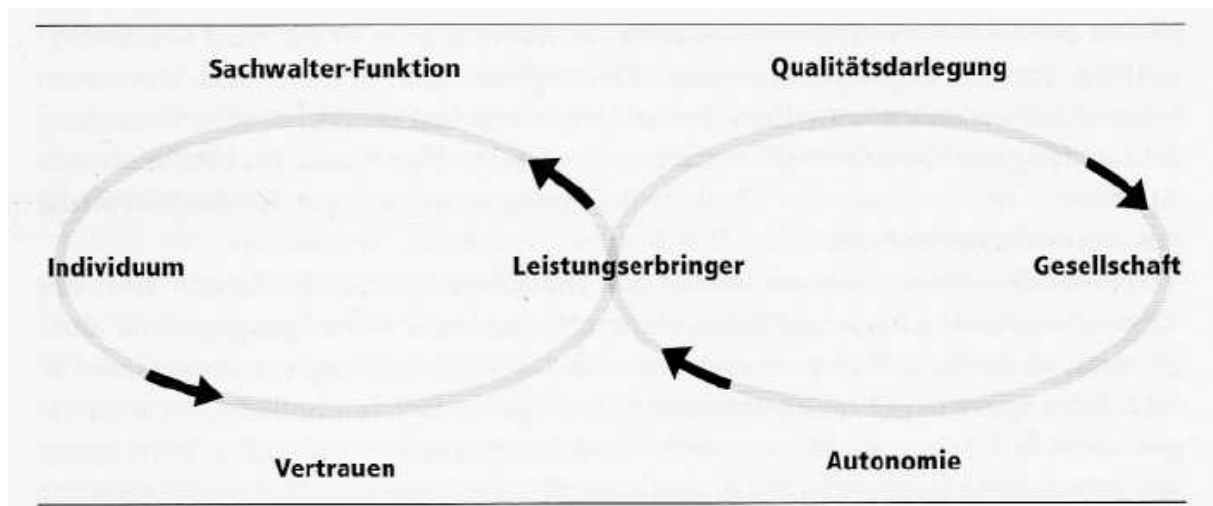


Abbildung 14: Leistungserbringer zwischen Individuum und Gesellschaft

Quelle: Robra, B.-P. (2005), S. 11.

Die Abbildung 14 zeigt, inwiefern die Leistungserbringer in der Sachwalter-Funktion über Vertrauen mit dem Individuum verbunden sind. Vertrauen stellt somit auf der Individualebene eine beziehungsbeeinflussende Komponente dar, die durch eine reziproke Verbindung mit der gesellschaftlichen Ebene gekoppelt ist. Dementsprechend bedingt Vertrauen auf Basis der Qualitätsdarlegung die von der Gesellschaft gewährte Autonomie der Leistungserbringer. Die von der Gemeinschaft geprägten Werte und Normen wirken sich innerhalb der Vertrauensschleife auf den Handlungsspielraum der Leistungserbringer aus und verfügen damit über eine Steuerungswirkung auf die Individualebene, die wiederum die übergeordneten Systeme beeinflusst. Bezugnehmend auf die hier verwendete Ebenenzuordnung steht die Individualebene stellvertretend für den Mikro-Bereich und die Gesellschaftsebene fasst die Meso- und Makro-Ebene zusammen. Die von Robra als Gesellschaft bezeichnete Stakeholdergruppe integriert die verbandlich-institutionellen Akteure des Gesundheitswesens mit der rahmensetzenden Ausrichtung der Gesundheitspolitik. Die Qualitätsdarlegung obliegt nach Robra damit den übergeordneten Ebenen und bestimmt den Handlungsspielraum der Leistungserbringer, die wiederum für die Qualität der Leistung verantwortlich sind und diese entscheidend mit beeinflussen. Der omnipräsente Charakter der Qualität lässt sich auf Basis der Abbildung 14 erkennen. Über einen ebenenübergreifenden Einfluss verfügt auch der Vertrauensaspekt. Zwar stellt sich Vertrauen überwiegend zwischen Akteuren auf der Mikro-Ebene, auf welcher die Leistungserstellung stattfindet, ein. Trotzdem wirkt der Grad der Vertrauenswirkung auf die

übergeordneten Ebenen und bestimmt über die Qualitätsdarlegung den gewährten Handlungsspielraum. Über die von Robra erstellte Darstellung hinaus nimmt Vertrauen als Form der Beziehung zwischen Akteuren eine ebenenübergreifende Stellung ein. Eine vertrauensvolle Beziehung ist im Gesundheitswesen damit nicht auf das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Leistungsnehmer auf der Individualebene begrenzt, sondern kann ein Bestandteil jeglichen Vernetzungen sein. Vertrauen umfasst jedoch eine nicht notwendige und nicht einfach zu implementierende Vertragskomponente, die sich über einen längeren Zeitraum entwickeln muss. Im Gegensatz zur Qualität, die sowohl negativ, als auch positiv Bestand hat, ist Vertrauen kein ständiger Bestandteil von Beziehungen, sondern unterliegt langfristig ausgerichteten Bedingungen und verfügt damit nicht über eine Omnipräsenz. Entgegen der heterogenen qualitativen Begrifflichkeit besteht der Vertrauensaspekt, als personale Komponente, aus persönlich interaktiven Belangen.²¹⁵ Damit erhält auch die Gesundheitsleistung in Form einer personenbezogenen, spezifischen, immateriellen und versorgungsindividuellen Dienstleistung einen stärkeren Einbezug in die Vertrauensthematik. Mit dieser Verbindung von Vertrauensaspekten mit dem Dienstleistungsverständnis verdeutlicht sich die Eignung einer vertrauenszentrierten Ausrichtung auf versorgungspolitische Prozesse über die bereits identifizierten Vertrauensguteigenschaften hinaus. Aus der Besonderheit des Gutes Gesundheit besteht ein Bedürfnis, welches nicht über die Wirtschaftsgutthematik abgedeckt werden kann und neben dem subjektiven Empfinden auch ethische Belange integriert. Eine bloße Erfassung von quantifizierbaren Qualitätsmerkmalen sowie ökonomischen Größen reduziert den vielschichtigen Gesundheitsleistungsprozess auf lediglich effizienzbezogene Werte. Um jedoch die Besonderheit des Gesundheitswesens zu erfassen, reicht die Hervorhebung von ökonomischen Besonderheiten nicht aus. Stattdessen prägen ethische und moralische Werte und Normen das Gesundheitswesen mit und gestalten es damit zu einem Spezifikum in der gesamten Wirtschaft. Aus einer ethischen Verantwortung heraus, die ähnlich zum Vertrauensaspekt aus einer langfristig gewachsenen Werte- und Einflussvielfalt entsteht, entwickelt sich ein Verhalten bzw. eine Leistungserstellung, die jegliche ökonomische Ausrichtung und Einflussnahme zugunsten eines wertebasierten Zielbestrebens ausschließt. Es handelt sich zwar um eine überaus hochwertige qualitative Leistung, die jedoch mit hohen Kosten verbunden ist. Eine solche Zielerreichung der Qualitätsverbesserung wird mit der

²¹⁵ Zur Vereinfachung wird in diesem Kapitel die personale Vertrauenskomponente verwendet, die zudem als Grundlage für vertrauensvolle Beziehungen angesehen werden kann. Die Komponente des Systemvertrauens als Weiterentwicklung und Ansatzpunkt für eine Steigerung der Funktionsfähigkeit von Systemen findet Anwendung im sich anschließenden Kapitel 3.4. Vgl. Luhmann, N. (1989), S. 64 und S. 72f.

Zielverfehlung einer Wirtschaftlichkeitsverbesserung aufgehoben. Dies entspricht nicht der eigentlichen Abzielung auf eine gesamte Optimierung der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sowie der Zielsetzung der vorliegenden Ausführungen. Trotzdem stellen ethisch ausgerichtete Verhaltensweisen im Gesundheitswesen einen wichtigen Bestandteil dar, auf den neben vielfachen Ableitungen für spezifische gesundheitsbezogene Probleme auch positive Effekte bezogen werden können. Dementsprechend verfügt die Ethik über einen vertrauensfördernden Effekt zwischen Vertragspartnern, der den Einsatz von vertrauensschaffenden Maßnahmen und Instrumenten unnötig macht. Insbesondere auf der Mikro-Ebene zwischen Arzt und Patient lässt sich eine solche Vernetzung feststellen. Daraus leitet sich der Anspruch ab, aus der Besonderheit der Ethik die Vorzüge im Bezug auf die Bindung zwischen Vertragspartnern und die Vertrauensschaffung zu separieren, um eine beidseitige Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Vertrauen wird somit durch die Ethik gefördert und fügt zusätzlich mit der personalen-interaktiven Komponente auch moralische und glaubenszentrierte Werte in die Thematik mit ein. Des Weiteren integriert das Vertrauensverständnis auch die Gestaltung und Übernahme von Verantwortung. Dementsprechend verbindet Robra die beiden Begrifflichkeiten, die gemeinsam auf eine Nachhaltigkeit abzielen und eine stabilisierende Wirkung erzeugen. Mit einer Verantwortungsübernahme lässt sich Vertrauen fördern, woraus wiederum eine Qualitätserhöhung der Güter- bzw. Leistungserstellung resultiert. Wird das Qualitätsverständnis um Vertrauensaspekte erweitert, kann die kritische Einschätzung, dass Qualität in der versorgungspolitischen Debatte lediglich quantifizierbare Elemente enthält, zugunsten einer umfassenden Begrifflichkeit optimiert werden.

Besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Vertrags- bzw. Vernetzungspartnern, zeugt dies von einer hohen Qualität des Beziehungsgeflechts. Betrügerische Absichten, List und Tücke finden innerhalb dieser Beziehungen keine Anwendung. Bestehende Informationsasymmetrien werden nicht zum Nachteil des Vertragspartners ausgenutzt. Kostentreibende Kontrollmaßnahmen zur Überwindung der Effekte aus der ungleichen Informationsverteilung werden überflüssig, da entsprechende Ineffizienzen aufgrund des gegenseitigen Vertrauens nicht oder nur marginal bestehen. Vertrauen stellt damit ein Qualitätsindiz dar, das positive Auswirkungen auf ökonomische Faktoren ausübt, indem Kosten für die Implementierung von Maßnahmen und Instrumenten zur Reduktion bzw.

Überwindung der vorwiegend auf der Informationsasymmetrie basierenden Problematiken entfallen. Vertrauen lässt sich somit als eine Strategie zur Überwindung der vielseitigen Problematiken im Gesundheitswesen beschreiben. Mit der Zuordnung der Vertrauensguteigenschaften auf den Großteil der Gesundheitsleistungen deutet sich das Potential für die Vertrauensschaffung zwischen Vertragspartnern zur Qualitätsverbesserung an. Vertrauen ermöglicht damit als ein ergänzender Faktor die Unzulänglichkeiten im Bezug auf qualitative und ökonomische Größen aufzuheben bzw. zu verringern. Darby und Karni grenzen die Möglichkeiten staatlicher Intervention zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bei Vertrauensgütern stark ein. Und auch am Wettbewerb ausgerichtete Maßnahmen sind nach Dulleck und Kerschbamer an Bedingungen geknüpft. Wolinsky geht davon aus, dass der Vertrauensgutmarkt überdies von betrügerischen Absichten, List und Tücke geprägt wird. Vertrauen ermöglicht innerhalb der zahlreichen Unzulänglichkeiten, die aus Einflüssen des Markt-, Staats- und bzw. oder Vertragsversagen resultieren können, qualitäts- und damit auch wirtschaftlichkeitsverbessernde Effekte herbeizuführen. Beispielhaft lässt sich das Gefangenendilemma bei Verhandlungen innerhalb der Spieltheorie heranziehen. Aufgrund der Unsicherheit über das Verhalten des Vernetzungspartners besteht die Annahme, dass er sich betrügerisch verhält. Daraus folgt die Konsequenz, das eigene Verhalten darauf anzupassen und ebenfalls zu betrügen. Im Ergebnis schaden sich die beiden Vertragspartner gegenseitig und erhalten das schlechteste Ergebnis. Vertrauen kann diese Dilemmasituation durchbrechen und für die beteiligten Stakeholder ein optimales Resultat erzeugen. Auch Dulleck und Kerschbamer verweisen auf die Möglichkeiten vertrauensschaffender Maßnahmen. In diesem Bezug benennen sie innerhalb des Gesundheitswesens das Potential von ethisch ausgerichteten Gesundheitsleistungen, welche aufgrund der moralischen Bindung, wie durch den abzuleistenden Eid des Hippokrates durch die Ärzte, die formale Haftbarkeit substituieren können. Ein vertrauensvolles Verhältnis innerhalb bspw. der Arzt-Patienten Beziehung schützt nach dieser Aussage vor der Ausnutzung durch den betrügerischen Experten. Zwar muss diese Folgerung vor dem Aspekt der bestehenden angebotsinduzierten Nachfrage durch die Ärzteschaft relativiert werden, der wesentliche Inhalt der Aussage stützt jedoch die hier vorliegende These. Demnach besteht durchaus das Potential vertrauensschaffender Maßnahmen die identifizierten Schwierigkeiten qualitativ und ökonomisch zu optimieren, wenn entsprechende Anreiz- und Steuerungsmechanismen ein solches vertrauensschaffendes ‚Klima‘ unterstützen. Gestaltungsempfehlungen in Form von Anreiz- und Steuerungsmechanismen, die darauf

abzielen die Informationsasymmetrie abzubauen bzw. zu reduzieren, sollten, um weitergehende positive Effekte für die Transaktionen zu erhalten, auf vertrauensschaffende bzw. vertrauensstabilisierende Maßnahmen ausgerichtet sein.

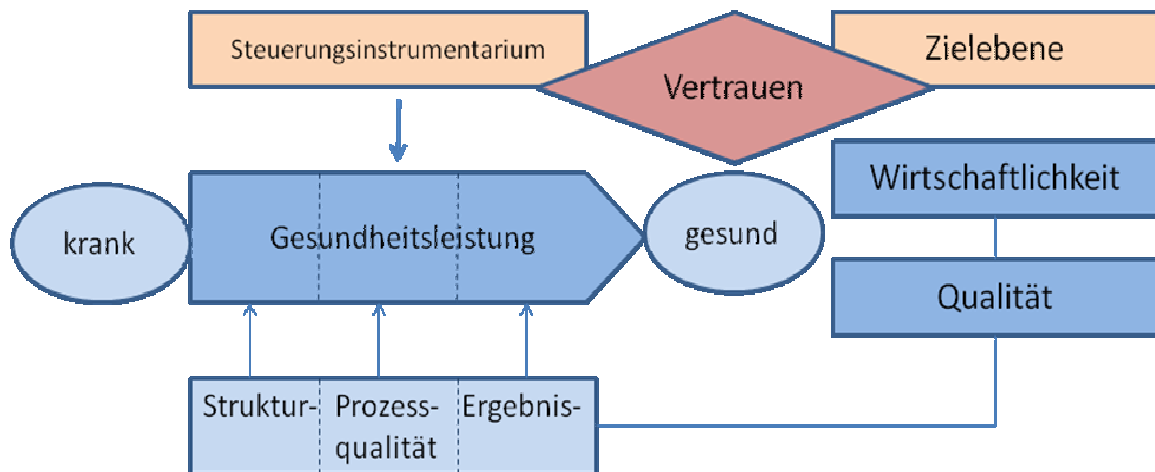


Abbildung 15: Vertrauen im Versorgungsprozess

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Abbildung 15 fügt das Vertrauen in den schrittweise erarbeiteten Versorgungsprozess ein, dessen Kernleistung in Form des ‚Gesundungsprozesses‘ die Basis darstellt. Darauf angewendet werden die zahlreichen Steuerungsinstrumentarien, die sich an der Zielebene der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität ausrichten. Anhand der einzelnen Qualitätsbewertungsmöglichkeiten lassen sich Rückschlüsse auf die Zielerreichung ziehen. Mit dem Vertrauensaspekt wird der Prozess mit dem Fokus auf die Bewahrung, Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit gemessen an qualitativen und wirtschaftlichen Kriterien um individuell-personale Eigenschaften innerhalb von Beziehungen und Vernetzungen ergänzt. Vertrauen erweitert somit sowohl die Zielebene, als auch die Steuerungsmechanismen um interaktive Kriterien und wirkt somit auf den ‚Gesundungsprozess‘ ein.

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels das Potential der Ergänzung von Anreiz- und Steuerungsmaßnahmen sowie entsprechender Instrumente um Vertrauensaspekte, insbesondere im Hinblick auf eine Verbesserung der Qualität der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen fokussiert worden ist, bedarf es zur Vervollständigung auch einer kritischen Betrachtung. Vertrauen basiert zwar auf langfristig

gewachsenen und vielfältigen Erfahrungen zwischen Personen und bzw. oder Institutionen. Trotzdem handelt es sich um ein fragiles Konzept, das sehr kurzfristig zerstört werden kann. Aufgrund des zeitintensiven Aufbaus vertrauensvoller Strukturen eignet sich die Abzielung auf vertrauensbasierte Beziehungen nicht für alle Transaktionen bzw. bedarf es einer Abwägung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen. Damit wird ein weiterer problematischer Ansatzpunkt angesprochen. Vertrauen lässt sich aufgrund der persönlich individuellen variablen Einschätzung nicht bzw. nur stark eingeschränkt evaluierbar machen. Dies gilt auch für die Vertrauensgüter, welche einerseits auf dienstleistungsbezogenen einzigartigen Eigenschaften beruhen und andererseits durch eine mangelnde Qualitätserfassung aufgrund der Informationsasymmetrie gekennzeichnet sind. Mit Hilfe von sich annähernden Bewertungsgrößen, wie die Patientenzufriedenheit oder die Mortalitätsrate, lassen sich Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität ziehen. In ähnlicher Weise lassen sich anhand von beispielsweise Aufnahme- und Entlassungskriterien im Krankenhaus sowie der Zusammenarbeit mit dem ambulant behandelnden Arzt Aussagen bezüglich der Prozessqualität der Leistungserstellung treffen. Es handelt sich jedoch hierbei lediglich um eine Annäherung an eine Bewertung von Vertrauensgütern. Eine vollständige Evaluierung lässt sich zum einen aufgrund des Expertenstatus des Leistungserbringers nicht durchführen. Die Hinzuziehung von Zweitmeinungen kann zwar dazu beitragen Unsicherheiten abzubauen, ist jedoch mit zusätzlichen Kosten verbunden und unterliegt zum anderen der Einflussnahme beschränkt beeinflussbarer externer Faktoren, wie körperlicher oder seelischer Patientenverfassungen, variablen Zu- und Umständen. Dulleck und Kerschbamer ziehen hierzu ein Beispiel aus der Autowerkstatt heran. Auch hochkomplexe Reparaturleistungen verfügen über Vertrauensguteigenschaften. Die Autoren merken bezüglich der stark eingeschränkten Bewertungsmöglichkeiten an, dass selbst zur verbesserten Nachprüfbarkeit durch Hinterlegen des ausgetauschten defekten Gegenstands im Auto vom Laien einerseits nicht festgestellt werden kann, was daran defekt war und wie nötig ein solcher Austausch gewesen ist. Andererseits kann auch durch Hinzuziehung eines weiteren Experten nicht erkannt werden, ob das defekte Teil aus dem eigenen Auto stammt. Eine vollständige Überwindung der auf der Informationsasymmetrie basierenden Unsicherheit lässt sich selbst mit Hilfe von den durch Dulleck und Kerschbamer identifizierten Überwindungsmöglichkeiten, die sie aus dem Markt ableiten, nicht völlig realisieren. Nichts desto trotz lässt sich aus den Ausführungen der herangezogenen Literatur konstatieren, dass die Relativierung der Informationsasymmetrie mit Hilfe institutionsgestützter

Gestaltungsempfehlungen für entsprechende Anreiz- und Steuerungsansätze eine anzustrebende Maßnahme darstellt. Inwiefern das unter den spezifischen Gegebenheiten für das Gesundheitswesen bisher gelungen ist, soll Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen sein. Vertrauensschaffende Maßnahmen verfügen hierzu über ein Potential den versorgungsspezifischen Anforderungen gerecht werden zu können.

3.4 Vertrauensmanagement als strategische Ausrichtung

Im vorausgehenden Kapitel stand die Verbindung von Vertrauen und Qualität im Gesundheitswesen im Fokus der Betrachtung. Als Ergebnis lässt sich konstatieren, dass die beiden Aspekte eng miteinander verwoben sind und sich hieraus für die versorgungsorientierte Zielerreichung der Optimierung von qualitativen und wirtschaftlichen Kriterien Gestaltungsempfehlungen ableiten lassen. Nachteilig wirkt sich jedoch das vielseitige und nicht einheitlich verwendete theoretische Vertrauenskonstrukt auf die Übertragbarkeit in das Gesundheitswesen aus. Im Folgenden soll die Verwendung der Vertrauensbegrifflichkeit sowie der hierzu relevante theoretische Grundbaustein hergeleitet und analysiert werden. Im Anschluss dieser theoretischen Fundierung wird auf Basis der Kopplung von Qualität und Vertrauen ein Konstrukt erarbeitet, welches die Vertrauensschaffung als Strategie für die Überwindung der Mängel im Gesundheitswesen vorstellt.

Rölle verweist in seiner Abhandlung über Vertrauen in der öffentlichen Verwaltung darauf, dass ein einheitlich verwendetes Vertrauenskonstrukt nicht existent ist. Es bestehen gravierende konzeptionelle Lücken, obwohl innerhalb der empirischen Verwendung Einigkeit über die notwendige Vertrauensintegration in Transaktionen und Beziehungen besteht.²¹⁶ Rousseau et al. führen hierzu aus, dass die Verwendung von Vertrauen in Abhängigkeit der einzelnen interdisziplinären Bereiche stattfindet und bezeichnen diesen unterschiedlichen Umgang mit der Thematik als ein Durcheinander in der Vertrauensforschung.²¹⁷ Auf das Gesundheitswesen bezogen deuten sich aufgrund der Schnittstellenproblematik innerhalb des Versorgungssystems sowie durch die Hinzuziehung von interdisziplinären Sektoren, wie der Ökonomie, zusätzliche Unstimmigkeiten bei der Vertrauensauffassung und -verwendung an. In den vorangegangenen Ausführungen fand Vertrauen in Form einer persönlichen Auffassung als Beschreibung eines Zustandes zwischen Personen bzw. Institutionen

²¹⁶ Vgl. Rölle, D. (2009), S. 219-223.

²¹⁷ Vgl. Rousseau, D. M./ Sitkin, S. B./ Burt, R. S./ Camerer, C. (1998), S. 393-402.

Anwendung. Nach Luhmann lässt sich eine Unterscheidung in ein personales sowie in ein Systemvertrauen vornehmen. Während die persönliche Komponente als Grundlage für interpersonale Tätigkeiten, Beziehungen sowie für das alltägliche Handeln dient, stellt Systemvertrauen eine Weiterentwicklung auf Basis des individuellen persönlichen Vertrauensaspektes dar. Hierzu stützt sich Systemvertrauen auf Regeln, Werte und Normen, die durch ein System formalisiert und vorgegeben werden.²¹⁸ Aus diesem fortgeführten Vertrauensverständnis, das nicht auf Transaktionen zwischen einzelnen Personen begrenzt ist, führen Luhmann sowie auch Offermanns das Potential zur möglichen Komplexitätsreduktion an. Das vertrauensvolle Verhältnis zwischen zwei Individuen wird durch ein Vertrauen in ein System erweitert bzw. sogar ersetzt.²¹⁹ Das fragile und instabile Vertrauenskonstrukt zwischen Individuen, das sich langfristig entwickelt und kurzfristig zerstört werden kann, lässt sich auf einer übergeordneten Ebene stabilisieren. Aufgrund der institutionellen Formalisierung von Handlungen auf der Basis eines Regelwerkes lassen sich Unsicherheiten bezüglich des Zeitpunktes und der Leistungserwartungen reduzieren. Luhmann führt die erhöhte zeitliche Toleranz sowie die Reduktion sozialer Komplexität von Systemvertrauen auf eine „intern garantierte Sicherheit“ von Systemen zurück. Vertrauen verfügt damit über die Individualebene hinaus über transaktionsfördernde Auswirkungen und lässt sich sogar als Strategie zur optimierten Zielverwirklichung heranziehen. Auch Jansen verweist auf die strategischen Möglichkeiten, die mit Hilfe der Beachtung von Systemvertrauen erzielt werden können. Über das persönliche Vertrauen hinaus ergibt sich durch die Beachtung von Systemvertrauen ein zusätzlicher Stabilisierungseffekt, der sich zugleich positiv auf die Koordinationsmaßnahmen von Netzwerken auswirken kann.²²⁰ Vertrauen lässt sich damit als eine ebenübergreifende Strategie beschreiben, die innerhalb der Steuerungs- und Koordinationsansprüche berücksichtigt werden muss. Insbesondere im Bezug auf das Gesundheitswesen verfügt eine vertrauensschaffende strategische Ausrichtung neben der Optimierung bestehender Ziele auch über die Beachtung spezifischer versorgungsorientierter Belange. Dementsprechend integriert der Vertrauensaspekt einerseits den bereits erläuterten Bestandteil ethischer und moralischer Werte im Gesundheitswesen. Andererseits ermöglicht die Komponente des Systemvertrauens die Beachtung der sowohl stark institutionalisierten und gewachsenen Besonderheiten, als auch die Berücksichtigung der ebenenspezifischen sowie ebenübergreifenden und hochkomplexen Vernetzungen und Transaktionen.

²¹⁸ Vgl. Luhmann, N. (2000), S. 47-79, S. 101-126.

²¹⁹ Vgl. Offermanns, M. (1990), S. 172f.

²²⁰ Vgl. Jansen, D. (2007), S. 21-23.

Mit Hilfe des Systemvertrauens lässt sich die Verbindung zwischen Institutionen und dem Vertrauensaspekt verdeutlichen. Auf der ersten Stufe fungiert Vertrauen als eine stabilisierende Beziehungsform von häufigen bzw. regelmäßig bestehenden Interaktionen zwischen Personen. Die positiven Effekte, die auf der Basis einer solchen langfristig entstandenen vertrauensvollen Interaktion in Form von beispielsweise Kostenersparnissen aufgrund fehlender Kontroll- und Überwachungsmechanismen auftreten, lassen sich auf der zweiten institutionalisierten Stufe fortführen und zu einem strategischen Vorteil ausbauen. Dabei verfügt das Systemvertrauen über Stabilisierungsvorteile, die sich auch auf Transaktionen beziehen können, die in Form von wechselnden Kontakten und nur sporadischen Beziehungen auftreten. Die soziale Komplexitätsreduktion durch das Systemvertrauen schließt damit eine größere Anzahl von Transaktionen ein, welche auf einer höheren Akteursebene angegangen werden können. Die Begrifflichkeit des Systemvertrauens bezieht Institutionen als reale Stellvertreter von Systemen in die Thematik ein. Offermanns bezeichnet auf dieser Basis Vertrauen sogar als Institution, indem der Vertrauensaspekt Handlungen und Verhaltenserwartungen von Individuen beeinflussen und steuern kann. Die Grundlage für diese Aussage stellt die Verbindung mit der Institutionenökonomik dar. Vertrauen lässt sich damit auf der Stufe des Systemvertrauens mit den in den vorangegangenen theoretischen Grundbausteinen aus der Neuen Institutionenökonomik kombinieren bzw. kann den Theoriekomplex sogar erweitern. Es wurde darauf verwiesen, dass die einzelnen Theoriebestandteile mit ihrer spezifischen Ausrichtung als institutionelle Gestaltungsempfehlungen für das Gesundheitswesen zur Überwindung der Mängel herangezogen werden können. Aus der Erweiterung des Vertrauenskonzeptes lässt sich der theoretische Empfehlungsrahmen um institutionell ausgerichtete vertrauensschaffende Strategievorschläge ergänzen.

Die Beachtung von Vertrauensaspekten verfügt über Möglichkeiten zur Komplexitätsreduktion, Transaktionsstabilisation und damit einhergehende effizienzfördernde Effekte sowie qualitative Optimierungsansätze. Nach Rousseau et al. zeichnet sich Vertrauen darüber hinaus auch durch eine dynamische Komponente aus. Auf die notwendige zeitintensive Entwicklung und die Gefahr einer kurzfristigen Zerstörung von vertrauensvollen Beziehungen wurde bereits in den vorausgehenden Ausführungen eingegangen. Damit zeigt sich ein nicht statischer Entwicklungsprozess des Vertrauens den Rousseau et al. einerseits um die sog. „basic forms of trust“ erweitern und andererseits in diesem Kontext

Rahmenbedingungen identifizieren, die auf veränderliche Vertrauensabstufungen hinweisen. Hierzu zählen die Risikokomponente sowie die Abhängigkeit, die je nach Ausgestaltung Vertrauen bedingen. Sowohl das Risiko, als Unsicherheit bezüglich der Vertragspartnerschaft, als auch die Abhängigkeit von Beziehungen und Transaktionen können mit Hilfe des Vertrauenskonstruktes reduziert bzw. abgebaut werden. Auch innerhalb der Unterscheidung von Vertrauensformen nach Rousseau et al. wird der variable Charakter von Vertrauen betont. Die drei Formen des kalkulierenden, relationalen und des Institutionen-bezogenen Vertrauens stehen in Interaktion miteinander und basieren zum Teil aufeinander. Das kalkulierende Vertrauen beruht auf erwarteten Verhaltensannahmen, die ex post anhand von Belegen erfasst werden können. Hierbei handelt es sich um die unterste Entwicklungsstufe innerhalb des Vertrauensprozesses, da der ‚Vertrauensvorschuss‘ kurzfristig mit dem Ergebnis der Leistungserbringung bestätigt wird oder verfällt. Das relationale Vertrauen baut sich durch wiederholende positive Erfahrungen auf und erweitert durch langfristig ausgerichtete Interaktionen die Vertrauensintensität. Mit Hilfe des Institutionen-basierten Vertrauens kann die Gestaltung bzw. die Etablierung des relationalen und des kalkulierenden Vertrauens vereinfachend ermöglicht werden.²²¹ Dies resultiert daraus, dass Institutionen ein spezifisches Regelwerk sowie Werte und Normen vorgeben, innerhalb dessen die Verhaltenserwartungen stärker eingegrenzt und Unsicherheiten abgebaut werden können. Die Dynamik des Vertrauenskonstruktes kann innerhalb von institutionsorientierten Lösungsansätzen beachtet und darüber hinaus innerhalb von Rahmenrichtlinien auch gesteuert werden.

Für die theoretische Annäherung an das Vertrauen wurde auf Erkenntnisse aus verschiedenen Bereichen zurück gegriffen. Dementsprechend findet mit der institutionellen Ausrichtung eine vorwiegend ökonomische Sichtweise Eingang in die vorliegenden Ausführungen. Des Weiteren werden u.a. auch organisationale und soziologische Untersuchungen, wie die Netzwerkanalyse von Jansen, berücksichtigt. Vertrauen implementiert durch zahlreiche Berührungspunkte mit unterschiedlichen Bereichen und Sektoren vielschichtige Ansätze. Daraus resultiert das von Rousseau et al. kritisierte „Wirrwar“ von Forschungsansätzen. In der vorliegenden Ausführung wird die Involvierung der verschiedenen Ansätze nicht als Nachteil, sondern als Potential zur Integration interdisziplinärer Gestaltungsvorschläge aufgefasst. Insbesondere für das Gesundheitswesen, das sich aus einer bereichsübergreifenden Heterogenität zusammensetzt, ergeben sich aus der Interdisziplinarität auch vielseitige und die Komplexität sowie die Schnittmengen berücksichtigende Lösungsansätze. Um jedoch die

²²¹ Vgl. Rousseau, D. M./ Sitkin, S. B./ Burt, R. S./ Camerer, C. (1998), S. 394f. und S. 398-401.

Schwierigkeiten und Grenzen einer nahezu allumfassenden Untersuchung einzugrenzen, fungiert der Ansatz der Neuen Institutionenökonomik bezogen auf die Problematik der Informationsasymmetrie als rahmengebende und richtungslenkende Theoriegrundlage, die um organisationale und Netzwerk-analysierende Ansätze ergänzt wird.

Das nachfolgende Konstrukt zielt darauf ab, die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Ausführungen einerseits zusammen zu fassen und andererseits ein handlungsgeleitetes Konzept vorzustellen, das auf die nachfolgenden Untersuchungen angewandt werden kann. Hierzu wird erneut die Verbindung von Vertrauen und Qualität herangezogen. Dies ergibt sich u.a. aus dem identifizierten Potential des Vertrauens auf qualitative Belange innerhalb der Transaktionen. Die Vertrauensschaffung bzw. -förderung verfügt als Strategie über Möglichkeiten zur Reduktion bzw. zum Abbau der Mängel, die u.a. aus der Informationsasymmetrie resultieren. Aus einer solchen Optimierung der Transaktionen im Gesundheitswesen ergeben sich positive Effekte sowohl auf Qualitäts-, als auch auf Wirtschaftsaspekte. Ausgangspunkt stellt nach der theoretischen Fundierung das praxisorientierte Qualitätsmanagement dar. Hierbei handelt es sich um ein phasenbezogenes Konzept, das die einzelnen Qualitätsmaßnahmen zusammenfasst. Nach Graf von der Schulenburg et al. lässt sich das Qualitätsmanagement als ein in verschiedene Zyklen zu unterteilendes System definieren, das auf unternehmerische Ziele ausgerichtet ist. Die betriebswirtschaftlich orientierten Phasen stellen die Qualitätsplanung, -kontrolle, -sicherung sowie -verbesserung dar. Zugleich ermöglicht dieses Konzept die Verbindung mit den auf Donabedian zurückgehenden Qualitätsbeschreibungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.²²² Qualitätsmanagement dient als Überbegriff für sämtliche Verfahren und Methoden, die gleichermaßen darauf abzielen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu implementieren. Auch die für alle Sektoren gesetzlich festgeschriebene Qualitätssicherung zählt nach dieser Auffassung zum Qualitätsmanagementbegriff. Nach Möller und Heib schließt in Verbindung mit dem Paragraphen 137 SGB V die Begriffsauffassung des Qualitätsmanagements als Anliegen der Humanität und Wirtschaftlichkeit auch die allgemein akzeptierten Anforderungen auf der Basis gesicherter medizinischer Wissenschaft mit ein.²²³ An dieser Stelle werden nicht die sektorenspezifischen Maßnahmen und Verfahrensmöglichkeiten betrachtet, sondern stattdessen das Potential zur strategischen

²²² Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Mittendorf, T./ Volmer, T./ Lützelberger, U./ Greiner, W. (2005), S. 200-202.

²²³ Vgl. Möller, J./ Heib, K. (2008), S. 241f.

Ausrichtung.²²⁴ Der Qualitätsmanagementkreislauf verfügt über den Vorteil einer fortlaufenden Qualitätsorientierung, die nicht auf einen Bereich begrenzt ist. Der Kreislauf implementiert zudem Lernprozesse, welche zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beitragen. Mit dem Managementbegriff wird auf die aktive Inanspruchnahme, Nutzung und Handhabung von Prozessen hingewiesen. Abläufe werden mit Hilfe des Qualitätsmanagements steuerbar gemacht. Zugleich ermöglichen der Kreislauf und die Integration von Lernprozessen auf Veränderungen und Vorgaben zu reagieren. In Anlehnung an die dynamische Anpassungsfähigkeit des Qualitätsmanagementzirkels fungiert Vertrauensmanagement als steuerbare Strategie.

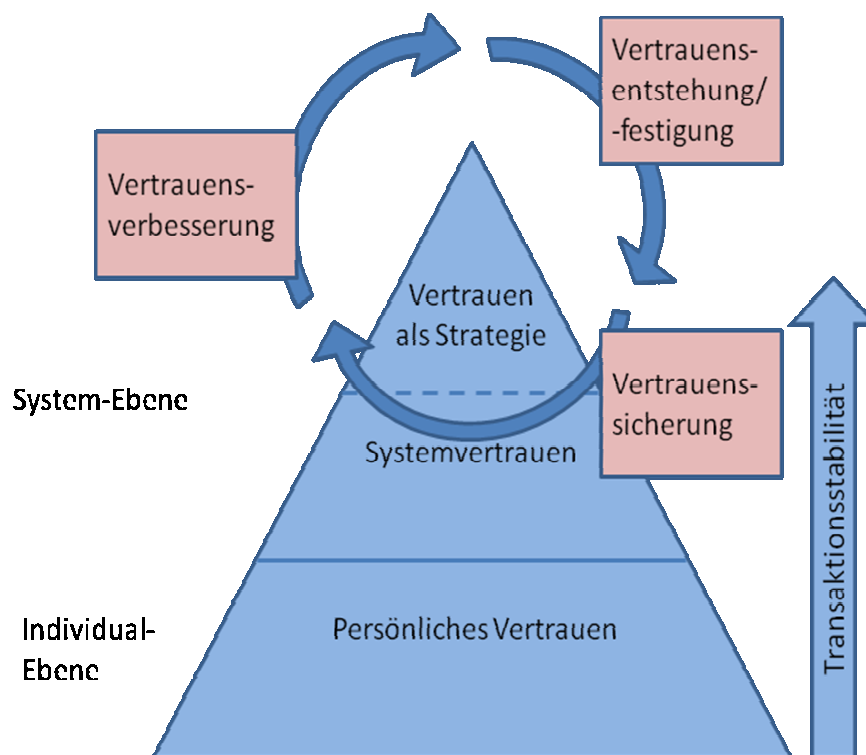


Abbildung 16: Phasen des Vertrauensmanagements
Quelle: Eigene Darstellung.

Die Basis für vertrauensvolle Beziehungen stellt die Interaktion zwischen Individuen auf der Mikro-Ebene dar. Darauf aufbauen kann das Systemvertrauen. Durch eine institutionalisierte Rahmgebung, die sowohl von der Makro-, als auch von der Meso-Ebene vorgegeben werden kann, verfügt Vertrauen über komplexitätsreduzierende und transaktionsstabilisierende Eigenschaften. Das fragile Vertrauenskonstrukt erhält durch das

²²⁴ Die strategische Ausrichtung unter Nutzung spezifischer Maßnahmen und Instrumente einzelner zentraler Akteure wird im sechsten Kapitel behandelt.

Regelwerk auf der System-Ebene einen beziehungsfestigenden Charakter, der die Unsicherheiten auf der Grundlage der Informationsasymmetrie reduziert bzw. abbaut. Dieses Potential verweist darauf institutionalisiertes Vertrauen als strategische Ausrichtung zu nutzen. Der Kreislauf, der in Verbindung mit der Ebenen-Pyramide steht, impliziert neben den sich aufeinander beziehenden Teilschritten auch Lernprozesse, die sowohl Einflüsse, als auch Veränderungen der Meso- und Makro-Ebene aufnehmen können. In Anlehnung an die Phasen des Qualitätsmanagements werden in der Abbildung 16 einzelne vertrauensschaffende Schritte zu einem Vertrauensmanagement zusammengefasst. Das Vertrauensmanagement umfasst alle Maßnahmen und Instrumente zur aktiven Inanspruchnahme und Steuerung vertrauensschaffender sowie vertrauensfördernder Aktivitäten, die als strategische Ausrichtung summiert werden können. Der Prozess verdeutlicht zusätzlich die Dynamik des Vertrauenskonstruktes. Die Phase der Vertrauensentstehung leitet den Kreislauf ein. Es bestehen einige Faktoren, wie längerfristige und wiederkehrende Beziehungen sowie ein nicht einseitiges Abhängigkeitsverhältnis, welche diese Phase erheblich erleichtern bzw. vereinfachen können. Luhmann weist zusätzlich auf die Unvorhersehbarkeit, die ebenfalls dazu beitragen kann, dass ein vertrauensvolles Verhältnis eher einsetzt.²²⁵ Aufgrund der Berücksichtigung dieser Aussage, wurde die Phase nicht als Vertrauensplanung bezeichnet, wobei die Qualitätsplanung innerhalb des Qualitätsmanagementzirkels diese Stellung einnimmt. Luhmann zweifelt die Entstehung eines vertrauensvollen Verhältnisses an, sobald Handlungen lediglich eine Normerfüllung darstellen. Auch Offermanns betont die persönlichen Erfahrungswerte, die Vertrauen entstehen lassen.²²⁶ Beiderlei Aussagen basieren auf der Annahme, dass die Leistungen bzw. Güter Gegenstand der vorliegenden Transaktionen Erfahrungsguteigenschaften aufweisen und daher spätestens nach Leistungsinanspruchnahme bzw. Konsum die Qualität bewertet werden kann. Durch die Zuordnung des größten Teils der Gesundheitsleistungen zu den Vertrauensgütern in dieser Ausarbeitung entfällt eine eindeutige Bewertungsmöglichkeit. Normen und Standards, die in der Phase der Qualitätsplanung als Richtwerte und Orientierungsmöglichkeiten vorgegeben werden, können mit Hilfe von Indikatoren der Qualitätsevaluation dienen und Unsicherheiten reduzieren. Der Vertrauensanteil schließt aber eine vollständige Erfassbarkeit aus, was wiederum die Aussagen Luhmanns und Offermanns integriert, jedoch auf der Basis der Vertrauensgutthematik. Dementsprechend verdeutlicht die Grundlage des persönlichen Vertrauens im pyramidalen Ebenenkonstrukt in der Abbildung 16, dass individuelle

²²⁵ Vgl. Luhmann, N. (2000), S. 46 und S. 51-53.

²²⁶ Vgl. Offermanns, M. (1990), S. 176-179.

Beziehungen in der Ebene des Systemvertrauens mit eingeschlossen sind. Darüber hinaus ermöglicht das Vertrauensmanagement, das sich an der höheren systemischen Vertrauensebene angliedert, die strategische Ausrichtung auch um weniger regelmäßige Transaktionen zu erweitern und stützt sich entgegen dem Vertrauensverhältnis auf der personalen Ebene auf ein stabileres Beziehungsgeflecht. Nichts desto trotz stellen die von Luhmann und Offermanns getätigten Einschränkungen eine zu beachtende Komponente dar. Vertrauen basiert auch auf der Ebene der Institutionen auf personalen Bestandteilen und kann von diesen nicht separiert werden. Eine persönliche vertrauensvolle Beziehung lässt sich nicht vollständig planen. Standards, Richtlinien und Normen können nur dazu beitragen eine vertrauensförderliche Grundlage zu konstruieren. Daher handelt es sich um eine eingeschränkte Vertrauensplanung. Die sich anschließende Phase stellt die Vertrauenssicherung dar. In dieser Phase werden alle Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung, die auf das Gesundheitswesen bezogen vorwiegend ihren Ursprung bzw. ihre Legitimation in der gesetzlichen Verankerung des Sozialgesetzbuches haben, zusammengefasst. Aufgrund der Kopplung von Qualität und Vertrauen sowie der nur implizit vorhandenen Berücksichtigung des Vertrauensaspektes im Gesetz bzw. in den institutionellen Regelwerken wird auf die Gesamtheit der gesetzlich verankerten qualitätssichernden Maßnahmen zurück gegriffen. Ein Zwischenschritt der Vertrauenskontrolle besteht nicht. Die Streichung des Überwachungsbestandteils, der im Qualitätsmanagement einen wesentlichen Teil einnimmt, resultiert aus der Tatsache, dass stringente Kontrollmaßnahmen einen schädigenden Einfluss auf vertrauensvolle Beziehungen ausüben und darüber hinaus durch einen vertrauensvollen Umgang ersetzt werden können. Dies schließt jedoch nicht aus, dass Bewertungsmethoden in Anlehnung an die Erfassbarkeit der Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität zur Vertrauenssicherung herangezogen werden. Die Evaluationsmöglichkeiten, die schon innerhalb der Qualitätsmessung stark beschränkt sind und daher auch auf das Vertrauenskonstrukt bezogen nur durch eine Annäherung mit Hilfsmitteln, wie Indikatoren, erfolgen können, sind Teil der Vertrauenssicherungsmaßnahmen und –instrumente und wirken damit auf die Vertrauensverbesserung. Nur mit entsprechenden Mechanismen, welche die Informationsasymmetrie einschränken können, lässt sich im Kreislauf des Vertrauensmanagements fortfahren und die Transaktionen stabilisieren. Ein vollständiger Verzicht auf Kontrolle und überwachende Bewertungsmethoden kann nur auf der Stufe höchsten Vertrauens realisiert werden. Vor dem Hintergrund, dass die zu untersuchenden

Güter bzw. Leistungen des Gesundheitswesens über Vertrauensguteigenschaften verfügen, die aufgrund ihrer nicht bzw. kaum vorhandenen Qualitätsbewertungsmöglichkeiten charakterisiert werden können, stellt das Erreichen eines solchen vollständigen Vertrauens zwar ein erhebliches Potential zum umfassenden Abbau der Qualitäts- und Wirtschaftsdefizite dar, das jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden und von vielschichtigen Voraussetzungen abhängig ist. Eine vollständige Reduktion aller Mängel durch ein allumfassendes Vertrauenskonstrukt kann zwar für einige Ausnahmen, wie Beziehungen unter Freunden, möglich sein, wird im Gesundheitswesen jedoch nur eine sehr eingeschränkte Lösung darstellen. Im Sinne der im Kreislauf implizierten Lernprozesse zielt jedoch die kontinuierliche Qualitäts- bzw. Vertrauensverbesserung auf eine Optimierung der wirtschafts- und qualitätsbezogenen Kriterien im Gesundheitswesen ab. Vertrauen lässt sich somit als unterstützender Faktor zur Reduktion der versorgungsbezogenen Defizite heranziehen und ergänzt die bestehenden Steuerungs- und Anreizmechanismen.

4. Steuerung im Gesundheitswesen

4.1 Steuerungsbegriff und Steuerungsmedium Geld im Gesundheitswesen

Das zweite Kapitel fokussierte die Zielgrößen Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen. Verschiedene Steuerungs- und Koordinationsmechanismen wirken entsprechend der Abbildung 8 auf der Seite 51 auf die Gesundheitsleistungen ein, die darauf abzielen unter ökonomischen und qualitativen Aspekten eine optimale Versorgung zu generieren. In diesem Kapitel werden die Konzepte zur Steuerung und Koordination sowie die Möglichkeiten der Einflussnahme bzw. Beeinflussung durch die angestrebte Wirkung dieser Maßnahmen auf die Akteursgruppen diskutiert. Dabei basieren die folgenden Ausführungen auf der Notwendigkeit der Steuerung von Gesundheitsleistungen, die darauf abzielen dem Bedürfnis nach ‚Gesundheit‘ nachzukommen. Herder-Dorneich geht davon aus, dass Steuerungssysteme dazu beitragen Bedarfe zu bestimmen und folglich eine erforderliche Versorgung zu generieren.²²⁷ Somit müssen zur Erreichung der Bereitstellung dieser optimalen Gesundheitsversorgung anhand der Gesundheitsleistungen geeignete Koordinations- und Steuerungsmechanismen analysiert werden.

Oberender stellt einerseits einen Bezug zwischen Ordnungspolitik und Steuerung dar, andererseits betont er die Unterschiede zwischen den beiden Begrifflichkeiten. Ordnungspolitik fasst nach Oberender die Ausgestaltungs- und Implementierungsmöglichkeiten des Ordnungsrahmens zusammen. Die Steuerung dagegen lässt sich umschreiben als ein zielbezogener Einsatz von Instrumentarien, der von der Ordnungspolitik begrenzt wird. Oberender nutzt in seinem Aufsatz „Ordnungspolitik und Steuerung im Gesundheitswesen“ den Begriff der Globalsteuerung, um die Zielsetzung auf einen gesamtgesellschaftlichen Bezug herauszustellen. Dabei merkt er kritisch an, dass die Sichtweise der Globalsteuerung, die eine Prozess- und Stabilisierungspolitik beinhaltet, eine zentralverwaltungswissenschaftliche Perspektive fokussiert, welche einer Wirtschaftsordnung entgegensteht. Daneben benennt Oberender die gemeinsame Selbstverwaltung sowie die marktwirtschaftliche Orientierung als ordnungspolitische Alternativen.²²⁸ Eine ähnliche Unterteilung nimmt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Gutachten von 2005 vor, der die öffentliche Planung, die korporative Koordination und den Markt-/Preismechanismus zu den zentralen Steuerungskonzepten

²²⁷ Vgl. Herder-Dorneich, P. (1986), S. 281.

²²⁸ Vgl. Oberender, P. (1992), S. 155-169.

zählt.²²⁹ Innerhalb der Begrifflichkeit der Steuerungskonzepte kommt es häufig zu einer Vermischung mit dem Begriff der Koordinationsmechanismen.²³⁰ Dementsprechend verwendet der Sachverständigenrat die öffentliche Planung auch als staatlich-administrative Steuerung und benennt daneben die korporative Koordination als weiteren Allokationsmechanismus. Straubhaar et al. separieren innerhalb einer Auflistung von Mängeln der GKV Koordinations- und Steuerungsprobleme.²³¹ In Anlehnung an den Ausführungen des Sachverständigenrates wird im Folgenden die Begrifflichkeit der Steuerung um Koordinationsaspekte ergänzt. Zurückgeführt wird diese begriffliche Kombination auf eine sinnvolle Erweiterung der Steuerung im Sinne der Lenkung und Regulierung, die vorwiegend von der Makro-Ebene ausgeht, um die Ergänzung der Koordination im Sinne des Zusammenwirkens. Damit sollen die bereits eingangs in Kapitel 2.1.1.1 erläuterte hohe Komplexität sowie das Beziehungsgeflecht zwischen den Akteuren und Ebenen im Gesundheitswesen in die Betrachtung integriert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der Definition von Steuerung nach Oberender wird der Zielbezug der Instrumente um die Perspektive der Vernetzung ergänzt. Diese Begriffserweiterung steht der wiederholten Empfehlung von Mayntz entgegen, den Begriff der Steuerung von bspw. Koordinationsprozessen zu trennen und damit zu präzisieren.²³² Mittels der Betrachtung der drei Steuerungskonzepte mit ihren spezifischen Steuerungsinstrumentarium wird versucht die kritischen Äußerungen Mayntz bezüglich einer die Steuerungsbegrifflichkeit betreffenden notwendigen Konkretisierung zu beachten.

Die Abbildung 17 veranschaulicht den Zielbezug der Steuerungsinstrumentarien auf die Aspekte der Wirtschaftlichkeit und Qualität.

²²⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006), Ziffer 1. Vgl. Wille, E. (2006), S. 7f.

²³⁰ Kirchgässner nennt in diesem Zusammenhang vier Koordinationsmechanismen: den Markt- oder Preismechanismus, die Demokratie, das hierarchische bzw. bürokratische Verfahren und den Aushandlungsmechanismus. Vgl. Kirchgässner, G. (1997), S. 6. Der Autor bezieht sich hierbei auf eine Darstellung von Dahl, R. A./ Lindblom, C. E. (1953), S. 171-365. Vgl. Frey, B. S./ Kirchgässner, G. (2002), S. 81-212.

²³¹ Vgl. Straubhaar, T. et al. (2006), S. 35.

²³² Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 190f.

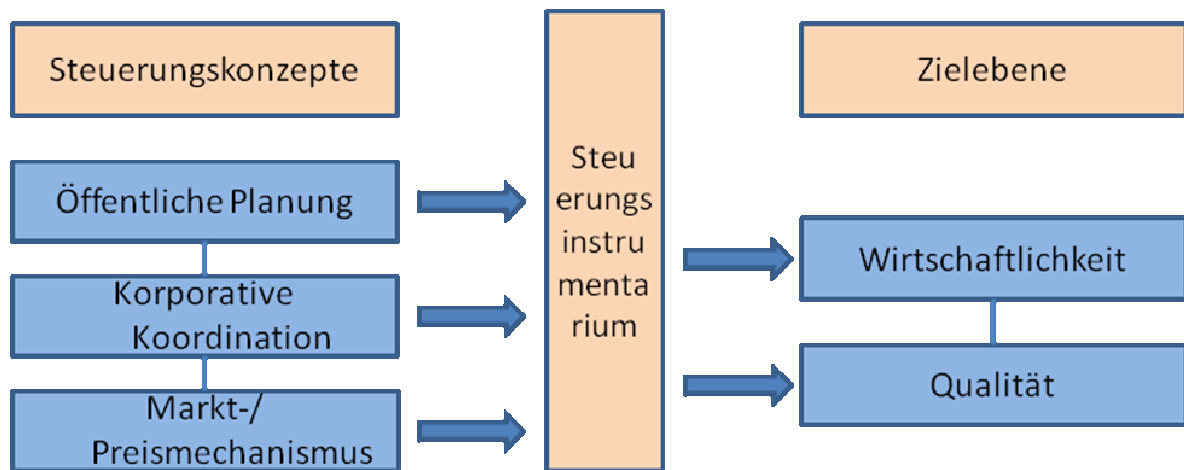


Abbildung 17: Zielbezug der Steuerungskonzepte

Quelle: Eigene Darstellung.

Die drei Steuerungskonzepte die öffentlichen Planung, die korporative Koordination und der Markt-/ Preismechanismus verfügen jeweils über ein breites Spektrum an Steuerungsinstrumenten. Dieses Instrumentarium richtet sich durch den steuerungsspezifischen Zielbezug an den Zielgrößen Wirtschaftlichkeit und Qualität aus. Die Betonung der Orientierung auf das Steuerungsziel findet sich auch bei Mayntz wieder, die den Begriff der Steuerung sozialwissenschaftlich angeht. Sie sieht jedoch für die vollständige Begriffserläuterung die erfolgreiche Zielerreichung als nicht essentiell an. Stattdessen komplettieren das Steuerungssubjekt als handlungsfähiger Akteur sowie das Objekt den sozialwissenschaftlichen Begriff der Steuerung. Das Steuerungsobjekt umfasst eine eigene Dynamik, mit dessen Hilfe Strukturen und Prozesse verändert oder bewahrt werden können.²³³ Mayntz vertieft den Begriff der Steuerungsobjekte, auf welche die Steuerungsinstrumente einwirken, indem sie ganze Regelungsfelder inklusive eines komplexen Organisationsgrades integriert. Beispielhaft für diese Ergänzung lassen sich die kassenärztlichen Vereinigungen nennen.²³⁴ Abschließend muss der Begriff der Steuerung von eigenständigen sozialen Gebilden und punktuellen Eingriffen abgrenzt werden.²³⁵

Anlehnend an die Verbindung zwischen den anzustrebenden Größen der Qualität und Wirtschaftlichkeit auf der Zielebene, existieren auch Verknüpfungen zwischen den Steuerungskonzepten. Dementsprechend bestehen die einzelnen Konzepte nicht isoliert

²³³ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 190-192.

²³⁴ Vgl. Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (1995), S. 12.

²³⁵ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 190-192.

voneinander, sondern können diese subsidiär erweitern.²³⁶ Bspw. zeigen sich in der korporativen Koordination auch Instrumente aus dem Markt-/ Preismechanismus. In der Abbildung 17 symbolisiert die Linie zwischen den Steuerungskonzepten die Ergänzung um Instrumente aus den jeweiligen Bereichen. Über die subsidiäre Erweiterung hinaus, betont der Sachverständigenrat eine für das deutsche Gesundheitswesen herausragende Spezifität durch die Dominanz einiger Konzepte in bestimmten Sektoren. Dies zeigt sich u.a. darin, dass der stationäre Sektor zu einem entscheidenden Teil von der öffentlichen Planung beeinflusst und der ambulante Sektor hingegen vorwiegend vom Korporativismus bestimmt wird. Ein Beispiel für einen Markt-/ Preismechanismus stellt der pharmazeutische Markt dar. Dieses Hervortreten bestimmter Konzepte schließt jedoch, wie oben bereits erläutert, nicht die Einflussnahme anderer Mechanismen aus.

Mayntz geht in dem Abschnitt „Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme“ innerhalb der Abhandlung über den Begriff der Steuerung davon aus, dass Steuerung als Übersetzung des englischen Wortes ‚control‘ in die deutsche Soziologie eingeführt wurde.²³⁷ Eine solche Übertragung der Bedeutung findet sich u.a. auch innerhalb der Thematik der Steuerungsmedien wieder. Nach Willke stehen Steuerungsmedien stellvertretend für symbolisch verschlüsselte Zusammenhänge mit einem generalisierten Inhaltsverständnis. Symbolsysteme als Steuerungsmedien, wie bspw. Geld, Macht oder Vertrauen übernehmen die Aufgabe einer „kommunikationserleichternden Funktion“.²³⁸ Mayntz führt die begriffliche Erweiterung der Steuerung auf das Konzept der Steuerungsmedien zurück. Sie bezieht sich hierbei u.a. auf Parsons und Luhmann, die Geld als ein besonderes Steuerungs- bzw. Interaktionsmedium innerhalb des Wirtschaftssystems begreifen.²³⁹ Für Parsons stellt Geld als Mittel der Bedürfnisbefriedigung im ökonomischen Subsystem die Möglichkeit dar, Austauschbeziehungen zu anderen Systemen aufnehmen zu können und damit eine Verbindung zwischen den einzelnen Systemen zu generieren. Dabei schreibt Parsons innerhalb des Wirkungszusammenhanges dem Interaktionsmedium Geld als

²³⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006), Ziffer 4f. Vgl. Wille, E. (2006), S. 7f.

²³⁷ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 189.

²³⁸ Vgl. Willke, H. (2006), S. 201, S. 203f. und S. 250f.

²³⁹ Vgl. Luhmann, N. (2006), S. 381, S. 405 und S. 467f. Parsons und Luhmann konstruieren zwei unterschiedliche Modelle der Steuerungsmedien, die jeweils über Probleme innerhalb der Integration ihrer Konzeptionen verfügen, jedoch beziehen beide gleichermaßen Geld als Steuerungsmedium in die Konstruktion ein. Vgl. Willke, H. (2006), S. 205-217. Vgl. Willke, H. (2001), S. 194-245.

Anreiz einen positiven Sanktionseinfluss zu.²⁴⁰ Dementsprechend wird Geld als Symbol und Mittel der Steuerung der Märkte stellvertretend für alle ökonomischen Austauschprozesse den Steuerungsmedien zugerechnet. Geld als greifbare Zahlungseinheit innerhalb der Angebots- und Nachfrageprozesse wird dem Preis-/ Marktmechanismus als alternative Steuerungsform gleichgestellt.²⁴¹ Dem Staat als weitere Steuerungsform werden die Substantive ‚Macht‘ und ‚Recht‘ zugeordnet. Hegner kann beispielhaft für die Benennung der Gemeinschaft bzw. Solidarität als dritte Steuerungsform herangezogen werden.²⁴² Diese drei Unterscheidungen der Steuerungsform decken sich im Wesentlichen mit den vom Sachverständigenrat im Gutachten von 2005 identifizierten Steuerungskonzepten der öffentlichen Planung, der korporativen Koordination sowie des Preis-/ Marktmechanismus. Die entscheidendsten Unterschiede zeigen sich in der Zuordnung der Substantive ‚Geld‘ als Steuerungsmedium zum Markt und ‚Macht‘ sowie ‚Recht‘ zum Staat. Eine solche Hinzuziehung spezifischer Steuerungsmedien zu bestimmten Konzepten entfällt im Gutachten vom Sachverständigenrat. Ein möglicher Grund hierzu besteht in der alleinigen Zuordnung der Substantive zu einem Konzept. Zwar betont das Konzept der Steuerungsmedien durch die Funktionsprinzipien der symbolischen Reduktion und Entlastung im Sinne einer Vereinfachung, die Generalisierung durch die begrifflichen Codes, wie Geld und Macht. Jedoch besteht durch einen extremen Anstieg der Komplexität in den einzelnen Teilsystemen auch die Notwendigkeit dieser stark verwobenen und vernetzten Vielschichtigkeit gerecht zu werden. Das Konzept verfügt neben dem Vorteil der Konzentration auf Teilsysteme, über den Nachteil, dass durch die Ausrichtung auf einzelne Bereiche die Ganzheitlichkeit des vollständigen Systems von vornherein ausgeschlossen werden muss.²⁴³ Insbesondere vor dem Hintergrund der enormen Komplexität im Gesundheitswesen, das durch eine Vielzahl von Akteuren, Ebenen, Vernetzungen und Interessen geprägt ist, muss eine frühe Reduktion auf das Wesentliche überdacht werden. Zwar wird aufgrund der Vielfältigkeit eine vollkommene Betrachtung aller Aspekte nicht möglich und damit realitätsfern, jedoch bestimmt die Komplexität als Spezifikum den Gesundheitssektor und nimmt als Bestandteil dessen eine besondere Bedeutung ein. Dementsprechend wird Geld als allgegenwärtiges Zahlungsmittel nicht nur auf Märkten genutzt, sondern ist auch innerhalb der anderen Steuerungskonzepte der

²⁴⁰ Daneben ordnet Parsons dem politischen System Macht, der gesellschaftlichen Gemeinschaft Einfluss und dem kulturellen Treuhandsystem die Wertbindung als Interaktions-/ Kommunikationsmedien zu. Vgl. Schneider, W. L. (2005), S. 162-174. Vgl. Parsons, T. (2003), S. 24f.

²⁴¹ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 189.

²⁴² Hegner benennt die solidarische Gegenseitigkeit, die hierarchische Umverteilung und die vom Preis bestimmten Märkte als Formen der institutionellen Ausgestaltung. Vgl. Hegner, F. (1985), S. 407-426.

²⁴³ Vgl. Willke, H. (2006), S. 241-243.

öffentlichen Planung und der korporativen Koordination von entscheidender Bedeutung. So zeigt sich bspw. innerhalb einer 30jährigen Konzentration des Staates auf eine Beitragssatzstabilität im Gesundheitswesen, die erst mit dem Gesundheitsfonds obsolet wurde, die hohe Bedeutung der Kostendämpfungspolitik. Das Ziel der Gesundheitspolitik besteht in der optimalen Verteilung der bestehenden Ressourcen zugunsten einer bestmöglichen Versorgung im Rahmen bestehender Mittelknappheit. Auch innerhalb der korporativen Koordination spielt Geld eine hervorgehobene Rolle. Als Beispiel kann der Marburger Bund herangezogen werden, der als privater Verband den Akteuren des Korporativismus zugerechnet wird und als Ärztegewerkschaft die Interessen der Mitglieder vertritt. Am 29. Januar 2009 begannen Tarifverhandlungen des Marburger Bunds mit den Tarifgemeinschaften der Länder. Der Marburger Bund strebt eine durchschnittliche Gehaltssteigerung von neun Prozent für seine Mitglieder an.²⁴⁴ Erst im Frühjahr 2006 waren massive Ärztestreiks den Tarifverhandlungen voraus gegangen. Die Beispiele sollen zeigen, dass Geld bspw. in Form von Vergütungszahlungen der Ärzteschaft über einen erheblichen Einfluss auch innerhalb der korporativen Koordination sowie in der öffentlichen Planung verfügt. Geld nimmt somit, ähnlich zu anderen Bereichen in der Gesellschaft, in der Gesundheitspolitik eine herausragende Stellung ein. Die alleinige Fokussierung dieses Steuerungsmediums auf Preis- und Marktmechanismen betreffende Angelegenheiten kann dem omnipräsenten Charakter des Geldes nicht gerecht werden. Zwar deutet der Sachverständigenrat durch die Betonung, dass die einzelnen Konzepte subsidiär erweitert werden können, eine gegenseitige Beeinflussung an, jedoch bleibt eine ausdrückliche Erwähnung des Steuerungsmediums Geld aus. Das soll an dieser Stelle nachgeholt werden. Auch, wenn auf dem ersten Blick bestimmte Neuerungen im Gesundheitswesen keinen direkten Bezug zu geldlichen bzw. ökonomischen Aspekten aufweisen, zeigen sich bei genauerer Betrachtung durchaus Verbindungen hierzu auf. Dementsprechend veranschaulicht Bauer, dass selbst in dem veränderten Patientenleitbild, das sich von einer eher passiven hin zu einer aktiven Rolle des Patienten entwickelt hat, ökonomische Zielsetzungen dominieren.²⁴⁵ Mittels der vom Gesetzgeber initiierten Möglichkeiten verstärkter Patientenverantwortung erfahren die Leistungsempfänger einen Anstieg an Beteiligungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Neben den im Kapitel 2.1.1.2 auf der Seite 10 erläuterten Neuerungen des GKV-WSGs der Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden und Missbrauch im Rahmen der Solidarität und Eigenverantwortlichkeit,

²⁴⁴ Vgl. Marburger Bund (2009), http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/tdl/tariffrunde_2009/forderungen.php.

²⁴⁵ Vgl. Bauer, U. (2007), S. 104f.

besteht ein weiterer Ausbau der Mitverantwortlichkeit der Versicherten. So können chronisch Kranke die reduzierte Zuzahlungsbelastungsgrenze nur in Anspruch nehmen, wenn sie vor der Erkrankung die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen auch regelmäßig in Anspruch genommen haben.²⁴⁶ Eine weitere Ergänzungsmaßnahme zur erhöhten Verantwortungsübernahme der Patienten durch das GKV-WSG zeigt sich im Ausbau der Wahlmöglichkeiten der Versicherten aus den von den Krankenkassen gestalteten Wahlтарifen.²⁴⁷ Aus dieser Stärkung einer eigenständigen und selbstverantwortlichen Patientenrolle im Gesundheitswesen lassen sich auch ökonomische Zielsetzungen ableiten. Ein informierter und mündiger Patient handelt stärker dem Solidaritätsprinzip entsprechend, weil er Auswirkungen und Folgen eher abschätzen kann. Durch die Wahlтарife sind die Versicherten auch finanziell mitverantwortlich und können durch ihr eigenes Verhalten Einfluss auf die Versorgung nehmen. Der Ausbau der Patientenbeteiligung geht neben einer Ergänzung um Rechte auch mit einer Übernahme von Pflichten daher.²⁴⁸ Die Verantwortungsübernahme des Patienten ermöglicht zwar einerseits eine aktive Rolle im Gesundheitssektor, andererseits wird der Versicherte verstärkt in die Verpflichtungen als Mitglied in der Solidargemeinschaft eingebunden. Aus dieser aktiven Mitgliedschaft ergibt sich zudem die Mitverantwortung an der Kostenproblematik im Gesundheitswesen. Informierte Patienten können somit dazu beitragen Ressourcen einzusparen.²⁴⁹ Bauer ergänzt diese mit der Stärkung der Patientenbeteiligung einhergehende ökonomische Ausrichtung um den kritischen Einwand, dass die selbstverantwortlichen Strukturen innerhalb einer Politik des Förderns und Forderns vorwiegend ökonomische, anstatt patientenbezogene Aspekte integrieren.²⁵⁰ Auch Butterwegge kritisiert, dass hinter dem Begriff der Eigenbeteiligung lediglich weitere Zusatzbelastungen der Versicherten zu verstehen seien und führt dies auf die vergangenen Reformen der Gesundheitsreform 2000 und des GMG 2004 zurück.²⁵¹ Diese Kritik verdeutlicht, dass ökonomische Belange einen sehr starken Einfluss auch auf Bereiche des Gesundheitswesens ausüben, die nicht unter unmittelbarem Einfluss des Geldes zu stehen scheinen, wie die Patientenrolle. Aus diesem Grund kommt Geld einer hervorzuhebenden Rolle im Gesundheitswesen über alle Akteure, Ebenen und Sektoren zuteil.

²⁴⁶ Vgl. § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Dieser Paragraf wurde stark diskutiert.

²⁴⁷ Vgl. § 53 SGB V. Vgl. Wille, M./ Koch, E. (2007), S. 36-40.

²⁴⁸ Vgl. § 1 SGB V.

²⁴⁹ Vgl. Dieterich, A. (2007), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=56904>.

²⁵⁰ Vgl. Bauer, U. (2007), S. 105.

²⁵¹ Vgl. Butterwegge, C. (2006), S. 208-219.

Die Problematik, dass der Begriff der Steuerung sowohl aus der allgemeinen Systemtheorie, als auch aus politikwissenschaftlichen Ansätzen abgeleitet werden kann, führt zu einer ungenauen Begrifflichkeit.²⁵² Des Weiteren beeinflusst auch der alltägliche Sprachgebrauch das Verständnis und trägt dazu bei den Begriff der Steuerung zu verbreitern und gleichsam omnipräsent zu gestalten. Um dieser Ungenauigkeit entgegenzuwirken, wird die eingangs erläuterte Definition nach Oberender, wonach Steuerung zielbezogene Instrumente umfasst, die von der Ordnungspolitik eingegrenzt werden, für die folgenden Ausführungen genutzt. Die nachstehenden Kapitel gehen auf die genannten Steuerungsinstrumente der jeweiligen Steuerungskonzepte ein und versuchen damit einen Beitrag zur Konkretisierung des Steuerungsbegriffes zu leisten.

4.2 Zielbezug der Steuerungskonzepte

4.2.1 Steuerungskonzept der öffentlichen Planung

4.2.1.1 Organe und Funktionen der öffentlichen Planung

Im Folgenden werden die drei Steuerungskonzepte näher gehend untersucht und die entsprechenden Steuerungsinstrumente inklusive der angestrebten Wirkungsweise anhand von Beispielen betrachtet. Innerhalb dieses Abschnittes werden mit Hilfe der Beispiele bereits Effekte der Steuerungsmöglichkeiten mit einbezogen. Eine tiefergehende Analyse der Wirkungsweise der Steuerungsinstrumente, vor allem bezogen auf spezifische Stakeholder, wird an späterer Stelle vorgenommen. Die nachfolgende Darstellung des hier verwendeten Analyserasters dient als Hilfsmittel in der gesamten Ausführung. Die Herangehensweise stützt sich auf die Untersuchung ökonomischer Aspekte, die vorwiegend finanzielle Einflüsse integriert. Des Weiteren werden alloкатive und distributive Wirkungen analysiert sowie die Einflüsse auf die Patienten als Leistungsempfänger und auf die Leistungserbringer fokussiert. Ein besonderer Aspekt stellt die Integration der strukturellen Organisation dar. Die Betrachtung beschäftigt sich mit der notwendigen Ausgestaltung und Organisation von Strukturen im Gesundheitswesen. Dieses Raster soll eine dem Gesundheitswesen entsprechende ganzheitliche Betrachtung generieren, die den vollständigen Strang der Gesundheitsleistungen sowie deren Akteure integriert. Zugleich werden mit dem Fokus auf die Ganzheitlichkeit auch alle im Gesundheitswesen bestehenden Ebenen einbezogen und die Erreichung der angestrebten Zielgrößen Wirtschaftlichkeit und Qualität überprüft. Die Einteilung in ökonomische, alloкатive und distributive, personenbezogene sowie strukturelle

²⁵² Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 190.

Aspekte lässt sich jedoch nicht trennscharf verfolgen, da sich die einzelnen Aspekte gegenseitig bedingen und voneinander abhängig sind. Zum Beispiel zeigt sich eine Vermischung von Faktoren u.a. darin, dass bei veränderten Vergütungsstrukturen strukturelle Änderungen vorausgehen, die wiederum Auswirkungen auf ökonomische Belange sowie aus gesellschaftlicher Sicht allokativer Aspekte betreffen, die gleichermaßen auch auf der Mikro-Ebene spürbar sind. Das in die vier Aspekte unterteilte Analyseraster ermöglicht eine Orientierungshilfe, anhand dessen die vorherrschenden Wirkungen ergründet werden können. Das Steuerungskonzept der öffentlichen Planung umfasst den staatlich-administrativen Bereich. Hierzu zählen alle Institutionen des Staates, die dem Begriff der Gebietskörperschaft zugerechnet werden können. Bezogen auf die Gestaltungsebenen in der Gesundheitspolitik findet sich ein Großteil dieser Abgrenzung auf der Makro-Ebene wieder. Wie sich jedoch dem Kapitel 2.1.1.3 entnehmen lässt, können die Bundesländer inklusive ihrer zuständigen Ministerien der Meso-Ebene zugeteilt werden, sobald sie von der übergeordneten Ebene Aufgaben empfangen und diese umsetzen. Im Folgenden wird der Fokus der öffentlichen Planung auf die nationalstaatlichen²⁵³ Institutionen, welche die Gesundheitspolitik beeinflussen und an der Rahmgebung beteiligt sind, gelegt. Zwar können insbesondere die Bundesländer als Akteure auf beiden Ebenen agieren, sobald jedoch die öffentliche Planung als Steuerungskonzept betroffen ist, werden ausschließlich die nationalstaatlichen Stakeholder der Makro-Ebene betrachtet. Dies ergibt sich daraus, dass nur den Akteuren auf dieser den anderen Bereichen übergeordneten Ebene die Festlegung von institutionellen Strukturen sowie alle die Wirtschaftlichkeit und Qualität betreffenden Belangen obliegt. Eine Übersicht über die Ebenen-Hierarchie ermöglicht die Abbildung 18, der zu entnehmen ist, dass die staatliche Ebene die Spitze der Pyramide einnimmt.

²⁵³ Die Betrachtung des supranationalen Einfluss, insbesondere der Wirkungen der EU, erfolgt an späterer Stelle in Kapitel 5.5.



Abbildung 18: Hierarchie der Steuerungskompetenz

Quelle: Neubauer, G. (2002), S. 6.

Aus dieser hervorgehobenen Stellung ergeben sich auch die Aufgaben der Organe der Makro-Ebene. Als den anderen Stakeholdern als rahmengebende Institution übergeordnete Instanz verfügt die staatliche Ebene über die Möglichkeiten einer Kontrollfunktion. Dem Staat obliegt die Festlegung von Regeln und Normen mittels Gesetzen und Verordnungen sowie im Fall der Nichteinhaltung auch Möglichkeiten Sanktionen durchzusetzen. Im Sinne der Steuerung als Lenkung sorgt die staatliche Ebene für die Planung und Abstimmung der zahlreichen Interessen im Gesundheitswesen durch die von ihr festgelegten Rechte und Pflichten. Bis auf die Aufgabe der gesetzgebenden Funktion und damit die Möglichkeit der Festlegung von u.a. Geboten und Verboten, wie es der Abbildung 18 entnommen werden kann, handelt es sich bei der Kontroll-, Abstimmungs-, Informations- und Sanktionsfunktion um Aufgabenbereiche, die basierend auf dem Prinzip der Selbstverwaltung von dieser umgesetzt werden und damit keinen alleinigen hohenheitlichen Aufgabenbereich darstellen. Dies entspricht dem eigentlichen Verständnis von Regulierung, das irrtümlicherweise häufig mit staatlichen Eingriffen verbunden wird. Stattdessen umfasst der Regulierungsbegriff einen prozessualen Ansatz „zur Steuerung von Politikfeldern bzw. Wirtschafts- und Gesellschaftsbereichen, in denen öffentliche, aber nicht unmittelbar hoheitliche Aufgaben ganz oder teilweise durch Dritte wahrgenommen werden.“²⁵⁴ Trotz dieser Einschränkung der Aufgabenbereiche der Makro-Ebene, die zudem u.a. vom Solidaritäts- und Sozialstaatsprinzip beeinflusst wird, obliegt dem Staat in der gesetzgebenden Funktion die Gestaltung und Vorgabe von gesundheitspolitischen Strukturen. Damit bestimmt die staatliche Ebene durch die öffentliche Planung als Steuerungskonzept die Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens, an dem

²⁵⁴ Straubhaar, T. et al. (2006), S. 34.

sich die nachfolgenden Ebenen zu richten haben. Die Möglichkeiten der Einflussnahme hierzu sind zahlreich. Als einen weiteren bisher implizit genannten Aufgabenbereich nimmt die Planung eine besondere Bedeutung ein. Dies ergibt sich auch durch die Bezeichnung des Steuerungskonzeptes der öffentlichen Planung. Planung ist ein in die Zukunft gerichteter Begriff, der nach Luhmann die Strukturierung späterer Entscheidungen mittels festgelegter Entscheidungsprämissen darstellt, wobei konkrete Entscheidungen nicht getroffen werden.²⁵⁵ Als rahmengebende Institution nimmt der Staat auch planerische Aufgaben wahr und versucht unter Beachtung vergangener, bestehender und anzunehmender Entwicklungen eine grobe Richtung vorzugeben, welche auf die Ziele abgestimmt wird. Der Begriff der Politischen Planung, der insbesondere in den 1970iger Jahren hervortrat, wird innerhalb der politikwissenschaftlichen Theorie von dem Begriff der Politischen Steuerung abgelöst. Diese Entwicklung hin zur Steuerungstheorie ermöglicht die Integration von Akteuren und Adressaten.²⁵⁶ Zwar gehört die Planung nach wie vor zum Aufgabenspektrum staatlicher Organe, jedoch rücken mit dem Fokus auf die Steuerung die Stakeholder und der Netzwerkcharakter, der besonders im Gesundheitswesen eine hervorzuhebende Rolle spielt, ins Zentrum der Betrachtung.

4.2.1.2 Steuerungsinstrumente und Anreizwirkungen der öffentlichen Planung

Nachdem im Vorfeld die Organe bzw. Stakeholder sowie deren Aufgaben innerhalb des Steuerungskonzeptes der öffentlichen Planung benannt worden sind, stehen nun die Steuerungsinstrumente im Fokus der Betrachtung. Zur begrifflichen Abgrenzung können Kaufmann und Rosewitz herangezogen werden, die Instrumente im Bezug zur Analyse als Möglichkeiten der Klassifikation politischer Maßnahmen nach der Art ihrer Wirkungsweise bezeichnen.²⁵⁷ Das folgende Steuerungsinstrumentarium basiert auf einer Zusammenstellung von Rosewitz und Schimank, kombiniert mit den Einflussinstrumenten nach Scharpf.²⁵⁸ Beide Ausarbeitungen lassen sich in eine Klassifikations-Forschung, die seit den 1970iger Jahren in Deutschland begann, einbetten.²⁵⁹

²⁵⁵ Vgl. Luhmann, N. (1971), S. 67f.

²⁵⁶ Vgl. Burth, H.-P./ Görlitz, A. (2001), S. 9.

²⁵⁷ Vgl. Kaufmann, F.-X./ Rosewitz, B. (1983), S. 36.

²⁵⁸ Vgl. Rosewitz, B./ Schimank, U. (1988), S. 322. Vgl. Scharpf, F. W. (1976), S. 15.

²⁵⁹ Als einer der ersten Forschungen im deutschsprachigen Raum stellte Offe 1975 seine „Methoden der politischen Steuerung“ vor. Vgl. Offe, C. (1975), S. 85-100. Scharpf und Mayntz bauten darauf auf und stellten in den späten 70iger und frühen 80iger Jahre ihre Einflussfaktoren des Staates vor. Vgl. Scharpf, F. W. (1976), S. 15. Vgl. Mayntz, R. (1980), S. 5-7. Vgl. Kaufmann, F.-X./ Rosewitz, B. (1983), S. 37-39.

Die Steuerungsinstrumente des Staates, die der Politischen Steuerung zugeordnet werden können, umfassen:

1. Unmittelbare Leistungserbringung durch den Staat.
2. Mittelbarer Zugriff auf die Stakeholder durch die Bereitstellung von Infrastruktur-Vorleistungen.
3. Unmittelbarer Zugriff auf die Stakeholder mittels Geboten und Verboten durch Zwangsgewalt.
4. Mittelbarer Zugriff auf die Stakeholder durch positive und negative finanzielle Anreize in Form von bspw. Subventionen und steuerlichen Belastungen.
5. Übertragung von Steuerungsaufgaben inklusive der prozeduralen Steuerung.
6. Überzeugungsmaßnahmen in Form von Aufklärung, Information und Solidarappellen.

Die Auflistung von Steuerungsinstrumenten von Roswitz und Schimank wurde mit der Darstellung von Scharpf ergänzt, um die jeweiligen Vorteile der beiden Darstellungen zu kombinieren. Scharpf stellt die Instrumente konzentriert dar und beschränkt sich somit auf wesentliche Steuerungsmöglichkeiten. Zugleich weist die von Scharpf vorgenommene Unterteilung starke Ähnlichkeiten zu späteren Ausarbeitungen in dieser Thematik, wie sie bspw. von Mayntz vorgenommen worden sind, auf. Rosewitz und Schimank dagegen integrieren innerhalb der Unterteilung der Instrumente neben möglichen Anwendungen auch weitere Gliederungspunkte, wie die prozedurale Steuerung und die Delegation als verordnete Selbststeuerung, verzichten jedoch auf die Erwähnung der unmittelbaren Leistungserbringung.

Die Begrifflichkeit der Infrastruktur beinhaltet nach Offe die Produktion von Gütern und Dienstleistungen, die vom Staat initiiert werden.²⁶⁰ Damit zählen auch flankierende staatliche Maßnahmen neben der unmittelbaren Leistungserstellung des Staates zu der Sicherstellung wichtiger öffentlicher Güter und Ressourcen. Auch Braun und Giraud gehen von dieser Zuordnung aus und ergänzen die Systematisierung der Steuerungsinstrumente um die Beeinflussung gesellschaftlichen direkten und indirekten Handelns, innerhalb dessen alle weiteren genannten staatlichen Steuerungsinstrumente eingeordnet werden können.²⁶¹ Nach der Kategorisierung von Braun und Giraud gehört die prozedurale Steuerung zu den

²⁶⁰ Vgl. Offe, C. (1975), S. 85.

²⁶¹ Vgl. Braun, D./ Giraud, O. (2003), S. 149-156.

Steuerungsinstrumenten, die der Beeinflussung gesellschaftlichen Handelns zugeschrieben werden kann. Die beiden Autoren ordnen zudem den von Offe geprägten Begriff der prozeduralen Steuerung der Unterkategorie der indirekten Steuerung zu.²⁶² Nach Offe orientiert sich die prozedurale Steuerung am Modus von Entscheidungen. Der Staat schafft mittels dieses Steuerungsinstrumentes Verhandlungssysteme und stützt durch institutionalisierte Regelungen die Interaktionen in diesem System. Rosewitz und Schimank separieren entgegen der oben durchgeführten Auflistung der Steuerungsinstrumente die prozeduralen Steuerungsmaßnahmen von der Delegation von Steuerungsaufgaben. Die Autoren deuten damit die Problematik an, dass sich durch die vom Staat übertragene Selbststeuerung eigene Zielbestrebungen der ausführenden Stakeholder einstellen, die sich nicht mehr mit den Zielvorgaben der öffentlichen Planung decken. Bezogen auf die Definition der Strukturierung als indirektes Steuerungsinstrument nach Görlitz, der u.a. die Rahmgebung des Staates in diese Gruppierung integriert, steht das Bestreben des Staates steuernd auf das Verhalten der Stakeholder im Gesundheitswesen einzuwirken im Vordergrund.²⁶³ Die sich hieraus ergebenden Schwierigkeiten in Form einer Durchsetzung der ausführenden Interessen vor den Zielen der öffentlichen Planung sind Teil der Problematik als indirektes Steuerungsinstrument. Es lässt sich bezweifeln, dass eine Trennung der prozeduralen Steuerung von der Delegation die dysfunktionalen Wirkungen besser wiedergeben kann. Aus diesem Grund wurde oben die Übertragung von Steuerungsaufgaben nicht von der prozeduralen Steuerung getrennt. Die Aufgabendelegation der Makro-Ebene beinhaltet im Folgenden die prozedurale Steuerung, welche die Rahmgebung des Staates integriert. Fürst betont in der Erläuterung des Begriffs der prozeduralen Steuerung, dass es sich hierbei im Gegensatz zu hierarchischen Verfahren um eine Steuerungsvariante handelt, welche die Stakeholder integriert. Fürst führt an, dass aufgrund der Beeinflussung des Handelns der betroffenen Stakeholder durch die prozedurale Steuerung die Kontextbedingungen eine Veränderung erfahren.²⁶⁴ Anhand dieses Steuerungsinstrumentes lässt sich die Unterscheidung des analytischen Instrumentenansatzes in den Kontext Ansatz und in den Klassischen Ansatz verdeutlichen. Innerhalb des Klassischen Ansatzes wird davon ausgegangen, dass die intrinsischen Eigenschaften der Instrumente die Steuerung im Sinne einer Ziel-Mittel-Rationalität vorgeben. Diese alleinige Beeinflussung der Instrumente auf die Steuerung gilt als hauptsächliche Kritik an dem Klassischen Ansatz, der andere Einflussfaktoren nicht mit einbezieht. Der Kontext Ansatz erweitert aufgrund der Integration

²⁶² Vgl. Braun, D./ Giraud, O. (2003), S. 155f. Vgl. Offe, C. (1975), S. 93f.

²⁶³ Vgl. Görlitz, A. (1995), S. 132.

²⁶⁴ Vgl. Fürst, D. (2006), S. 185.

von beeinflussenden Faktoren den streng institutionalisierten Klassischen Ansatz. Mit den Basistypen Regulierung, ökonomische Mittel und Informationen werden dem Staat Instrumente zur Verfügung gestellt, die verfahrensbedingt spezifizierbar ausgestaltet werden können. Dabei geht der Kontext Ansatz nicht davon aus, dass die Eigenschaften der Instrumente strukturierend wirken, sondern, wie Fürst innerhalb der prozeduralen Steuerung betont, die Stakeholder Einfluss auf die Steuerungsinstrumente ausüben und diese sogar selektieren. Die Ergänzung des Klassischen Ansatzes um den Einfluss von Kontextvariablen im Kontext Ansatz ermöglicht die Eingliederung von Beziehungen und Werten der Stakeholder. Damit werden innerhalb einer Fokussierung subjektiver Prozesse sowohl Lernprozesse, als auch die Beziehungen und Verflechtungen der Akteure im Sinne von Netzwerken beachtet und einbezogen. Entgegen der Ausführungen von Burth und Starzmann wird das Kriterium der ‚Zielerreichung‘ in dieser Ausarbeitung nicht durch das Kriterium der ‚Angemessenheit‘ ersetzt, sondern bezugnehmend auf den vorwiegenden ergänzenden Charakter des Kontext Ansatzes erweitert. Burth und Starzmann führen als Begründung für die Kompensation der Zielerreichung durch die Angemessenheit die durch den Kontext Ansatz in den Vordergrund getretene Flexibilität und Subjektivität an.²⁶⁵ Durch die im Folgenden vertretene Erweiterung des Zielbezugs um das Selektionskriterium der Angemessenheit soll die im Sinne des Kontext Ansatzes bestehende Betonung der Netzwerke und der Dynamik gleichermaßen beachtet werden. Insbesondere im Gesundheitswesen stellt die Kombination beider Kriterien eine sinnvolle Ergänzung dar. Einerseits werden die Beziehungen und Verflechtungen zwischen den einzelnen Stakeholdern berücksichtigt, andererseits die Ziele der Wirtschaftlichkeit und Qualität eingefügt. Auch unter Beachtung des Zielbezugs der Steuerung ergibt sich die notwendige Kombination der beiden Selektionskriterien innerhalb der öffentlichen Planung.

Im Folgenden werden die auf der Seite 120 angeführten Steuerungsinstrumente des Staates auf das Gesundheitswesen bezogen. Hierzu sollen anhand von Beispielen die einzelnen Instrumente veranschaulicht und ihre angestrebte Wirkungsweise anhand des Analyserasters, das ökonomische, allokativen und distributiven, personenbezogenen und strukturellen Aspekte integriert, untersucht werden.

Eine Möglichkeit der Staatsintervention stellt die unmittelbare Leistungserbringung durch den Staat dar. Auf das Gesundheitswesen bezogen kann eine eindeutige Zuordnung zu diesem

²⁶⁵ Vgl. Burth, H.-P./ Starzmann, P. (2001), S. 49-57.

Kriterium nur bedingt erfolgen. Am ehesten lassen sich die Gesundheitsämter bzw. Gesundheitsbehörden, die u.a. Aufgaben der Hygieneüberwachung sowie des Infektionsschutzes übernehmen der unmittelbaren staatlichen Leistungserbringung zuordnen. Als Teilbereich des öffentlichen Gesundheitswesens übernehmen sie Aufgaben auf der lokalen bzw. regionalen Ebene und zählen somit nicht zu der Makro-Ebene. Aufgrund der im Vorfeld vorgenommenen Einschränkung der Stakeholder auf den Makro-Bereich können die Gesundheitsämter bzw. Gesundheitsbehörden als ausführende Organe nicht innerhalb des Steuerungskonzeptes der öffentlichen Planung eingegliedert werden. Die Problematik einer ähnlich mangelnden präzisen Zuordnung zu dem Steuerungsinstrument der unmittelbaren Leistungserbringung durch den Staat im Gesundheitswesen zeigt sich auch im Bereich der Vorschriften, Vorgaben und Gesetze. Dementsprechend übt der Staat mit Hilfe des Steuerungsmediums Recht, bspw. durch die staatliche Approbationsordnung, Einfluss auf die ärztlichen Stakeholder sowie auf die Qualität aus. Jedoch fällt insbesondere innerhalb der ärztlichen Weiterbildung die Verantwortung hierzu an die jeweiligen Ärztekammern. Zwar liegt die Ermächtigung der Erteilung der Approbation vorwiegend bei den zuständigen Gesundheitsbehörden, jedoch können sie aus dem oben genannten Grund nicht der Makro-Ebene und damit dem Steuerungskonzept der öffentlichen Planung zugeteilt werden.²⁶⁶

Der Bereich der Gesetze und Verordnungen, der durch das Steuerungsmedium Recht ausschließlich dem Staat vorbehalten ist, kann mehreren Steuerungsinstrumenten der öffentlichen Planung zugeordnet werden. Nachdem eine eindeutige Zuteilung von Instrumenten des Gesundheitswesens der unmittelbaren Leistungserbringung nicht erfolgt ist, zeigt sich eine ähnliche Problematik der mangelnden eindeutigen Zuordnung der Steuerungsinstrumente auch bei den vom Staat vorgegebenen gesetzlichen Vorschriften bezüglich weiterer Einflussfaktoren. Die bereits oben angesprochene Approbation soll diese Überlappung von Instrumenten verdeutlichen. Durch die vom Gesetzgeber festgelegte staatliche Approbationsordnung besteht die Verpflichtung den Vorgaben zur Zulassung als Arzt entsprechen zu müssen. Somit wurde mittels der Zwangsgewalt des Staates ein Verbot für Personen ausgesprochen, die dieser Ordnung nicht entsprechen. Ein Großteil der Kontrolle dieser Verordnung wird jedoch bei bspw. ärztlichen Fort- und Weiterbildungen von den entsprechenden Ärztekammern durchgeführt. Damit wird das Steuerungsinstrument der Aufgabendelegation mit einbezogen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die

²⁶⁶ Einen Sonderfall bei der Anerkennung der Approbation stellt Niedersachsen dar. In diesem Bundesland ist die Approbationsbehörde seit dem 01.04.2006 der Ärztekammer angesiedelt. Vgl. Bundesärztekammer (2006), <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169&all=true#approbation>.

Approbationsordnung als Beispiel für Gesetze und Verordnungen des Staates nicht eindeutig einem Steuerungsinstrument zugeteilt werden kann. Stattdessen finden sich Elemente mehrerer staatlicher Einflussmechanismen innerhalb bestimmter Instrumente wieder. Der gemeinsame Ausgangspunkt der einzelnen Mechanismen wird durch den Zielbezug vorgegeben und ist aus diesem Grund von besonderer Bedeutung. Durch die Approbation sowie auch weiterer qualitätsbetreffender Vorgaben im Gesundheitswesen konstruiert der Staat eine Marktzutrittsbarriere in Form eines Mindeststandards.²⁶⁷ Die Einhaltung dieser Barriere bezieht strukturelle Aspekte mit ein. Eine entsprechende Organisation der Gesundheitsbehörden bzw. Gesundheitsämter sowie der einzelnen Ärztekammern wird somit vorausgesetzt. Zugleich werden durch den Eingriff in die Marktstruktur und damit auch in das Verhalten einzelner Stakeholder mittels Mindeststandards allokativen und distributiven Effekte erzielt. Der Staat versucht mit Hilfe von Mindeststandards die Informationsasymmetrie abzubauen bzw. zu verringern. Ohne die Approbation besteht für den Patienten die Unsicherheit über die berufliche Qualifikation des von ihm aufgesuchten Arztes. Durch die Sicherheit der Einhaltung der Zulassung wird ein Mindeststandard generiert, der das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient zwar nicht aufhebt, jedoch wesentlich reduziert. Somit handelt es sich bei der Approbation um eine Einschränkung der freien Berufsausübung des Arztes zugunsten der Sicherheit der Bevölkerung. Benz geht davon aus, dass je intensiver eine solche ‚Verrechtlichung‘ als eine Freiheitseinschränkung empfunden wird, umso eher ergeben sich aus dem Steuerungsmittel ‚Recht‘ für den Staat negative Wirkungen. Darüber hinaus betont der Autor, dass die Adressaten dieses Instrumentes in einem Beziehungsgeflecht einbezogen sind und dass dieser Zustand insbesondere bei der Gestaltung von sozialen Tatbeständen zu Problemen führen kann. Um dem entgegen zu wirken, müssen Abwägungsprozesse zwischen den politischen Implementeuren und den Adressaten der Rechtsvorschriften erfolgen.²⁶⁸

Ein weiteres Steuerungsinstrument stellt den mittelbaren Zugriff der Stakeholder durch die Bereitstellung von Infrastruktur-Vorleistungen dar. Hierzu zählt die Sicherstellung wichtiger öffentlicher Ressourcen und Güter. Auf das Gesundheitswesen bezogen kann beispielhaft die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder herangezogen werden. Innerhalb dieser dualen Finanzierung obliegt es dem Staat für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser die Krankenhauskapazitäten finanziell vorzuhalten. Es

²⁶⁷ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 319f.

²⁶⁸ Vgl. Benz, A. (2008), S. 253f. Vgl. Mayntz, R. (1983), S. 65-69.

handelt es sich hierbei um den Krankenhausbau, die Erstausrüstung der Kliniken sowie der Neubeschaffung von Anlagegütern.²⁶⁹ Die laufenden Betriebskosten werden nicht von den zuständigen Ländern übernommen, sondern von den Krankenkassen gezahlt. Mit Hilfe der Investitionsfinanzierung sowie dem Krankenhausplan übt der Staat durch die Länder Einfluss auf die einzelnen Krankenhäuser aus. Der Staat entscheidet über die Anzahl erforderlicher Krankenhäuser, die notwendige Bettenzahl und durch die Investitionsfinanzierung auch über die Ausstattung der Kliniken. Die Ziele stellen neben einer wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung dar, die auch aufgrund des hierzu benötigten beachtlichen Mittelbedarfs ökonomischen Ansprüchen genügen müssen. Gestützt wird diese Aussage durch die stetig sinkenden Bettenzahl der Krankenhäuser.²⁷⁰ Des Weiteren werden insbesondere durch den Krankenhausplan verteilungspolitische Aspekte einbezogen, die nicht zwangsweise dem Marktmechanismus entsprechen müssen. Dies zeigt sich auch darin, dass sich die Planung am Angebot und nicht am Bedarf selbst ausrichtet.²⁷¹ Zugleich zielt der Anspruch der Bedarfsgerechtigkeit darauf ab, im Fall des Krankenhausplans eine flächendeckende Versorgung über das gesamte Bundesgebiet anzustreben. Befürworter der dualen Finanzierung betonen die Gewährleistungspflicht einer optimalen Versorgungssituation der Bevölkerung durch den Staat und benennen die Übernahme der Versorgungsverantwortung als öffentliche Aufgabe.²⁷² Zugleich wird an einer monistischen Krankenhausfinanzierung, in der die Finanzierung der Betriebs- und Investitionsausgaben ausschließlich von den Krankenversicherungen übernommen wird, kritisiert, dass die Umstellung auf dieses System mit ökonomischen Einbußen verbunden wäre und die Mittelaufbringung fragwürdig sei.²⁷³ Aufgrund der bisherigen fehlenden Alternativen zur dualen Finanzierung halten die Bundesländer und das Bundesgesundheitsministerium an der heutigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung durch die Länder fest. Insbesondere der Deutsche Landkreistag betont, dass mit dem Beginn der Monistik die Steuerungsmöglichkeit durch die Länder auf die Krankenhäuser und die stationäre Versorgung ein Ende erfahren würde.²⁷⁴ Trotz der Erkenntnis über staatliche

²⁶⁹ Vgl. § 4 KHG. Vgl. § 9 KHG.

²⁷⁰ 1991 gab es je 100000 Einwohner 832 Betten, die 2007 auf 616 Betten je 100000 Einwohner reduziert worden sind. Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a), <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml>.

²⁷¹ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2008), http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C46687012_L20.pdf.

²⁷² Vgl. Rosenbrock, R./ GERlinger, T. (2006), S. 163.

²⁷³ Vgl. Neubauer, G./ Beivers, A. (2008), S. 68-70. Vgl. Felder, S./ Fetzer, S./ Wasem, J. (2008), S. 145f.

²⁷⁴ Vgl. Deutscher Landkreistag (2007), S. 1 und S. 7.

Steuerungsverluste durch den Umstieg auf die Monistik, besteht eine nahezu einheitliche Auffassung über die ökonomischen Vorteile dieser Art der Krankenhausfinanzierung.²⁷⁵ Auch Rürup kommt in der Expertise „Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ausgearbeitet wurde, zu dem Ergebnis, dass ein solcher Umstieg weg von der dualen Finanzierung allen Beteiligten Vorteile sichern würde. Insbesondere bei Betrachtung des Erfolgs privater Krankenhausträger im Bezug auf Investitionen und des seit Jahren stetig sinkenden Investitionsförderungsbetrag der Länder stellt die Umstellung nach Rürup einen notwendigen Schritt dar. Zugleich fördert die duale Krankenhausfinanzierung die Sektoralisierung im Gesundheitswesen und gibt die relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht korrekt wieder.²⁷⁶ Dieses Beispiel für die Bereitstellung der Investitionsförderung als Infrastruktur-Vorleistung im stationären Sektor durch die Länder zeigt, dass staatliche Steuerungsinstrumente durchaus ökonomischen Zielsetzungen entgegen stehen können. Momentan wird mit der dualen Finanzierung der mittelbare Zugriff auf die Stakeholder, in diesem Fall die Akteure der stationären Versorgung, zugunsten verteilungspolitischer Aspekte und Versorgungsansprüche generiert. Die ununterbrochene Diskussion zu dieser Thematik zeigt jedoch auch, dass sich diese Möglichkeit der staatlichen Einflussnahme insbesondere aufgrund finanzieller Aspekte und damit auch des Anspruchs der Wirtschaftlichkeit rechtfertigen muss. Eine Veränderung der Investitionsfinanzierung wird immer wahrscheinlicher. Gemeinsam mit dem Steuerungsinstrument der unmittelbaren Leistungserbringung zählt das Steuerungsinstrument des mittelbaren Zugriffs durch die Bereitstellung von Infrastruktur-Vorleistungen zu den Eingriffsmöglichkeiten des Staates Marktversagen mittels staatlicher Bereitstellung anzugehen. Dieser staatliche Eingriff durch bspw. die duale Finanzierung geht einher mit dem Vorliegen externer Effekte, die das Ausschlussprinzip des Marktes nicht zulassen. Eine Ursache für das Vorliegen des Nicht-Ausschlussprinzips begründet sich durch politische Entscheidungen, die auf verteilungspolitischen Aspekten basieren. Im hier vorliegenden Beispiel führen die ökonomische Sicherung der Kliniken sowie die bedarfsgerechte stationäre Gesundheitsvorsorge zur politisch hervorgerufenen Aushebelung des Ausschlussprinzips. Zugleich impliziert die damit auch einhergehende Kollektivgutproblematik Steuerungsprobleme. Fritsch, Wein und Ewers benennen die Schwierigkeiten der Feststellung der bereitzustellenden Menge bzw. die Treffsicherheit des Eingriffs, die problematische

²⁷⁵ Vgl. Neubauer, G./ Beivers, A. (2008), S. 70. Vgl. Felder, S./ Fetzer, S./ Wasem, J. (2008), S. 145-147.

²⁷⁶ Vgl. Rürup, B. (2008), S. 5-20.

Preisbildung sowie im Fall der privaten Produktion von öffentlichen Leistungen die mangelnden Kontrollmöglichkeiten des Staates.²⁷⁷ Bezugnehmend auf das Beispiel der dualen Finanzierung deutet der „Investitionsstau“ der Kliniken auf Steuerungsprobleme durch die staatliche Bereitstellung hin.

Der unmittelbare Zugriff auf die Stakeholder mittels Geboten und Verboten in Form von Zwangsmaßnahmen wurde bereits kurz am Beispiel der Approbationsordnung vorgestellt. In diesem Fall besteht das Gebot für Ärzte den Vorgaben dieser Ordnung zu entsprechen, um als praktizierender Mediziner zugelassen zu werden. Nach Mayntz stellen Gebote und Verbote neben Genehmigungspflichten und Strafandrohungen das Instrumentarium der Zwangsmaßnahmen des Staates dar. Es handelt sich hierbei um regulative Politik, welche Handlungsanforderungen verbindlich festlegt.²⁷⁸ Das Ziel der Vorschriften besteht darin, das Verhalten der Stakeholder dahingehend zu verändern, dass die erwünschten Effekte erreicht werden. Dieses Steuerungsinstrument unterscheidet sich im Vergleich zu den anderen Einflussmechanismen diesbezüglich nicht. Jedoch ergeben sich durch die Möglichkeit der Sanktionsandrohung Potentiale unmittelbaren Zugriff auf die Stakeholder zu erhalten. Steuerungsprobleme treten durch die Schwierigkeit das Verhalten der Stakeholder in die erwünschte Richtung zu lenken auf. Mayntz identifiziert hierzu Probleme im Bezug auf die Vorschriften, die Sanktionsandrohungen sowie die Kontrolle. Demnach müssen bei der Entwicklung von Vorschriften die Adressaten und operationale Bedingungen beachtet werden. Bei der Formulierung der Sanktionsandrohung sollten die Glaubwürdigkeit sowie ein angemessenes Ausmaß der Wirkung gewährleistet sein. Die Kontrolle der Zwangsmaßnahmen stellt eine besondere Schwierigkeit dar. Aufgrund der Problematik der Erfassbarkeit und Messbarkeit im Bezug auf die Zielerreichung ergeben sich hohe Ansprüche an die regulative Politik.²⁷⁹ Insbesondere das Problem der Kontrolle nimmt im Steuerungskonzept der öffentlichen Planung im Speziellen und im Gesundheitswesen im Allgemeinen einen besonderen Stellenwert ein. Im Fall von Vorschriften, wie auch Gesetzen und Verordnungen, obliegt dem Staat in der gesetzgebenden Funktion die alleinige Aufgabenhoheit. Die Verwirklichung der Kontrolle sowie die Überprüfung und Durchführung der Sanktionsmechanismen befindet sich vorwiegend außerhalb des Einflussbereichs des Staates. Aufgrund der genannten eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten durch den Staat ergibt sich auch die Überlegung der Aktualität von Zwangsmaßnahmen. Bezogen auf den

²⁷⁷ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 115-118.

²⁷⁸ Vgl. Mayntz, R. (1979), S. 56.

²⁷⁹ Vgl. Mayntz, R. (1979), S. 66-68.

aufgezeigten Wandel der Patientenrolle hin zu mehr Verantwortungsübernahme, der in Kapitel 4.1 auf der Seite 115 kurz behandelt worden ist, stellt sich die Frage, inwiefern Gebote und Verbote, neben der mangelnden Überprüfbarkeit durch den Staat, der verstärkten Mitverantwortung der Patienten gerecht werden können. Vor dem Hintergrund des Kontext Ansatzes lässt sich die Angemessenheit als ein Selektionskriterium für Steuerungsinstrumente identifizieren. Nicht nur die Angemessenheit der Zwangsmaßnahmen, welche auf die Patienten wirken, sondern auch die Wirkungen auf weitere Stakeholder, wie die Leistungserbringer und Kostenträger, bleibt zu überprüfen. Ähnlich zu Mayntz kritisieren auch Fritsch, Wein und Ewers Gebote und Verbote als nur bedingt einsetzbare staatliche Einflussmechanismen. Die Autoren beanstanden so einerseits die Schwierigkeiten einer optimalen Eingriffsintensität und andererseits die Trägheit von Vorschriften, die sich den zeitlich variablen Gegebenheiten nicht anpassen können. Aufgrund dieser Starrheit von Zwangsmaßnahmen bestehen keine Anreize innovative Strategien zur Beseitigung der Missstände zu entwickeln.²⁸⁰ Abschließend lässt sich beispielhaft für das Steuerungsinstrument des unmittelbaren Zugriffs auf Stakeholder durch Zwangsmaßnahmen die durch das GKV-WSG 2007 eingeführte Versicherungspflicht nennen. Seit dem 01. April 2007 besteht für alle gesetzlich Versicherte und seit dem 01. Januar 2009 auch in der privaten Krankenversicherung die Pflicht zum Abschluss einer Versicherung. Es handelt sich in dieser Verordnung um eine Zwangsmaßnahme des Staates, da bei einer Verletzung dieser Pflicht eine Sanktionsandrohung besteht. Das Strafmittel umfasst bei Inanspruchnahme der Krankenversicherung die Rückzahlung aller bis dahin nicht geleisteter Versicherungsbeiträge.²⁸¹ Die Zwangsmaßnahme der Versicherungspflicht kann dazu beitragen die Schwierigkeiten der Informationsasymmetrie auszugleichen und der Trittbrettfahrer-Problematik zu entgehen.²⁸² Ökonomische Nachteile können mit der Versicherungspflicht eingedämmt werden, sobald die Gesellschaft das humanitär motivierte Leistungsversprechen abgegeben hat.²⁸³ Hieraus ergeben positive gesamtgesellschaftliche Effekte im Bereich der Mittelverwendung und einer gerechteren Belastung der Solidargemeinschaft. Finanziell überschaubar wirkt sich auch der Kontrollaufwand aus, da die

²⁸⁰ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 121f.

²⁸¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2009a), http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/V/Glossarbegriff-Versicherungspflicht.html?__nnn=true.

²⁸² Vgl. Kapitel 2.3, S. 42f.

²⁸³ Dies setzt zusätzlich voraus, dass Unsicherheit über den zukünftigen Krankheitszustand und die individuelle wirtschaftliche Situation besteht. Ansonsten kann eine Versicherungspflicht dazu führen, dass Wohlfahrtsverluste entstehen, sobald Versicherte mit einem niedrigen Krankenversicherungsschutz zu einer höheren und damit kostenintensiveren Versicherung gezwungen werden. Vgl. Straubhaar, T. et al. (2006), S. 50-52. Vgl. Pimpertz, J. (2001), S. 78-85.

Sanktion mit Inanspruchnahme von Leistungen greift. Sobald ein Krankheitszustand eintritt, folgt die Überprüfung der Versicherung. Somit ergeben sich für die Krankenkassen, in deren Aufgabenbereich diese Kontrollmaßnahmen fallen, kaum organisatorische und somit auch ökonomische Zusatzbelastungen. Auch bei diesem Steuerungsinstrument der öffentlichen Planung liegt die Überprüfung und Durchführung der vom Staat initiierten Zwangsmaßnahmen außerhalb des staatlichen Hoheitsbereichs.

Der mittelbare Zugriff auf die Stakeholder durch positive und negative finanzielle Anreize in Form von Subvention und steuerlichen Belastungen stellt ein weiteres Steuerungsinstrument der öffentlichen Planung dar. Im Vergleich zum Steuerungsinstrument der Zwangsmaßnahmen verfügt die Internalisierung externer Effekte mit Hilfe von Steuern und Subventionen über Anreizwirkungen innovative Strategien zur Beseitigung bzw. Vermeidung bestehender Mängel zu entwickeln. Doch unter dem Aspekt der Treffsicherheit dieses Steuerungsinstrumentes treten Schwierigkeiten auf. Um dieses Instrument optimal einsetzen zu können, müssen dem Staat die Grenzvermeidungskosten bekannt sein, um den richtigen Steuer- bzw. Subventionssatz festlegen zu können. Dies setzt voraus, dass auf alle individuellen Grenzvermeidungskosten zurück gegriffen werden kann, die von der Steuer bzw. der Subvention betroffen sind. Zugleich müssen die zeitlich veränderbaren Verläufe und Entwicklungen der individuellen Grenzvermeidungskosten über den gesamten Zeitverlauf verfolgt werden, um die Steuer- bzw. Subventionssätze anpassen zu können. Eine weitere Steuerungsproblematik besteht im Fall der Internalisierung negativer externer Effekte durch eine Subvention. Zum einen sinkt mit diesem Instrument der Anreiz bei niedrigen Grenzvermeidungskosten die Entstehung innovativer Verfahren zu fördern, zum anderen erlangen die Verursacher des negativen Effekts eine Mittelzuwendung. Eine solche Ressourcenverwendung kann Allokationsverzerrungen und Wohlfahrtsverluste begründen.²⁸⁴ Diese sehr allgemein und theoretisch gehaltene Erläuterung von Steuerungsproblemen mittels finanziellen Anreizen kann im Bezug auf das Gesundheitswesen nicht deckungsgleich übertragen werden. Eine direkte Subventionierung bzw. Besteuerung von Gesundheitsleistungen stellt eine Ausnahme dar. Aufgrund des intensiven Netzwerkcharakters des Gesundheitswesens, des ‚Dreiecksverhältnisses‘ zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und Versicherten sowie der hohe Anteil an vom Staat delegierte Aufgaben begründen die nicht geradlinigen Wirkungen von finanziellen Anreizen

²⁸⁴ Die Ausführungen beruhen auf dem Preis-Standard-Ansatz. Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 122-134.

durch die öffentliche Planung. Aus diesem Grund hat das Steuerungsinstrument zur Folge, dass es sich lediglich um mittelbare Zugriffe auf die Stakeholder des Gesundheitswesens durch den Staat handelt. Hieraus folgt, dass Wirkungen der finanziellen Anreize im Vorfeld nur schwer vorausgesagt werden können. Benz geht in diesem Zusammenhang davon aus, dass Steuerungsunsicherheiten insbesondere dann entstehen, je generalisierter die durch Geld entstandenen Leistungen sind.²⁸⁵ Im Folgenden sollen beispielhaft anhand von Budgets im stationären Sektor die vom Staat vorgegebenen finanziellen Anreize als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen betrachtet werden. Innerhalb der Krankenhausfinanzierung treffen jährlich die Krankenhausträger und die Krankenkassen zu Budgetverhandlungen zusammen, um das flexible Budget für ein Jahr prospektiv zu verhandeln. Überschreiten Krankenhäuser das vereinbarte Budget, behalten sie lediglich den Betrag, der für die Deckung zusätzlich entstandener variabler Kosten notwendig ist. Die Kliniken leisten einen sog. Mehrerlösausgleich zu festgelegten Prozentsätzen an die Krankenkassen. Umgekehrt findet ein Mindererlösausgleich zu ebenfalls festgelegten Prozentsätzen bei Nichterreichen des Budgets an die Kliniken zur Deckung der Fixkosten statt. Auch in diesem Beispiel werden die Budgetverhandlungen zwischen Kliniken und Krankenkassen unter Ausschluss der öffentlichen Planung durchgeführt. Doch wie in den Beispielen zuvor obliegt dem Staat in der Funktion der öffentlichen Planung die gesetzliche Rahmgebung und damit die Vorgabe für Budgets. Die festgelegten Ausgabenobergrenzen sind einerseits mit einem hohen organisatorischen Aufwand aufseiten der verhandelnden Parteien verbunden und spiegeln andererseits die an die Kliniken gestellten Ansprüche innovationsfähig und wirtschaftlich zu agieren nicht wieder.²⁸⁶ Insbesondere vor dem Aspekt Krankenhäuser als wirtschaftliche Betriebe zu führen und damit auch auf Veränderungen und dynamische Prozesse einzugehen und sie mit zu bestimmen, wirken Budgets starr und dieser Entwicklung entgegen. Zugleich erhalten Kliniken, die vom Mindererlösausgleich profitieren die Möglichkeit zumindest ihre Fixkostenbeiträge zu decken. Auch in diesem Fall stehen die gemeinschaftlichen verteilungspolitischen Interessen ökonomischer Unabhängigkeit entgegen. Die Krankenhausfinanzierungsplanung erfolgt durch die Festsetzung von Erlösbudgets in der Regel ein Jahr im Voraus. Aufgrund dieser starren Vorgabe ermöglichen die Mehr- und Mindererlösausgleiche Veränderungen der Art und Menge der Leistungserbringung aufzufangen. Seit 2009 beträgt der Mehrerlösausgleich erstmals 100 %. Da Prognosen, wie das Gutachten über die „wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern 2008 und 2009“ vom

²⁸⁵ Vgl. Benz, A. (2008), S. 254.

²⁸⁶ Vgl. Huckle, D./ Kuntz, L./ Wuttke, R. (2008), S. 108-111.

rheinisch-westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, davon ausgehen, dass die Fallzahlen bundesweit ansteigen, ist somit eine vollständige Begleichung der Erlösbudgets zwischen den Krankenhäusern mit Anspruch auf Mehr- bzw. Minderausgleich nicht möglich. Das Institut prognostiziert, dass die Hälfte der Fälle der Mehrerlöse vom Krankenhaus unentgeltlich durchgeführt werden bzw. das Preisniveau und somit den Landesbasisfallwert verringern.²⁸⁷ Anhand dieser Ausführung lässt sich darlegen, dass die Wirkungen der Budgets als Mittel der öffentlichen Planung mit Hilfe anderer Mechanismen, wie in diesem Fall durch den Mehrerlösausgleich, weitere Einflussinstrumente notwendig machen. Oberender befürchtet in diesem Zusammenhang den Beginn einer ‚Interventionsspirale‘.²⁸⁸ Ein Anfang einer solchen nahezu unendlichen Verkettung von staatlichen Einflussmechanismen deutet sich bereits durch die Festlegung von Erlösbudgets an, deren Auswirkungen durch den Mehr- bzw. Minderausgleich reguliert werden sollen. Die Steuerungsinstrumente des Staates verbindet, dass sie durch den Eingriff Wirkungen erzeugen, die nicht immer mit den Zielvorgaben der Qualität und Wirtschaftlichkeit übereinstimmen müssen. Eine andauernde Betrachtung in Form einer Kontrolle über die Wirksamkeit der Steuerungsinstrumente muss auch unter den anspruchsvollen und häufig nur bedingten Überwachungsmöglichkeiten erfolgen, um gegenteilige Wirkungen und die Gefahr einer Interventionsspirale der Steuerung eindämmen zu können. Dass Folgen der Steuerungsinstrumente breit gestreut auftreten können, belegt auch die Aussage Günsters, indem er davon ausgeht, dass der Mehrerlösausgleich einen direkten Bezug auf die Veränderung der Leistungsstruktur ausübt.²⁸⁹ Insgesamt betont Oberender, dass Budgetierungen sowie staatliche Eingriffe nur unzureichende Instrumente zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung darstellen und darüber hinaus Grund für weitere Fehlentwicklungen sind, die in einer Zunahme der Planung und Bürokratisierung münden.

Die Übertragung von Steuerungsaufgaben einschließlich der prozeduralen Steuerung der öffentlichen Planung stellt durch die Delegation eine Abgabe von Einflussmöglichkeiten aus der staatlichen Steuerungsgewalt dar. Aufgrund dieser Ablösung aus der Staatskompetenz findet die Betrachtung des Instruments nicht an dieser Stelle statt, sondern wird im sich anschließenden Abschnitt über das Steuerungsinstrumentarium der korporativen Koordination behandelt.

²⁸⁷ Vgl. RWI (2008), S. 34f.

²⁸⁸ Vgl. Oberender, P. (1992), S. 158-160.

²⁸⁹ Vgl. Günster, C. (2008), S. 186.

Überzeugungsmaßnahmen in Form von Aufklärung, Information und Solidarappellen stellen ein weiteres Steuerungsinstrument des Staates dar. Die moralischen Appelle als Teil der Überzeugungsmaßnahmen verfügen lediglich über schwache Wirkungen. Insbesondere bei der Internalisierung von negativen externen Effekten führt dieses Instrument in den wenigsten Fällen zu der angestrebten Wirkung. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Kosten zur Vermeidung dieser Externalität vollständig vom Verursacher getragen werden müssen, während die Wirkungen auf mehrere Akteure verteilt sind. Insbesondere durch eine hohe Anzahl an Betroffenen der negativen externen Effekte führt das Steuerungsinstrument der moralischen Appelle zu einem ungenügenden Ergebnis. Zugleich verfügt das Instrument über eine mangelhafte Treffsicherheit.²⁹⁰ Die erwünschten Wirkungen können jedoch in Notsituationen hervorgerufen werden. Der Appell an die Verbundenheit zur Solidargemeinschaft endet jedoch ergebnislos, sobald dieses Steuerungsinstrument zu häufig eingesetzt wird.²⁹¹ Somit ergeben sich aus dem Instrument der Solidarappelle nur unzureichende Wirkungen. Doch neben dem moralischen Aufruf existieren weitere Überzeugungsmaßnahmen, wie die Information und Aufklärung. Besonders auf das Gesundheitswesen bezogen, unter Beachtung der Informationsasymmetrie, lässt sich für diese Steuerungsmaßnahmen eine hervorgehobene Bedeutung identifizieren. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln betont, verfügt das Gesundheitswesen aufgrund einer vielfach festzustellenden ungleichen Informationsverteilung über eine hohe Intransparenz, die mit Unsicherheit verbunden ist. Aufklärung und Informationsbereitstellung als Mittel der Überzeugungsmaßnahmen setzen an der Problematik der Informationsasymmetrie an. Beispielhaft wird an dieser Stelle die Rolle der Selbsthilfegruppen herausgegriffen. Der Aspekt der Selbsthilfe durch Patientenorganisationen kombiniert die eigenständige Initiative zur Selbsthilfe mit den Vorteilen der Unterstützung, des Erfahrungsaustauschs und der Information aus der Solidargemeinschaft. Die Möglichkeit einer Gruppierung mit bspw. ähnlichen Krankheitsbildern beizutreten, ermöglicht die eigene Position zu stärken und mit Hilfe von Information und Aufklärung Unsicherheiten abzubauen. Selbsthilfegruppen können durch Informationsbereitstellung dazu beitragen die Intransparenz im Gesundheitswesen zu reduzieren. Eine finanzielle Unterstützung dieser Organisationen wurde jedoch erst mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 durch § 20, Absatz 4 und § 65b SGB V generiert. Mit der aktuellen Reform honoriert der Gesetzgeber die Informations- und Aufklärungsbemühungen der Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitswesen, indem er mit

²⁹⁰ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 114f.

²⁹¹ Vgl. Frey, B./ Kirchgässner, G. (2002), S. 238f. und S. 387. Vgl. Herder-Dorneich, P. (1994), S. 655-657.

der Streichung des § 20, Absatz 4 SGB V als Teil der Prävention und Selbsthilfe einen vollständig neuen und erweiterten Abschnitt durch § 20 c SGB V, Förderung der Selbsthilfe, ersetzt. Insbesondere die staatlichen Überzeugungsmaßnahmen der Aufklärung und Information können dazu beitragen die Intransparenz des Gesundheitswesens zu reduzieren. Informiertheit über Prozesse, Abläufe, Selbsthilfe und Möglichkeiten der Beteiligung verhelfen den Versicherten zur Übernahme einer aktiveren Rolle innerhalb des Gesundheitssektors. Vergleichbar mit dem Wandel des Patientenbildes zu einer selbstverantwortlichen und eigenständigen Funktion im Gesundheitswesen befähigen Aufklärung und Information Zusammenhänge zu erfassen und damit auch Mitverantwortung an ökonomischen Entwicklungen zu begreifen.²⁹² Mit Hilfe von Überzeugungsmaßnahmen als Steuerungsinstrumente können die Steuerungsziele der Wirtschaftlichkeit und Qualität angegangen werden. Jedoch ist die Wirkung dieser Instrumente, wie die der Solidarpflicht, nur eingeschränkt erfolgreich. Der Staat ist bei diesen Mechanismen auf die Einsicht und Mithilfe der Stakeholder angewiesen. Im Gegensatz zum vorangegangenen Instrumentarium verfügt die öffentliche Planung nicht über Möglichkeiten diese Einflussinstrumente durchzusetzen. Ein mittelbarer oder unmittelbarer Zugriff auf die Stakeholder kann durch diese Steuerungsinstrumente nicht generiert werden. Obwohl der Staat innerhalb dieses Steuerungsfeldes nur eine mangelhafte gesteuerte Einflussnahme auf die Akteure besitzt, lassen sich bei erfolgreicher Annahme der Maßnahmen keine Rückschlüsse auf eine schwache Wirkungsweise ziehen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Verhaltenssteuerung mit diesem Instrumentarium stellt einerseits eine eindeutige Identifizierung der Zielgruppe und andererseits die Ausrichtung auf spezifische Maßnahmen dar. Ansonsten bestünde das Risiko einer ausschließlich ‚symbolischen Politik‘.²⁹³

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Steuerungsinstrumente der öffentlichen Planung vielfältige Mechanismen mit unterschiedlichen Steuerungswirkungsweisen ermöglichen. Dem Staat steht hierzu ein Instrumentenkontinuum zur Verfügung, das von Zwangs- bis Überzeugungsmaßnahmen reicht. Entsprechend der zahlreichen Effekte dieses Instrumentariums unterscheiden sich auch die Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Planung auf die Stakeholder. Dementsprechend ermöglichen Gebote und Verbote als Zwänge einen direkten und unmittelbaren Zugriff auf die Akteure. Mittels Aufklärung und Information hingegen kann der Staat auf die Stakeholder nur einen sehr eingeschränkten Einfluss ausüben

²⁹² Vgl. Kapitel 4.1, S. 112f.

²⁹³ Vgl. Benz, A. (2008), S. 255.

und ist in erheblichem Maß von der Aktivität der Zielgruppe abhängig. Dies lässt sich auch der Abbildung 19 entnehmen. Das Steuerungsinstrument der unmittelbaren Leistungserbringung durch den Staat wird aufgrund der eingeschränkten Aufgabenübernahme durch die öffentliche Planung im Gesundheitswesen nicht auf dem Kontinuum abgetragen. Das Instrument der Aufgabendelegation wird im nachfolgenden Kapitel behandelt und fehlt aus diesem Grund in der Abbildung 19.

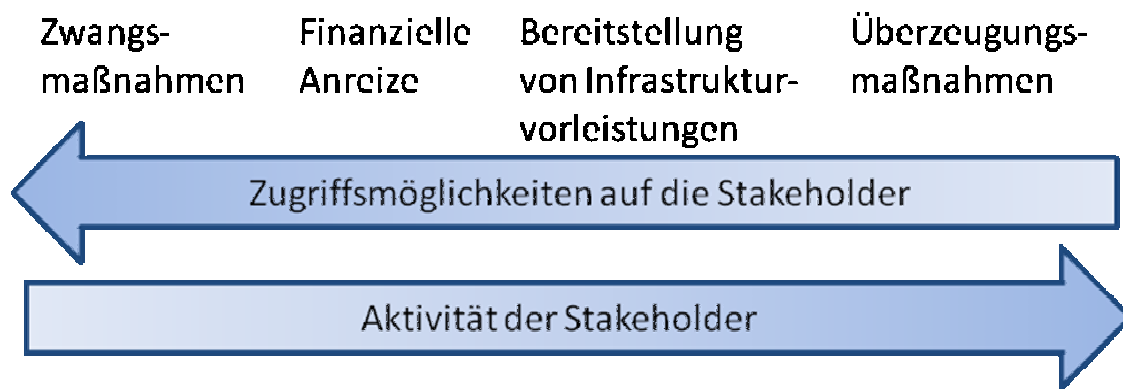


Abbildung 19: Steuerungskontinuum der öffentlichen Planung
Quelle: Eigene Darstellung.

Anhand des Beispiels der dualen Finanzierung stellt sich die Frage, ob die öffentliche Planung als Garant für verteilungspolitische Aspekte sowie für den Anspruch nach bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung staatliche Steuerungsinstrumente einsetzt, die mit Hilfe von bspw. finanziellen Anreizen oder Zwangsmaßnahmen Einfluss auf die Stakeholder generieren und ein essentielles Instrument darstellen. Anhand der gewählten Beispiele entsteht der Eindruck, dass die Steuerungsinstrumente der öffentlichen Planung, die darauf abzielen eine optimale Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht zu gestalten, ökonomischen Zielsetzungen entgegen stehen. Vor dem Hintergrund der Zielorientierung der Steuerung, die sich an den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Qualität ausrichtet, erscheint ein solcher Widerspruch paradox. Die Betonung des Qualitätsaspektes integriert eine optimale Versorgungsqualität, die auch eine gerechte Versorgungsverteilung beinhalten muss, um optimal zu sein. Aus diesem Grund kann eine solche Unvereinbarkeit zwischen verteilungspolitischen und ökonomischen Zielsetzungen auch unter Beachtung der Besonderheiten der Gesundheitsleistungen nicht stattgegeben werden.²⁹⁴ Steuerungsinstrumente mit einem hohen Anteil regulativer Politikmaßnahmen erhöhen eine unmittelbare Einflussnahme der öffentlichen Planung auf die

²⁹⁴ Mögliche Gründe zu dieser Diskrepanz zwischen Staat und Markt: Vgl. Kapitel 4.4.

entsprechenden Stakeholder. Umgekehrt setzen Steuerungsinstrumente in Form von Überzeugungsmaßnahmen eine hohe Selbstständigkeit und Eigeninitiative der Stakeholder voraus, die mit einer stark eingeschränkten Einflussnahme durch den Staat einher geht. Die regulativen Eingriffe des Staates durch bspw. Zwangsmaßnahmen ermöglichen dem Staat zwar den direkten Zugriff auf das Versorgungsgeschehen, nach Oberender ergeben sich jedoch daraus intensive Einschnitte in die Entwicklung innovativer Verfahren. Umso ausgeprägter der Eingriff mittels der Regulierungsmaßnahmen durch die öffentliche Planung, desto wahrscheinlicher sind Umgehungsaktivitäten der betroffenen Akteure.²⁹⁵ Hieraus ergibt sich wiederum der notwendige Einsatz von Kontroll- und Überwachungsmechanismen, die jedoch, wie bereits erläutert, im Gesundheitswesen nicht ohne Schwierigkeiten eingesetzt werden können. Auch Rosewitz und Schimank gehen davon aus, dass neben den institutionalisierten Verhandlungssystemen Überzeugungsmaßnahmen einen Großteil der Einflussmechanismen darstellen, die den Akteuren der Makro-Ebene zur Verfügung stehen.²⁹⁶ Dies lässt sich auch darauf zurückführen, dass nach Benz die Instrumente, welche einen Gewalteinsatz, wie Zwangsmaßnahmen, notwendig machen mit einem erheblichen Kostenaufwand, durch bspw. Kontrollen, verbunden sind.²⁹⁷ Steuerungsinstrumente, die stark regulativ ausgerichtet sind, müssen aus den genannten Gründen überprüft werden, ob das Mittel der Zielerreichung dem ökonomischen und qualitativen Streben nicht entgegen steht. Ein weiteres Problem innerhalb der öffentlichen Planung ergibt sich durch die Loslösung der Durchführung und Kontrolle aus dem Aufgabenbereich des Staates. Zwar verfügt die Delegation auch über Vorteile, die jedoch Nachteilen gegenüber stehen.²⁹⁸ Hierzu zählt u.a. eine fehlende zügige Reaktion auf Fehlentwicklungen. Das Nachjustieren von Vorgaben durch die öffentliche Planung ist mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden. Die Übernahme von Durchführungs- und Kontrollaufgaben steht jedoch der Ausrichtung des Steuerungskonzeptes der öffentlichen Planung als rahmengebende Institution entgegen. Dies würde auch dem Rollenverständnis des Staates nach Döhler widersprechen, welcher die Staatsebene als Architekt begreift. Im übertragenden Sinne stellt die öffentliche Planung den Raum für die Aktivitäten im Gesundheitswesen. Der Staat erhält damit eine wichtige Funktion als Einflussgröße auf die unterschiedlichen Akteure im Gebilde des

²⁹⁵ Vgl. Oberender, P. (1992), S. 159f.

²⁹⁶ Vgl. Rosewitz, B./ Schimank, U. (1988), S. 322f. Vgl. Mayntz, R. (1979), S. 55-77.

²⁹⁷ Vgl. Benz, A. (2008), S. 253.

²⁹⁸ Vgl. Kapitel 4.2.2.

Gesundheitssektors. Er symbolisiert somit eine statische Größe, die den flexiblen und variablen Strukturen einen Rahmen gibt.²⁹⁹

4.2.2 Steuerungskonzept der korporativen Koordination

4.2.2.1 Organe und Funktionen der korporativen Koordination

Die korporative Koordination stellt neben der öffentlichen Planung ein weiteres Steuerungskonzept dar. Unter der Begrifflichkeit des Korporativismus werden alle Vereinbarungen, die öffentliche Organisationen in Form von privaten Verbänden oder Körperschaften des öffentlichen Rechts schließen, zusammengefasst.³⁰⁰ Korporativismus beinhaltet die Wahrnehmung von hoheitlichen Funktionen durch die Körperschaften öffentlichen Rechts. Dabei handelt es sich um vom Staat delegierte Aufgabenbereiche. Beispielhaft zählen sowohl Ärztekammern, als auch Kassenärztliche Vereinigungen zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts. Durch die Integration privatorganisierter Verbände, wie dem Marburger Bund, schließt dieses Steuerungskonzept auch die Interessenwahrung dieser Institutionen mit ein. Im Gegensatz zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts, die neben der Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder auch die an sie vom Staat übertragenen hoheitlichen Aufgaben verantworten müssen, können private Verbände die Interessenvertretung als ausschließliche Funktion wahrnehmen.³⁰¹ Zugleich werden auch Organisationen des privaten Rechts dem Korporativismus zugeordnet, die im Gegensatz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht über eine Zwangsmitgliedschaft verfügen, jedoch öffentlich-rechtliche Aufgaben übernehmen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft lässt sich als Beispiel hierfür nennen.³⁰² Die Begrifflichkeit der korporativen Koordination wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Gutachten von 2005 verwendet. Dabei betont der Sachverständigenrat explizit die im Gesundheitswesen vorzufindende hohe Anzahl an „korporativen Elementen“. Diese Fülle an unterschiedlichsten Interessenwahrungen bedarf einer steuernden Koordinierung und wird mit dem Begriff der korporativen Koordination akzentuiert.

²⁹⁹ Vgl. Döhler, M. (1995), S. 380-400.

³⁰⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 9. Auf eine weitergehende Unterscheidung des Korporatismusbegriffs, wie sie bspw. von Czada oder Niechoj vornehmen, wird an dieser Stelle verzichtet. Eine solche Gliederung spielt vorwiegend im Ländervergleich eine Rolle, der in diesen Ausführungen nicht vollzogen wird. Vgl. Czada, R. (1983), S. 421f. Vgl. Niechoj, T. (2003), S. 200f.

³⁰¹ Vgl. Wille, E. (2006), S. 7.

³⁰² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 10.

Der Sachverständigenrat zieht in seiner Darstellung der korporativen Koordination im Gutachten von 2005 die Gemeinsame Selbstverwaltung als sog. ‚Paradebeispiel‘ dieses Steuerungskonzeptes heran. In diesem Kontext stellt Mayntz fest, dass die Begrifflichkeit des Korporativismus häufig die Selbstregelung im Sinne der Selbstverwaltung als Bestandteil korporativistischer Konstruktion integriert. Insbesondere unter Beachtung einer steuerungstheoretischen Sichtweise kritisiert Mayntz diese Eingliederung der Selbstverwaltung unter dem Oberbegriff des Korporativismus. Sie stellt daher heraus, dass die staatlich zugestandene eigenständige Selbstregelung bzw. Selbstverwaltung der Organisationen, die prozedural erfolgt ist, von den korporativistischen Strukturen getrennt behandelt werden muss. Dagegen implizieren die korporativistischen Elemente das Zusammenwirken von Staat und verbandlichen Organisationen im Bezug auf gesundheitspolitische Entscheidungen.³⁰³ So weit es möglich ist, wird im Folgenden auf Basis dieser Unterscheidung nach Mayntz der Begriff des Korporativismus für Belange verwendet, die den Einbezug von Interessen auf die Entwicklung, Implementierung und Durchführung von politischen Entscheidungen thematisieren. Dass eine überschneidungsfreie Zuordnung nicht immer möglich ist, zeigt sich auch in der Definition des Korporativismus, in welcher die Körperschaften des öffentlichen Rechts als Teil dessen sowohl öffentliche Aufgaben autonom übernehmen, als auch darauf abzielen die Interessen ihrer Mitglieder in die Gesundheitspolitik einzubringen. Aus diesem Grund wird im Fall einer nicht zweifelsfreien Eingliederung in den Bereich der ausschließlich die Selbstverwaltung betreffenden Belange der Korporativismus bzw. die korporative Koordination als übergeordneter Begriff verwendet. Vor dem Hintergrund dieser begrifflichen Unterscheidung muss an dieser Stelle das Steuerungsinstrument der staatlichen Aufgabendelegation inklusive der prozeduralen Steuerung als Einflussmechanismus der öffentlichen Planung betrachtet werden. Dieses staatliche Steuerungsinstrument ist Voraussetzung für die Übernahme der hoheitlichen Aufgaben durch private Verbände oder Körperschaften des öffentlichen Rechts. Damit zeigt sich eine Abfolge, die basierend auf der Definition des Begriffs der Korporatisierung nach Döhler und Manow-Borgwardt als „Prozeß einer Organisationsveränderung, die angeleitet wird durch die normativen Vorgaben des korporativen Ordnungsmodells“ bezeichnet werden kann.³⁰⁴ Die beiden Autoren nutzen die Einteilung in eine normative, prozedurale und institutionelle Ebene, um die Bandbreite von Staatsinterventionen bis hin zur internen

³⁰³ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 215f. Eine andere Unterscheidung wählen Döhler und Manow-Borgwardt. Vgl. Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992), S. 67f.

³⁰⁴ Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992), S. 67.

Verbandsarbeit im komplexen korporativen Ordnungsmodell zu strukturieren.³⁰⁵ Bereits in der Darstellung der Steuerungsinstrumente der öffentlichen Planung auf der Seite 120 wurde die Übertragung der Steuerungsaufgaben mit der prozeduralen Steuerung zusammengefasst. Rückblickend auf die Erläuterung der prozeduralen Steuerung nach Offe, erstellt der Staat mit Hilfe eines institutionalisierten Regelwerks ein Verhandlungssystem. Im vorangegangenen Kapitel wurde mit Braun und Giraud die prozedurale Steuerung als Möglichkeit der indirekten Einflussnahme des gesellschaftlichen Handelns durch den Staat beschrieben.³⁰⁶ In Verbindung mit der Definition von Döhler und Manow-Borgwardt dienen die normativen Vorgaben der Orientierung und fungieren somit als Rahmen im korporativen Ordnungsmodell. Selbst die scheinbar autonomen verbandlich organisierten Strukturen werden von diesen normativ verankerten Bedingungen durchzogen.

Die staatliche indirekte Einflussnahme auf die Verbandsebene lässt sich auch der Abbildung 18 auf der Seite 118 entnehmen. Innerhalb der Steuerungskompetenz-Pyramide nehmen die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer inklusive der Versicherten- bzw. Patientenverbände eine mittlere Position zwischen der übergeordneten Makro-Ebene und der untergeordneten Individual-Ebene ein. Bezogen auf die Gestaltungsebenen in der Gesundheitspolitik verdeutlicht diese Zwischenstellung die Zuordnung zum Meso-Bereich, welcher von Akteuren der regionalen bzw. verbandlich-institutionellen Ebene besetzt wird.³⁰⁷ Nachdem zunächst die Stakeholder der korporativen Koordination sowie das Verhältnis zur übergeordneten Makro-Ebene genannt worden sind, wird im Folgenden der Fokus auf die möglichen Ziele und Aufgaben gelegt, bevor die Instrumente hierzu nähergehend betrachtet werden. Insgesamt lassen sich die Funktionen der korporativen Koordination auf zwei Aufgabenfelder komprimieren. Hierbei handelt es sich zum einen um die Konkretisierungsfunktion, die sich aus der hoheitlichen Aufgabendelegation durch den Staat an die einzelnen Akteure der Meso-Ebene begründet. Zum anderen besteht die auf Oberender zurückgehende Verhandlungsfunktion.³⁰⁸ Sie beinhaltet die Kooperation mit anderen Organisationen inklusive dem Staat und wird ergänzt um die Durchsetzung der Interessen der eigenen Mitglieder gegenüber den übrigen Stakeholdern. Die Vorteile, die sich aus der Delegation von hoheitlichen Aufgaben an die Akteure der Meso-Ebene ergeben, umfassen u.a. die mit der Konkretisierung einhergehende Nutzung von Expertenwissen vor Ort. Die

³⁰⁵ Vgl. Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992), S. 67-70.

³⁰⁶ Vgl. Kapitel 4.2.1, S. 117f.

³⁰⁷ Vgl. Kapitel 2.1.1.3, S. 15.

³⁰⁸ Vgl. Oberender, P. (1992), S. 160.

Belange können von den Verbandsvertretern, welche über regionale Nähe sowie Fachkenntnisse verfügen, unmittelbar und sachgerecht angegangen werden.³⁰⁹ Offe benennt diese positive Eigenschaft der Aufgabenübertragung als Vorteil der ‚Maßstabsvergrößerung‘. Sie ermöglicht neben der Abwicklung vor Ort durch den Umgang mit dem Regelwerk dessen Implementation auf der Basis der im Verhandlungssystem getroffenen Entscheidungen. Dadurch können sich die Vorgaben auf die Zustimmung und die Beihilfe der Beteiligten stützen. Hieraus folgt auch ein weiterer Vorteil der hoheitlichen Aufgabendelegation durch die Entlastung des Staates aufgrund der Maßstabsvergrößerung.³¹⁰ Konflikte können somit bereits im Vorfeld mit Hilfe des Verhandlungssystems stark eingedämmt werden. Döhler und Manow-Borgwardt stellen ebenfalls die ‚überlegene Konsensfähigkeit‘ des korporativen Ordnungsmodells gegenüber anderen gesundheitspolitischen Methoden heraus. Sie führen die besondere Eigenschaft der korporativen Koordination u.a. auf die ausgeprägte gesellschaftliche und politische Bestätigung der GKV zurück.³¹¹ Weitere positive Effekte aus der Delegation ergeben sich durch Ressourceneinsparungen aufgrund einer gemäßigten Konfliktaustragung durch den vorzeitigen Einbezug der Interessen der Beteiligten mittels der einzelnen Verbandsvertreter. Zugleich entfällt für den Staat das Vorhalten eines kostenintensiven Expertenstabs, um die vielseitigen Belange berücksichtigen zu können und damit letztlich zur Konsensfähigkeit beizutragen. Im Kern der korporativen Koordination besteht das Verhandlungssystem. Ein Großteil der Verhandlungen findet zwischen den Organisationen und Institutionen ohne direkten Staatsbezug statt. Damit lässt sich dieser Kernbereich der Selbstverwaltung zuordnen. Beispielsweise verhandeln die Krankenhausträger mit den Krankenkassen das jährlich prospektiv festgelegte Krankenhausbudget. Eine Einigung zwischen den beiden Parteien der Krankenkassen als Vertreter der Patienteninteressen auf der einen Seite und den Krankenhausträgern als Interessenvertretung für die Leistungsanbieter auf der anderen Seite ist essentiell, um eine Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten. Mayntz bezeichnet dies als Zwang zur Kompromissbildung in der Selbstverwaltung.³¹² Mit dieser Verpflichtung eine Einigung zwischen den Organisationen in der Selbstverwaltung herbei zu führen, deutet sich auch der Nachteil der notwendigen Kompromissbildung an. Ein auf Abstimmung angewiesenes System, das zudem von einer Vielzahl von Stakeholdern bestimmt wird, erweist sich als Hemmnis gegenüber notwendigen Reformen. Das komplexe System der korporativen

³⁰⁹ Vgl. Schroeder, W. (2008), S. 23. Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 14f.

³¹⁰ Vgl. Offe, C. (1975), S. 93f.

³¹¹ Vgl. Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992), S. 93-96.

³¹² Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 219.

Koordination erschwert Neuerungen und Wandel angemessen zu begegnen. Aufgrund dieser Schwerfälligkeit gegenüber Reformen, die sich nach Mayntz auch auf gleichsam ‚oligopolitische Selbstverwaltungsstrukturen‘ zurückführen lassen, besteht das Erfordernis der Steuerung von außen.³¹³ Die Eingriffe des Staates sind jedoch auf der Ebene der korporativen Koordination stark eingegrenzt und können lediglich durch indirekte Einflussmechanismen mittels Veränderungen der Entscheidungs- und Organisationsstrukturen steuernde Wirkungen ausüben. Diese Aussage wird auch durch die von Döhler und Manow-Borgwardt formulierte These, dass „die fortschreitende Korporatisierung des Gesundheitswesens die staatliche Steuerungsfähigkeit erhöht hat“ gestützt.³¹⁴ Das korporative System des Gesundheitswesens erfährt mit der Übernahme der hoheitlichen Aufgaben durch die gesetzliche Verankerung eine Legitimation durch den Staat. Zugleich besteht zwischen den Stakeholdern auf der Makro- und Meso-Ebene eine gegenseitige Abhängigkeit, welche von einem nicht immer widerspruchsfreien Verhältnis geprägt ist. Dies zeigt sich u.a. in der durch den Staat gestützten Absicherung, welche eine relative Systemstarrheit durch das Gesetzesverfahren vorgibt. Flexible Veränderungen können somit auch durch das System bedingt nur unzureichend wahrgenommen werden. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie stellt diesbezüglich in dem Gutachten zu den aktuellen Formen des Korporatismus fest, dass die durch den Staat eingeräumte Legitimation den korporatistischen Institutionen verhilft dem Einfluss der Globalisierung zu begegnen. Auch vor dem Hintergrund, dass die gewachsenen Strukturen der korporativen Koordination vertrauensfördernde Wirkungen hervorrufen, stabilisieren ihre Stellung im Gesundheitswesen. Aufgrund der auf Gemeinwohl und Gerechtigkeit abzielenden Funktionen verfügt der Korporatismus gegenüber den Marktmechanismen aus Sicht der Bevölkerung über soziale Zielbestrebungen. Im Widerspruch zu dieser staatlichen Unterstützung der unveränderten Kontinuität stehen die durchaus wohlfahrtsfördernden Aspekte des Marktmechanismus.³¹⁵

Aus dem Aufgabenbereich der Verhandlungsfunktion lassen sich Schwierigkeiten im Bezug auf die Einflussnahme identifizieren. Die einzelnen Verbände vertreten neben der Konkretisierungsfunktion die Interessen ihrer Mitglieder und versuchen diese innerhalb gesundheitspolitischer Entscheidungen einfließen zu lassen. Insbesondere die privaten Verbände, die nicht hoheitliche Aufgaben verrichten, können sich vollständig auf die

³¹³ Vgl. Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992), S. 96 und S. 98f. Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 220-222. Schroeder, W. (2008), S. 27.

³¹⁴ Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992), S. 98.

³¹⁵ Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2000), S. 3.

Einflussnahme konzentrieren. Insgesamt betrifft alle verbandlichen Organisationen der Meso-Ebene, dass auch aufgrund der im Abschnitt zuvor genannten Gründe für die Kontinuität eine Erhaltung der bestehenden Strukturen priorisiert wird.³¹⁶ Aufgrund der gewachsenen Strukturen gefährdet ein Wandel aus Sicht der Akteure des Korporativismus die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die gesundheitspolitischen Entscheidungen. Die Beeinflussung umfasst einen wesentlichen Bestandteil der Funktion. Bei den privaten Verbänden handelt es sich sogar um das alleinige Ziel der Organisationen. Dieses Argument wird auch durch die Machterhaltungs- bzw. Machterweiterungsinteressen der Funktionäre der Verbände gestützt, die aus eigennützigen Gründen Veränderungen ablehnen. Als problematisch lässt sich diese eigene Interessenwahrung der bevollmächtigten Verbandsvertreter identifizieren.³¹⁷ Die Funktionäre nehmen als Repräsentanten die Durchsetzung der Absichten ihrer Interessensgruppe wahr. Sobald die eigenen Vorstellungen vorrangig erfüllt werden, kann den Interessen der Mitglieder nicht angemessen entsprochen werden. Liebig bezeichnet die gesamte Problematik als Selbststeuerungsversagen der korporativen Koordination. Sie begründet sich durch fehlende Präferenz- sowie Kontrollsignale, über welche die Steuerungskonzepte der öffentlichen Planung und des Marktmechanismus verfügen. Liebig geht davon aus, dass die Organisationen der Meso-Ebene weder Kunden-, noch Wählerverluste befürchten müssen und aufgrund dessen keine individuellen oder organisatorischen Anreize bestehen effiziente Veränderungen zu ermöglichen.³¹⁸ Eingegrenzt werden muss die Aussage Liebig's durch die privaten Verbände, die Teil der korporativen Koordination sind. Organisationen, wie der Marburger Bund oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft verfügen im Gegensatz zur Kassenärztlichen Vereinigung nicht über eine Zwangsmitgliedschaft. Sobald ihre Mitglieder über die geleistete Arbeit unzufrieden sind oder ihre Interessen nicht ausreichend vertreten sehen, besteht die Möglichkeit des Austritts aus der Organisation. Somit unterliegen einige Institutionen der korporativen Koordination durchaus der Gefahr der Mitgliedsabwanderung. Das von Liebig und Seibel identifizierte Selbststeuerungsversagen trifft zwar nicht vollständig auf die Organisationen in der korporativen Koordination zu, stellt jedoch ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Bestärkt wird diese Aussage durch die bereits erwähnte Problematik der nur stark eingeschränkten Einflussmöglichkeiten durch die übergeordnete staatliche Instanz. Die Steuerungs- und Koordinierungsmöglichkeiten, die von außen auf

³¹⁶ Vgl. Knappe, E. (1988), S. 291.

³¹⁷ Vgl. Oberender, P. (1992), S. 162f.

³¹⁸ Vgl. Liebig, R. (2005), S. 278-280. Liebig bezieht einen Großteil seiner Ausführungen auf Seibel. Vgl. Seibel, W. (1994), S. 285-291. Vgl. Klenk, T. (2008), S. 54f.

diesen Sektor einwirken können, sind lediglich auf die genannte staatliche Aufsicht und Rahmensetzung eingegrenzt. Auch die Kontrolle durch die Öffentlichkeit verfügt über keine nennenswerten Steuerungsmöglichkeiten. Als problematisch neben den fehlenden Überwachungsmöglichkeiten und den Beharrungstendenzen gelten auch die Aushandlungen, die zu Lasten nicht beteiligter Dritte durchgeführt werden.³¹⁹ Zudem stellt die staatliche Legitimation der Verbände, die hoheitlichen Aufgaben wahrnehmen, kein notwendiges Kriterium für die Selbstregelung dar. Dies zeigt sich am Beispiel der Gewerkschaften, die ohne gesetzliche Absicherung über eine verbandliche Selbstverwaltung verfügen. Mayntz betont jedoch, dass für die Existenz dieser Organisationen das Bestehen einer ‚Gegenmacht‘ eine entscheidende Bedeutung erfährt. Eine solche stabilisierende Wirkung zeigt sich u.a. zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden. Auch der Staat als übergeordnete Instanz kann als ein konsolidierender Faktor wahrgenommen werden. Mayntz führt des Weiteren an, dass die Einflussnahme des Korporatismus nicht durch ein Aushandeln mit dem Staat gekennzeichnet ist, sondern von veränderlichen Koalitionsbündnissen geprägt wird.³²⁰ Im engeren Sinne handelt es sich daher bei der Verhandlungsfunktion, welche in diesem Abschnitt kritisch betrachtet worden ist, weniger um das Erörtern von Standpunkten und Interessen, sondern eher um ein Durchsetzen von Absichten. Der Diskurs, der innerhalb einer Verhandlung über einen hohen Stellenwert verfügt, wird zugunsten einer gezielten Einflussnahme und Verwirklichung eigener Ziele vernachlässigt. Reformen sowie Wandel und damit auch mögliche Effizienz- und Effektivitätsgewinne werden somit zugunsten eigener individueller oder organisationsbezogener Interessen gehemmt. Die korporative Koordination verfügt zwar nur über eingeschränkte Einflussmechanismen auf die gesetzlichen Entscheidungsträger, aufgrund gewachsener und stark vernetzter Strukturen im deutschen Gesundheitswesen kann sie sich jedoch als ein starkes Hemmnis bei denen für sie nicht gewollten Veränderungen herausstellen. Eine solche Reformblockade zeigte sich mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) Ende der 1980iger Jahre, in dem die korporativen Organisationen durch die Aufgabe der Koordinierung der Einnahmen und Ausgaben in der GKV eine herausragende Rolle zugesprochen worden war. Da die Selbstverwaltung diesen Zielbemühungen nicht nach kam, was Bandelow auf die „Dominanz reformfeindlicher Verbände“ zurückführt, wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) der einstige ‚Vorrang‘ der Selbstverwaltung stark beschränkt. Auf Basis der Erkenntnis, dass die Organisationen der Selbstverwaltung den Ansprüchen eines modernen sowie zielorientierten

³¹⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 10.

³²⁰ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 218f. und S. 222-224.

Gesundheitswesens nicht entsprechen würden, entzogen die Vertreter der Politik im sog. Lahnstein-Kompromiss die Verantwortung zur Neugestaltung und beschlossen eine Neuordnung der Gesundheitsversorgung durch das GSG 1993.³²¹ Zwar wurden insbesondere unter der Regierung Schröders die korporatistischen Strukturen partiell wieder aufgewertet, jedoch wird die anhaltende Krise des Korporatismus von Paquet als Ursache für das GKV-WSG angesehen. Paquet befürchtet aufgrund gestiegener direkter staatlicher Steuerungsmechanismen durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz die Abkehr von der Sozialversicherung, die aus seiner Sicht auch auf die kritische Situation des Korporatismus zurück zu führen ist.³²² Zwar verfügen die Verhandlungsfunktion und die Konkretisierungsfunktion als komprimierte Aufgabenbereiche der korporatistischen Organisationen über Nachteile, die jedoch erheblichen Vorteilen dieser korporativen Arrangements gegenüber zu stellen sind. Aufgrund der Kooperation können Konflikte eingedämmt und Verbundvorteile generiert werden.

4.2.2.2 Steuerungsinstrumente und Anreizwirkungen der korporativen Koordination

Im Folgenden werden die Instrumente der korporativen Koordination und damit die Möglichkeiten koordinierend und steuernd in die Gesundheitsversorgung einzugreifen, behandelt. Der Fokus liegt auf allgemeinen Steuerungsmechanismen, da aufgrund der Vielzahl von Stakeholdern innerhalb des Korporatismus, die zudem stark miteinander vernetzt sind, keine erschöpfende Darstellung aller Steuerungsmöglichkeiten einzelner Organisationen gegeben werden kann. Anhand von ausgesuchten Beispielen soll jedoch eine tiefergehende Betrachtung erfolgen. Für eine organisationsspezifische Analyse von Steuerungs- und Koordinationsmechanismen wird auf die anschließenden Kapitel verwiesen, die ausgesuchte Stakeholder fokussieren.

Die mit einem Verbund einhergehenden Vorteile, wie sie durch Organisationen der korporativen Koordination im Gesundheitswesen generiert werden können, benötigen eine festgelegte Ordnung. Um dauerhafte Erfolge durch die Zusammenarbeit in den korporativen Institutionen zu sichern, benennt Niechoj die drei Modi der Abstimmung, des Tausches und der Normbildung. Sie zielen mit Hilfe unterschiedlicher Ausgestaltung darauf ab, die Kollektivgutproblematik sowie die Gegensätzlichkeit zwischen Akteuren anzugehen.³²³ Die

³²¹ Bandelow, N. C. (1998), S. 74. Vgl. Kania, H./ Blanke, B. (2000), S. 572-575. Schroeder, W. (2008), S. 26f.

³²² Vgl. Paquet, R. (2007), S. 4-7 und S. 18f. Vgl. Kaiser, C. (2006), S. 343-345.

³²³ Vgl. Niechoj, T. (2003), S. 213-216.

Abstimmung, welche im Vergleich zu den anderen Maßnahmen einen weniger umfangreichen sowie aufwendigen und daher nicht übermäßig ergiebigen Modus darstellt, beinhaltet eine gegenseitige Informationsdarstellung der beteiligten Akteure. Aus dieser Vorstellung der Zielerwartungen können Konflikte durch die Abstimmung vermieden bzw. verringert werden, da unerwartete Gegebenheiten ausbleiben. Nach Niechoj stellt die Stabilisierung der Erwartungen die Produktion eines Kollektivgutes dar. Die Maßnahme der Abstimmung findet vor allem in der Verhandlungsfunktion Anwendung und unterliegt den bereits vorgestellten Vor- und Nachteilen dieses Aufgabenbereiches. Der Tauschmodus dagegen lässt sich sowohl in der Verhandlungs-, als auch in der Konkretisierungsfunktion lokalisieren. Dabei kann der Tauschgegenstand die Kompromissbereitschaft, gegenseitige Beihilfe oder andere gegenseitige Verabredungen zwischen Akteuren umfassen. Als ein Beispiel eines solchen Tausches im Gesundheitswesen lässt sich die rechtliche Legitimation der Selbstverwaltungsinstitutionen durch den Staat benennen. Diese staatliche Absicherung in Form einer gesetzlichen Verankerung gilt als ‚Gegenleistung‘ für die Übernahme hoheitlicher Aufgaben durch die Organe der Selbstverwaltung. Die Aktionen, welche durch Tausch determiniert werden, fallen in vielen Fällen zeitlich auseinander. Nach Niechoj folgt daraus, dass die Leistung und Gegenleistung des Tauschmodus aufgrund bspw. der Komplexität und der dynamischen Prozesse Veränderungen unterworfen sind, die Vertrauen erforderlich machen. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Tauschakteuren ist die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und festigt das Tauschverhältnis, so dass im Zeitablauf die Beziehung keiner erneuten Bestätigung des Kooperationswillens bedarf. Im Optimum entsteht eine Win-Win Situation zwischen den Tauschpartnern, die beidseitige Vorteile durch fehlende hemmende und konfliktäre Faktoren generieren können. Generalisierte Tauschbeziehungen können die Basis für das dritte Modul der Normbildung darstellen.³²⁴ Diese Maßnahme beinhaltet ein nur sehr diffizil zu erstellendes Konstrukt, aus dessen erfolgreicher Implementation gesamtgesellschaftliche Vorteile gewonnen werden können. Hierzu ist es notwendig, die eigenen Interessen, die u.a. innerhalb der Tauschbeziehungen eingebracht werden, für gemeinsame kooperative Lösungen zu vernachlässigen. Die Etablierung von Normen als höchste Form der Modi innerhalb der kooperativen Koordination ermöglicht eine Orientierung, die zugleich auf in der Gesellschaft festverankerten allgemeingültigen Regeln beruht. Die Lenkung anhand einer Normbildung verfügt über den Vorteil, dass Anreizmechanismen oder Sanktionen zur Verhaltenssteuerung nicht notwendig sind, da die Normen eine richtungsleitende Funktion übernehmen. Dieses Modul, das auf

³²⁴ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 255-259.

verhaltenskorrigierende Maßnahmen verzichten kann, distanziert sich von individual- bzw. organisationspezifischen Interessen und stellt die Gemeinschaft, die an der Normbildung beteiligt ist, in den Vordergrund. Insbesondere der Solidaritätsaspekt, der im Gesundheitswesen eine hervorgehobene Rolle spielt, findet innerhalb dieses Moduls Beachtung. Die anzustrebende Normorientierung zeigt sich auch in der eingangs genannten Definition des Gesundheitswesens nach Becker-Berke und Lautwein-Reinhard, welche die Normen gemeinsam mit Einrichtungen, Personen und Prozessen als Bestandteile des Gesundheitssektors auffassen. Durch die gesellschaftliche Etablierung der Norm entfallen kostenintensive Mechanismen, die daran ansetzen Konflikte zwischen Stakeholdern zu beheben bzw. zu reduzieren sowie Kompromisse auszuhandeln. Nachteilige Aspekte der Normbildung ergeben sich jedoch durch die sehr zeitintensive Etablierung von Normen, die nicht kurzfristig veränderbar sind und damit kaum flexiblen Anforderungen genügen. An der Normbildung beteiligt ist die gesamte Gesellschaft, zu der auch die korporativen Organisationen zählen, die mit ihrem Handeln ebenfalls Einfluss nehmen können.³²⁵ Die Bildung von Normen kann sich jedoch auch auf das Verhältnis zwischen einzelnen Stakeholdern beziehen. Dabei ist die erfolgreiche Normproduktion umso wahrscheinlicher, je geringer die Transaktionskosten und je überschaubarer die Größe der Gruppe, für welche die gemeinsame Normbildung erfolgt, ausfällt.³²⁶ Auch, wenn nicht für alle Akteure Verhandlungen Erträge generalisieren können, so betont Benz, dass Kooperationsformen dazu beitragen, Verteilungsprobleme anzugehen. Dieses Ziel gilt es gegenüber den weniger verhandlungsbereiten Stakeholdern durchzusetzen. Die Gefahr, dass eine Kooperation scheitert, ist besonders bei einer hohen Ungleichverteilung wahrscheinlich. Institutionen, die über einen Vorsprung innerhalb der asymmetrischen Verteilung verfügen, nutzen ihre Machtpotentiale, um das bestehende Ungleichgewicht aufrecht zu erhalten und damit Kooperationen wie Abstimmung, Tausch oder Normbildung zu verhindern.³²⁷

Anlehnend an die staatlichen Steuerungsinstrumente der öffentlichen Planung, die in Kapitel 4.2.1.2 auf der Seite 120 vorgestellt worden sind, lassen sich für die korporative Koordination die folgenden Instrumente identifizieren:

1. Mittelbare Leistungserbringung durch die korporative Koordination.

³²⁵ Vgl. Czada, R. (1994), S. 56f.

³²⁶ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 250.

³²⁷ Vgl. Benz, A. (1991), S. 57-62 und S. 70f.

2. Mittelbarer und unmittelbarer Zugriff auf die Stakeholder durch Bereitstellung von Leistungen, die nicht die Kernaufgaben betreffen.
3. Mittelbarer Zugriff auf die Stakeholder durch positive und negative finanzielle Anreize.
4. Überzeugungsmaßnahmen in Form von Aufklärung und Information.

Das Instrument der mittelbaren Leistungserbringung umfasst den eigentlichen Aufgabenbereich, das sog. ‚Kerngeschäft‘ der einzelnen Institutionen der korporativen Koordination. Sowohl die Konkretisierungs-, als auch die Verhandlungsfunktion lassen sich innerhalb dieses Instrumentariums einbetten. Als Akteure auf der Meso-Ebene obliegt den Organisationen zwar nicht die unmittelbare Leistungserstellung auf der Ebene der Gesundheitsversorgung durch das Sachleistungsprinzip, jedoch werden übergeordnete Aufgaben wahrgenommen, die Einfluss auf die unmittelbare Leistungserstellung ausüben. Besonders deutlich lässt sich die indirekte Einflussnahme durch die Begrifflichkeit der mittelbaren Staatsverwaltung darstellen, welche die Übernahme der Verwaltungsaufgaben durch rechtlich selbstständige Verwaltungsträger umschreibt. Auf das Gesundheitswesen bezogen, können die Aufgaben der Krankenkassen der mittelbaren Staatsverwaltung zugeordnet werden. Beispielhaft für das Instrument der mittelbaren Leistungserstellung der korporativen Koordination wird der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen herangezogen. Der seit dem 1. Juli 2008 eingesetzte gemeinsame Spitzenverband umfasst auf Grundlage des GKV-WSG 2007 anstatt der sieben einzelnen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassenarten eine gemeinsame Interessenvertretung für alle 70 Millionen gesetzlich Versicherten.³²⁸ Da die Gründung der Organisation bzw. die Zusammenfassung der einzelnen Spitzenverbände auf eine Entscheidung im Deutschen Bundestag zurückgeht, zeigt sich hier die rahmensetzende Einflussnahme durch den Staat auf die korporative Koordination. Die umgekehrte Richtung der Beeinflussung verdeutlicht der Aufgabenbereich des GKV Spitzenverbandes. Neben wettbewerbsneutralen Funktionen, wie der Festlegung des Umfangs von Primärpräventionsaufgaben oder der Beschlüsse zu Voraussetzungen und Qualität von Vorsorgemaßnahmen vertritt der GKV Spitzenverband gegenüber der Politik mit Hilfe von Anhörungen im Gesundheitsausschuss die Stellungnahme der gesetzlichen Krankenkassen.³²⁹ Die Schaffung dieses zentralen Spitzenverbandes soll nach dem Bundesministerium für Gesundheit dazu beitragen, dass „Handlungsblockaden vermieden und

³²⁸ Vgl. § 217a SGB V. Vgl. GKV Spitzenverband (2009a), https://www.gkv-spitzenverband.de/Wir_ueber_uns.gkvnet.

³²⁹ Vgl. § 20, Abs. 1 SGB V und § 43 SGB V.

Entscheidungsabläufe gestrafft werden“.³³⁰ Cassel und Jacobs befürworten zwar aus einer wettbewerbsorientierten Sichtweise die Überwindung der einzelnen Kassenarten, die eine Unterscheidung in dem gemeinsamen Spitzenverband obsolet werden lässt. Jedoch kritisieren die Autoren das ambivalente Rollenverständnis dieser Institution.³³¹ Dem GKV Spitzenverband kommt als verbandlich organisierte Institution auf der Meso-Ebene die klassische Funktion der Interessenvertretung der Mitglieder zu. Dass diese Aufgabe die Kerntätigkeit des GKV Spitzenverbandes beinhaltet, lässt sich auch der Online-Eigendarstellung entnehmen. Innerhalb dessen wird die Funktion der Interessenvertretung für 70 Millionen Versicherte explizit bekräftigt.³³² Diese Hervorhebung setzt voraus, dass die Belange der Versicherten in einem ‚Bottom-up‘ Verständnis von unten an die übergeordnete Meso-Ebene nach oben weitergeleitet werden. Innerhalb des § 217f, Absatz 4 SGB V werden dem gemeinsamen Spitzenverband Kompetenzen zur Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsorganisation der Krankenkassen zugeteilt. Diese Aufgabe, die einen Gestaltungscharakter erfährt und die Implementation marktlich orientierter Verfahren umfasst, geht deutlich über den Aufgabenbereich der Einflussnahme auf die staatliche rahmensetzende Institution hinaus. Diese von Cassel und Jacobs identifizierte Ambivalenz des GKV Spitzenverbandes begründet sich damit, dass am Wettbewerb ausgerichtete Verfahren eine ‚Top-down‘ Regelung notwendig machen, die jedoch der Auffassung einer Verbandsfunktion entgegenstehen. Ausgehend von dem Instrument der mittelbaren Leistungserbringung, das darauf ausgerichtet ist unter dem vom Staat vorgegebenem Rahmen Einfluss auf die gesundheitspolitische Entscheidungen zu generieren, wurde dem Spitzenverband durch den Staat eine Gestaltungsaufgabe zuteil, die nicht dem eigentlichen Aufgabenbereich der Meso-Ebene zusteht. Inwiefern der GKV Spitzenverband die Ambivalenz nutzt, um die gewonnene Steuerungskompetenz zu seinen Vorteilen zu nutzen, werden die zukünftigen Entscheidungen zeigen.

Das Instrument des mittelbaren Zugriffs auf die Stakeholder durch die Bereitstellung von Leistungen, die nicht die Kernaufgaben betreffen, beinhaltet eine Ergänzung des vorangegangenen Steuerungsinstruments der mittelbaren Leistungserbringung. Diese Erweiterung geht auf Veränderungen im Gesundheitswesen ein, die auf die Dynamik in

³³⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2008c), http://www.bmg.bund.de/cln_153/nn_1168258/sid_E2CF7954024AA63E04B2145BE766741F/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/S/Glossar-Spitzenverband-Bund-der-Krankenkassen/Spitzenverband-Bund-der-Krankenkassen-nimmt-Arbeit-auf.html?__nnn=true.

³³¹ Vgl. Cassel, D./ Jacobs, K. (2008), S. 9-11.

³³² Vgl. GKV Spitzenverband (2009a), https://www.gkv-spitzenverband.de/Wir_ueber_uns.gkvnet.

diesem Sektor zurückzuführen sind. Auch die Verbände versuchen sich durch die Übernahme von Leistungen, die nicht direkt ihrem hauptsächlichen Aufgabenbereich zu zuordnen sind, den veränderlichen Gegebenheiten anzupassen. Die Gründung von Beratungsgesellschaften der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) stellt ein Beispiel für dieses Steuerungsinstrument dar. Die KV als kassenärztliche Interessenvertretung nutzt mit Hilfe von Tochter-Unternehmen die Möglichkeit ihr Leistungsspektrum um Dienstleistungen, wie bspw. die Vorbereitung von Integrationsverträgen für ihre ärztlichen Mitglieder gegen Vergütung zu erweitern.³³³ Da durch die Gründung der Beratungsgesellschaften die KV die Möglichkeit erhält auch Einfluss und damit Steuerungswirkung auf Bereiche zu erlangen, die ansonsten außerhalb des Wirkungsbereiches lägen, handelt es sich um ein Steuerungsinstrument. Da in dem hier gewählten KV-Beispiel die Einflussnahme auf die ärztlichen Stakeholder nur über den Umweg der Gründung einer Tochtergesellschaft erfolgt, erzielt der Verband der Kassenärzte einen nur mittelbaren Zugriff. Dies schließt jedoch nicht aus, dass auch unmittelbare Einflussmöglichkeiten der korporativen Organisation möglich sind.

Das dritte auf den Seiten 145 und 146 vorgestellte Steuerungsinstrument der korporativen Koordination umfasst die positiv und negativ ausgestalteten finanziellen Anreize. Als verbandlich organisierte Institutionen auf der Meso-Ebene obliegt ihnen zwar nicht die direkte Anwendung der finanzbezogenen Anreizmechanismen. Die Durchführung mit Hilfe dieser fiskalischen Maßnahmen erfolgt auf der untergeordneten Mikro-Ebene innerhalb des ‚Dreiecks-Verhältnisses‘ zwischen Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringern. Jedoch sind die korporativen Akteure, wie der GKV Spitzenverband durch die Zuteilung von Entscheidungskompetenz bei der Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs nach § 217f, Absatz 4 SGB V mit der Etablierung finanzieller Anreizsysteme vertraut worden, um mit deren Hilfe Wirtschaftlichkeitsreserven besser auszuschöpfen und somit Ressourcen einzusparen. Da der Einsatz dieser Instrumente jedoch auf der Meso-Ebene entschieden, aber die Anwendung und damit der Zugriff auf die Stakeholder nur über die durchführenden Organe auf der Leistungsebene erfolgt, handelt es lediglich um ein mittelbares Steuerungsinstrument. Eine nähergehende Betrachtung möglicher positiv und negativ ausgestalteter Anreize wird im nachfolgenden Kapitel auf der Ebene der Anwendung vorgenommen.

³³³ Beispielhaft für die Gründung der Beratungsgesellschaften wurde hier auf die KV-M-GmbH zurückgegriffen, die als Tochter der KV Sachsen-Anhalt fungiert. Vgl. KV Sachsen Anhalt (2008), <http://www.kvsa.de/index.php?id=116027000047>. Die Entscheidung zur Gründung der KV-Consult Organisationen fiel bereits im Dezember 2003. Vgl. KBV (2005), <http://www.kbv.de/publikationen/969.html>.

In ähnlicher Weise, wie das Steuerungsinstrument der finanziellen Anreize, funktioniert das Instrument der Überzeugungsmaßnahmen in Form von Aufklärung und Information. Der GKV Spitzenverband, als Beispiel, unterstützt auf der Basis des § 65b, Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit jährlich über fünf Millionen Euro im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung, die nach Auffassung des gemeinsamen Spitzenverbandes als förderungsfähig eingestuft werden.³³⁴ Damit leistet der GKV Spitzenverband durch die finanzielle Beihilfe dieser der Aufklärung und Information zuträglichen Organisationen Unterstützung. Der Verband trägt in diesem Beispiel dazu bei Überzeugungsmaßnahmen durch informierende und aufklärende Institutionen zu etablieren sowie dieses Steuerungsinstrument mit den bereits im vorangegangenen Kapitel genannten Vor- und Nachteilen zu nutzen. Ähnlich zu dem vorangestellten Steuerungsinstrument der finanziellen Anreize erhält der GKV Spitzenverband durch die auf finanzielle Förderung der Organisationen beschränkte Einflussnahme keinen direkten Zugriff auf die Stakeholder der Mikro-Ebene, auf welche die Steuerungsmaßnahmen der Aufklärung und Information abzielen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die korporative Koordination durch die Konkretisierungs- und Verhandlungsfunktion über einen hohen Stellenwert im Gesundheitswesen verfügt. Zwar ist dieses Steuerungskonzept an die staatlichen Vorgaben gebunden, erfährt durch die Zwischenstellung die Möglichkeiten der Einflussnahme in beidseitiger Richtung sowie einer entscheidenden Rollenzuweisung durch die Kooperationsfunktion. Lehmbruch betont dementsprechend in einer erweiterten Definition des Korporatismus, dass dieser Begriff nicht nur eine Interessensvermittlung umschreibt, sondern darüber hinaus ein institutionalisiertes Muster innerhalb eines festgesetzten Rahmens darstellt, in dem zahlreiche Interessensgruppen miteinander und mit dem Staat kooperieren, wobei sie von einer bestimmten Werteordnung sowie der Implementation dieser Richtlinien umgeben sind.³³⁵ Darüber hinaus stellt Lehmbruch fest, dass als eine spezifische deutsche Ausprägung der pfadabhängige Prozess der Institutionenbildung als Form der Verknüpfung von staatlicher Steuerung und Selbstregulierung genannt werden kann.³³⁶ Zwar wird dem Steuerungskonzept der korporativen Koordination auch auf Basis dieser Verknüpfung eine einflussreiche Stellung im deutschen Gesundheitswesen zuteil, eine direkte

³³⁴ Vgl. GKV Spitzenverband (2009b), https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Aufgaben_GKV-Spitzenverband_-Liste-_1321.pdf, S. 2.

³³⁵ Vgl. Lehmbruch, G. (1996 [1977]), S. 736.

³³⁶ Vgl. Lehmbruch, G. (1996), S. 744.

Steuerungswirkung anhand der genannten Instrumente kann zu einem großen Teil jedoch nicht generiert werden.

4.2.3 Steuerungskonzept des Markt-/ Preismechanismus

4.2.3.1 Organe und Funktionen des Markt-/ Preismechanismus

Das Steuerungskonzept des Markt-/ Preismechanismus stellt neben der korporativen Koordination und der öffentlichen Planung das dritte Konstrukt dar, das sich aus den beiden Begrifflichkeiten des Marktes und des Preises zusammensetzt. Die Festlegung von Preisen stützt sich jedoch nicht vollständig auf die Existenz von Märkten. Stattdessen können Preise auch in Verhandlungen zwischen Verbänden der Leistungserbringer und Krankenversicherungen bestimmt werden. Im Vorfeld wurde bereits auf die Vereinbarungen des prospektiven Krankenhausbudgets zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Trägern der Krankenhäuser eingegangen. Zusätzlich zu diesen Verhandlungspreisen bestehen die vom Staat festgelegten administrativen Preise, zu denen bspw. Höchsterstattungsbeträge gezahlt werden können. Preise sind somit keine alleinige Ausgestaltungsform des Marktes, sondern ein umfassender Anreizmechanismus, der auch im Gesundheitswesen, das von zahlreichen Besonderheiten beeinflusst wird, eine hohe Bedeutung erfährt. Nach Graf von der Schulenburg und Greiner kann Preisen eine umfassende Anreiz-, Steuerungs- sowie Verteilungswirkung zugeschrieben werden, die für Gesundheitsleistungen essentiell ist. Die Funktionen der Preise umfassen die Steuerung zwischen Anbieter und Nachfrager sowie distributive und allokativen Effekte.³³⁷ Auf den Märkten wird mit Hilfe von Preisen eine Koordination zwischen den Anbietern und Nachfragern ermöglicht. Eine solche koordinierende Steuerung beschreibt Smith als ‚unsichtbare Hand‘ des Marktes.³³⁸ Mit der metaphorischen Darstellung erläutert Smith den quasi eigenständigen Prozess des Güterausstausches, der ausgehend von der individuellen Bedürfnisbefriedigung mit Hilfe von Vermehrung der Produkte und des Kapitals sowie durch Steigerungen der Arbeitsproduktivität eine Wohlstandsverbesserung herbeiführen kann. In ähnlicher Weise fokussiert die wohlfahrtstheoretische Perspektive die Dominanz der Koordination durch Märkte. Mit Hilfe des Pareto-Optimums belegt Debreu, dass der Wandel von Ungleichgewichten in ein Gleichgewicht mittels einer Reallokation von Gütern eine effiziente Umverteilung darstellt.³³⁹ Im Gleichgewicht ist keine Verbesserung ohne eine vom

³³⁷ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 180f.

³³⁸ Vgl. Smith, A. (1976[1776]). O'Rourke, P. J. (2008), S. 9-11, S. 28 und S. 53-56.

³³⁹ Vgl. Debreu, G. (1959), S. 90-97. Das Pareto-Optimum geht auf Vilfredo Pareto zurück.

Ausgangszustand veränderliche Situation durch bspw. den Einsatz neuer Mittel zu erreichen. Der Gleichgewichtszustand ist über die individuelle Bedürfnisbefriedigung hinaus optimal. Sowohl die Theorie der ‚unsichtbaren Hand‘, als auch das Modell des Pareto-Gleichgewichts kommen zu dem Ergebnis, dass der Markt für individuelle und kollektive Interessen gleichermaßen die bestmögliche Lösung darstellt und damit Effizienz sichert. Die Basis für die hier genannten Feststellungen sind Modellannahmen, die aufgrund einer sehr starken Komprimierung der realen Zustände die Schaffung eines Modells erst ermöglichen. Es handelt sich hier um idealisierte Annahmen, die so auf den realen Märkten nicht bestehen. Zu diesen Modellannahmen zählen bspw. die vollständige Information und Konkurrenz, die auch außerhalb des spezifischen Gesundheitswesens nicht vorzufinden sind.³⁴⁰ Ausgehend von unterschiedlichen Auffassungen und Menschenbildern, die den einzelnen Vertretern der Theorien zu Grunde liegen, lassen sich anhand der Modelle Ansätze erläutern und Handlungsweise davon ableiten. Dementsprechend benennen Breyer, Zweifel und Kifmann die Nichterfüllung des ersten Hauptsatzes der Wohlfahrtstheorie als entscheidendes Kriterium für das Marktversagen. Dieser Hauptsatz beinhaltet die Erreichung der Bedingungen des Pareto-Optimums.³⁴¹ Des Weiteren besteht die Auffassung, dass freie Märkte in Form von Wettbewerb und Verzicht auf jegliche Regulierungsmaßnahmen auch innerhalb des von Besonderheiten geprägten deutschen Gesundheitswesens effiziente Lösungen generieren können. Dies schließt jedoch nicht aus, dass zwischen den einzelnen Theorien auch Schnittmengen und Übereinstimmungen bestehen. Ausgehend von dem Prinzip des universellen freien Marktes existieren jedoch fundamentale Unterschiede zur Wohlfahrtstheorie. Hensen und Hensen identifizieren den Prozess, der über die Ökonomisierungstendenzen hinaus geht als „Übernahme einer liberalen Wettbewerbslogik“, die bewusst und unbewusst abläuft und Gesundheitsleistungen zu „Produkten mit Marktwert“ verwandelt.³⁴² Bezeichnend für diese Entwicklung steht der Neoliberalismus, der sich aus den Prinzipien der Privatisierung, Deregulierung und Dezentralisation zusammensetzt. Der Neoliberalismus, der die freie Marktwirtschaft fokussiert, hat sich seit der 1990iger Jahren weltweit ausgedehnt und ist vor allem mit dem Begriff der Privatisierung eng verbunden. Zimmermann beschreibt die Privatisierung als Ausdehnung aller Aktivitäten der Privatwirtschaft zu Lasten staatlicher und gemeinnütziger Organisationen. Dabei betont die

³⁴⁰ Niechoj listet die Modellannahmen auf und stellt sie den realen Gegebenheiten gegenüber. Vgl. Niechoj, T. (2003), S. 110-114.

³⁴¹ Vgl. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005), S. 174. Nähergehende Ausführungen zum Thema des Markt- und Staatsversagens in Kapitel 4.4.

³⁴² Hensen, G./ Hensen, P. (2008), S. 17.

Autorin, dass die Ausgestaltung von privatwirtschaftlichen Formen zwischen den Polen ‚Markt‘ und ‚Staat‘ vielfältig ausfallen kann. Eine eindeutige Definition des Neoliberalismus lässt sich aufgrund dieser Vielfältigkeit nicht vornehmen. Stattdessen benennt Zimmermann Elemente dieser Strömung, die den Charakter gegenüber dem Korporatismus und dem Staat verdeutlichen.³⁴³ Das hier zu Grunde liegende Menschenbild betrachtet das Individuum als ‚homo oeconomicus‘, welcher von einem eigennützigem nutzenmaximierendem Verhalten geprägt ist. Des Weiteren werden Gerechtigkeitskriterien, korporative Institutionen und regulierende Tätigkeiten des Staates sowie jegliche politische Einflussnahme abgelehnt. Der Neoliberalismus richtet sich damit gegen jede Form der Eingrenzung des Marktes, der mit Hilfe des Wettbewerbs durch den Preismechanismus als alleinige und effiziente Koordinationsmaßnahme aufgefasst wird.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde das Steuerungskonzept der öffentlichen Planung auf die Akteure der Makro-Ebene begrenzt. Die Stakeholder der korporativen Koordination konnten vorwiegend dem Meso-Bereich zugeordnet werden. In dem vorliegenden Konzept des Markt-/ Preismechanismus findet die Ausübung der marktlichen Maßnahmen und Instrumente vorwiegend auf der Mikro-Ebene statt. Dies geht daraus hervor, dass sich die Prinzipien des Neoliberalismus auf die eigentliche Leistungserbringung ausrichten. Dementsprechend umfasst die Dezentralisation, als ein neoliberales Kriterium, eine gleichmäßige Verlagerung von Funktionen auf mehrere verantwortliche Stakeholder. Die Individualebene beinhaltet als Basis der pyramidalen Steuerungshierarchie eine Vielzahl von Akteuren, die zu unterschiedlichen Teilen für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind. Ähnlich zum Prinzip der Dezentralisation zielt die Deregulierung darauf ab, zentralisierte Einrichtungen, wie den Staat oder korporative Institutionen gemeinsam mit allen marktlichen Einschränkungen abzuschaffen. Auch das Prinzip der Privatisierung bzw. der Individualisierung fokussiert die einzelnen Stakeholder auf der Ebene der Sachleistung. Nur auf der untersten Steuerungsstufe werden die einzelnen Gesundheitsleistungen in einem individualisierten Prozess durchgeführt. Obwohl somit der Markt-/Preismechanismus innerhalb dieser Ausarbeitung der Mikro-Ebene zugeordnet wird, schließt diese Positionierung nicht aus, dass die Entscheidungen zum Anstoß sowie zur Implementation dieser wettbewerblichen Instrumente von den übergeordneten Ebenen vorgenommen wurden und werden. Dies lässt sich auch dadurch verdeutlichen, dass mit Übernahme wettbewerblicher Maßnahmen auf der Sachleistungsebene der Staat im Gesundheitswesen

³⁴³ Vgl. Zimmermann, D. A. (2008), S. 96-104.

nach wie vor eine rahmengebende Funktion inne hat. An dieser Stelle zeigt sich erneut die Besonderheit des Gesundheitswesens, die eine permanente Größe dieses Sektors impliziert. Liebig ordnet dem Markt-/ Preismechanismus eine erhebliche Steuerungswirkung zu. Er bezeichnet den Marktpreis als ein Sanktionsinstrument, das sich negativ auf die Leistungsanbieter im Fall von nicht ausreichender Wettbewerbsfähigkeit auswirken kann. Liebig bezieht sich zudem auf Kaufmann, der aufgrund der Sanktionsmöglichkeiten des Wettbewerbs dem Markt effektive Lerneffekte zuschreibt. Des Weiteren überträgt Kaufmann neben der sanktionierenden Funktion dem Marktmechanismus eine gleichzeitige informierende Aufgabe.³⁴⁴ Trotz der identifizierten Effizienzgewinne durch den Markt-/ Preismechanismus als Steuerungsinstrument grenzt Liebig aufgrund der Besonderheiten im Gesundheitswesen die Vorteile der Wirkungen anhand dieses Steuerungskonzeptes stark ein. Er führt dies u.a. darauf zurück, dass das Ziel einer gerechten Verteilung von Leistungen im Sinne der Solidaritätsgemeinschaft durch wettbewerbliche Maßnahmen nicht berücksichtigt wird.³⁴⁵ Die Besonderheiten des Gesundheitssektors scheinen somit nur eine begrenzte Nutzung wettbewerblicher Steuerungsinstrumente des Markt-/ Preismechanismus zu zulassen. Eine vollständige Einführung neoliberaler Zielsetzungen erscheint aufgrund der Spezifität des Gesundheitswesens nur eingeschränkt möglich.³⁴⁶ Bevor jedoch im Kapitel 4.4 der Fokus der Betrachtung auf die kritische Gegenüberstellung von wettbewerblichen Mechanismen auf der einen und staatlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen auf der anderen Seiten gelegt wird, sollen im Folgenden die Ziele und Instrumente des Steuerungskonzeptes des Markt-/ Preismechanismus erläutert werden.

Im Vorfeld wurde bereits darauf eingegangen, dass der Marktmechanismus mit Hilfe des Preises ein effizientes Steuerungsinstrument darstellt. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass das Preissignal über eine koordinierende Wirkung zwischen Nachfrager und Anbieter verfügt. Eine Ressourcenverschwendung kann im Sinne des Pareto-Gleichgewichts innerhalb eines Tauschverhältnisses nicht generiert werden. Die Zielerreichung der Effizienz dieses Konzeptes verfügt zudem über den Vorteil, dass der Warenaustausch zwischen Anbieter und Nachfrager ein simples Konstrukt darstellt. Cassel schreibt aufgrund dieser Einfachheit dem Markt-/ Preismechanismus die Loslösung vom „Steuerungswirrwarr“ der übermäßigen

³⁴⁴ Vgl. Kaufmann, F.-X. (1982), S. 481f.

³⁴⁵ Vgl. Liebig, R. (2005), S. 100-110.

³⁴⁶ Zu den Besonderheiten des Gesundheitssektors vgl. Kapitel 2.2 und Kapitel 2.3. Die Position, dass eine ausschließliche marktwirtschaftliche Steuerung vorwiegend als nicht realisierbar abgelehnt und der Erhalt der Solidarprinzipien innerhalb einer wettbewerblichen Neugestaltung gefordert wird, vertreten die folgenden Autoren: Vgl. Neubauer, G. (2002), S. 3. Vgl. Cassel, D. (2001), S. 5.

staatlichen und verbandskollektivistischen Regulierung zu.³⁴⁷ Ein weiterer positiver Effekt besteht in der Eigenständigkeit dieses Steuerungskonzeptes. Aufgrund der Selbstständigkeit, die sich auch in einer finanziellen Unabhängigkeit äußert, kann der Markt-/Preismechanismus losgelöst von der staatlichen Einflussnahme existieren. Jegliche Kosten zur Unterhaltung dieses Konzeptes entfallen. Das Prinzip der freien Marktwirtschaft als wesentliches Element verdeutlicht zudem den Verzicht auf gesetzgeberische Eingriffe durch den Staat. Mit dieser Ablösung von jeglicher staatlicher Unterstützung entfällt jedoch auch die Möglichkeit Einfluss auf den Markt zu nehmen. Neben diesem kritischen Argument des Markt-/Preismechanismus, das durch weitere in diesem Konzept fehlende solidarische sowie Gerechtigkeitsprinzipien betreffende Kriterien ergänzt werden kann, verfügt der Markt über den Vorteil der Erreichung ökonomischer Zielsetzungen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Steuerungsziels der Wirtschaftlichkeit, welches sich als ein wesentliches Bestreben des Gesundheitswesens identifizieren lässt, ermöglicht dieser Steuerungsmechanismus eine optimale Verwendung von Ressourcen.

4.2.3.2 Steuerungsinstrumente und Anreizwirkungen des Markt-/Preismechanismus

Nach Liebig ermöglicht somit die Orientierung am wettbewerblichen Steuerungskonzept die Belohnung durch Effizienz.³⁴⁸ Die möglichen marktlichen Ausgestaltungsformen hierzu wurden bereits von Zimmermann als sehr zahlreich und unübersichtlich bezeichnet. Mit Hilfe einer sehr groben Gliederung sollen die vielfältigen Steuerungsmaßnahmen im Folgenden strukturiert werden. Hierzu werden, wie im Vorfeld bereits angewandt, die Steuerungsinstrumente des Markt-/Preismechanismus innerhalb allgemeiner Überbegriffe zusammengefasst, um die hohe Anzahl an spezifischen Ausgestaltungsformen zu bündeln. Oberender unterteilt die marktwirtschaftlichen Steuerungsmaßnahmen in Instrumente zur Steigerung von Nachfrageeffizienz, welche vorwiegend die Versicherten im Gesundheitswesen fokussieren und Instrumente zur Steuerung des Leistungsangebots. Letztere Steuerungsmechanismen zielen auf die zahlreichen Leistungserbringer im Gesundheitswesen ab.³⁴⁹ Eine andere Möglichkeit der Strukturierung zeigt sich bei Fritsch, Wein und Ewers. Sie setzen mittels marktlicher Lösungen an der Schwierigkeit der Informationsasymmetrie an, welche im vorangegangenen Kapitel als eine Kernproblematik des Gesundheitswesens identifiziert worden ist. Im Gegensatz zu Oberender gliedern Fritsch,

³⁴⁷ Vgl. Cassel, D. (2001), S. 5.

³⁴⁸ Vgl. Liebig, R. (2005), S. 101f.

³⁴⁹ Vgl. Oberender, P. (1992), S. 165-167.

Wein und Ewers die wettbewerblichen Maßnahmen in schlechter und besser informierte Marktteilnehmer auf und beziehen sich somit auf die Principal-Agent Theorie.³⁵⁰ Auf der Grundlage der beiden Strukturierungsmöglichkeiten der Instrumente des Markt-/Preismechanismus sowie der in den vorangegangenen Steuerungskonzepten angewandten Gliederungspraxis wird ein Auszug an Instrumenten anhand von einigen Beispielen nähergehend betrachtet:

1. Unmittelbare Leistungserbringung durch die Anbieter und Kostenträger mittels marktlicher Lösungen.
2. Unmittelbarer Zugriff auf die Stakeholder durch positive und negative finanzielle Anreize.
3. Unmittelbarer und mittelbarer Zugriff auf die Stakeholder durch marktliche Kooperationsausgestaltungen bzw. Organisationsformen.
4. Überzeugungsmaßnahmen in Form von Aufklärung und Information.
5. Rahmenbedingungen zur Schaffung von Nachfrageeffizienz mittels marktlicher Lösungen.

Die innerhalb dieser Auflistung genannten Instrumente des Steuerungskonzeptes des Markt-/Preismechanismus lassen sich, bis auf die Steuerungsmaßnahmen des letzten Gliederungspunktes, den Instrumenten der Steuerung des Leistungsangebotes zuordnen. Lediglich die Steuerungsmaßnahmen zur Schaffung von Nachfrageeffizienz können in das Instrumentarium der Nachfrager und damit in die Strukturierung nach Oberender eingefügt werden.

Das erste Steuerungsinstrumentarium umfasst die unmittelbare Leistungserbringung durch die Anbieter und Kostenträger mittels marktlicher Lösungen. Die Krankenkassen als Kostenträger werden innerhalb der weiteren Untersuchung dem Überbegriff der Anbieter zugerechnet, da sie zwar keine direkten Leistungen der Gesundheitsversorgung erbringen, jedoch den Versicherten Möglichkeiten zur Absicherung in Form von bspw. Wahlтарifen anbieten. Die Steuerungsmaßnahmen der unmittelbaren Leistungserbringung enthalten die Aktivitäten des eigentlichen ‚Kerngeschäftes‘ auf der Sachleistungsebene im Gesundheitswesen. Eingegrenzt wird dieses Instrumentarium von den wettbewerblichen Mechanismen. Reputationen sowie Garantieverprechen, die nach Fritsch, Wein und Ewers der Signaling-Möglichkeiten

³⁵⁰ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 300-306.

zugeteilt werden können, lassen sich den marktlichen Lösungen innerhalb der unmittelbaren Leistungserbringung zuordnen. Beim Signaling ist der Leistungsanbieter als Agent daran interessiert Informationen für den Nachfrager bereit zu stellen. Da jedoch Gesundheitsgüter als überwiegende Vertrauensgüter eine besondere Art der Dienstleistungen darstellen, ergibt sich für die potentiellen Mechanismen des Steuerungskonzeptes des Markt-/Preismechanismus eine nur eingeschränkte Übertragbarkeit in den Gesundheitssektor. Dementsprechend finden Garantien und Rückgaberechte keinen Eingang in die medizinische Leistungserstellung, da aufgrund zahlreicher vom Agenten nicht zu beeinflussender externer Faktoren der Behandlungserfolg nicht garantiert werden kann. Dagegen kann das Instrument der Reputation, welches ein gutes Ansehen bzw. einen positiven Ruf impliziert, innerhalb der Gesundheitsleistungserstellung Wirkungen generieren. Beispielhaft erzeugen positive Erfahrungen von Versicherten mit einem bestimmten Arzt die Annahme, dass sich diese vorteilhaften Erkenntnisse auch zukünftig fortsetzen. Die auf die Reputation wirkenden Einflüsse können zudem durch qualitätsfördernde Kriterien in Form von bspw. Fortbildungen erhöht werden. Werbung, als eine Möglichkeit Nachfrager über die eigenen Vorzüge zu informieren und somit steuernd auf die Leistungsempfänger einzuwirken, ist im Gesundheitswesen nur sehr eingeschränkt erlaubt und an besondere Bedingungen geknüpft. Dementsprechend ist es Ärzten im ambulanten Sektor untersagt anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung durchzuführen.³⁵¹ Auch die Kliniken sind an entsprechende Werbebeschränkungen gebunden.³⁵² Bei den Krankenkassen vollzog sich mit dem GKV-WSG 2007 ein Wandel. Vor Inkrafttreten der Reform von 2007 bestand bei den Krankenversicherungen die Verpflichtung zur Zusammenarbeit im Interesse der Wirtschaftlichkeit nach § 4, Absatz 3 SGB V. Seit April 2007 wird den Kassen die Möglichkeit zuteil Wahltarife nach § 53 SGB V anzubieten. In diesem Bereich zeigt sich somit eine Verstärkung des Wettbewerbs, der wiederum die Abgrenzung zu anderen Kassen essentiell macht. Inwiefern in diesem Zusammenhang ein Verstoß gegen Europarecht besteht, wonach die Krankenkassen bisher vom Wettbewerbs- und Kartellrecht aufgrund mangelnder Gelegenheiten unternehmerisch zu Handeln ausgenommen waren, wird noch geprüft.³⁵³

Die Steuerungsmechanismen, die dem Instrumentarium des unmittelbaren Zugriffs auf die Stakeholder durch positive und negative finanzielle Anreize zugeteilt werden können,

³⁵¹ Vgl. Ärztekammer Niedersachsen (2008), § 27. Vgl. Schmitz, U./ Büll, C. F. (2007).

³⁵² Vgl. § 11 und § 12 HWG; § 1 und § 3 UWG.

³⁵³ Vgl. Die Klage des PKV-Verbandes liegt hierzu dem Kölner Landessozialgericht vor. Vgl. Flintrop, J. (2008), S. A-541.

beinhalten einen wesentlichen Bestandteil steuernd auf die Akteure einzuwirken. Die Krankenkassen erhalten nach § 65 a SGB V die Berechtigung Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten einzuführen. Die Regelung zur eigenständigen Festsetzung von Voraussetzungen für diese Regelung ist jedoch daran gebunden, dass die gewährten Boni mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanziert werden können. Einen großen Umfang der finanziellen Anreize nehmen die unterschiedlichen Ausgestaltungsformen der Selbstbeteiligung ein. Sie verbindet die Gemeinsamkeit, dass im Vergleich zur Vollversicherung die Versicherten aufgrund der Selbstbeteiligung daran interessiert sind die Nachfrage zu verändern. Im Fall einer Vollversicherung besteht für die Nachfrager von Gesundheitsleistungen kein Anreiz Preise zu hinterfragen oder die Nachfragemenge zu reduzieren, da die vollständige Kostenübernahme durch die Krankenversicherung erfolgt. Selbstbeteiligungsformen, wie der Indemnitätsstarif, bei dem die Schadensregulierung durch einen festgesetzten Betrag bestimmt wird oder die Versicherungssummenbegrenzung, innerhalb dessen der Schadensfall bis zu einer fixierten Höhe übernommen wird, führen zu unterschiedlichen Verhaltensveränderungen der Versicherten, die wiederum Auswirkungen auf die Ausgaben der Gesundheitsversorgung haben. Eine weitere Form der Selbstbeteiligung stellt der Selbstbehalt bzw. die Abzugsfranchise dar, bei der sich der Versicherte dazu verpflichtet die Kosten der Behandlung ab einem festgelegten Betrag zu übernehmen. Im Gegensatz zu diesem absoluten Prinzip der Kostenbeteiligung, trägt der Versicherte bei einer proportionalen Selbstbeteiligung einen bestimmten Prozentsatz der Ausgaben der Gesundheitsleistung pro Behandlungsfall. Die Wirkungen, die sich aus diesen Steuerungsinstrumenten ergeben, differieren zwischen den einzelnen Selbstbeteiligungsformen stark. Im Fall der Versicherungssummenbegrenzung ist der Effekt außerdem abhängig von der individuellen Zahlungsbereitschaft. Dieser Typus kann jedoch aufgrund der kaum vorhandenen Präsenz im deutschen Gesundheitswesen vernachlässigt werden. Dementsprechend kann auch mit den Gebühren, als weitere Ausgestaltung der Selbstbeteiligung in Form von Verhandlungspreisen bzw. staatlich festgelegten Preisen verfahren werden, weil sie trotz einer sehr stabilen Präsenz im Gesundheitssektor über sehr marginale Nachfrageeffekte verfügen. Dagegen ermöglicht die proportionale Selbstbeteiligung im Vergleich zu einer Vollversicherung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu senken. Insbesondere die Indemnitätsstarife können mittels der Festlegung auf einen begrenzten Betrag die Versicherten zu einer verbesserten Ressourcenverwendung anregen. Der Vorteil der Nutzung von Selbstbeteiligungen durch die

Krankenversicherer besteht einerseits darin, die Problematik der adversen Selektion angehen zu können. So ermöglicht die Selektion von Selbstbeteiligungen entsprechend des individuellen Risikoverhaltens den Abbau von Unsicherheiten der Krankenkassen bezüglich der Inanspruchnahme der Versicherung. Andererseits verfügen diese finanziellen Anreizsysteme durch die Erhöhung der Kontrollgelegenheiten über das Versichertenverhalten durch die Krankenkassen das ‚moralische Risiko‘ zu reduzieren.³⁵⁴ Selbstbeteiligungen können somit dazu beitragen, die Moral-Hazard Problematik und die adverse Selektion, die sich aus der ungleichen Informationsverteilung ergeben, abzubauen bzw. zu minimieren. Es gilt jedoch die wettbewerbsbezogenen Instrumente auf das Gesundheitswesen anzupassen bzw. zu prüfen, ob die Maßnahmen des Marktmechanismus auch auf die Besonderheiten dieses Sektors anzuwenden sind. Dementsprechend bilden Schadensfreiheitsrabatte eine weitere Möglichkeit die Moral-Hazard Problematik einzudämmen. Hierbei können Prämien im Fall einer Schadensfreiheit zu einem Teil dem Versicherungsnehmer wieder erstattet werden. Dieser Anreiz zur Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme von Leistungen, der innerhalb der Kfz-Haftpflicht einen üblichen Mechanismus darstellt, muss den vielfältigen Ansprüchen und Besonderheiten der Krankenversicherung genügen und darauf angepasst werden. Beispielsweise stellt sich die Frage, ob die mittelfristigen allokativen Vorteile nicht langfristige Kosten aufgrund der Nicht-Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen verursachen.

Der unmittelbare Zugriff auf die Versicherten durch die Anbieter von Gesundheitsleistungen im Fall finanzieller Anreize begründet sich durch die direkte Interaktion zwischen den einzelnen Akteuren. Dieses Instrument beinhaltet neben den Patienten bzw. Versicherten als Nachfrager auch weitere Teilnehmer auf der Mikro-Ebene, die mit der Begrifflichkeit der Stakeholder dargestellt werden. Hierbei kann es sich auch um Interaktionen zwischen mehreren Anbietern von Gesundheitsleistungen handeln. Beispielhaft lassen sich die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern nennen. Solche Preisverhandlungen, die bereits seit 2003 ermöglicht und mit dem GKV-WSG 2007 weiter ausgebaut worden sind, basieren auf dem finanziellen Anreiz der Krankenversicherungen mit Hilfe von Mengenrabatten Kosten für Arzneimittel einzusparen. Auch Ertragsbeteiligungen stellen eine weitere Ausgestaltung finanzieller Anreizmechanismen dar, die nicht zwangsweise zwischen Versicherten und Anbietern von Gesundheitsleistungen angewandt

³⁵⁴ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 125-151. Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 304f. Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifman, M. (2005), S. 224-264.

werden müssen. Stattdessen umfassen sie bspw. das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Versicherungsanbietern.

Auch innerhalb der Instrumente, die dem marktlichen Steuerungsmechanismus des unmittelbaren und mittelbaren Zugriffs durch Kooperationsausgestaltungen bzw. Organisationsformen zugerechnet werden können, liegt der Fokus auf den gesamten Stakeholdern auf der Mikro-Ebene im Gesundheitswesen. Somit werden neben der Kernbeziehung zwischen Versicherten und Anbietern von Gesundheitsleistungen auch Interaktionen zwischen Akteuren, die nicht das unmittelbare Anbieter-Nachfrager Verhältnis betreffen, betrachtet. Dementsprechend lassen sich innerhalb dieses Maßnahmenbündels die Aktionen der vertikalen Integration im Sinne der Interessenharmonisierung nach Fritsch, Wein und Ewers benennen. Hierbei handelt es sich um Stakeholder einer vor- oder nachgelagerten Stufe innerhalb des Prozesses der Gesundheitsleistung, die zusammen arbeiten. Das Ziel einer solchen Fusionierung, die unterschiedlich ausgestaltet sein kann, besteht vorwiegend in der Bündelung von Wissen und Erfahrung.³⁵⁵ Daneben ergeben sich jedoch auch weitere positive Effekte durch bspw. einen reibungsloseren Ablauf der Leistungserstellung und somit auch Potenziale zur Einsparung von Ressourcen. Beispielhaft für eine solche Zusammenarbeit kann die Integration von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenhäusern aufgeführt werden. Die Ausgestaltung einer vertikalen Zusammenarbeit reicht von losen Verbindungen, die sich bspw. medizinische Geräte teilen, über langfristig angelegte Verträge, bis hin zu vollständigen Zusammenschlüssen. Im Bereich der stationären Versorgung lässt sich die Betrachtung um die Trägerschaft, die in öffentliche, freigemeinnützige sowie private Träger unterschieden werden können, ergänzen. In dem Fall einer Umwandlung einer Klinik unter kommunaler Trägerschaft in ein privates Krankenhaus handelt es sich um eine formelle Privatisierung, bei der lediglich ein Rechtsformwechsel besteht. Die Kommune übt jedoch als Hauptgesellschafter die Trägerschaft weiterhin aus. Durch eine Beteiligung, als eine weitere Form der Privatisierung, können private Unternehmen Einfluss auf das ehemals öffentlich organisierte Krankenhaus erhalten. Innerhalb einer materiellen Privatisierung findet neben einer Übertragung der Klinik auch eine Betrauung mit den öffentlichen Aufgaben statt. Diese Form kennzeichnet die Endstufe der Privatisierung. Eine Zusammenarbeit, als Zwischenform, von öffentlichen Institutionen und privaten Organisationen wird als Public Privat Partnership (PPP) oder als Öffentlich-Private Partnerschaft (ÖPP) bezeichnet. Die Kooperationsbeziehungen können auch innerhalb

³⁵⁵ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 305f.

dieser marktlichen Organisationsform unterschiedlich ausgestaltet sein und beinhalten sowohl Teilprivatisierungen, als auch Kooperationsmodelle.³⁵⁶ Die Anreize zur Nutzung solcher wettbewerbsorientierten Kooperationsausgestaltungen verfügen über eine ähnliche Vielfalt, wie die Organisationsformen an sich. Dabei bestehen die Gründe u.a. darin, Einsparpotentiale, Austausch von Erfahrungen und Wissen, Ausbau von Marktmacht sowie Bündelung von Ressourcen zu generieren. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nehmen als fachübergreifende medizinische Zentren eine ganz eigenständige Form innerhalb des marktlichen Steuerungsinstrumentariums ein. Zusätzlich lassen sich Managementverträge sowie die Beratung durch private Anbieter zu diesem Steuerungsinstrument zählen. Diese zahlreichen Konstitutionen der Modelle, die dem Instrumentarium der marktlichen Kooperationsausgestaltungen bzw. Organisationsformen zugeteilt werden, ermöglichen eine flexible Nutzung wettbewerblicher Lösungen, die variabel auf die Bedürfnisse von Stakeholdern angepasst werden können. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der Instrumente besteht nicht innerhalb aller Formen ein direkter Zugriff auf die Stakeholder. Dementsprechend verfügen bspw. die Beratungsaktivitäten über nur mittelbare Einflussmöglichkeiten auf die Akteure. Aus diesem Grund enthält dieser Steuerungsmechanismus neben direkter auch indirekte Koordinationswirkungen.

Überzeugungsmaßnahmen in Form von Information und Aufklärung setzen aufgrund der Betrachtung der Mikro-Ebene unmittelbar an den Versicherten und Anbietern als Zielpersonen an. Die Kernproblematik der Informationsasymmetrie, die ihren Ursprung vorwiegend auf der Sachleistungsebene hat, kann mit Hilfe von Information und Aufklärung an der Basis angegangen werden.³⁵⁷ Die Missstände der ungleichen Informationsverteilung lassen sich auf der Mikro-Ebene in allen Interaktionsformen wiederfinden und stellen somit eine ständige Begleiterscheinung des Gesundheitssektors dar. Der Anreiz der Überwindung dieser Problematik besteht in dem Abbau damit einhergehender Ineffizienzen, die mittels des Markt-/ Preismechanismus angegangen werden können. Die Präventionsprogramme der Krankenkassen können als Beispiel hierzu herangezogen werden. Die Krankenversicherungen sind daran interessiert mit Hilfe von Prävention die Versicherten schon vor dem Ausbruch einer Krankheit über Risiken aufzuklären und Vorsorgemaßnahmen anzubieten. Durch die Informationsbereitstellung zielen die Kassen darauf ab, mögliche Krankheiten im Vorfeld anzugehen sowie Krankheitsverläufe durch frühzeitiges Erkennen abzumildern. Dadurch

³⁵⁶ Vgl. Zimmermann, D. A. (2008), S. 118-122.

³⁵⁷ Vgl. Kapitel 4.2.1.2, S. 129f.

können teure Behandlungen im Vorfeld vermieden bzw. Kosten durch das vorzeitige Feststellen reduziert werden. Aufgrund des seit 1996 bestehenden Rechts auf freie Kassenwahl stehen die einzelnen Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen in Konkurrenz zueinander. Der Marktmechanismus beeinflusst somit das Handeln der Kostenträger enorm, die in diesem Fall einerseits Überzeugungsmaßnahmen zur Ressourcenersparnis und andererseits zur eigenen Profilierung gegenüber den konkurrierenden Krankenversicherungen einsetzen.

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten die marktbezogenen Instrumente genannt worden sind, die der Anbieterseite zur Verfügung stehen, um Steuerungswirkungen sowohl auf die Nachfrager, als auch auf die Anbieter von Gesundheitsleistungen vor- oder nachgelagerter Stufen zu generieren, wird im Folgenden die Seite der Nachfrager bzw. der Patienten fokussiert. Das Steuerungskonzept des Markt-/ Preismechanismus zielt darauf ab, mit Hilfe einer optimalen Gesundheitsversorgung effiziente Bedingungen zu schaffen, die Ressourcen einsparen. Um von diesem Nutzen zu profitieren, bedarf es jedoch auch eines kostenbewussten Verhaltens der Versicherten als Nachfrager. Angebote der Leistungserbringer und Kostenträger werden nur dann angenommen, wenn eine entsprechende Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt besteht. Alle bisher genannten Steuerungsinstrumente implizieren zu unterschiedlichen Teilen eine entsprechende Nachfrageeffizienz der Versicherten. Dementsprechend benötigen die finanziellen Anreizmechanismen, wie die Selbstbeteiligungsmodelle oder die Vorsorgemöglichkeiten als Überzeugungsmaßnahmen die Bereitschaft der Versicherten die Angebote zu nutzen. Eine trennscharfe Abgrenzung zu den vorangegangenen Steuerungsinstrumenten kann nicht vorgenommen werden, da sich ähnlich zum Verhältnis von Angebot und Nachfrage die jeweilige Effizienz gegenseitig bedingt. Jedoch bestehen Möglichkeiten ein Verhalten der Versicherten zu fördern, das geprägt ist von einer preis- und kostenbewussten Haltung. Voraussetzung hierfür ist der Abbau bzw. die Reduktion der bestehenden Informationsasymmetrie. Screening, als eine marktliche Lösung, umfasst die Verbesserung des Informationsstandes des weniger gut informierten Prinzipals. Hierzu besteht die Möglichkeit der Selbstinformation durch z.B. eine Internetrecherche. Insbesondere im Gesundheitswesen ist die eigenständige Informationssuche jedoch stark eingeschränkt. Die Alternative stellt die Wahrnehmung der Leistung von spezialisierten Dritten, wie bspw. Sachverständigen, dar. Die Probleme in diesem Fall ergeben sich durch positive externe

Effekte aufgrund der Nutzung durch weitere Prinzipale, die keine Gegenleistung für den Sachverständigen leisten. Aus diesem free-rider Verhalten kann ein Marktversagen für Information resultieren. Zudem kann die Nutzung sachverständiger Dritter wiederum Informationsasymmetrien hervorrufen.³⁵⁸ Es zeigt sich, dass die Zuhilfenahme des Screenings nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgreich sein kann. Um Nachfrageeffizienz generieren zu können, muss das eigenständige und kostenbewusste Verhalten der Versicherten gefördert werden. Dies lässt sich u.a. auch durch die Bereitstellung von Wahlalternativen erreichen, die von den Nachfragern nach ihrer individuellen Bedürfnisstruktur ausgewählt werden können. Die Wahltarife nach § 53 SGB V, die Krankenkassen offerieren können, stellen einen sinnvollen Einstieg in die eigenständige und kostenbewusste Nachfragereffizienz dar.

4.3 Steuerungskonzepte als vertrauensschaffende Maßnahmen

Die Steuerungskonzepte bilden ein vielfältig ausgestaltetes Instrumentarium zur Einflussnahme auf das Gesundheitswesen. Die einzelnen Instrumente können von unterschiedlichen Stakeholdern für spezifische Sachverhalte genutzt werden, sind jedoch in ihrer Anwendbarkeit auch begrenzt. Zusätzlich verfügen die Steuerungsmechanismen über Vor- und Nachteile, die einer unterschiedlichen Wertung unterliegen. Der Abbildung 17 auf der Seite 111, die den Zielbezug der Steuerungskonzepte thematisiert, lassen sich die für alle Steuerungskonstrukte gemeinsamen Zielvorstellungen Qualität und Wirtschaftlichkeit entnehmen. Eine zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse der Steuerungsmaßnahmen des vorangegangenen Kapitels zeigt die Abbildung 20. Die tabellarische Darstellung resümiert die Ausführungen zu den einzelnen Steuerungskonzepten, indem der öffentlichen Planung, der korporativen Koordination und dem Markt-/Preismechanismus vorwiegende Gestaltungsebenen, Aufgaben und Steuerungsinstrumente zugeteilt werden.

³⁵⁸ Vgl. Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J. (2007), S. 301f.

Steuerungs-konzepte	Öffentliche Planung	Korporative Koordination	Markt-/ Preis-mechanismus
Steuerungs-ebene	Makro-Ebene	Meso-Ebene	Mikro-Ebene
Aufgaben	Rahmensetzung durch gesetzgebende Funktion	Konkretisierungsfunktion, Verhandlungsfunktion	Gesundheitsversorgung
Steuerungs-instrumentarium	Bereitstellung von Infrastrukturvorleistungen, Zwangsmaßnahmen, <i>Finanzielle Anreize, Überzeugungsmaßnahmen</i>	Mittelbare Leistungserbringung, Bereitstellung von Leistungen außerhalb des Kerngeschäfts, <i>finanzielle Anreize, Überzeugungsmaßnahmen</i>	Unmittelbare Leistungserbringung, finanzielle Anreize, Kooperationsausgestaltungen, Überzeugungsmaßnahmen, Rahmenbedingungen für Nachfrageeffizienz
Zielebene	Qualität und Wirtschaftlichkeit		

Abbildung 20: Steuerungsübersicht im Gesundheitswesen

Quelle: Eigene Darstellung.

Die tabellarische Abbildung 20 verfügt nicht über ein in sich geschlossenes Tabellenraster. Mit Hilfe des Ausschlusses von Begrenzungen insbesondere in den Spalten der Steuerungsebene und der Zielebene wird die Interaktion in diesen Bereichen zwischen den einzelnen Steuerungskonzepten betont. Dementsprechend lässt sich bspw. der Markt-/Preismechanismus nicht ausschließlich auf die Mikro-Ebene eingrenzen, sondern wird auch von korporativen Organisationen genutzt. Auf diese subsidiäre Erweiterung wurde bereits zu Beginn des vierten Kapitels eingegangen. Darüber hinaus zeigt sich der interaktive Charakter der Darstellung nicht nur durch die symbolische Betonung mittels der Pfeile, sondern wird durch die sich wiederholenden Steuerungsinstrumente der einzelnen Konzepte bekräftigt. Die finanziellen Anreize sowie die Überzeugungsmaßnahmen stellen sowohl in der öffentlichen Planung, als auch in der korporativen Koordination Steuerungsmaßnahmen dar, die lediglich auf eine rechtliche Rahmensetzung bzw. Implementierung in den entsprechenden Institutionen begrenzt sind. Eine unmittelbare Nutzung dieses Instrumentariums stellt in der öffentlichen Planung und in der korporativen Koordination eine Ausnahme dar, was in der

Abbildung 20 durch eine kursive Schrift angedeutet wird. Die eigentliche Nutzung findet in der Gesundheitsversorgung auf der Individualebene statt. Trotz der Unterschiede in den einzelnen Steuerungskonzepten verbindet sie die Gemeinsamkeit der Verwirklichung der Zielvorstellungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Rückblickend auf die eingangs erläuterte hohe Anzahl von Vernetzungen im Gesundheitswesen, kann anhand der vorangegangenen Ausführungen des vierten Kapitels, verbunden mit der Abbildung 17, die intensive Netzwerk- und Interaktionstätigkeit der zahlreichen Stakeholder bestätigt werden. Gleichmaßen gehen die vielseitigen stark miteinander verwobenen Beziehungen mit einer hohen Abhängigkeit einher. Einerseits ergibt sich die Einschränkung durch Komplexität aufgrund der häufig für Nicht-Involvierte undurchschaubaren Vielseitigkeit des Gesundheitssektors. Andererseits sind Individuen aufgrund der Komplexität darauf angewiesen sich in Institutionen zu organisieren, um ihrem Anliegen Gehör verschaffen zu können. Somit bedingt das Beziehungsgeflecht wiederum Vernetzungen und Interaktionen einzugehen. Zusätzlich ergeben die im Gesundheitswesen vorwiegend vorzufindenden Vertrauensgüter eine intensive Abhängigkeit vom gesamten Versorgungsspektrum. Die Steuerungskonzepte der öffentlichen Planung, der korporativen Koordination und des Markt-/Preismechanismus müssen diese allumfassende Spezifität des Gesundheitswesens aufnehmen, um Steuerungswirkungen zu erreichen, die mit den Zielkonstrukten der Qualität und Wirtschaftlichkeit vereinbar sind. Diese Notwendigkeit geht darauf zurück, dass Vertrauen, auch über den Gesundheitssektor weit hinaus, über eine beziehungsfestigende Wirkung verfügt. Ein vertrauensvolles Verhältnis, bspw. zwischen Arzt und Patient, kann wesentlich dazu beitragen Informationsasymmetrien abzubauen bzw. zu reduzieren, da aufgrund z.B. einer barrierefreien Kommunikation die Compliance-Problematik nicht auftritt. Damit verbundene Ineffizienzen können vor dem Hintergrund der Zielebenen abgebaut bzw. vermindert werden. Die Schaffung von Vertrauen stellt somit einen wesentlichen Bestandteil dar Ressourcen einzusparen und Qualität zu fördern. Bezogen auf die Steuerungsbestrebungen der einzelnen Stakeholder, bedarf es der Integration des Vertrauensaspektes.

Im Folgenden soll auf der Grundlage der vorangegangenen Ausführungen die bisherige Eingliederung vertrauensschaffender Maßnahmen innerhalb der Steuerungsinstrumente betrachtet werden. Die Hauptaufgabe der öffentlichen Planung umfasst die Rahmensetzung mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen. Die Ausgestaltung in Form von Steuerungsinstrumenten

beinhaltet einen vielfältigen Mechanismenkatalog. Hierauf können die Staatsorgane zurückgreifen, sobald sich innerhalb des Gesundheitswesens für die Bevölkerung nachteilige Entwicklungen abzeichnen. Die Instrumente reichen von Mindeststandards, wie der Approbation, über die Bereitstellung von Informationen, bis hin zur Versicherungspflicht. Diese Maßnahmen, die darauf abzielen Missstände in Form von ungleicher Informationsverteilung abzubauen bzw. zu reduzieren, lassen sich den einzelnen Steuerungsinstrumenten mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen zuordnen. Am Beispiel der staatlichen Setzung von Marktzutrittsschranken durch die Approbation für Ärzte sollen die Instrumente im Bezug auf die Schaffung von Vertrauen untersucht werden. Mit Hilfe der Approbation als Nachweis über die Einhaltung der Zulassung und damit der erfolgreichen Absolvierung der ärztlichen Prüfungen setzt der Staat einen Mindeststandard. Patienten können sich mit Hilfe dieses Instrumentes darauf verlassen, dass die praktizierenden Ärzte im deutschen Gesundheitswesen diesem Anspruch genügen müssen. In diesem Fall reguliert der Staat den Markt, um die Unsicherheit über die ärztliche Befähigung einzugrenzen, über die der Patient aufgrund der eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten nur mangelhaft verfügt. Zwar beinhaltet die Approbation keine qualitative Aussage, sichert jedoch die Einhaltung des Mindeststandards der Zulassung zum Arzt. Der Patient kann somit durch den staatlichen Eingriff auf einen Standard vertrauen. Ähnlich vertrauensschaffende Maßnahmen stellen auch die Überzeugungsmaßnahmen durch die Förderung von Aufklärung und Information dar. Sie agieren als Basis für die Reduktion der ungleichen Informationsverteilung, die sich auf eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Stakeholdern im Gesundheitswesen auswirkt. Dementgegen fungieren jedoch die überwiegend als kritisch beurteilten Zwangsmaßnahmen der öffentlichen Planung als Hemmnisse für den Aufbau von Vertrauen. Dies ist darauf zurück zu führen, dass jegliche Maßnahmen, die Sanktionen bei Nicht-Einhaltung begründen, Überwachungsmaßnahmen benötigen. Eine vertrauensvolle Beziehung impliziert die Erwartung auf eine zuverlässige und stärkende Partnerschaft. Kontrollmaßnahmen stehen der Zuversicht auf eine vertrauensvolle Interaktion entgegen, da sie auf einer von Misstrauen geprägten Beziehung basieren. Diese Aussage muss jedoch vor dem Hintergrund der vertrauensschaffenden Maßnahme der Setzung einer Marktzutrittsbarriere eingeschränkt werden. Die Pflicht zur Einhaltung des Mindeststandards der Approbation beinhaltet auch Elemente der Zwangsmaßnahmen. Es besteht die Verpflichtung der praktizierenden Ärzte diese Voraussetzungen zu erfüllen. Die Sanktion impliziert das Verbot den Arztberuf ausüben zu können. Wie bereits erläutert, stehen jedoch die Zwangsmaßnahmen den

vertrauensschaffenden Maßnahmen entgegen. Dass diese auf Sanktionen und Überwachung beruhenden Mechanismen nicht in jeder Hinsicht im Widerspruch zu einer vertrauensvollen Beziehung stehen, ist abhängig von dem Stakeholder, an dem Zwangsmaßnahmen angewendet werden. Im Fall der Approbation setzen staatlich regulierende Maßnahmen an den ärztlichen Stakeholdern an, die innerhalb der Arzt-Patienten Beziehung über einen erheblichen Informationsvorsprung verfügen. Mit Hilfe des Mindeststandards wird die Informationsasymmetrie reduziert, jedoch nicht vollständig abgebaut. Der staatliche Eingriff hat keine negativen Auswirkungen auf ein vertrauensvolles Arzt-Patienten Verhältnis. Lediglich die bereits benachteiligte Seite erfährt staatliche Unterstützung. In ähnlicher Weise lässt sich auch die mit dem GKV-WSG 2007 eingeführte Versicherungspflicht im Bezug zum Vertrauensaspekt begründen. Das Einsetzen der Versicherungspflicht reduziert die Informationsasymmetrie zwischen den Krankenversicherungen und den Versicherten. Der Trittbrettfahrer-Problematik wird mit dieser staatlichen Verpflichtung Einhalt geboten und somit die ungleiche Informationsverteilung vor dem Hintergrund einer solidarisch organisierten Gesundheitsversorgung abgemildert. Auch in diesem Fall ist die begünstigte Seite des Versicherungsnehmers von den staatlichen Maßnahmen betroffen. Die Überzeugungsmaßnahmen setzen ebenfalls daran an die asymmetrische Informationsverteilung zugunsten der weniger gut informierten Stakeholder zu reduzieren. Somit kann die Funktion der Rahmensetzung der öffentlichen Planung, die sich auf wenige staatliche Eingriffe zugunsten des Abbaus der Informationsasymmetrie beschränkt, vertrauensschaffende Maßnahmen fördern.

Gemeinsam mit der öffentlichen Planung appellieren die Organisationen der korporativen Organisation an das Gemeinwohl und die Gerechtigkeit innerhalb des Gesundheitswesens. Diese vertrauensdienlichen Wirkungen auf die Bevölkerung identifiziert der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie durch den Korporatismus gegenüber dem Markt-/ Preismechanismus.³⁵⁹ Gleichermäßen vertrauensfördernde Effekte erzielen diese Organisationen auch durch die langfristig gewachsenen und gesellschaftlich festverankerten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen. Aufgrund der den korporativen Institutionen zugeordneten Aufgaben, wie der Verhandlungsfunktion, welche die Interessenwahrung der Mitglieder gegenüber den anderen Organisationen sowie der Makro-Ebene beschreibt, basiert die korporative Koordination zu einem Großteil auf Vertrauensaspekten. Insbesondere die nur sehr eingeschränkt vorhandenen

³⁵⁹ Vgl. Kapitel 4.2.2.1, S. 137.

Kontrollmöglichkeiten des Korporatismus festigen Ansprüche nach solidarischen Partnerschaften. Dies geht auch aus den von Niechoj genannten Modi der Abstimmung, des Tausches und der Normbildung hervor, die zu unterschiedlichen Teilen eine vertrauensvolle Beziehung integrieren. Dementsprechend basiert der Tauschmodus sowohl aufgrund der hohen Komplexität der einzelnen Prozesse, als auch durch die zeitliche Trennung von Leistung und Gegenleistung auf vertrauensstärkenden Beziehungen. Ressourcen, die zur Verwendung von laufenden Überwachungsmaßnahmen oder zur Einigung zwischen Vertragspartnern ohne gegenseitiges Vertrauen anfallen würden, können so eingespart werden. Insgesamt zeichnet sich für die korporativen Organisationen durch die Realisierung des alltäglichen Aufgabenbereichs, vorwiegend mittels der Verhandlungsfunktion, ein hoher Anteil an Vertrauensaspekten ab. Die Wahrnehmung spezifischer Steuerungsinstrumente, wie der Überzeugungsmaßnahmen in Form von bspw. der finanziellen Unterstützung von Patienten- und Verbraucherverbänden, trägt dazu bei vertrauensschaffende Maßnahmen zu implizieren.

Bezogen auf den reinen Markt-/ Preismechanismus scheinen vertrauensschaffende Maßnahmen vor dem Hintergrund der individuellen Nutzenmaximierung des ‚homo oeconomicus‘ im Widerspruch zu stehen. Dass jedoch durchaus Potentiale aus der Nutzung von Vertrauensaspekten entstehen können, zeigt u.a. die oben genannte Möglichkeit zur Ressourcenersparnis durch Kooperation. Zwar eignet sich Vertrauen nicht für kurzfristige Lösungsmöglichkeiten, sondern bedarf ein auf lange Zeit angesetztes partnerschaftliches Verhältnis, verfügt jedoch über einen beziehungsfestigenden Charakter. Wettbewerbliche Steuerungsinstrumente bestehen nicht losgelöst von den sog. weichen Faktoren, zu denen auch vertrauensfördernde Aspekte zählen. Vertrauen gehört zwar nicht zu den rationalisierbaren Bestandteilen, wie dem Preismechanismus, nimmt jedoch innerhalb einer Interaktion zwischen Anbieter und Nachfrager durchaus teil. Die fehlende Quantifizierbarkeit dieses Bestandteils lässt keine Rückschlüsse auf das Vorhandensein zu. Dass auch marktliche Steuerungsmechanismen mit Hilfe von Vertrauensaspekten positive Wirkungen generieren können, ergibt sich u.a. aus der Nutzung von Reputationen. Diese Signaling-Möglichkeit zielt darauf ab, mit Hilfe von positiven Erfahrungswerten das Vertrauen zu schaffen, dass sich das vorteilhafte Ansehen auch in die Zukunft fortschreibt. Nur eingeschränkt kann dieses Steuerungsinstrument Qualität durch bspw. Zertifizierungen oder Fortbildungen fassbar bzw. messbar machen. Darüber hinaus stellt Vertrauen nicht nur ein Bestandteil innerhalb der

Leistungen im Gesundheitswesen dar, sondern entwickelt sich zu einer Notwendigkeit. Dementsprechend ist in den vorangegangenen Ausführungen an mehreren Stellen darauf verwiesen worden, dass der Gesundheitssektor verstärkt darauf abzielt die Eigenständigkeit der Versicherten zu fördern. Der Wandel hin zu einem aktiven und selbstverantwortlichen Patientenbild wird durch die zunehmende Möglichkeit in Form von bspw. Wahlтарifen sowie den Ausbau von Patientenorganisationen unterstützt. Die damit einhergehende Erzeugung von Nachfrageeffizienz basiert auf der Eigenständigkeit, die zu einem Großteil Vertrauen impliziert. Das beidseitige Vertrauen zwischen den Stakeholdern ist zum einen essentiell, um innovative Kooperationen einzugehen und wird zum anderen durch die erfolgreiche Implementation dieser Beziehungen gefördert. Somit lässt sich abschließend festhalten, dass auch innerhalb des Steuerungskonzeptes des Markt-/ Preismechanismus Vertrauensaspekte einen Bestandteil darstellen. Darüber hinaus begünstigt die hohe Beteiligung von Vertrauensgütern im deutschen Gesundheitswesen die Ausprägung von vertrauensschaffenden Maßnahmen zu einer notwendigen Integration dieses Aspektes.

4.4 Markt und Staat als gegensätzliche Pole in der gesundheitspolitischen Steuerungsdebatte

Dieses Kapitel behandelt abschließend den Umfang der Anwendung von staatlichen und wettbewerbsorientierten Maßnahmen im deutschen Gesundheitswesen. Mit Hilfe der Reduktion auf die Betrachtung der gegensätzlichen Pole Markt und Staat sollen die spezifischen Zielvorstellungen herausgearbeitet und auf die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen übertragen werden.

Im Vorfeld wurden die Zielvorstellungen der gesamten Steuerungskonzepte auf die Aspekte Qualität und Wirtschaftlichkeit komprimiert. Trotz dieser gemeinsamen Grundlage bestehen zwischen der öffentlichen Planung und dem Markt-/ Preismechanismus sich widersprechende Absichten. Beispielhaft lässt sich diese Gegensätzlichkeit im Bereich der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser identifizieren.³⁶⁰ In diesem Fall decken sich die staatlichen Vorstellungen nicht mit den ökonomischen Bestrebungen. Die von der öffentlichen Planung eingesetzte duale Finanzierung steht einer monistischen Finanzierung, die einer stärker wettbewerbsorientierten Lösung entsprechen würde, entgegen. Dieser Diskurs repräsentiert eine im Gesundheitswesen andauernde Kontroverse über eine eher staatliche oder marktliche Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung. Unter Beachtung der

³⁶⁰ Vgl. Kapitel 4.2.1.2, S. 121-124.

einheitlichen Zielvorstellungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit erscheint dieser Disput zunächst paradox, da die beiden Steuerungskonzepte ihr Instrumentarium auf die gleichen Absichten ausrichten. Aus den angegebenen Zielen geht hervor, dass ein vorrangiges Ziel aller Steuerungskonzepte darin begründet ist, dass die vorhandenen Ressourcen effizient und effektiv eingesetzt werden und eine Verschwendung ausgeschlossen wird. Trotz dieser nicht kürzlich eingesetzten Wirtschaftlichkeitsaspekte, werden dem Gesundheitswesen in regelmäßigen Abständen diesbezügliche Fehlentwicklungen vorgeworfen.³⁶¹ Zwar zielen die Steuerungskonzepte der öffentlichen Planung und des Markt-/ Preismechanismus gleichermaßen darauf ab, diese für das Gesundheitswesen nachteiligen Entwicklungen zu vermindern, jedoch bestehen aufgrund der unterschiedlichen Rollen- bzw. Aufgabenwahrnehmung Konflikte zwischen den beiden Konstrukten. Der Staat ist durch das Sozialstaatsprinzip den damit verbundenen Kriterien verpflichtet. Hierzu gehört u.a. die Durchsetzung sozialer Gerechtigkeit mittels staatlicher Maßnahmen.³⁶² Damit obliegt dem Staat die Aufgabe bei Nichtbeachtung von Verteilungsgerechtigkeit in den Marktmechanismus als Allokationsinstrument einzugreifen. Eine solche staatliche Korrektur ist jedoch daran gebunden, das Subsidiaritätsprinzip zu wahren und nur einzuschreiten, falls kleinere Einheiten durch Eigeninitiative diese Problematik nicht lösen können. In diesem Fall beabsichtigt der Staat die durch wettbewerbliche Mechanismen begrenzte Freiheit, die eine eigenständige ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ ver- bzw. behindert, stellvertretend für die betroffenen Stakeholder wieder einzurichten. Die Freiheit innerhalb der staatlichen Auffassung impliziert somit den Schutz Benachteiligter. Dagegen fordert das wettbewerbsbezogene Verständnis von Freiheit ein uneingeschränktes Marktsystem. Freiheit spielt somit sowohl im Markt, als auch im Staat eine hervorzuhebende Rolle, die jedoch von widersprüchlichen Vorstellungen geprägt ist. Ähnlich zum Freiheitsverständnis handelt es sich bei der Gerechtigkeit um eine sehr vielfältig ausgestaltbare und nicht eindeutig definierbare Begriffsauffassung. Hieraus ergibt sich die Problematik, dass es sich bei beiden Substantiven zwar um Rechte handelt, die auch im Grundgesetz niedergeschrieben sind, die jedoch in ihrer Ausgestaltung überaus variabel sind.³⁶³ Nicht nur durch diese Gemeinsamkeit ist der Gerechtigkeitsaspekt mit dem Recht auf Freiheit eng verbunden. Die beiden Begrifflichkeiten bedingen sich gegenseitig und prägen gemeinsam das Solidaritätsprinzip, das ein Fundament des deutschen

³⁶¹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 25f. Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), S. 96f. Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1996), S. 118f.

³⁶² Vgl. Kapitel 2.1.1.2, S. 8f.

³⁶³ Vgl. Artikel 2 und Artikel 3 GG.

Gesundheitswesens darstellt. Solidarität bewirkt die Unterstützung von den Schwächeren durch die Stärkeren einer Gemeinschaft. Dementsprechend wird die gesetzliche Krankenversicherung, in der bspw. die Gesunden und die Erwerbstätigen den Kranken und Nicht-Erwerbstätigen durch Beiträge beistehen, als Solidargemeinschaft bezeichnet. Der Anspruch an eine optimale Gesundheitsversorgung ist unabhängig von der Ausgestaltung auch an Gerechtigkeit gebunden. Diese Vorstellung impliziert die Widersprüchlichkeit und Konflikte zwischen Markt und Staat im Gesundheitswesen. Einerseits basieren sie, ähnlich zu den Zielen Qualität und Wirtschaftlichkeit, auf gemeinsamen Fundamenten, wie Freiheit und Gerechtigkeit, andererseits beschreiben die Vorstellungen gleichermaßen die Unterschiede zwischen den beiden Steuerungskonzepten.³⁶⁴

Neben der aus staatlicher Perspektive bestehenden Verteilungsproblematik verfügt das Gesundheitswesen auch über eine Rationierungsproblematik einer gerechten Gesundheitsversorgung. Insbesondere vor dem vielfach benannten und seit Jahrzehnten bestehenden Postulat der optimalen Ressourcenverwendung im Gesundheitswesen ergibt sich die Notwendigkeit die knappen Gesundheitsleistungen zu rationieren. Die Existenz dieses Instruments begründet sich nach Kersting durch das kollektive Verteilungssystem im deutschen Gesundheitswesen.³⁶⁵ Bestünde dagegen eine freie Marktwirtschaft im Gesundheitssektor, würde der Preismechanismus als Verteilungskriterium die Problematik gar nicht erst entstehen lassen. Rationierung stellt trotz der Entstehung dieser Spezifität, die den Kriterien des Neoliberalismus widerspricht, einen aus ökonomischer Sicht unter bestimmten Voraussetzungen sinnvollen Mechanismus dar. Dies lässt sich u.a. darauf zurück führen, dass der Neoliberalismus als eine extreme Ausprägung der Ökonomisierung auf der freien Marktwirtschaft basiert, die innerhalb des Gesundheitswesens nicht vorzufinden ist. Gesundheitsökonomische Maßnahmen fußen nur bedingt auf dieser neoliberalen Ausprägung, stattdessen umfassen sie ein vielseitiges Instrumentenkontinuum des Markt-/Preismechanismus. Rationierungsmöglichkeiten, auf die insbesondere das britische Gesundheitswesen zur Begrenzung der Ausgaben zurückgreift, beinhalten Verweigerungs-, Umlenkungs-, Hinhalte-, Ausdünnungs- sowie Abschreckungsmaßnahmen und können je nach Ausgestaltung einer ‚direkten‘ oder ‚weichen‘ Rationierung zugeordnet werden.³⁶⁶ Auch im deutschen Gesundheitswesen lassen sich Rationierungsausprägungen vorfinden, die jedoch

³⁶⁴ Vgl. Fleßa, S. (2007), S. 14-17. Vgl. Pihl, C./ Ott, N. (2006), S. 128-131. Vgl. Bandelow, N. C. (2006), S. 59f. Vgl. Pimpertz, J. (2001), S. 58-62.

³⁶⁵ Vgl. Kersting, W. (2000), S. 470-474.

³⁶⁶ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 77-79. Vgl. Loss, J./ Nagel, E. (2004), S. 221f.

im Vergleich zum britischen NHS weniger strikt ausgestaltet sind. Hierzu zählt u.a. die Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Begrenzung der Kostenübernahme auf im Leistungskatalog festgeschriebene Gesundheitsleistungen stellt eine Rationierung dar. Nach Loss und Nagel werden solche Ausgabenbegrenzungen akzeptiert, wenn Gerechtigkeitskriterien annähernd gewahrt bleiben.³⁶⁷ Auf den Leistungskatalog bezogen, wird der Eingriff am ehesten als gerecht empfunden, sobald nicht notwendige Leistungen rationiert werden.³⁶⁸ Die Rationierung als Form der Leistungsbegrenzung unterliegt zahlreichen unterschiedlichen Definitionen und Einschätzungen. Diese Vielfältigkeit der Beurteilung entspricht der hohen Komplexität im Gesundheitswesen. Loss und Nagel gehen davon aus, dass die Feststellung eines gerechten und notwendigen Maßes an Gesundheitsversorgung den Austausch von Medizin, Politik und Gesellschaft fordert. Die essentielle Ergänzung um gesundheitsökonomische Aspekte nimmt bspw. Kersting vor, in dem er beschreibt, dass es einer Verbindung von „medizinische[r] Kompetenz mit ökonomischer Rationalität und gerechtigkeitsethischer Vernunft“ bedarf.³⁶⁹ Darüber hinaus betont Kersting, dass die Aufgabe der Gesundheitsökonomie darin besteht, mittels Kosten-Nutzen Analysen Datengrundlagen zu schaffen, die Ressourceneinsparungen aufdecken und somit an einer optimalen Gesundheitsversorgung zu einem großen Teil beteiligt sind. Aus diesem Grund schreibt Kersting der Gesundheitsökonomie durch die Evaluation das Potential einer ‚Rationierungsprophylaxe‘ zu, um durch Rationalisierungen die Rationierung zu vermeiden bzw. zu reduzieren.³⁷⁰ Eine solche positive Wirkung der Gesundheitsökonomie, wie sie bspw. von Loss und Nagel geteilt wird, hinterfragt u.a. Bauer kritisch. Er formuliert die These, dass es beginnend mit der von der Ökonomie forcierten Rationalisierung über die Rationierung zur Polarisierung kommt und begründet diese Prozessdarstellung, indem er die Rationierungsproblematik als selektive Leistungsallokation begreift.³⁷¹ Kühn kritisiert, dass die von der Gesundheitsökonomie ausgehende Fokussierung auf das Steuerungskriterium Geld das Einkommensinteresse über das Versorgungsinteresse stellt. Er geht davon aus, dass die Benachteiligung des Patienten durch rationierende Maßnahmen im Fall von impliziter Rationierung besonders nachteilige Auswirkungen erfährt. Er führt dies darauf zurück, dass

³⁶⁷ Vgl. Loss, J./Nagel, E. (2004), S. 222.

³⁶⁸ Vgl. Mack, E. (2001), S. 17-30.

³⁶⁹ Kersting, W. (2000), S. 471.

³⁷⁰ Vgl. Kersting, W. (2000), S. 470-474. Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007), S. 11. Vgl. Vosteen, K. (2001), S. 24-28.

³⁷¹ Vgl. Bauer, U. (2008), S. 149-151.

durch im Mittelpunkt stehende finanzielle Anreize das Vertrauensverhältnis insbesondere zwischen Arzt und Patient stark negativ beeinflusst wird.³⁷²

Die Kritik von Kühn lässt sich durch die im Vorfeld getroffenen Aussagen etwas abschwächen. Zwar nimmt das Steuerungskriterium Geld einen besonderen Stellenwert im Gesundheitswesen ein, jedoch können quantitative Belange nicht ausschließlich dem Markt-/Preismechanismus zugeordnet werden. Stattdessen wurden für alle Steuerungskonzepte, zu denen auch wettbewerbliche Maßnahmen zählen, die Ziele Qualität und Wirtschaftlichkeit identifiziert. Gleichmaßen wurde im vorangegangenen Abschnitt aufgeführt, dass die Rationierungsproblematik sowohl für den Staat, als auch für den Markt besteht. Beide Steuerungskonstrukte verfügen trotz gemeinsamer Zielvorstellungen aufgrund ihrer unterschiedlichen Aufgaben- und Rollenwahrnehmung über spezifische Vor- und Nachteile. Durch eine Konzentration auf den Markt können bspw. positive Wirkungen in Form einer Vereinheitlichung von gesellschaftlichen Rollen generiert werden. Neben der Loslösung von Privilegierungen bspw. bestimmter Berufsgruppen durch eine Universalisierung benennt Nullmeier zudem die damit verbundene Überwindung von Grenzen, die auch innerhalb der Europäischen Union zukünftig eine hervorgehobene Rolle spielen wird. Nullmeier beschreibt überdies die Wachstumspotentiale aufgrund der uneingeschränkteren Nutzung des Gesundheitsmarktes.³⁷³ Auch Franke identifiziert auf Grundlage der Betrachtung des stationären Sektors dem Markt erhebliche Potentiale, die mit Hilfe einer verbesserten Vertragsfreiheit generiert werden können. Über den stationären Sektor hinaus attestiert Franke dem Wettbewerb positive Wirkungen, die sich vorwiegend auf finanzielle Aspekte auswirken.³⁷⁴ Auch Liebig geht von einer positiven Beeinflussung des Markt-/Preismechanismus auf das Gesundheitswesen aus, macht diese Feststellung jedoch von der Beachtung bestimmter Bedingungen abhängig. Für die vorteilhafte Nutzung wettbewerblicher Instrumente benennt Liebig zwei Voraussetzungen. Hierzu zählt einerseits eine nahezu identische Marktmacht von Anbieter und Nachfrager. Andererseits müssen die zu Grunde liegenden Bedürfnisse monetarisierbar bzw. die Güter zu Produkten wandelbar sein können.³⁷⁵ Damit schränkt Liebig die Anwendbarkeit des marktlichen Steuerungskonzeptes im Bezug auf das Gesundheitswesen stark ein. Zugleich wirken die am Wettbewerb

³⁷² Kühn führt zur Verdeutlichung anhand einer Studie nach Simon rationierende „Praktiken“ auf. Vgl. Kühn, H. (2004), S. 31-36.

³⁷³ Vgl. Nullmeier, F. (2007), S. 101-103.

³⁷⁴ Vgl. Franke, D. H. (2007), S. 28-33.

³⁷⁵ Vgl. Liebig, R. (2005), S. 108f.

orientierten Maßnahmen dem Gerechtigkeitsaspekten entgegen und schwächen somit das Solidaritätsprinzip. Loss und Nagel führen dies darauf zurück, dass die Förderung der Eigenbeteiligung, welche als marktliches Instrument mit Hilfe von Selbstverantwortung finanzielle Ressourcen einsparen soll, von heterogenen Einflüssen abhängig ist. Beispielsweise können chronisch kranke Menschen oder Erwerbstätige mit einem sehr geringen Einkommen von bestimmten Eigenbeteiligungsmöglichkeiten von vornherein ausgeschlossen werden.³⁷⁶ Ein solcher Ausschluss von Personengruppen widerspricht dem Solidaritätsprinzip, das wiederum auf Gerechtigkeitsaspekten basiert. Die Durchsetzung dieser der Solidarität zu Grunde liegenden Kriterien obliegt wiederum dem Staat. Die hier im Vordergrund stehende Begründung für staatliche Eingriffe, die den marktbezogenen Mechanismen entgegen stehen, basiert auf einer distributiven Argumentation. Das Zentrum dieser Begründungslogik nimmt das Ziel der Schaffung einer gerechten Gesundheitsversorgung ein. Im Gegensatz zu der allokativen Begründung, die auf der Theorie des Marktversagens fußt, lässt nach Pfaff et al. der Bezug auf die Gerechtigkeit vielfältige staatliche Ausgestaltungen zu.³⁷⁷ Die Heterogenität des Begriffsverständnisses der Gerechtigkeit eröffnet auch die Nutzung uneingeschränkterer staatlicher Eingriffsmöglichkeiten, die sich im Vergleich zur allokativen Argumentationslogik nicht an den Zielgrößen der Effizienz und Effektivität messen lassen müssen. Darüber hinaus ermöglicht die begriffliche Dehnbarkeit des Gerechtigkeitsaspektes, dass auch der Umfang der Staatseingriffe, der innerhalb der allokativen Argumentation auf ein begründbares Minimum reduziert ist, keinerlei Einschränkungen unterliegt. Auf der Grundlage dieser unterschiedlichen Begründungen als Basis für staatliche Steuerung, wird auch das Staatverständnis sowie das staatliche Selbstbild von unterschiedlichen Einflüssen und Prägungen beeinflusst. Demnach ist der Umfang staatlicher Eingriffe abhängig von dem vorherrschenden staatlichen Steuerungsmodell, das sich innerhalb der idealisierten vier Staatsauffassungen dem Interventionsstaat, dem minimalen Staat, dem Steuerungsstaat sowie dem moderierenden Staat zuordnen lässt. Die staatlichen Auffassungen, die den einzelnen Steuerungsmodellen zu Grunde liegen, stehen im unterschiedlichen Verhältnis zum Markt-/Preismechanismus. Dementsprechend schreibt das Steuerungsmodell des minimalen Staates dem Markt eine optimale Verteilungsfunktion zu. Die Koordinierungsaufgabe, die der minimale Staat zu einem großen Teil selbst übernimmt, wird im Steuerungsstaat dem Markt überlassen, wobei die Verteilungsaktivitäten staatlich organisiert sind. Innerhalb des Modells

³⁷⁶ Vgl. Loss, J./Nagel, E. (2004), S. 225f.

³⁷⁷ Vgl. Pfaff, A. B. et al. (2006), S. 19f. Die vielfältigen Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens, die auf einer allokativen Begründung beruhen, lassen sich dem Kapitel 2.2, 2.3 und 2.4 entnehmen.

des moderierenden Staates werden alle Aktivitäten der Ressourcenverteilung sowie der sozialen Koordination der Selbstorganisation überlassen. Im Interventionsstaat hingegen werden diese Aufgaben vollständig durch die öffentliche Planung wahrgenommen.³⁷⁸ Aus diesem Grund ist die staatliche Steuerungsaktivität nicht nur abhängig von der Zielausrichtung auf allokativen und distributiven Argumentationen, sondern auch vom vorherrschenden Steuerungsmodell. Blanke definiert die Aufgabe der Politik in Anlehnung an Luhmann als die „Bereitstellung von Steuerungsfähigkeit“, die darauf abzielt mit dem vorhandenen Instrumentenkontinuum eine optimale prozessuale Leistungserstellung zu ermöglichen.³⁷⁹ Hieraus lässt sich schließen, dass die Aufgabenwahrnehmung des Staates von vielfältigen Faktoren beeinflusst wird, wobei sich die Zielerreichung weniger an einer festgelegten Mittelwahl, sondern stärker an der Befähigung von Leistungserstellung orientiert. Diese Funktion, die sich auf zahlreiche Instrumente stützt, stellt keine fixe Ausrichtung dar, sondern nutzt variable Mechanismen, um Wirtschaftlichkeit und Qualität unter Beachtung von Gerechtigkeitsaspekten zu erreichen. Die Realisierung dieser Ausrichtung trägt dazu bei einen optimalen Leistungsfluss zu konstruieren. Vor diesem Hintergrund handelt es sich bei den Polen Markt und Staat nicht um starre gegensätzliche Steuerungskonstrukte, sondern in Abhängigkeit ihrer Ausrichtung um Steuerungskonzepte, die sich gemeinsam den Anforderungen eines im ständigen Wandel befindlichen Gesundheitswesens stellen müssen.

Sowohl das Steuerungskonstrukt des Marktes, als auch des Staates verfügen über spezifische positive Wirkungen. Beide Konzepte beinhalten jedoch auch Nachteile und Einschränkungen. Dementsprechend basiert die Begründung von staatlichen Eingriffen in das Gesundheitswesen innerhalb der allokativen Argumentation auf dem Prinzip des Marktversagens. Die bereits im zweiten Kapitel genannten Spezifika, wie der Informationsasymmetrie, der Externalitäten, der besonderen Gesundheitsleistungserstellung und Leistungsanspruchnahme sowie der versicherungsbezogenen Mängel tragen dazu bei, dass eine pareto-optimale Güterallokation im Gesundheitswesen nur in wenigen Fällen erfolgen kann. Das im Gesundheitssektor somit

³⁷⁸ Vgl. Braun, D. (2001), S. 102-115. Eine ähnliche Darstellung der vier idealisierten staatlichen Steuerungsmodelle findet sich auch bei Blanke. Vgl. Blanke, B. (2001), S. 159f. Einen Überbegriff für die staatliche Steuerungsdiskussion stellt der ‚Governance‘ Begriff dar. Aufgrund der kaum vorhandenen Spezifität des Governance-Verständnisses, das sowohl „die Art und Weise, die Methode oder das System“ beschreibt, wird der Überbegriff in diesen Aufführungen nicht thematisiert. Einen Überblick über die Governance-Thematik ermöglichen beispielhaft die nachfolgenden Autoren: Vgl. Rhodes, R. A. W. (2003), S. 46-62. Vgl. Kooiman, J. (1999), S. 68-89.

³⁷⁹ Vgl. Blanke, B. (2001), S. 158.

bestehende Marktversagen integriert zudem eine Ökonomisierungskritik.³⁸⁰ Demnach bedarf es einer auf die Besonderheiten des Gesundheitswesens zu achtenden Integration von Marktprinzipien. Eine übereilte Übertragung von Instrumenten des Markt-/ Preismechanismus führt zu kontraproduktiven Wirkungen, die den Zielen der Qualität und Wirtschaftlichkeit entgegen stehen. Insbesondere eine distributive Ausrichtung bleibt durch eine alleinige Fokussierung auf ökonomische Aspekte unberücksichtigt. Einen solchen Effekt identifiziert Bandelow im deutschen Gesundheitswesen von 1975-1998. In diesem Zeitraum stellt er fest, dass die vorwiegende Beachtung ökonomischer Belange zugleich eine Schwächung der Solidarität bewirkte.³⁸¹ Die Nichtbeachtung gemeinwohlbezogener Interessen innerhalb der gestiegenen Ökonomisierung benennt auch Böckenförde als eine Kernproblematik, die er zuletzt als Ursache der aktuellen Banken- und Wirtschaftskrise herausstellt. Er fordert einen handlungs- und entscheidungsfähigen Staat, der den Markt zum Wohle der Gesellschaft eingrenzt.³⁸² Auch Prantl zielt in die gleiche Richtung, indem er Schlussfolgerungen aus dem Scheitern der privaten Krankenversicherungen (PKV) vor dem Bundesverfassungsgericht zieht. Die Richter sahen es in dem Urteil als erwiesen an, dass das Gemeinwohl durch die Neuerungen des GKV-WSGs vor den Interessen der privaten Krankenversicherer stehen, welche gegen die Neuordnungen angehen wollten. Nach Prantl lässt sich aus den verfassungsgerichtlichen Beschluss vom 10. Juni 2009 die Berechtigung der Einschränkung ökonomischer Freiheit durch das Sozialstaatsgebot ableiten.³⁸³ Aus diesen Forderungen nach einem ‚starken‘ Staat, der sich gegenüber dem Markt behauptet, verdeutlicht sich die Legitimitätskrise als Teil eines bestehenden Staatsversagens. Es handelt sich hierbei um eine staatliche Steuerungsproblematik, die sich aus einer unzureichenden Legitimationsgrundlage gegenüber dem Markt auszeichnet. Neben einer bestehenden Interpendenzkrise aufgrund der zunehmenden staatlichen Interaktionsnotwendigkeiten, auch im Bezug auf die Europäische Union, lässt sich des Weiteren eine Leistungskrise identifizieren. Es handelt sich hierbei um ein Steuerungsdefizit, das verbunden mit der Legitimitätsproblematik auf einer suboptimalen Leistungserstellung bzw. Leistungsbereitstellung beruht. Thom und Ritz führen diese staatlichen Unzulänglichkeiten u.a. auf mangelhafte flexible Anpassungsvorgänge zurück.³⁸⁴ Es bestehen somit auch Defizite innerhalb staatlicher Einflussnahme. Hieraus lässt sich

³⁸⁰ Tretter, F. (2008), S. 128-138. Vgl. Wille, E. (2006), S. 9. Vgl. Phil, C./ Ott, N. (2006), S. 131-136. Vgl. Paetow, H. (2002), S. 17-21.

³⁸¹ Vgl. Bandelow, N. C. (2006), S. 161-163.

³⁸² Vgl. Böckenförde, E.-W. (2009), S. 8.

³⁸³ Vgl. Prantl, H. (2009), S. 4.

³⁸⁴ Vgl. Thom, N./ Ritz, A. (2008), S. 8f.

ableiten, dass es aufgrund dieser Unzulänglichkeiten auch zu nicht zielbezogenen Entscheidungen kommen kann.

Mayntz betont im Zusammenhang des Staatsversagens, dass es sich hierbei um verschiedene Bereiche handelt, die sich in die Ordnungs-, Wohlfahrts- und Gestaltungsfunktion unterteilen lassen.³⁸⁵ Durch die in dieser Ausführung bestehende Betonung der Steuerungsaspekte, die der Gestaltungsfunktion zugeordnet werden können, liegt der Fokus auf diesem Aspekt. Zugleich wird aufgrund der Aufgabenüberschneidungen, vor allem mit der Wohlfahrtsfunktion, die Steuerungsproblematik um beeinflussende Kriterien aus den übrigen Aufgabenbereichen ergänzt. Dementsprechend befasst sich die Wohlfahrtssicherungsfunktion mit der Finanzierbarkeit von Leistungen und integriert die Legitimitätsproblematik. Nach Mayntz handelt es sich zwar um unterschiedliche theoretische Ansätze, die sich jedoch mit identischen Schwierigkeiten aus verschiedenen Perspektiven befassen. Aufgrund der gemeinsamen Aufgabenbewältigung werden zur facettenreicheren Problembetrachtung über die Steuerungsfunktion hinaus weitere Betrachtungsweisen hinzugezogen. Die vorliegende Problembewältigung setzt die Entstehung des Staatsversagens voraus. Nach Hanusch begründen sich die staatlichen Mängel einerseits auf hohe Kosten der Entscheidungsfindung durch Mehrheitsentscheidungen im Fall der Bereitstellung von öffentlichen Gütern und andererseits auf suboptimale Allokationsentscheidungen aufgrund eingeschränkter Kontrollmöglichkeiten und Feststellung von Verantwortlichkeiten.³⁸⁶ Butterwegge ergänzt die auf ‚Leistungsmissbrauch‘ und Ressourcenknappheit zurückgehenden Schwierigkeiten um die Problematik der Demografie sowie der stark angestiegenen Globalisierungsanforderungen, die ihrerseits Teil des Staatsversagens sind.³⁸⁷

Neben dem vielfach identifizierten Marktversagen im Gesundheitswesen lässt sich aus dem vorangegangenen Abschnitt auch ein Staatsversagen ableiten. Die einzelnen Versagenstheorien verbindet die Eigenschaft, dass die Allokationsmängel des einen Steuerungskonstruktes mit dem anderen Steuerungskonzept ausgeglichen werden können. Trotz dieser Gegenüberstellung handelt es sich nicht um absolute Versagenstheorien, sondern um ein Defizitkontinuum.³⁸⁸ Ein möglicher Ausgleich dieser vielfältigen Problematiken erfolgt wiederum mit Hilfe eines Instrumentenkontinuums, welches den einzelnen

³⁸⁵ Vgl. Mayntz, R. (1997), S. 186-188.

³⁸⁶ Vgl. Hanusch, H. (1983), S. 4-11. Vgl. Kapitel 4.2.1.2.

³⁸⁷ Vgl. Butterwegge, C. (2006), S. 75-114.

³⁸⁸ Vgl. Schulenburg, J.-M. v. d. Graf/ Greiner, W. (2007), S. 107-109. Vgl. Seibel, W. (1994), S. 274.

Steuerungskonzepten zur Verfügung steht. Darüber hinaus zeigt sich auch innerhalb des Auftretens der Versagenstheorien keine starre Bevorzugung zugunsten eines Konzeptes. Dementsprechend trat in den 1980iger Jahren ein massives Staatsversagen auf, wobei in den vorherigen zwei Dekaden ein intensiver Ausbau der Staatstätigkeit vorangegangen war. Veränderungen werden als notwendig anerkannt. Blanke verweist auf den damit verbundenen ‚Anpassungsstress‘ des Sozialstaats institutionelle Antworten zu entwickeln.³⁸⁹ In den Reformen vor dem GKV-WSG wurden wettbewerbliche Ausgestaltungen stark gefördert. Jedoch geht die Stärkung des einen Konzeptes nicht mit der Schwächung des anderen einher. Stattdessen bezeichnet Strodtholz die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 indizierten Entwicklungen als „Gleichzeitigkeit von Sozialstaatlichkeit und Wettbewerb“.³⁹⁰ Zwar unterliegen die Einschätzungen über die Reformen einer sehr vielschichtigen und damit stark variierenden Bewertung, ein solches zwischen den einzelnen Steuerungskonstrukten ausgleichenden Urteil wird sich aus der Perspektive Paquets im Bezug auf das GKV-WSG jedoch nicht ergeben. Dementsprechend bezeichnet Paquet die aktuelle Gesundheitsreform als Verstaatlichung der Sozialversicherung und kritisiert die Abkehr von marktlichen Mechanismen und gewachsenen korporatistischen Ausgestaltungen zugunsten staatlicher Steuerungsfähigkeit. Die Erreichung der Zielkonstrukte Qualität und Wirtschaftlichkeit werden aus Sicht Paquets nur marginal angegangen und stattdessen eine staatliche Zentralisierung und damit ein Ausbau an staatlichen Einflussmechanismen angestrebt.³⁹¹ Ob diese nach Paquet bezeichnete Abkehr vom der Trend der Ökonomisierung zugunsten einer Verstaatlichung mit dem GKV-WSG anhand dieser Ausführungen bestätigt werden kann, soll anhand der sich anschließenden Kapitel untersucht werden. Festhalten lässt sich das bisherige Ergebnis, dass sich die Steuerungskonzepte Markt und Staat nicht gegenseitig ausschließen, sondern gemeinsam an den Zielen der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ansetzen. Die Realisierung der Ziele verfügt jedoch aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben- und Rollenwahrnehmung sowie der identifizierten komplexen Steuerungsdefizite trotz der Gemeinsamkeiten über Gegensätzlichkeiten und damit Schwierigkeiten, die es zu überwinden gilt. Dass eine erfolgreiche Verbindung der zentralen Stakeholder, die auf einer Nutzung der Vorteile aus den einzelnen Steuerungskonzepten basiert, dazu beiträgt die Probleme im Gesundheitswesen abzumildern bzw. sogar abzubauen, wird von zahlreichen Autoren bestätigt.³⁹² Alle Beiträge werden durch die Gemeinsamkeit verknüpft, dass die im

³⁸⁹ Vgl. Hensen, G./ Hensen, P. (2008), S. 14-16. Vgl. Blanke, B. et al. (2000), S. 7f.

³⁹⁰ Strodtholz, P. (2005), S. 15.

³⁹¹ Vgl. Paquet, R. (2007), S. 3-28.

³⁹² Vgl. Reiners, H. (2006b), S. 117-225. Vgl. Pihl, C./ Ott, N. (2006), S. 145f. Vgl. Hölzer, S. (2004), S. 839.

Gesundheitswesen bestehenden Potentiale mit Hilfe von Interaktionen zwischen den Stakeholdern generiert werden können. Zwar formulieren die einzelnen Autoren diese Forderung unterschiedlich, betonen jedoch alle gleichermaßen die notwendige Verbindung zwischen den Akteuren im Gesundheitssektor. Dementsprechend benennt Heinze die Strategie der ‚Wertschöpfungsallianzen‘ zur Neujustierung des problematischen Verhältnisses zwischen Wohlfahrtsstaat und Ökonomie und Braun stellt hierzu die Möglichkeiten der Netzwerke heraus.³⁹³ In Form von Kooperationen zwischen dem Staat und den betroffenen Stakeholdern können aus der Perspektive von Benz die Verteilungsprobleme angegangen werden.³⁹⁴ Auch Löffler schreibt dem Kooperationswillen zwischen den im Gesundheitswesen Beteiligten erhebliches Potential zu.³⁹⁵ Loss und Nagel benennen in diesem Zusammenhang das Managed Care Konzept als potentielle Form der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Interdependenzen. Zusammenfassend wird den Interaktionen zwischen den Stakeholdern im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zugesprochen. Aus diesem Grund werden die vielfältigen Verbindungsformen im deutschen Gesundheitswesen im Folgenden nähergehend betrachtet.

³⁹³ Vgl. Heinze, R. G. (2008), S. 222-225. Vgl. Braun, D. (2001), S. 120-124.

³⁹⁴ Vgl. Benz, A. (1991), S. 70f.

³⁹⁵ Vgl. Löffler, E. (2003), S. 24-26. Sie bezieht sich vor allem auf Wieland, J. (2000), S. 55-79.

5 Vernetzte Versorgung als Realisierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

5.1 Vernetzte Versorgung als Mittel der Steuerung im Gesundheitswesen

5.1.1 Begriffsabgrenzung

Als ein bisheriges Ergebnis der vorangegangenen Ausführungen lässt sich festhalten, dass die einzelnen Steuerungskonzepte über spezifische Vor- und Nachteile verfügen, die sich auf ein umfangreiches Instrumentenkontinuum erstrecken. Zwar verbindet die einzelnen Konstrukte die Gemeinsamkeit der Ausrichtung auf die Ziele Qualität und Wirtschaftlichkeit, jedoch tragen unterschiedliche Aufgaben- und Rollenwahrnehmungen sowie die Verwirklichung eigener Interessen dazu bei teilweise konträre Wirkungen zu generieren. Zusätzlich bestehen die zahlreichen Steuerungsproblematiken nicht nur zwischen den Steuerungsebenen, sondern beeinflussen aufgrund vielfältiger Verbindungen auch innerhalb der einzelnen nicht separierbaren Konstrukte die zahlreichen Interaktionen der Stakeholder. Aus diesem Grund erscheint es naheliegend die bestehende Heterogenität des deutschen Gesundheitswesens mit den Besonderheiten durch entsprechend ausgestaltete Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund dieser Ansprüche an ein innovatives Versorgungssystem, dass sich zusätzlich dynamischen Entwicklungen und zunehmend supranationalen Einflüssen stellen muss, besteht das übergeordnete Ziel der verbesserten Erreichung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im vierten Kapitel wurde anhand eines Auszugs an Vorschlägen zur Überwindung der vielseitigen Schwierigkeiten bereits eine Lösungstendenz vorgestellt. Die Ansätze werden zwar von den Autoren unterschiedlich benannt, jedoch lassen sich alle unter dem Überbegriff der vernetzten Versorgung zusammenfassen. Bevor die Potentiale, die Ansprüche sowie die Entwicklung dieser interaktionsbezogenen Versorgungsausprägung auf die Steuerungsproblematik im deutschen Gesundheitswesen insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Reformpolitik betrachtet wird, steht die begriffliche Einordnung im Fokus. Auf dieser Grundlage erfolgt die Kopplung der integrierten Versorgung bzw. der Vernetzungsvarianten mit möglichen Anreiz- und Steuerungsansätzen. Dieses Kapitel stellt die Basis für die nachfolgenden Abschnitte dar, anhand dessen die These, dass Vernetzungen als Strategie der Vertrauensschaffung aufgefasst werden können und somit einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Ziele von Qualität und Wirtschaftlichkeit beitragen, ausgeführt werden soll.

Ausgangspunkt für die von zahlreichen Autoren geforderte verstärkte Vernetzung im Sinne

einer verbesserten Kooperation zwischen den zahlreichen Stakeholdern, die innerhalb dieser Ausarbeitung als vernetzte Versorgung subsumiert wird, stellt u.a. die bestehende Separierung von Bereichen und Stakeholdern dar. Einerseits gehen Wirthner und Ulrich davon aus, dass das traditionelle deutsche Gesundheitswesen von einer Trennung zwischen medizinischer und wirtschaftlicher Verantwortung geprägt wird.³⁹⁶ Dementsprechend fokussieren die medizinischen Akteure, wie Ärzte, Apotheker und Pflegekräfte maximale Gesundheitsleistungen für Patienten. Aus Sicht der Kostenträger und der öffentlichen Planung bedarf es jedoch zusätzlich auch der Beachtung von ökonomischen Belangen. Das Managed Care Konzept setzt an dieser Problematik an und versucht zwischen den Parteien zu vermitteln. Nach Baumberger definiert sich Managed Care durch die ‚verschränkte‘ Verantwortung für medizinische und ökonomische Belange im Gesundheitswesen.³⁹⁷ Ein weiterer Grund für die geforderte Vernetzung stellt andererseits die Sektoralisierung dar. Hierbei handelt es sich bspw. um unzureichende Interaktionen innerhalb der Leistungserbringer. Eine sehr ausgeprägte organisatorische, strukturelle sowie finanzierungsbezogene Trennung zeigt sich insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Sektor. Managed Care Konzepte gehen diese Problematik an und ermöglichen als ‚gesteuerte Versorgung‘ einen integrierten Ansatz, der auf ein sektoren- und stakeholderübergreifendes Gesundheitssystem abzielt. Nach der Definition nach Graf von der Schulenburg et al. fasst der Oberbegriff Managed Care „[...] eine Vielzahl von Versorgungssystemen, bei denen die klassische Trennung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern aufgelockert oder aufgehoben wird“ zusammen.³⁹⁸ Das Managed Care Konzept beinhaltet somit eine Bandbreite von Organisations- und Managementausgestaltungen, die mit Hilfe einer verbesserten Zusammenarbeit die ökonomischen und qualitätsbezogenen Missstände im Gesundheitswesen überwinden sollen. Aufgrund einer fehlenden einheitlichen Definition von Managed Care dient die folgenden Erläuterung, die sich an die Bezeichnung von Neuffer³⁹⁹ anlehnt, als Arbeitsdefinition:

Managed Care umfasst einen integrierten Ansatz zur Steuerung und Koordination der Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen, die darauf abzielen die Wirtschaftlichkeit und Qualität zu erhöhen bzw. zu verbessern. Vorwiegende Mechanismen stellen vertragliche Ausgestaltungen zwischen bestimmten Kostenträgern und

³⁹⁶ Vgl. Wirthner, A./ Ulrich, V. (2003), S. 256f.

³⁹⁷ Vgl. Baumberger, J. (2001), S. 56.

³⁹⁸ Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Mittendorf, T./ Volmer, T./ Lützelberger, U./ Greiner, W. (2005), S. 148.

³⁹⁹ Vgl. Neuffer, A. B. (1997), S. 118.

Leistungserbringern dar, die sich mit Hilfe von datengestützten Informationen und Standardisierungsverfahren am Patienten orientieren.

Niehoff bezeichnet Managed Care als eine der herausragendsten Veränderungen der Gesundheitsversorgung der vergangenen 30 Jahre.⁴⁰⁰ Sowohl aus dem Grund der hohen Bedeutung als innovatives und breitgefächertes Konzept, als auch aufgrund der Steuerungsmöglichkeiten mit Hilfe der ‚geführten‘ Versorgung verfügt Managed Care über Potentiale zur Einflussnahme im Gesundheitswesen. Managed Care fungiert als Oberbegriff und umfasst damit die vernetzten Versorgungssysteme als mögliche Ansätze. Zusätzlich handelt es sich hierbei nach der Arbeitsdefinition um ein integriertes Konzept. Der Begriff Integration stammt vom lateinischen Wort *integratio* ab und impliziert sowohl eine Vervollkommnung innerhalb eines größeren Ganzes, als auch eine Erneuerung im Sinne einer Ergänzung. Als ein wesentlicher Bestandteil von Managed Care, lassen sich somit aus der Begrifflichkeit Rückschlüsse auf die Innovationsfähigkeit und die Ganzheitlichkeit der Gesundheitsversorgung schließen. Eine besondere Bedeutung innerhalb des Managed Care Konstruktes kommt der integrierten Versorgung zuteil. Jacobs und Schulze bezeichnen die integrierte Versorgung als neuere und weiterentwickelte Organisationsform innerhalb des Managed Care Konzepts.⁴⁰¹ In ähnlicher Weise beschreibt Bühler die integrierte Versorgung als höchsten Organisationsgrad im Gesundheitssystem. Der Ausgangspunkt stellt den ‚chaotischen Urzustand‘ dar, in dem die Versorgung suboptimal ausgestaltet ist und eine Ressourcenverschwendung vorherrscht. Mit Hilfe der Koordination, als erste Stufe der Überwindung des Urzustandes, kann eine anfängliche Zusammenführung von Interessen durch bspw. Patientenpfade oder Standards erreicht werden. Darüber hinaus ermöglicht die Kooperation, als zweite Stufe, ein sich Annähern an das Ziel der Integration. Die Kooperation umfasst ein umfangreicheres und stabileres Konstrukt der Zusammenarbeit, als die Koordination. Nach Bühler handelt es sich um Vernetzungen, sobald Kooperationen langfristig und gesichert ablaufen sowie die Netzwerkakteure fest miteinander verbunden sind. Aber auch Vernetzungen stellen nur einen Übergang zur integrierten Versorgung dar. Bühler betont, dass das Konzept der Integration den höchsten Organisationsgrad im Gesundheitswesen einnimmt und eine eigenständige Dienstleistung umfasst.⁴⁰² Die integrierte Versorgung beinhaltet auf der Ebene der Gesundheitsleistungserbringung eine koordinierte Versorgung zwischen den einzelnen Akteuren, die darauf abzielt Schnittstellen abzubauen

⁴⁰⁰ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 229.

⁴⁰¹ Vgl. Jacobs, K./ Schulze, S. (2006), S. 83f.

⁴⁰² Vgl. Bühler, E. (2006), S. 13-21.

und Patienten ganzheitlich und damit in einem reibungslosen sowie optimal ausgestalteten Prozess einzubeziehen. Ähnlich zum Oberbegriff von Managed Care liegt auch für die integrierte Versorgung keine explizite Definition vor. Stock et al. bezeichnen den Verzicht auf eine Begriffserläuterung als Vorteil einer größeren Ausgestaltungsfreiheit.⁴⁰³ Zusätzlich ermöglicht der Integrationsbegriff den Einbezug von Erneuerung. Dieser Innovationscharakter lässt sich innerhalb des Verständnisses von Verzahnung nicht vorfinden. Verzahnung stellt einen im Gesundheitswesen ebenfalls häufig in Erscheinung tretenden Begriff dar, welcher jedoch auf eine Zusammenführung beschränkt ist. Vernetzungen als Bestandteil der integrierten Versorgung basieren im Gegensatz zu dieser simplen Verbindung, die durch ein bloßes Ineinandergreifen von eigenständigen Institutionen gekennzeichnet ist, über tiefergehende Interaktionen.

Vernetzungen stellen die funktionale bzw. organisatorische Durchführung von Zusammenschlüssen aller Art dar. Es handelt sich somit um Ausgestaltungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit von Stakeholdern, die sowohl vertikal, als auch horizontal erfolgen können. Vertikale Vernetzungen beinhalten einen Zusammenschluss von Leistungserbringern auf unterschiedlichen Leistungsstufen. Die vernetzte Leistungserbringung auf derselben Versorgungsstufe beschreibt die horizontale Vernetzung.⁴⁰⁴ Die Nutzung von unterschiedlichsten Vernetzungsmöglichkeiten erfolgt innerhalb von Netzwerken. Charakteristika von Netzwerken stellen unterschiedlich angeordnete Ausgangspunkte dar, welche die einzelnen Akteure kennzeichnen. Die Verbindungen zwischen den sog. Knotenpunkten symbolisieren in Form von Geraden die sog. Kanten als Beziehung der Akteure zueinander. Ausgehend von einem bestimmten Stakeholder lässt sich durch die zahlreichen Verbindungen zu anderen Akteuren und Organisationen ein Gebilde erkennen, das aufgrund der Knotenpunkte und Verstreungen ein Netzwerk darstellt. Nach Mitchell besteht der Kern eines Netzwerkes in Form der Beziehungen zwischen den Akteuren.⁴⁰⁵ Basierend auf diesem allgemeinen Netzwerkverständnis stellen Amelung, Sydow und Windeler zwei unterschiedliche Analysepositionen heraus. In der strukturellen Netzwerkforschung werden anhand von Strukturmerkmalen der Interaktionen Voraussagen bezüglich der Qualität des Netzwerkes getroffen. Eine andere Position wird durch die verstärkte Fokussierung der Netzwerke als eine Form von Governance vertreten. Im Gegensatz zu den strukturellen Netzwerkforschern, welche die Perspektive in den Vordergrund stellen, wird durch die

⁴⁰³ Vgl. Stock, S./ Plamper, E./ Redaelli, M./ Gerber, A./ Lauterbach, K. W. (2005), S. 94f.

⁴⁰⁴ Vgl. Drumm, S./ Achenbach, A. (2005), S. 12.

⁴⁰⁵ Vgl. Mitchell, J. C. (1969), S. 1.

Governanceform die Ausgestaltung der Koordination des Beziehungsgeflechts in das Zentrum der Untersuchung gerückt. Ähnlich zu dem sehr breit gefassten und nicht einheitlich definierten Governancebegriff besteht auch in der Netzwerkforschung keine allgemeingültige Netzwerkbezeichnung. Lediglich die Differenzierung der Netzwerke von Märkten und Organisationen lässt sich konstatieren. Trotz dieser Uneinigkeit gewinnt diese Analyseausrichtung seit mehr als 20 Jahren sowohl in der Betriebswirtschaft, als auch in der Soziologie an stetiger Bedeutung.⁴⁰⁶ Durch die Herausstellung der notwendigen Koordination in den Netzwerken, wie sie innerhalb der Governanceform vorgenommen wird, stellt diese Untersuchungsperspektive auch in diesen Ausführungen den Kern der Analyse dar. Aber auch das Management der Netzwerke bedarf als entscheidender Einflussfaktor sowohl auf strukturelle, als auch auf governancebezogene Elemente einer expliziten Betrachtung.

Netzwerke, die durch Vernetzungen operationalisiert werden, sind vielfältig im deutschen Gesundheitswesen vorfindbar. Durch das Managed Care Konzept erhalten sie als integrierter Ansatz eine Zielausrichtung. Zusätzlich orientieren sich Vernetzungen, die dieser ‚geführten‘ Versorgung zugeschrieben werden können an einer vertraglich gestützten und ganzheitlichen Patientenfokussierung. Dies gilt gleichermaßen für die Vernetzungen in der integrierten Versorgung, die sich aus dem Managed Care Ansatz ableiten lässt.

5.1.2 Netzwerke als Steuerungsinstrument

Bevor die einzelnen Konzepte der vernetzten Versorgung im Gesundheitswesen näher betrachtet werden, erfolgt in diesem Abschnitt die Verknüpfung mit der Steuerungsthematik sowie die Untersuchung möglicher Motive von versorgungsbezogenen Netzwerken.

In der Arbeitsdefinition von Managed Care wird die Steuerung neben der Koordination als wesentlicher Aufgabenbereich des integrierten Ansatzes bezeichnet. Managed Care, das auch als gesteuerte Versorgung übersetzt werden kann, ermöglicht vor dem Hintergrund der Zielerreichung die Einflussnahme auf das Gesundheitswesen. Im Vorfeld dieser Ausarbeitung wurde bereits auf die unterschiedlichen ebenen- und stakeholderspezifischen Ziele und Interessen eingegangen. Im Folgenden soll die sektoren- und ebenenübergreifende Sichtweise im Bezug auf Managed Care und den damit verbundenen Vernetzungen im Gesundheitswesen vollzogen werden. Die Perspektive der Ganzheitlichkeit, die sich am Patienten orientiert und die Basis des Managed Care Konzeptes darstellt, wird im vorliegenden Ansatz auf die gesamtgesellschaftlichen Steuerungsmöglichkeiten ausgeweitet. Zwar erfolgt die eigentliche

⁴⁰⁶ Vgl. Amelung, E./ Sydow, J./ Windeler, A. (2009), S. 13-16.

Versorgung im Gesundheitswesen auf der Individualebene, jedoch beeinflussen und steuern die Stakeholder auf den übergeordneten Meso- und Makro-Ebenen ihrerseits das Gesundheitswesen und damit die Versorgung. Im Sinne einer ganzheitlichen und vollständigen Betrachtung des gesamten Versorgungsprozesses bedarf es somit einer erweiterten Untersuchung. Mit einer Eingrenzung auf ausschließlich die Mikro-Ebene betreffende Auswirkungen, wie sie bspw. von Janus⁴⁰⁷ vorgenommen wird, kann die gesamte Steuerungsproblematik als Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Ausarbeitung nicht erfasst werden. Es lässt sich jedoch durchaus konstatieren, dass die eigentliche Anwendung der vernetzten Managementprinzipien zu einem großen Teil von den Akteuren auf der Individualebene realisiert werden. Dies lässt sich auch darauf zurückführen, dass der Patient als Dreh- und Angelpunkt des gesamten Gesundheitssektors sowie als zentrales Strukturelement innerhalb des Managed Care Ansatzes Teil der Mikro-Ebene ist. Die herausragende Stellung der Individualebene begründet sich jedoch nicht nur durch die überwiegende Anwendung der Vernetzungsansätze in diesem Bereich. Stattdessen ergibt sich die herausragende Bedeutung dieser Ebene durch die eigentliche gesundheitsbezogene Versorgungsleistung. Als Basis des Gesundheitswesens erfolgt hier die unmittelbare Leistungserbringung. Mit dem Steuerungsinstrumentarium, welches der Meso-Ebene zur Verfügung steht, kann zwar kein bzw. nur ein geringer direkter Einfluss auf die eigentliche Versorgung generiert werden, jedoch sind die Meso-Akteure aufgrund der Konkretisierungs- und Verhandlungsfunktion durchaus am Versorgungsgeschehen beteiligt. Dies gilt auch für die Makro-Ebene. Dem Staat obliegt als rahmengebende Institution das Anliegen dem Patienten eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Mit Hilfe des staatlichen Steuerungsinstrumentariums streben die Staatsakteure vor dem Hintergrund der Prinzipien und Ziele die Schaffung entsprechender Bedingungen an.⁴⁰⁸ Durch die vorwiegende mikrobezogene Anwendung von Managementprinzipien, die auf das Managed Care Konzept zurückgehen, lässt sich keineswegs eine fehlende Beteiligung der Akteure auf den übergeordneten Ebenen schlussfolgern. Stattdessen benötigt die Anwendung der Vernetzungsaktivitäten der integrierten Versorgung die Aufgabenwahrnehmung aller Beteiligten innerhalb der Steuerungshierarchie. Dementsprechend wurde die gesetzliche Grundlage der integrierten Versorgung durch die Makro-Ebene in der Funktion als gesetzgebender Akteur geschaffen. Zusätzlich nutzten die Stakeholder der Meso-Ebene ihre Einflussmöglichkeiten, die ihnen mit Hilfe der Konkretisierungs- und Verhandlungsfunktion

⁴⁰⁷ Vgl. Janus, K. (2007), S. 21.

⁴⁰⁸ Vgl. Kapitel 4.2.

zukommen. Erst im Anschluss an diese Aktivitäten setzen die Stakeholder der Mikro-Ebene die integrierte Versorgung ihren Potentialen und Interessen entsprechend um.

Ein weiteres Argument für die Nutzung einer vollständigen ebenenübergreifenden Betrachtung stellt der Netzwerkcharakter an sich dar. Netzwerke sind Gebilde, die nicht auf einen bestimmten Umfang eingeschränkt bzw. begrenzt sind. Stattdessen umfassen sie die Zusammenführung von unterschiedlichen Akteuren. Sie ermöglichen die Überwindung von Grenzen und stellen aus diesem Grund ein Potenzial zur schnittstellenübergreifenden Versorgung dar. Durch die Beschränkung der Betrachtung von nur einer Ebene wird einerseits dem Strukturmerkmal der Ganzheitlichkeit widersprochen und andererseits der Vorteil der Grenzüberwindung stark eingeschränkt. Braun definiert in diesem Zusammenhang aus der Perspektive staatlicher Steuerung die Netzwerke als einen nicht-linearen Interaktionsprozess zwischen Staat und Gesellschaft. Insbesondere die damit verbundene Offenheit, die ein weiteres Kennzeichen der Vernetzungen darstellt, könnte durch eine vorzeitige Eingrenzung unterbunden werden. Zugleich ermöglicht eine uneingeschränkte Untersuchungsbasis des gesamten Gesundheitswesens auch die Erfassung ebenenspezifischer Steuerungsprobleme. Braun, der die Steuerung durch den Staat fokussiert, betrachtet aufgrund dieser Perspektive die staatliche Aufgabenstruktur als rahmende Institution, die eine Orientierung vorgibt. Als Problem innerhalb der Untersuchung von Netzwerkfunktionen identifiziert er das Nicht-Vorhandensein von Autoritäten. Stattdessen herrscht nach Braun aufgrund der autonomen teilnehmenden Akteure Reziprozität vor.⁴⁰⁹ Mayntz bezeichnet auf der Grundlage von vertrauensbildenden Maßnahmen, die mit einer solchen Eigenständigkeit einhergehen und zusätzlich gemeinsame Problemlösungen generieren können, die hieraus entstehenden Wirkungen als positiv. Rhodes dagegen beurteilt die Autonomie der Netzwerke für den Staat als nachteilig, weil eine Kontrolle nicht mehr erfolgen kann.⁴¹⁰ Zwar unterscheiden sich die Ausführungen, jedoch beziehen sie sich gemeinsam auf die Untersuchung staatlicher Steuerungsfähigkeit. Die Beurteilung von Netzwerken hängt ähnlich zu ihrer Struktur von unterschiedlichen Perspektiven ab und bedarf somit keiner vorausgehenden Beschränkungen.

Neben der Betrachtung der gesamten Steuerungshierarchie, die alle Ebenen einschließt, bedarf es einer ganzheitlichen prozessualen Orientierung. Braun begründet dies damit, dass durch die Komplexität von Netzwerken die Steuerung nicht mehr an ein Subjekt und Objekt

⁴⁰⁹ Vgl. Braun, D. (2001), S. 120-124.

⁴¹⁰ Vgl. Mayntz, R. (1997). Rhodes, R. A. W. (2003).

gebunden ist, sondern ausschließlich in einer gesamten prozessbezogenen Sichtweise erfasst werden kann. Auch die integrierte Versorgung betont den notwendigen Einbezug eines ganzheitlichen prozessgestützten Behandlungsverlaufs. Aufgrund der Hervorhebung der Rolle des Patienten innerhalb des gesamten Ablaufs der Gesundheitsleistungen bedarf es einer reibungslosen und schnittstellenübergreifenden Versorgung. Mit Hilfe des mehrdimensionalen Ansatzes⁴¹¹ kann die vollständige Gesundheitsleistungserstellung erfasst und beurteilt werden. Zugleich ermöglicht diese Betrachtungsweise die Berücksichtigung der Besonderheiten des Gesundheitswesens. Hierzu findet eine Potential-, Ergebnis- und Prozesserfassung statt, so dass eine Ganzheitlichkeit sowohl ebenen-, als auch dimensionsübergreifend stattfindet.

Obwohl die Wirkungen von Netzwerken unterschiedlich beurteilt werden können, lässt sich im Bezug auf das Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung dieser Beziehungsgeflechte erkennen. Auch in den übrigen westlichen Demokratien werden Vernetzungen genutzt, um bestehende Kapazitäten innerhalb der Leistungserstellung im öffentlichen Sektor zu verbessern.⁴¹² Die Gründe hierfür beziehen sich zum einen auf die Transaktionskostentheorie und zum anderen auf die Vertragstheorie als Bestandteile der Neuen Institutionenökonomik.⁴¹³ Mit Hilfe von Vernetzungen können die Transaktionskosten je nach Intensität der Verbindung verringert werden. Ähnlich zu den von Niechoj identifizierten Modi der Abstimmung, des Tausches und der Normbildung⁴¹⁴, lassen sich in Abhängigkeit der Intensität der Verbindung Vorteile generieren. Dabei spielt der Aspekt des Vertrauens eine entscheidende Bedeutung. Je ausgeprägter ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Akteuren in einem Netzwerk ist, umso größer können die positiven Wirkungen ausfallen. Scharpf unterscheidet in Anlehnung an Granovetters die schwache Ausprägung von Vertrauen auf der Ebene der Kommunikation sowie die starke Form auf der Ebene der Strategieentscheidungen.⁴¹⁵ Vertrauen trägt dazu bei, dass Kontrollmaßnahmen entfallen, aufwendige Verhandlungsdiskussionen reduziert und somit die dafür benötigten Ausgaben eingespart werden können. Je gefestigter eine Vertrauensbeziehung ist und nach Scharpf damit eine starke Form darstellt, umso höher können die damit verbundenen Kosteneinsparungen ausfallen. Scharpf unterteilt des Weiteren die Netzwerkbeziehungen in Sozialkapital sowie in Gelegenheits- und Machtstrukturen. Vernetzungen, die als

⁴¹¹ Vgl. Kapitel 2.2.3, S. 29-31.

⁴¹² Vgl. Fimreite, A. L./ Læg Reid, P. (2009), S. 282-295.

⁴¹³ Vgl. Kapitel 3.1.

⁴¹⁴ Vgl. Kapitel 4.2.2.2, S. 140f.

⁴¹⁵ Vgl. Scharpf, F. W. (2000), S. 231-240.

Sozialkapital bezeichnet werden können, umfassen langfristige und freiwillig eingegangene Interaktionen, die auf einer vertrauensvollen Beziehung basieren. In Verbindung mit der von Niechoj vorgestellten Normbildung, als die höchste Form der Zusammenarbeit, ergibt sich ein gesamtgesellschaftliches Sozialkapital. Der Nutzen aus dieser Vernetzung kann sich über die Akteursbeziehung hinaus auf die Gesellschaft übertragen. Im Gegensatz zu der Interaktionsform des normbildenden Sozialkapitals beruhen die Netzwerkbeziehungen als Gelegenheits- und Machtstrukturen auf lediglich kurzfristige und akteurspezifische Interessen. Netzwerke beinhalten als komplexe und variable Gebilde eine Vielzahl unterschiedlicher Interaktionen, die auch von punktuellen Beziehungen geprägt sein können. Aufgrund der Fokussierung der Vernetzungen innerhalb der integrierten Versorgung, welche durch die Vorgaben des Managed Care Ansatzes sowie der gesetzlichen Verankerungen einen Rahmen vorgibt, verfügen kurzfristige Vernetzungsstrukturen über keinen besonderen Stellenwert. Gelegenheiten, die nur eine lose Verbindung sowie einen kurzweiligen Vorteil darstellen, finden in der integrierten Versorgung durch die Voraussetzung der Vertragsbindung keine bzw. kaum Berücksichtigung. Aber auch Verträge stellen keine Gewährleistung dar Eigeninteressen vorzubeugen. Ebenso können in der integrierten Versorgung Schwierigkeiten durch bspw. eine zu große Anzahl an Netzwerkteilnehmern auftreten oder die Gefahr von Vertrauensverletzung besteht. Verträge verfügen jedoch über den Vorteil mit Hilfe von festgesetzten Sanktionen und Anreizen die Netzwerke zu stabilisieren. Damit können die vertragsgestützten Netzwerke der integrierten Versorgung dazu beitragen die Potentiale auf der Basis vertrauensvoller Beziehungen zu nutzen.

5.2 Integrierte Versorgungsstrukturen

5.2.1 Managed Care als Grundlage der integrierten Versorgung

5.2.1.1 Rahmenvorgabe durch Managed Care

Das Managed Care Konzept setzt sowohl daran an ökonomische Potentiale, als auch qualitative Verbesserungen für das Gesundheitswesen zu generieren. Mit Hilfe von Managementprinzipien, die auf der Individualebene durchgeführt werden, handelt es sich zwar um ein vorwiegend mikroebenspezifisches Versorgungsmanagement, das jedoch aufgrund der Zielbestrebungen und Vernetzungen auch Auswirkungen auf die übergeordneten Ebenen vorweist sowie von ihnen beeinflusst wird. Die unter dem Oberbegriff Managed Care zusammengefassten Konzepte und Instrumente umfassen alternative Versorgungsansätze, die außerhalb der Regelversorgung effiziente sowie effektive Gesundheitsleistungen innerhalb

eines kontinuierlichen und reibungslosen Ablaufs darstellen. Bei gleichzeitiger Fokussierung von ökonomischen und qualitativen Aspekten innerhalb eines prozessualen Versorgungsgeschehens begründet sich die Bedeutung von Managed Care in diesen Ausführungen.

Obwohl Managed Care als ein nach Europa eingeführtes Konzept gilt, das den Ursprung in den 1930iger Jahren in den USA hat, existierten bereits im Vorfeld in Deutschland, Großbritannien und der Schweiz Organisationsformen, die sich durchaus hier einordnen lassen. Beispielhaft benennt Amelung die selektiven Verträge der Krankenkassen mit einzelnen Ärzten in den 1920iger Jahren in Deutschland. Mit einem sehr heterogenen und pluralistisch ausgeprägten US-amerikanischen Gesundheitssystem, das sich im Gegensatz zu den europäischen Konstrukten entwickelte, begründet Amelung den in den USA entstandenen Boom an entsprechenden marktlichen Instrumenten und Organisationsformen.⁴¹⁶ Auch das marktzentrierte US-amerikanische Sozialsystem eröffnete den Spielraum für das wettbewerbsbezogene Managed Care. In dem dagegen sozialstaatlich ausgerichteten deutschen Gesundheitswesen stellen die entsprechenden Ausgestaltungsformen bisher lediglich eine Alternative neben der Regelversorgung dar.⁴¹⁷ Managed Care beinhaltet neben der Qualitätsverbesserung den Aspekt der Ressourceneinsparung und setzte mit Hilfe dieser Zielbemühungen auch in den USA an diesbezüglichen Zielbestrebungen an. Mit Hilfe der Einführung von den Health Maintenance Organizations (HMOs) als zentraler Bestandteil von Managed Care vollzog sich die Etablierung dieses Konzepts in den USA. HMOs umfassen eine gleichzeitige Leistungs- und Versicherungsform. Sie unterlagen zwar in den 1970iger und 1980iger Jahren in den USA einer staatlichen Förderung, verzeichneten nach dieser Zeit eine nahezu explosionsartige Vermehrung und verfügen im heutigen US-amerikanischen Gesundheitssystem über eine Konsolidierung.⁴¹⁸ Herausstellen lässt sich, dass die durch die HMOs initiierte Privatisierung in den USA erst durch eine vom Staat ausgehende Förderung entstanden ist.

Die Orientierung zu marktbezogenen Organisationsformen und Instrumenten durch Managed Care unterliegt jedoch keiner stetigen Entwicklung. Kritiker unterbrechen den steigenden Etablierungsprozess durch den sog. Managed Care Backlash. Hierbei handelt es sich um einen Entwicklungseinbruch aufgrund von Vertrauensproblemen. Patienten und auch

⁴¹⁶ Vgl. Amelung, V. (2003), S. 708.

⁴¹⁷ Aus den positiven Erfahrungen der Alternativversorgung sollen Entwicklungen für die Regelversorgung abgeleitet werden. Vgl. Kapitel 6.

⁴¹⁸ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 49-60.

Leistungserbringer unterstellen den Anbietern eine ausschließliche Fokussierung auf Kosteneinsparungen, die zu Lasten von Wahl- und Therapiefreiheiten die Qualität negativ beeinflusst. Jacobs und Schulze kommen jedoch durch eine Gegenüberstellung von US-amerikanischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass ein Trade-Off zwischen Qualität und Kosten nicht stattfindet.⁴¹⁹ Trotz der objektiven Resultate über die positiven Wirkungen von Managed Care führt der Backlash zu einem Imageverlust. Reschovsky et al. befassen sich mit dieser Besonderheit, die sich auf kognitive Prozesse bezieht. Dabei gehen sie auf die Problematik ein, dass ein hoher Anteil von Personen in Managed Care Programmen die Versorgungsqualität weniger hoch einschätzt als außerhalb dieser Organisationsformen. Die Autoren können anhand von Erhebungen konstatieren, dass lediglich die Annahme in ein solches Managed Care Programm eingeschrieben zu sein, ausreicht, die Qualität der Gesundheitsleistung geringer einzuschätzen. Aufgrund des Ergebnisses, dass der Glaube über die Teilnahme an Managed Care Konzepten mit der Qualitätseinschätzung verbunden ist, kritisieren Reschovsky et al. voreilige Regulierungsmaßnahmen des Staates.⁴²⁰ Draper et al. gehen davon aus, dass die Möglichkeiten von Managed Care noch längst nicht ausgeschöpft sind. Trotzdem zeigt sich auch in dem Konstrukt, welches mit Hilfe von marktbasieren Mechanismen dynamische Entwicklungen initiieren soll, dass sich ein strategischer Wandel der Managed Care Programme seit dem Jahr 2002 in den USA vollzogen hat. Die staatliche Einflussnahme, eine aktivere Teilnahme der Patienten an der Gesundheitsversorgung sowie die Nachfrage nach flexibleren Bedingungen, mehr Wahlmöglichkeiten und weniger Einschränkungen bezüglich dem Zugang und der Leistung führten zu einem Strategiewechsel der Anbieter von Managed Care.⁴²¹ Somit lässt sich festhalten, dass der Backlash eine Weiterentwicklung von Managed Care zugunsten von Patienten und Leistungserbringern in den USA begünstigte. Es lässt sich hervorheben, dass diese Effekte erzielt worden sind, obwohl der Backlash zu einem großen Teil auf Annahmen basiert, die sich nicht durch Evaluationen belegen lassen. Somit stellen Empfindungen auch in ökonomischen Konzepten, die vorwiegend auf objektivierbaren Sachverhalten und Fakten beruhen, einen nicht zu übergehenden Bestandteil dar. Neben den Zielen der Wirtschaftlichkeit und Qualität bedarf es der Berücksichtigung von Vertrauen als einen weiteren wesentlichen Bestandteil im Gesundheitswesen.

⁴¹⁹ Vgl. Jacobs, K./ Schulze, S. (2006), S. 85-87. Die Autoren gehen auf die weitergehenden Entwicklungen und Folgen aus dem Managed Care Backlash ein. Vgl. Jacobs, K./ Schulze, S. (2006), S. 82-94.

⁴²⁰ Vgl. Reschovsky, J. D./ Hargraves, J. L./ Smith, A. F. (2002), S. 353-374.

⁴²¹ Vgl. Draper, D. A./ Hurley, R. E./ Lesser, C. S./ Strunk, B. C. (2002), S. 11-19.

Obwohl der Managed Care Backlash eine US-amerikanische Entwicklung darstellt, die zu einem nicht unerheblichen Teil auf landestypischen Versorgungsausgestaltungen basiert, handelt es sich dabei durchaus um kritische Einwände, die es auch im Sinne eines lernenden und sich weiterentwickelnden Konzeptes für das deutsche Gesundheitswesen zu beachten gilt. Trotz der Kritik verfügen die unter dem Managed Care Begriff zusammengefassten Organisationsformen und Instrumente über ein erhebliches Steuerungspotential, das sich insbesondere durch ökonomische und qualitätsverbessernde Aspekte auszeichnet. Aber auch die Etablierung und Festigung vertrauensvoller Beziehungen zwischen den Akteuren erfährt eine besondere Berücksichtigung. Zudem setzen die Managed Care Konzepte an einer schnittstellenübergreifenden und netzwerkbildenden Gesundheitsversorgung an, was im deutschen Gesundheitswesen aufgrund der intensiven Sektoralisierung, der gewachsenen Strukturen und der Vielschichtigkeit eine überfällige Verbesserung darstellt. Auch die sich am Patienten ausrichtende Versorgung, die zudem von Informations- und Kommunikationsinstrumenten begleitet wird, zeugt von einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung, die auf Vertrauen basiert.

5.2.1.2 Formen von Managed Care

Aufgrund der Vorreiter-Funktion des US-amerikanischen Managed Care wird im Folgenden ein Überblick über die Vielfalt von möglichen Organisationsformen sowie Instrumenten aus diesem Gesundheitssystem gegeben.

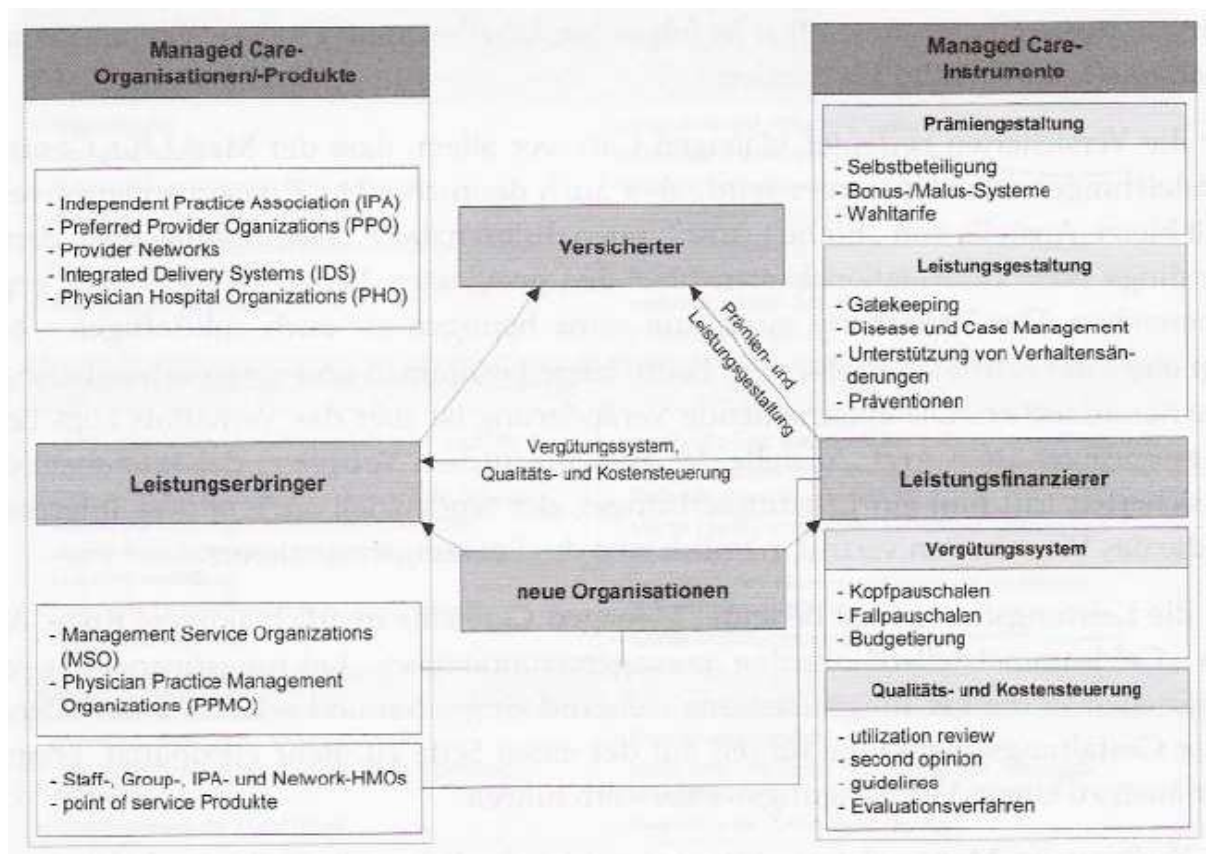


Abbildung 21: Managed Care Institutionen und Instrumente

Quelle: Amelung, V.E. (2007), S. 9.

Die Abbildung unterteilt die Managed Care Organisationen sowie die Managed Care Instrumente und verbindet die Formen mit den Stakeholdern der Sachleistungsebene. Innerhalb der Organisationen lässt sich die Health Maintenance Organization (HMO) als eine der traditionsreichsten Konstrukte herausgreifen. Der Abbildung 21 lässt sich entnehmen, dass es sich hierbei um eine versicherungsorientierte Form handelt, die vielfach ausgestaltet sein kann. Alle HMO Organisationsformen verbindet die Eigenschaft, dass die Finanzierung und die Erbringung von Gesundheitsleistungen zumindest teilweise nicht getrennt verläuft. Aufgrund eines im Vorfeld festgelegten Beitragssatzes, mit dem alle innerhalb der HMO selbst erbrachten Leistungen abgedeckt werden müssen, obliegt das finanzielle Risiko bei der HMO. Amelung führt auf der Basis dieser Risikoübernahme aus, dass es sich hierbei um eine Umkehrung der Anreize handelt. Im Gegensatz zu den anderen Organisationsformen besteht das Interesse der HMO an einer Krankheitsvermeidung. Die Nutzung der Einsparung von Kosten durch Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsprogramme kann sich jedoch nur in einem geschlossenen System erfüllen. Aufgrund einer geringen durchschnittlichen Verweildauer von US-Amerikanern in einer HMO muss das Einsparpotential erheblich

reduziert werden.⁴²²

Als eine weitere bedeutungsvolle Managed Care Organisation lässt sich die Independent Practice Association (IPA) nennen. In Verbindung mit einer HMO verfügt die IPA über eine Versicherungsorientierung. In der Funktion einer Dachorganisation, in der sich mehrere niedergelassene Ärzte zusammenschließen, kann eine Gegenmacht gegenüber den Versicherungen generiert werden. Als eigenständige Organisationsform verfügt die IPA über eine Anbieterorientierung. Die durch die IPA vernetzten Ärzte behalten ihre Autonomie und können durch die Bündelung nach Amelung ihre Marktmacht ausbauen, die Professionalisierung des Managements vorantreiben sowie die Leistungserstellung steuerbar machen. Aufgrund einer bedarfsorientierten Zusammenstellung von Ärzten kann eine qualitative Steuerung vorgenommen werden. Zugleich besteht weder bei den Leistungserbringern, noch bei den Patienten eine festgelegte Bindung an eine eingeschriebene Patientengruppe bzw. an bestimmte Leistungserbringer. Die Leistungsempfänger müssen jedoch Zusatzkosten entrichten, falls sie Leistungen außerhalb der IPA in Anspruch nehmen. Mit Hilfe der unterschiedlichen Vergütungsregelungen innerhalb und außerhalb der IPA wird eine abgeschwächte Steuerbarkeit der Leistungserbringung durch finanzielle Anreize aufrechterhalten. Die Preferred Provider Organizations (PPO) stellen als anbieterorientierte Verkaufsgenossenschaften einen Zusammenschluss von Ärzten oder Krankenhäusern dar. Die auf Vereinbarungen mit bevorzugten Leistungserbringern basierenden Verträge ähneln den IPAs stark. Sie fungieren gleichermaßen als Gegenpol zu den strikt organisierten HMOs und umfassen einen weniger hohen Integrationsgrad von Versicherung und Gesundheitsleistungserstellung.⁴²³ Als Produkt sind die PPO ein Bestandteil der Bandbreite von vertraglichen Ausgestaltungen aller Akteure im Gesundheitswesen. Die PPO als Organisationsform verzichten zwar, wie die IPAs, auf eine Festlegung auf bestimmte Leistungsanbieter, nutzen jedoch finanzielle Anreize zur Nachfragesteuerung. Auch in dieser Organisationsform fallen somit Zusatzkosten für Patienten an, sobald Gesundheitsleistungen außerhalb der PPO wahrgenommen werden. Die Vergütung innerhalb der Organisation erfolgt mit Hilfe der Einzelleistungsvergütung. Nach Amelung handelt es sich bei den PPO, auch aufgrund der eher traditionell ausgerichteten Finanzierung, um eine Zwischenform von Managed Care.

⁴²² Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 49-103.

⁴²³ Vgl. Schoder, J./ Zweifel, P. (2009), S. 151f. Vgl. Kühn, H. (1997), S. 10f.

Die HMO, die IPA und die PPO stehen stellvertretend für die zahlreichen Managed Care Organisationsformen. Im US-amerikanischen Gesundheitsmarkt verfügen die hier ausgewählten Konzepte über einen erheblichen Marktanteil. Alle Managed Care Formen nutzen Vernetzungen zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern, um Vorteile gegenüber den anderen Organisationsformen zu generieren. Amelung bezeichnet den Zusammenschluss verschiedener Leistungsanbieter, die darauf abzielen strategische Allianzen zu bilden, als Netzwerke. Er ordnet die Networks als respektive Netzwerke den anbieterorientierten Managed Care Formen bzw. Produkten zu und betont damit das Potential der Abwehrstrategie für Leistungserbringer. Aufgrund des integralen Charakters der Vernetzungen innerhalb von Managed Care sollen entgegen der Darstellung von Amelung in dieser Ausführung Netzwerke keiner festgelegten Organisation oder keinem bestimmten Akteur im Gesundheitswesen zugeteilt werden. Stattdessen besteht in der vorliegenden Auffassung Managed Care als Oberbegriff aus Vernetzungen. Zwar widerspricht diese Aussage nicht der von Amelung vorgenommenen Gliederung, jedoch soll damit die Omnipräsenz dieses Konstruktes innerhalb von Managed Care betont werden. Somit schließt diese Einteilung die Netzwerkbildung als strategische Entscheidung mit ein.

Die allgegenwärtige Bedeutung der Netzwerkbeziehungen und Kooperationen zeigt sich auch im Integrationsgrad der Managed Care Organisationen. Der Grad ist umso ausgeprägter, je intensiver die Beziehung durch bspw. Vertragsausgestaltungen gefestigt ist. Die Integration spiegelt in dieser Darstellung nicht den Vernetzungsgrad, sondern die Sanktionsmöglichkeiten und damit die Einflussnahme auf die Stakeholder wieder. Die Ausprägung der Integration ist bei den HMOs, die im Vergleich zu den übrigen Organisationsformen über sehr restriktive Bedingungen sowohl für Leistungsanbieter, als auch für Versicherte verfügen, besonders intensiv zu verzeichnen. Zwar führte u.a. der Managed Care Backlash zu einer Lockerung der vertraglichen Elemente, im Vergleich zu den PPO besteht in den HMOs nach wie vor ein hoher Integrationsgrad. Dies lässt sich auch der nachfolgenden Abbildung 22 entnehmen, welche die HMOs, die IPAs und die PPO in Beziehung zueinander stellt.

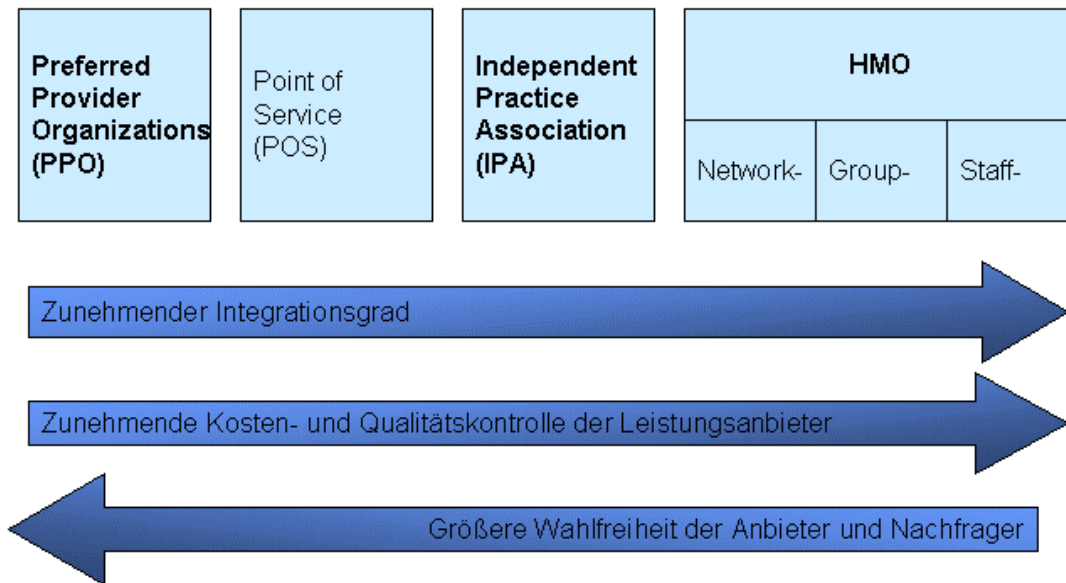


Abbildung 22: Ausgewählte Organisationsformen im Vergleich

Quelle: In Anlehnung an Amelung, V. (2003), S. 710.

Mit dem Anstieg des Integrationsgrades zeigt sich auch die Erhöhung der Kosten- und Qualitätskontrolle der Leistungsanbieter. Diese parallele Intensivierung, die in Form der HMOs einen Höhepunkt vorweist, verdeutlicht den Anstieg an Steuerungsmöglichkeiten der entsprechenden Organisationsformen. Dementsprechend ermöglichen die restriktiven Bedingungen der HMOs auf der einen Seite aufgrund von vertraglich geregelten Mechanismen einen gezielteren Einfluss auf die Leistungsanbieter. Auf der anderen Seite besteht für die Anbieter und Nachfrager im Vergleich zu den anderen Organisationsformen die geringste Wahlfreiheit. Die Abbildung 22 verdeutlicht den Trade-Off zwischen den Möglichkeiten einerseits steuernd auf die Gesundheitsleistung einzuwirken und andererseits Wahlfreiheiten und Flexibilität zu zulassen.⁴²⁴ Insbesondere vor dem Anspruch der Patienten nach mehr Eigenverantwortung und weniger Einschränkungen im Gesundheitswesen scheinen die PPO im Vergleich zu den anderen Managed Care Organisationsformen besser aufgestellt zu sein. Bestätigt wird diese Entwicklung zugunsten von mehr Flexibilität in der Gesundheitsversorgung durch den Anstieg des US-amerikanischen Marktanteils von PPO auf 61 % im Jahr 2005.⁴²⁵ Im Vergleich zum Jahr 2008 verzeichnen die PPO zwar einen

⁴²⁴ Dieser Steuerungs-Trade-Off wurde bereits innerhalb der politischen Steuerung in Form von erhöhter Einflussnahme und eines damit verbundenen gestiegenen Kontrollaufwands verzeichnet. Vgl. 4.2.1.2.

⁴²⁵ Vgl. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (2005), <http://www.kff.org/insurance/7315/sections/upload/7316.pdf>.

geringfügigen Verlust von Mitgliedern, jedoch verfügt diese Organisationsform mit 58 % Marktanteil nach wie vor über die Mehrheit im US-amerikanischen Gesundheitswesen.⁴²⁶ Aufgrund der Entwicklung der vergangenen Jahre kann die Kritik von Robinson und Kühn angezweifelt werden.⁴²⁷ Beide Autoren gehen davon aus, dass es sich bei der PPO nicht um eine langfristig erfolgreiche Managed Care Form handelt. Trotz dieser kritischen Einschätzung insbesondere aufgrund der nach Robinson bestehenden nicht ausreichenden Verbesserung der Gesundheitsversorgung von PPO, besteht das Bedürfnis der Patienten und Leistungserbringer nach flexibleren und weniger eingeschränkten Organisationsformen. Auch die bisherige Entwicklung der HMOs, die sich hin zu weniger restriktiven Bedingungen gewandelt hat, bestätigt die Veränderung zugunsten von mehr Wahlfreiheit und Eigenverantwortlichkeit der Patienten und Leistungserbringer. Gleichzeitig verringert sich mit diesem Wandel die Steuerbarkeit und die Kontrollmöglichkeiten dieser Stakeholder aus Sicht der Anbieter. Vertrauen kann anstatt von Sanktionen und Restriktionen die Beziehung festigen und zu einer stabilen Vernetzung beitragen. Investitionen in vertrauensvolle Interaktionen besitzen somit ein hohes in die Zukunft gerichtetes Potential.

5.2.2 Integrierte Versorgung als Optimierungsreserve im Gesundheitswesen

5.2.2.1 Konzept und Prinzipien der integrierten Versorgung

Die integrierte Versorgung zählt zu den neuen Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen. Mit der Implementierung dieses Konstruktes, das auf dem Managed Care Konzept beruht, wurde auf eine Legaldefinition zugunsten einer höheren Ausgestaltungsfreiheit und Versorgungsflexibilität verzichtet. Die vom Gesetzgeber eingesetzte integrierte Versorgung zielt mit Hilfe von wettbewerblichen Elementen darauf ab, sowohl eine Kostenreduktion, als auch eine Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen zu erreichen. Das auf eine optimierte Gesundheitsversorgung ausgerichtete Konstrukt basiert auf Einzelverträgen, die schnittstellenübergreifende Gesundheitsleistungen ganzheitlich außerhalb der Regelversorgung verantworten. Die integrierte Versorgung dient der Steuerung patientenorientierter Prozesse zur Überwindung der interdisziplinären und sektorenbezogenen Grenzen mit Hilfe von Anreizen.

Sowohl die sehr weitreichende Beschreibung der integrierten Versorgung, als auch der Verzicht auf eine Legaldefinition betont die Komplexität und Flexibilität dieser

⁴²⁶ Vgl. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (2008), <http://ehbs.kff.org/images/abstract/7791.pdf>.

⁴²⁷ Vgl. Robinson, J. C. (1999), S. 13. Vgl. Kühn (1997), S. 11f. Amelung steht ebenfalls den kritischen Einwänden von Robinson und Kühn entgegen. Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 70f.

Versorgungsform. Insbesondere vor dem Hintergrund der Vielfalt der Akteure, Strukturen und Interaktionen im Gesundheitswesen wird der integrierten Versorgung ein großer Spielraum eingeräumt. Trotz der hohen Variabilität wird die integrierte Versorgung von den gesundheitspolitischen Zielbestrebungen eingerahmt. Die im Verlauf dieser Ausarbeitung ins Zentrum der Betrachtung gestellten Bestrebungen eines ökonomischen und qualitätsbezogenen optimierten Gesundheitswesens stellen den Kern der Bemühungen dar. Mit Hilfe einer Reformierung des bestehenden Vertrags- und Regulierungssystems soll eine versorgungspolitische Neuausrichtung erreicht werden. Schellschmidt, Klauber und Robra befürchten aufgrund dieser komplexen Zielbestrebungen, dass die ordnungspolitisch zentrierten Reformierungsbemühungen die Ziele der Qualität und Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung absorbieren bzw. dem entgegen stehen können.⁴²⁸ Diese Befürchtungen stellen aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens ein erhebliches Gefährdungspotential dar. Im vierten Kapitel wurden bereits die vielschichtigen Ziele und Interessen der einzelnen Ebenen angerissen, die unterschiedliche Anreizstrukturen bedingen. Auch Amelung et al. betonen die zahlreichen Sichtweisen im Gesundheitswesen, die Einfluss auf die Ziele der Integrationsversorgung nehmen bzw. nehmen wollen.⁴²⁹ Hieraus ergibt sich die auf Weatherly et al. zurückgehende Beachtung einer ebenenübergreifenden Beurteilung, die in einer Zertifizierung der ‚patientenorientierten integrierten Versorgung‘ münden kann. Die Autoren bewerten Projekte der integrierten Versorgung, indem sie die Perspektiven entscheidender Akteure im Gesundheitswesen gegenüber stellen. Hierzu unterteilen Weatherly et al. den Nutzen in die vier Beurteilungsdimensionen des gesundheitspolitischen, des medizinischen, des Patienten- sowie des Vertragspartner-Mehrwertes.⁴³⁰ In der Abbildung 23 wird dieses Beurteilungsschemata auf die Steuerungskompetenz-Pyramide, der Abbildung 18 auf der Seite 118, bezogen und um den ökonomischen Mehrwert ergänzt.

⁴²⁸ Vgl. Schellschmidt, H./ Klauber, J./ Robra, B.-P. (2006), S. 2.

⁴²⁹ Vgl. Amelung, V. E./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Seiler, R./ Weatherly, J. N. (2006), S. 29-32.

⁴³⁰ Vgl. Weatherly, J. N./ Seiler, R./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Lägell, R./ Amelung, V. E. (2007), S. 3-26.

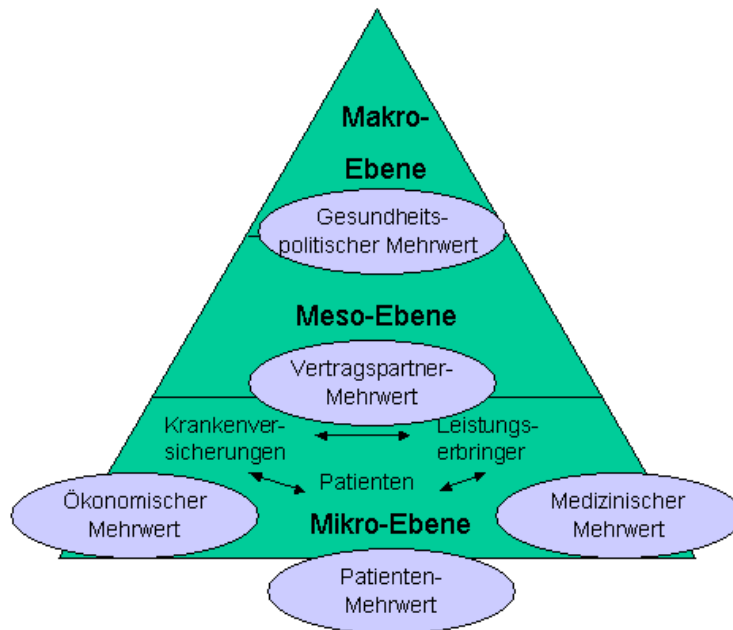


Abbildung 23: Beurteilung der integrierten Versorgung anhand der Steuerungspyramide

Quelle: Eigene Darstellung.

Die integrierte Versorgung zielt darauf ab, die Gesundheitsversorgung zu optimieren und verfügt somit über eine hohe Relevanz außerhalb der Regelversorgung. Sowohl die variable Ausgestaltung, als auch die hohe Anzahl an Beteiligten, die jeweils eigene Interessen verfolgen, stellen eine hohe Herausforderung für dieses Konzept dar. In der Abbildung 23 verdeutlichen sich die vielschichtigen Ansprüche wesentlicher Akteure an die integrierte Versorgung. Es ergeben sich durchaus Interessensüberschneidungen, wie bspw. beim Patienten- und gesundheitspolitischen Mehrwert. Beide Akteure sind an einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung interessiert. Der Staat jedoch fokussiert zudem die Kosten. Trotz der rahmengebenden Zielbestrebungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit bestehen auch Unterschiede. Das verdeutlicht insbesondere das Verhältnis zwischen den Akteuren auf der Sachleistungsebene. Dementsprechend verfolgen die Krankenversicherungen zu einem großen Teil die Finanzierbarkeit von Leistungen, während die Leistungserbringer vorwiegend die Überwindung der Krankheit betrachten. Integrierte Versorgung strebt die schnittstellenübergreifende Überwindung der teilweise konfliktionären Beziehungen zwischen den Stakeholdern an. Mit Hilfe der Vernetzungen wird die gemeinsame Verantwortung gefördert und versucht ein Mehrwert für das gesamte Gesundheitssystem zu generieren. Integrierte Versorgung kann daran ansetzen, die

komplexen Interessen zusammen zu führen. Es bedarf hierzu jedoch einer ebenso vielschichtigen Betrachtung und ganzheitlichen Beurteilung, um Vorteile aus der integrierten Versorgung ziehen zu können.

Aus den vorangegangenen Abschnitten lassen sich die Prinzipien der integrierten Versorgung ableiten. Ein wesentliches Merkmal dieser Versorgungsform stellt die prozessuale patientenorientierte Gesundheitsversorgung dar. Mit Hilfe einer gesteuerten und kontinuierlichen Leistungserstellung sollen funktionale und sektorale Barrieren überwunden werden. Die Fokussierung auf eine optimale Versorgungssituation bedingt die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, die mit Hilfe einer am Patienten ausgerichteten Steuerung verhindert werden sollen. Die Bestrebungen den Zielgrößen der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu entsprechen, bezeichnet Mühlbacher als Merkmal der medizinischen und finanziellen Verantwortungsübernahme innerhalb der integrierten Versorgung. Dieses Prinzip kann in Verträgen zwischen den Netzwerkteilnehmern explizit ausformuliert sein und so die Zielerreichung garantieren.⁴³¹ Des Weiteren nimmt das Prinzip der Kommunikation, zu dem auch die Information zählt, in der integrierten Versorgung einen wesentlichen Bestandteil ein. Eine funktionierende Kommunikation zwischen den Akteuren eines Netzwerkes stellt die Basis einer Zusammenarbeit dar und trägt dazu bei die Verbindungen zu festigen und eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen.

Die genannten Prinzipien bzw. Merkmale der integrierten Versorgung können auch der nachfolgenden Abbildung 24 entnommen werden. Anhand dieser Darstellung werden die möglichen Ausgestaltungsformen der Integration zusammengefasst. Amelung und Janus differenzieren die im Rahmen der integrierten Versorgung zu treffenden Entscheidungen in einem Ebenenmodell.

⁴³¹ Vgl. Mühlbacher, A. (2002), S. 65-67.

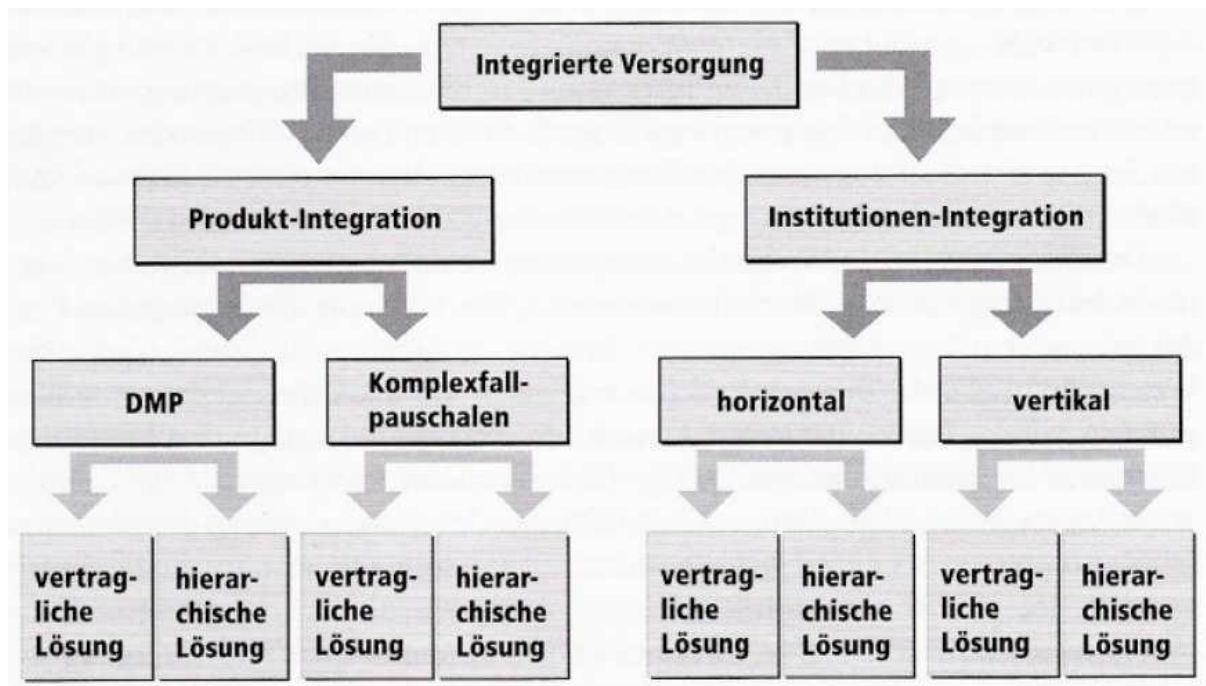


Abbildung 24: Ebenen der Integration

Quelle: Amelung, V. E./ Janus, K. (2006), S. 15.

Auf der ersten Ebene lässt sich die integrierte Versorgung nach Amelung und Janus in eine Produkt- und Institutionenintegration unterscheiden.⁴³² Die Produktintegration umfasst eine indikationsspezifische Versorgung und ist somit an einen bestimmten Behandlungsfall bzw. an eine Veranlassung der Gesundheitsversorgung im Anschluss einer ärztlichen Diagnose gerichtet. Hierzu zählen auf der zweiten Ebene der Integration zum einen die Disease Management Programme (DMP) sowie die Komplexfallpauschalen. Beide Konstrukte beziehen sich auf die Koordination einer spezifischen Indikation bzw. eines bestimmten Behandlungsfalles. Die DMP koordinieren unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten den Verlauf bestimmter Krankheiten über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg. Die Komplexfallpauschalen beinhalten eine vorwiegend ökonomische Ausrichtung, die sich basierend auf der Optimierung der Wertschöpfungskette ebenfalls auf bestimmte Erkrankungen beziehen. Demgegenüber besteht die Institutionenintegration, die sich in eine horizontale und vertikale Ausrichtung unterscheiden lässt. Durch die Begrifflichkeit der Institution wird die Fokussierung auf die Organisationen im Gesundheitswesen betont. Die horizontale Integration umfasst die Zusammenführung von Akteuren bzw. Institutionen auf einer Leistungsstufe. Mögliche Vorteile, die mit einer solchen Vernetzung einhergehen können, stellen Skaleneffekte durch bspw. finanzielle Einsparungen oder einen höheren

⁴³² Vgl. Amelung, V. E./ Janus, K. (2006), S. 14-17. Vgl. Amelung, V. E./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Seiler, R./ Weatherly, J. N. (2006), S. 15-19.

Patienten- bzw. Versichertenstamm dar. Zusätzlich lassen sich durch unterschiedliche Formen der horizontalen Integration auch höhere Marktanteile generieren, die wiederum dazu beitragen können die eigene Einflussfähigkeit im Gesundheitswesen auszubauen. Eine weitere Ergänzung außerhalb der von Amelung und Janus vorgenommenen Zusammenfassung positiver Wirkungen der horizontaler Verbindungen stellen Erfahrungswerte und bestehende vertrauensvolle Verbindungen zu weiteren Akteuren dar. Trotz dieser Vorteile beinhaltet die horizontale Ausrichtung lediglich die Integration auf einer Leistungsstufe und kann daher der Definition nach keine vollständige Form der integrierten Versorgung sein. Aus diesem Grund nimmt die horizontale Integration die Rolle einer ‚Vorform‘ der vertikalen Integration wahr. Die Zusammenarbeit auf der höheren Stufe der vertikalen Ausführung geht einher mit einer Transaktionskostensparnis aufgrund einer Integration von mehreren nacheinander ablaufenden Gesundheitsleistungen auf unterschiedlichen Leistungsstufen. Somit kann die vertikale Integration Teile bzw. sogar ein vollständiges Versorgungskontinuum umfassen. Die zuvor genannten Prinzipien der funktionalen- und sektorenübergreifenden kontinuierlichen Versorgung, der Verantwortungsübernahme sowie der Förderung der Kommunikation stellen die Basis sowohl für eine funktionierende vertikale, als auch für die Produktintegration dar. Auch Zelman identifiziert die Merkmale als wesentliche Charakteristika der Funktionalität und Steuerbarkeit der Integrationsversorgung. Dementsprechend benennt Zelman die gleichzeitige Übernahme von medizinischen und finanziellen Risiken als notwendigen Bestandteil.⁴³³ Auch die Forderung nach das gesamte Versorgungskontinuum betreffenden Leistungen betont das Prinzip der notwendigen Verantwortungsübernahme der an der Integration beteiligten Organisationen und Akteure. Zugleich impliziert Verantwortung auch Vertrauen und trägt damit auch zu einer Stabilisierung der Beziehung bei. Die dritte Ebene des Integrationsmodells von Amelung und Janus fügt die institutionenökonomische Betrachtung ein. Der Abbildung 24 lässt sich entnehmen, dass die jeweiligen Integrationsmöglichkeiten auf der untersten Ebene in hierarchische und vertragliche Lösungen unterschieden werden. Die Hierarchievariante beinhaltet eine organisationspezifische, eigenständige Leistungserbringung innerhalb der Institution. Hieraus können sich nach Furubotn und Richter sowie Riordan auf der Transaktionskostentheorie basierende Vorteile ergeben.⁴³⁴ Die Alternative stellen vertragliche Lösungen dar, die eine Leistungserstellung innerhalb der Netzwerkbeziehung umfassen. Aus den unterschiedlichen Varianten der Integrationsausgestaltungen ergeben sich spezifische Vor- und Nachteile mit entsprechenden

⁴³³ Vgl. Zelman, W. A. (1996), S. 64-67 und S. 114-117.

⁴³⁴ Vgl. Furubotn, E. G./ Richter, R. (2005), S. 50, S. 305 und S. 378. Vgl. Riordan, M. H. (1990), S. 94-101. Vgl. Kapitel 3.1.

Möglichkeiten der Anreizsetzung und Steuerungsfähigkeit. Mühlbacher benennt in diesem Kontext die Steuerungsfunktion, die in der vorliegenden Arbeit über einen erheblichen Stellenwert verfügt.⁴³⁵ Darüber hinaus stützen die Administrationsfunktion durch grundlegende Managementaufgaben und die Informationsfunktion durch die Kommunikationsförderung als nicht medizinisch-pflegerische Funktionen die Zielerreichung der integrierten Versorgung.

Die jeweiligen Vor- und Nachteile der einzelnen Varianten müssen sowohl akteurs- und organisationsspezifisch, als auch auf die Zielbestrebungen der Vernetzung hin beurteilt werden. Die Ausrichtung des Netzwerkes beeinflusst somit ebenfalls die Integrationsausgestaltung. Die zahlreichen Varianten der Vernetzungsmöglichkeiten müssen den Zielen der Vernetzung entsprechen und können somit nur fallweise beurteilt werden. Es gilt die einzelnen Interessen durch die integrierte Versorgung zu einem gemeinsamen Mehrwert zusammenzufügen.

5.2.2.2 Instrumente der integrierten Versorgung

Aufgrund der hohen Ausgestaltungsfreiheit der integrierten Versorgung stehen zahlreiche Instrumente zur Zielerreichung dieses Konzeptes zur Verfügung. Die Begrifflichkeit der integrierten Versorgung fungiert darüber hinaus als Oberbegriff für sämtliche Verfahren und Produkte, die auf Basis der Ziele und Prinzipien der Integration außerhalb der Regelversorgung das deutsche Gesundheitswesen optimieren. Im Folgenden werden ausgewählte Organisationsansätze und Maßnahmen zur Kosten- und Qualitätssteuerung kurz skizziert.

Das Disease Management (DM), welches als Krankheitsmanagement übersetzt werden kann, umfasst einen induktionsorientierten Ansatz. Mit Hilfe einer evidenzbasierten Koordination werden ausgewählte chronische Krankheiten über das gesamte Versorgungskontinuum schnittstellenübergreifend unter ökonomischen Aspekten gesteuert. Sobald eine hohe Prävalenz einer Erkrankung vorliegt, dessen Behandlung beeinflussbar sowie mit hohen Kosten verbunden und eine kontinuierliche Versorgung notwendig ist, setzt das Disease Management daran an, die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Aufgrund des hohen Anteils an chronischen Erkrankungen, die mit erheblichen Kosten verbunden sind, strebt das Disease Management als Teil des seit 2002 eingesetzten strukturierten

⁴³⁵ Vgl. Mühlbacher, A. (2002), S. 67-69.

Behandlungsprogramms einen optimierten Behandlungsverlauf dieser Krankheiten an.⁴³⁶ Im deutschen Gesundheitswesen bestehen entsprechende Programme für Diabetes mellitus, für chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen, für Mammakarzinome sowie für koronare Herzkrankheiten. Zusätzlich besteht seit dem 1. Juli 2009 mit dem 20. RSA-ÄndV das Disease Management Programm chronische Herzinsuffizienz. Aus Sicht des Gesetzgebers verfügen die Disease Management Programme über den Vorteil die adverse Selektion durch die Kassen gegenüber den chronisch Kranken abzumildern und zusätzlich einen populationsbezogenen Wettbewerb anzuregen. Dies erfolgt durch eine finanzielle Anreizsetzung aufgrund der Erweiterung des Risikostrukturausgleiches (RSA) um die Disease Management Programme. Kritiker, wie Wille, befürchten aufgrund dieser Einbeziehung Qualitätseinbußen durch die Fokussierung auf eine flächendeckende Versorgung.⁴³⁷ Demgegenüber schreibt Niehoff den Disease Management Programmen eine verbesserte Versorgungsqualität zu. Jedoch geht er von sehr geringen Effizienzgewinnen aus.⁴³⁸ Diese zum Teil kritischen Einschätzungen belegen die notwendige Voraussetzung der Evaluation der Disease Management Programme.

Ein weiteres Instrument, welches sich auf die Leistungsausgestaltung bezieht und ähnlich zum Disease Management eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung anstrebt, stellt das Case Management dar. Das als Fallmanagement zu übersetzende Konstrukt koordiniert im Gegensatz zum Disease Management den gesamten Versorgungsablauf individueller Erkrankungen. Die Zielgruppe des Case Managements stellen nach Amelung vorwiegend chronisch Kranke, komplizierte und kostenintensive Einzelfälle mit einem hohen Risiko, z.B. AIDS oder Risikoschwangerschaften, dar.⁴³⁹ Eine Standardisierung durch Leitlinien bzw. strukturierte Behandlungsprogramme, wie sie beim Disease Management vorgeschrieben sind, entfallen beim Case Management. Stattdessen orientieren sich die Case Manager, die sowohl berufsorientierte, als auch behandlungsorientierte Aufgaben wahrnehmen, an einer individualisierten Koordination der einzelnen Behandlungssegmente. Die Case Manager fungieren als Bindeglied aller am Prozess der Gesundheitsversorgung Beteiligten, indem sie aufwendige Erkrankungen individuell am Patienten orientiert organisieren. Aufgrund der Betreuung von Einzelfällen entsteht zwar ein höherer Koordinationsaufwand als beim Disease Management, jedoch erzielt das Fallmanagement durch die begleitende Organisation Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen im Vergleich zu der Regelversorgung. Zu

⁴³⁶ Vgl. § 137 f, SGB V.

⁴³⁷ Vgl. Wille, E. (2007), S. 11.

⁴³⁸ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 204-206.

⁴³⁹ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 217-227. Vgl. Cortekar, J./ Hugenroth, S. (2006), S. 76-80.

diesen Ergebnissen kam die Abteilung der Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, die innerhalb einer vierjährigen Studie die Auswirkungen des Case Managements durch medizinische Fachangestellte bei Arthrose-Patienten erhoben.⁴⁴⁰ Die Aufgabe der Case Manager kann neben den Leistungserbringern auch von den Kostenträgern sowie Dritten übernommen werden. Ein seit dem Jahr 1995 erfolgreiches Beispiel liefert die AOK Hessen durch die Implementation eines Krankengeld-Fallmanagers für Langzeitkranke. Auf Basis dieses erfolgreichen Exempels schloss der AOK-Bundesverband mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke im April 2007 einen Rahmenvertrag, um das Fallmanagement noch professioneller für alle AOKen auszubauen.⁴⁴¹ Auch einige Kliniken, wie das Universitätsklinikum Münster, integrieren zunehmend das Case Management, um qualitative und ökonomische Vorteile dieses Konzepts zu generieren. Die Möglichkeiten eine sektorenübergreifende, am Patienten ausgerichtete Versorgung zu fördern, die sich auf eine evaluationsbasierte Steuerung ausrichtet, kann die zukunftsgerichteten Ansprüche der Krankenhäuser unterstützen.⁴⁴² Insbesondere durch die Erweiterung einer Kopplung mit dem Qualitätsmanagement erhält das Case Management für die Akteure im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung. Trotz der erfolgreichen Implementationen erfuhr das Case Management im deutschen Gesundheitswesen lange Zeit nur eine untergeordnete Rolle. Dies zeigt sich u.a. auch in einer fehlenden gesetzlichen Grundlage des Case Managements. Mittlerweile werden jedoch entsprechende Konzepte aufgrund ihrer positiven Effekte zunehmend eingesetzt.

Das Gatekeeping als ein weiteres Instrument, welches an einer Organisationsausgestaltung ansetzt, steht synonym für Hausarzt- bzw. Primärarztmodelle. Der Allgemeinarzt übernimmt hierbei als ‚Torwarter‘ eine Lotsenfunktion in Form einer ersten Anlaufstelle für Patienten im Gesundheitswesen. Der Gatekeeper steuert schnittstellenübergreifend das gesamte Versorgungsgeschehen und übernimmt zu einem großen Teil die Aufgaben eines Case Managers. Mit Hilfe der Versorgungskoordination können Doppeluntersuchungen vermieden sowie die ambulante, nicht fachärztliche Behandlung gefördert und damit Kosteneinsparungen generiert werden. Gleichmaßen findet durch die vom Gatekeeper ausgehende Steuerung eine Verbesserung der Qualität statt, da Prozesse abgestimmt, präventive Maßnahmen und Einzelfallaspekte des Patienten eingefügt werden können. Insbesondere der Präventionsaspekt stellt eine Erweiterung des Fallmanagements dar, welches

⁴⁴⁰ Vgl. Marstedt, G. (2008), <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1176>.

⁴⁴¹ Vgl. AOK-Bundesverband (2008), S. 20.

⁴⁴² Vgl. Rausch, A./ Kurlmann, U. (2008), S. 1023-1026.

lediglich eine Koordination einer Erkrankung beinhaltet. Das Gatekeeping ist nicht auf einen Behandlungsfall begrenzt, sondern integriert das gesamte langfristig ausgerichtete Versorgungsspektrum eines Patienten. Nachteilig wirkt sich die mit dieser Leistungsausgestaltung einhergehende begrenzte Arztwahl auf die Beurteilung aus. Durch die Entschädigung in Form von Bonuszahlungen an die Versicherten entsteht ein Trade-Off, um die Einschränkung der Wahlfreiheit auszugleichen. Amelung beurteilt die Prämienkompensation als erhebliche Schwäche des Gatekeepings. Er bezieht sich neben der negativen Beeinflussung der Patientenzufriedenheit vorwiegend auf eine mögliche Aufhebung der Kostenvorteile durch die finanzielle Anreizsetzung. Darüber hinaus kann eine Belastung der Allgemeinärzte durch eine höhere Managementtätigkeit auftreten. Auch die Problematik einer Risikoselektion der Mediziner wird wahrscheinlicher.⁴⁴³ Demgegenüber bestehen neben den bisherigen positiven Wirkungen, wie der schnittstellenübergreifenden Versorgung, die mögliche Reduktion der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient. Langfristige Beziehungen fördern ein vertrauensvolles Arzt-Patienten Verhältnis und können Unsicherheiten und Missverständnisse abbauen bzw. vermeiden. Ähnlich zum Case Management kann somit auch der Problematik einer fehlenden Compliance vorgebeugt werden. Dieses Instrument, das, wie die anderen Ausgestaltungen zuvor von dem US-amerikanischen Managed Care Konzept abstammt, stellt für das deutsche Gesundheitswesen keine Neuerung dar. Stattdessen lässt sich diese Form im traditionellen Primärarztssystem wiederfinden. Eine besondere Förderung des Gatekeepings wurde vom Gesetzgeber durch das GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 vollzogen. Hiernach bestand für die Krankenversicherungen die Verpflichtung Hausarztmodelle, nach Paragraph 73b SGB V, einzusetzen. Mit dem GKV-WSG müssen die Krankenkassen seit April 2007 für die sog. Hausarztzentrierte Versorgung sowie u.a. auch für die strukturierten Behandlungsprogramme Wahltarife anbieten.

Das Disease und Case Management sowie das Gatekeeping stellen eine Veränderung der Leistungsgestaltung im Vergleich zur Regelversorgung dar. Die Abläufe der Gesundheitsversorgung unterliegen einer Organisationsumstellung. Die vorgestellten Formen enthalten zum Teil präventive Maßnahmen und können Verhaltensveränderung der Versicherten bzw. Patienten bedingen. Amelung ordnet in der Abbildung 21 auf der Seite 191, Managed Care Institutionen und Instrumente, die genannten Formen der Versicherten-Leistungsfinanzierer Beziehung zu. Aufgrund der notwendigen Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, können die Instrumente nicht nur auf das Versicherten-Krankenkassen

⁴⁴³ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 169-179.

Verhältnis reduziert werden. Z.B. umfasst die Integration der Allgemeinmediziner innerhalb des Gatekeeping-Modells einen unverzichtbaren Bestandteil. Des Weiteren wirken sich die entsprechenden Formen auch auf die Leistungserbringer aus und können das Instrument bzw. die Wirkungsweise beeinflussen. Der Impuls für den Einsatz von Disease Management sowie der Hausarztzentrierten Versorgung liegt durch die rechtliche Grundlage beim Gesetzgeber. Bei den Initiatoren der Netzwerke, die als Knotenpunkte der jeweiligen Formen Verträge mit den Leistungserbringern und Versicherten schließen, handelt es sich um die Krankenkassen. Im Fall des Case Management obliegt ihnen sowohl die Aufgabe des Impulsgebers, als auch des koordinierenden Initiators. Die folgenden Instrumente umfassen zwar keine völlige Leistungsumgestaltung, initiieren jedoch innovative Ansätze und Verfahren. Als Instrumente der unmittelbaren Qualitäts- und Kostensteuerung fokussieren sie vorwiegend das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Kostenträger.

Utilization Management und Utilization Review leiten sich vom lateinischen Begriff *utilitas* ab, welcher den Nutzen, die Brauchbarkeit und den Vorteil umschreibt. Beide Begrifflichkeiten beinhalten eine Überprüfung der Gesundheitsversorgung im Bezug auf die Angemessenheit sowie Zweckmäßigkeit der Behandlung. Insbesondere die Betrachtung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen wird durch die Instrumente fokussiert. Darüber hinaus können die Verfahren auch zur Qualitätsverbesserung beitragen. Das Utilization Review umfasst die Überprüfung eines Einzelfalles. Hierbei werden bereits abgeschlossene oder anstehende individuelle Behandlungen von Leistungserbringern durch externe Sachverständige leitliniengestützt kontrolliert. Das Utilization Management bezieht sich auf prospektive, begleitende und retrospektive Betrachtungen der gesamten Leistungen von einzelnen Leistungserbringern. Hierzu werden Vergleiche mit den besten Ergebnissen, auch in Form von Benchmarking als Instrument der Wettbewerbsanalyse oder mit dem statistischen Mittel vorgenommen. Das Prospektive Utilization Management als Beispiel beinhaltet sämtliche Kontrollmaßnahmen, die vor der Leistungserbringung angesetzt werden. Das Shared Decision Making stellt nach Cortekar und Hugenroth das wesentlichste Instrument der prospektiven Betrachtung dar. Hierbei findet im engsten Sinne eine gemeinsame Entscheidung zur weiteren Behandlung zwischen Arzt und Patient statt. Die Basis für eine solche geteilte Entscheidungskompetenz besteht aus einer funktionierenden Kommunikation und gesteigener Mitbestimmung der Patienten.⁴⁴⁴ Die Potentiale des Shared Decision Making werden anhand erster Ergebnisse der seit 2001 bestehenden Studien, die durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert werden,

⁴⁴⁴ Vgl. Cortekar, J./ Hugenroth, S. (2006), S. 81-84.

bestätigt.⁴⁴⁵ Die Voraussetzung für ein funktionierendes Shared Decision Making stellt ein gefestigtes Vertrauensverhältnis dar. Dieses notwendige Vertrauen sehen sowohl Lauterbach, als auch Amelung aufgrund der Doppelfunktion des Arztes gegenüber dem Patienten erheblich belastet.⁴⁴⁶ Neben der medizinischen Verantwortung obliegt den Leistungserbringern durch Utilization Review und Utilization Management die ökonomische Rechtfertigung der geplanten bzw. durchgeführten Therapie. Die stark eingeschränkte Diagnose- und Therapiefreiheit stellt einen weiteren nachteiligen Faktor dieser Instrumente dar. Zusätzlich sind die Verfahren mit einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand verbunden. Aus Sicht der Leistungsfinanzierer ergibt sich durch die Verfahren des Utilization Review und Utilization Management eine erhöhte Steuerungsmöglichkeit der Gesundheitsversorgung und damit das Potential zur Kosteneinsparung sowie Qualitätsverbesserung. Bisher bestanden bis zum GKV-WSG 2007 nur rudimentär ausgebildete Möglichkeiten der Kontrolle der Angemessenheit von Gesundheitsleistungen. Cortekar und Hugenroth gehen davon aus, dass entsprechende Verfahren im deutschen Gesundheitswesen bis einschließlich des Jahres 2006 nicht vorzufinden waren. Mit der Reform aus dem Jahr 2007 lassen sich verstärkte Ansätze zum Utilization Management und Review erkennen. Beispielhaft lässt sich die Qualitätssicherung als Gegenstand der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92, Absatz 1, Satz 2, Nr. 13 SGB V, die notwendige Einholung der Zweitmeinung bei speziellen kostenintensiven Arzneimitteln sowie die Stärkung der Patientenrechte nennen.

Aufgrund der bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung in der deutschen Gesundheitsversorgung fungieren die Leitlinien als Orientierungshilfe der medizinischen Behandlung auf Basis wissenschaftlicher Standards. Mit Hilfe der Leitlinien, die auch als Richtlinien, Guidelines oder Standards bezeichnet werden, können qualitative und ökonomische Zielsetzungen erreicht werden. Dabei können Leitlinien als systematische medizinische Generalisierung bestimmter Erkrankungen in Abhängigkeit ihrer Erstellung auf unterschiedliche Ziele ausgerichtet sein. Dementsprechend bestehen Leitlinien der ersten Stufe, die nach der Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) lediglich aus einem informellen Konsens von Experten

⁴⁴⁵ An die geförderten Studien setzen aufgrund der positiven Wirkungen des Shared Decision Making Transferprojekte zur Übertragung der Ergebnisse in die Praxis an. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005), http://www.bmg.de/cln_151/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse...

⁴⁴⁶ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 229-235. Vgl. Lauterbach, K. W. (1997), S. 318-320.

entwickelt werden.⁴⁴⁷ In diesem Fall lässt sich die Problematik konstatieren, dass die Leitlinien nicht den wissenschaftlichen Standard wiedergeben, sondern auf unternehmens- bzw. akteursbezogene Interessen ausgerichtet sind. Auch Niehoff, welcher die Leitlinien als Handlungsorientierung der medizinischen Versorgungspraxis definiert, betont, dass sie stets aus einer unabhängigen wissenschaftlichen Konsensfindung heraus abgeleitet werden müssen. Etablierte Handlungen zwischen Leistungsanbieter und Kostenträger können nach Niehoff nicht als Leitlinie bezeichnet werden.⁴⁴⁸ Nach Amelung eignet sich der Einsatz von Leitlinien bei einer hohen Anzahl homogener Behandlungsfälle, die große Unterschiede innerhalb der Kosten und Qualität aufweisen, von einer hohen Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringer und Patient geprägt sind sowie über keine pauschalisierte Vergütung verfügen.⁴⁴⁹ Insbesondere der Abbau der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient lässt sich als ein positiver Effekt der Leitlinien herausgreifen. Mit Hilfe eines festgelegten Behandlungsablaufs erhält der Patient einen Einblick in die Therapie. Diese Möglichkeit der Information erhöht die Patientenautonomie und trägt dazu bei die Informationsasymmetrie abzubauen. Sobald Leitlinien der Begrifflichkeit nach das Vorgehen des Arztes anleiten und nicht vorgeben, geht Lauterbach davon aus, dass das gegenseitige Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient sogar gestärkt werden kann.⁴⁵⁰ Je strikter die Leitlinien vorgegeben sind, umso eher ergeben sich nachteilige Wirkungen, wie die Einschränkung der Therapiefreiheit. Damit einher geht die Ausprägung der sog. ‚Kochbuch‘-Medizin, nach der individuelle Veränderungen ausgeschlossen werden. Das Instrument der Leitlinien wird innerhalb zahlreicher Formen angewandt. Das Utilization Management und Review, das Case sowie das Disease Management basieren zu einem großen Teil auf Leitlinien. Aus dieser umfangreichen Nutzung resultiert eine hohe Anzahl von variierenden Standards, die einer Rationalität nicht entsprechen können.⁴⁵¹ Mit Hilfe der evidenzbasierten Medizin kann eine rationale Auswahl von Standards erfolgen. Nach Sackett et al. umfasst die Evidenzbasierte Medizin (EbM) den gewissenhaften Gebrauch der momentan besten wissenschaftlichen, externen Evidenz innerhalb versorgungsbezogener individueller

⁴⁴⁷ Vgl. AWMF (2009), http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/ll_s1-s3.htm. Vgl. Kopp, I. B./ Selbmann, H.-K./ Koller, M. (2007), S. 89-94.

⁴⁴⁸ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 151-153.

⁴⁴⁹ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 186-195.

⁴⁵⁰ Vgl. Lauterbach, K. W. (1997), S. 321f.

⁴⁵¹ Aufgrund der Vielzahl von Leitlinien besteht eine Clearingstelle von der Bundesärztekammer und der KBV mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 248f. Auch das Deutsche Cochrane Zentrum (DCZ) erstellt als Netzwerk bestehend aus Wissenschaftlern und Ärzten systematische Übersichtsarbeiten zu Therapien und richtet sich hierzu an der evidenzbasierten Medizin aus. Vgl. DCZ (2009a), <http://www.cochrane.de/de/index.html>, Vgl. DCZ (2009b), <http://www.cochrane.de/de/ebhc.html>

Entscheidungen bei Patienten. Aufgrund der Integration der beweisgestützten Medizin in bestehende medizinische Erfahrungen des Arztes und unter Berücksichtigung der spezifischen Patientenbedürfnisse, gehen Sackett et al. davon aus, dass es sich nicht um eine ‚Kochbuch‘-Medizin handelt.⁴⁵² Aufgrund der Symbiose von individueller klinischer Expertise und externen Evidenz bezeichnen Cortekar und Hugenroth die Evidenzbasierte Medizin als ein modernes Instrument zur Verbesserung der Qualität.⁴⁵³ Als dritte und höchste Standardisierungsart der AWMF basieren evidenzbasierte Leitlinien auf einer systematischen und unabhängigen Konsensbildung. Mit Hilfe der Kombination beider Instrumente wird der vollständige Behandlungsprozess um die gegenwärtig beste Evidenz ergänzt. Ein nachteiliges Kriterium stellt die vorwiegende Ausrichtung auf die Qualität dar. Kostenaspekte werden nur unzureichend berücksichtigt. Dagegen verfügen Klinische Behandlungspfade, die auf evidenzbasierten Leitlinien basieren, sowohl über eine Berücksichtigung der Qualität, als auch der Wirtschaftlichkeit. Nach der Definition von Hellmann handelt es sich beim Klinischen Pfad, der auch als Clinical Pathway oder geplanter Behandlungsablauf bezeichnet werden kann, um ein schnittstellenübergreifendes Netzwerk, welches sich am Patienten ausrichtet.⁴⁵⁴

Evaluation ist ein wesentliches Instrument im Gesundheitswesen. Bislang stand die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung und insbesondere der integrierten Versorgung auf eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Fokus der Betrachtung. Es bedarf jedoch auch der Beurteilung und Überprüfung, inwiefern die angestrebten Ziele der neuen Versorgungsformen erreicht werden. Die Evaluation ermöglicht eine Bewertung über den gesamten Versorgungsprozess hinweg, wobei neben qualitativen und ökonomischen Effekten auch die Wirkungen auf die Patienten erfasst werden. Unter dem Überbegriff der Evaluation werden nach Amelung ökonomische Evaluationsverfahren, die Evidenzbasierte Medizin, das Health Technology Assessment (HTA) sowie die Outcome-Forschung zusammengefasst.⁴⁵⁵ Je nach Problembetrachtung und theoretischer Grundlagen ermöglichen die einzelnen Verfahren spezifische Beurteilungsmöglichkeiten. Die bereits erläuterte Evidenzbasierte Medizin bezieht sich auf die Auswahl und Beurteilung medizinisch relevanter Daten. Das Health Technology Assessment ergänzt die Auswahl an Versorgungsmöglichkeiten um ethische, rechtliche und soziale Faktoren. Dieses Verfahren wird angewandt, sobald eine Auswahl sowie der Einsatzzeitpunkt von Gesundheitstechnologien zur Entscheidung stehen.

⁴⁵² Vgl. Sackett, D./ Rosenberg, W. C./ Gray, J./ Richardson, W. S. (1996), S. 71f.

⁴⁵³ Vgl. Cortekar, J./ Hugenroth, S. (2006), S. 84-87 und 97-99.

⁴⁵⁴ Vgl. Hellmann, W. (2002), S. 12.

⁴⁵⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 253-273. Vgl. Cortekar, J./ Hugenroth, S. (2006), S. 90-107.

Damit bezieht sich das HTA auf den Leistungskatalog und Positivlisten, die in der vorliegenden Ausführung jedoch nicht weiter thematisiert werden sollen. Die Outcome-Forschung basiert auf dem Qualitätsansatz nach Donabedian und unterteilt die Wirksamkeitsbewertung in eine prozessuale Unterscheidung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisorientierung. Diese Bewertungsmethode verfügt über die Vorteile auf den Patienten ausgerichtet zu sein sowie das gesamte Versorgungskontinuum schnittstellenübergreifend zu integrieren und ermöglicht damit eine ebenenübergreifende Betrachtung. Aufgrund der von Donabedian bestehenden These der Verknüpfung von Prozessen und Qualität, die auf ein Ergebnis abzielen, besteht für die vorliegende Arbeit ein besonderer Stellenwert.⁴⁵⁶ Jedoch muss kritisch angemerkt werden, dass aufgrund der Mehrdimensionalität die Messung und Zurechenbarkeit von Ergebnissen eingeschränkt ist. Die ökonomischen Evaluationsverfahren beziehen sich auf die Nutzenmaximierung bzw. Kostenreduzierung. Die zahlreichen Varianten dieser ökonomisch ausgerichteten Verfahren verbindet eine einheitliche Kostenerfassung. Sie unterscheiden sich in der Erfassung bzw. Messung des Outcomes. Mit Hilfe einer Kombination aus ökonomischen Evaluationsverfahren und der Outcome-Forschung kann die schnittstellenübergreifende und am Patienten ausgerichtete Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität um ökonomische Messverfahren erweitert werden. Die Vorteile der Kosten-/ Nutzenbetrachtung können um das Potential einer ebenenumfassenden vollständigen Behandlungsbewertung angereichert werden. In ähnlicher Weise argumentieren Focke et al., indem sie die vorteilhafte Integration von Evaluation und Controlling benennen.⁴⁵⁷ Durch die Erweiterung des Controllings als eine betriebswirtschaftliche Größe ergeben sich etliche Überschneidungen insbesondere mit den ökonomischen Evaluationsverfahren aufgrund der gemeinsamen Zielbestrebungen der Nutzenmaximierung bzw. Kostenminimierung. Zugleich verfügt das Controlling über die Erweiterung um die Planungsfunktion. Focke et al. ordnen diese unternehmensbezogene Steuerung dem Netzwerkmanager zu. Dabei ermöglicht das Controlling durch den kontinuierlichen Soll-Ist Abgleich kombiniert mit der Evaluation die Implementation eines lernenden Netzwerkes. Aber nicht nur unternehmensspezifische Vorteile können durch die Evaluationsverfahren generiert werden. Rübiger et al. betonen das gesundheitspolitische Potential dieser Verfahren. Sobald die Ausgestaltungsformen der integrierten Versorgung transparent ausgestaltet sind, können Verbesserungen der Gesundheitsversorgung erfolgen.⁴⁵⁸ Evaluation ermöglicht bzw. erhöht Transparenz und trägt auch dazu bei Vertrauen im Gesundheitswesen und

⁴⁵⁶ Vgl. Kapitel 2.3, S. 45f.

⁴⁵⁷ Vgl. Focke, A./ Höppner, K./ Schillo, S./ Hessel, F./ Schulz, S./ Wasem, J. (2005), S. 132-143.

⁴⁵⁸ Vgl. Rübiger, J. et al. (2002), S. 116-130.

insbesondere in der integrierten Versorgung zu fördern. Bislang sind die Evaluationsverfahren im deutschen Gesundheitswesen nur unzureichend ausgebildet.

Die Evaluation ist Teil des Qualitätsmanagements. Auf das Gesundheitswesen bezogen können die Phasen der Qualitätsplanung, -kontrolle, -sicherung sowie -verbesserung mit der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian verglichen werden. Mit Hilfe der Evaluationsverfahren als Bewertungs- bzw. Überprüfungsmöglichkeit lassen sich die Erkenntnisse in den Kreislauf einfügen. Damit wird ein Prozess initiiert, der eine stetige Qualitätsverbesserung auf der Basis der Evaluation anstrebt. Ein erfolgreiches Qualitätsmanagement bedarf nach Amelung aufgrund der Multidimensionalität und der zahlreichen teilweise differierenden Interessen einer Zielformulierung, eines Schnittstellenmanagements sowie einer geeigneten Datengrundlage mit entsprechenden Standards.⁴⁵⁹ Zugleich muss das Qualitätsmanagement ökonomische Voraussetzungen erfüllen, um den Ansprüchen einer optimierten Gesundheitsversorgung zu entsprechen. Des Weiteren integriert dieses Instrument der Qualitätsverbesserung zum einen die Patienten- bzw. Versichertenperspektive und zum anderen als ein betriebswirtschaftlich ausgerichtetes Verfahren auch die Mitarbeiter der Organisationen. Mit einer entsprechenden Ausgestaltung von Anreizmechanismen und Organisationsformen kann das Qualitätsmanagement einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Leistungsanbietern oder Kostenträgern sichern. Es existiert eine Vielzahl von Instrumenten, auf die innerhalb des qualitätsverbessernden Ansatzes zurückgegriffen werden kann. Beispielhaft zählen Qualitätszirkel, Audits und cost of quality analysis zu den bekannteren Maßnahmen. Beispiele für vergleichende Qualitätsbeurteilungen stellen das peer review, Outcome-Assessment oder das Benchmarking dar.

Dieser Auszug an möglichen Instrumenten der integrierten Versorgung, die wiederum in eine Bandbreite von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit unterteilt werden können, gibt einen Überblick über die vielseitigen Steuerungsvarianten. Es lässt sich konstatieren, dass die Besonderheit des Gesundheitswesens bzw. des Gutes Gesundheit die Anwendung der einzelnen Verfahren einschränkt. Zugleich ergeben sich jedoch Potentiale die angestrebten Ziele zu realisieren.

⁴⁵⁹ Amelung, V. E. (2007a), S. 236-250.

5.2.2.3 Entwicklungsprozess der integrierten Versorgung im Gesundheitswesen

Die integrierte Versorgung durchlief einen Entwicklungsprozess im deutschen Gesundheitswesen, der im Jahr 2000 begann. Die vom Gesetzgeber initiierten Möglichkeiten der vernetzten Versorgung als Alternative zur Regelversorgung beeinflussten die Stakeholder im Gesundheitswesen zu unterschiedlichen Teilen. Zugleich unterlag die integrierte Versorgung als ein größtenteils aus den USA ‚importiertes‘ System den Einflüssen und Gegebenheiten der deutschen Gesundheitsversorgung mitsamt den zahlreichen Akteure und Interessen. Bis heute ergibt sich daraus ein Versorgungssystem, das einerseits Interaktionen fördert und beeinflusst sowie andererseits von diesen Netzwerken beeinflusst wird. Um die Wirkungen, insbesondere die Einflussnahme auf die Steuerungsthematik, der integrierten Versorgung vollständig erfassen zu können, soll im Folgenden der Entwicklungsprozess der integrierten Versorgung skizziert werden.

Seit dem Jahr 2000 ist die integrierte Versorgung durch den Eingang in den Gesetzestext Teil des deutschen Gesundheitswesens. Einen Bedeutungszuwachs erhielt diese Organisationsform durch das GKV Modernisierungsgesetzes (GMG), welches am 01.01.2004 in Kraft trat. Mit den neuesten Reformen wurde der integrierten Versorgung eine gleichsam allumfassende finanzielle Unterstützung, wie sie bis ins Jahr 2008 durch die Anschubfinanzierung gewährleistet wurde, entzogen. Der in den Grundzügen grob beschriebenen Entwicklung der integrierten Versorgung gingen einige Initiativen der Vernetzung voraus. Die seit 1955 mit dem Kassenarztgesetz bestehende Sektoralisierung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor führte zu einem diskontinuierlichen Behandlungsverlauf. In diesem Jahr wurde ein Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte auf alle ambulanten Leistungen eingesetzt, das zu erheblichen Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen führte. Hieraus resultierten ineffektive Versorgungsleistungen, die zudem mit qualitativen Einbußen verbunden waren. Seit dem setzte der Gesetzgeber zunehmend daran, diese Trennung zwischen stationärem und ambulanten Sektor zu überwinden und damit sowohl eine qualitative, als auch eine ökonomische Verbesserung herbeizuführen. Bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG), das 1989 in Kraft trat, scheiterten die Versuche des Gesetzgebers zur Überwindung der Sektoralisierung, bis auf wenige Ausnahmen, nahezu vollständig. Schmid führt dies vor allem auf die Boykottierung von Gesetzen zur Aufhebung der Schnittstellenproblematik durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zurück. Sie sprachen

sich vehement gegen eine vom Krankenhaus ausgehende Versorgungssteuerung aus.⁴⁶⁰ Mit dem GRG 1989 wurde das Belegarztwesen etabliert, das Vertragsärzten eine teilstationäre Leistungserbringung in Praxiskliniken ermöglichte. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 setzte zur Überwindung der Sektoren das ambulante Operieren sowie die vor- und nachstationäre Behandlung ein. Zugleich konnten die Leistungserbringer und Kostenträger mit dem GRG 1989 an sog. Erprobungsregelungen zur Überwindung der Sektoralisierung partizipieren, die darauf abzielten effiziente Versorgungsformen zu generieren. Nach Haubrock, Hagmann und Nerlinger bestand durch die Vorgabe, nicht vom geltenden Versicherungs- und Leistungsrecht abzuweichen, eine erhebliche Einschränkung der Erprobungsmöglichkeiten.⁴⁶¹ Auch die Reformen des GSG 1993 erweiterten den Spielraum zur Etablierung innovativer Versorgungsalternativen nicht. Die bis dahin vom Gesetzgeber eingesetzten Verfahren zur Förderung eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufs umfassten einen nur geringen Anteil an der Gesundheitsversorgung. Stattdessen etablierten sich die Strukturen von 1955 und führten zu einem bis heute tief verankerten sektorenbezogenen und damit unvollständigen Denken. Insgesamt lassen sich die Initiativen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik in diesem Zeitraum als unzureichend bezeichnen.

Erst mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) von 1997 wurden die Möglichkeiten zur Erprobung neuer Versorgungsleistungen erweitert. Mit den Modellvorhaben und den Strukturverträgen zielte der Gesetzgeber darauf ab eine Integration von Akteuren und Leistungen im Gesundheitswesen voran zu treiben und damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern. Eine Verpflichtung zum Einsatz dieser Verfahren blieb jedoch aus. Stattdessen obliegt es der gemeinsamen Selbstverwaltung entsprechende Mechanismen zu entwickeln. Die Modellvorhaben sind darauf ausgerichtet Verfahrens-, Finanzierungs-, Organisations- und Vergütungsformen weiter zu entwickeln. Dabei kann es sich sowohl um die Erprobung neuer Verfahren und Leistungen, als auch um die Optimierung bestehender Mechanismen handeln, die auf höchstens acht Jahre Laufzeit begrenzt sind und wissenschaftlich begleitet werden müssen. Bislang bestand für die Modellvorhaben und auch für die Strukturverträge der Grundsatz der Beitragsstabilität. Mit dem GKV-WSG und dem darin enthaltenen Gesundheitsfonds, mit dem seit Beginn des Jahres 2009 die Beitragssatzfestlegung durch die Bundesregierung erfolgt, entfällt die Forderung nach stabilen Beitragssätzen. Die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen durch finanzielle Anreize in

⁴⁶⁰ Vgl. Schmid, H. (2004), S. 2.

⁴⁶¹ Vgl. Haubrock, M./ Hagmann, H./ Nerlinger, T. (2000), S. 99f.

Form von Bonusregelungen bleiben jedoch bestehen. Eine Erweiterung der Modellvorhaben fand mit den Reformen im Jahr 2000 statt. Hierbei wurde die bis dahin notwendige Vertragspartnerschaft mit den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben. Stattdessen können die Krankenkassen seither mit Gruppen oder einzelnen Vertragsärzten direkte Verträge schließen. Zusätzlich unterlagen die Modellvorhaben mit dem GMG 2004 weiteren Ergänzungen. Hierzu zählt die Erweiterung der Bonusregelungen um Präventionsmaßnahmen. Zudem wird innerhalb der Modellvorhaben eine verbesserte elektronische Kommunikation angestrebt und das Projekt der Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitskarte festgeschrieben.⁴⁶²

Die Strukturverträge zielen zwar ebenfalls auf eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ab, sind im Vergleich zu den Modellvorhaben aufgrund der Einbettung in das bestehende Vertragsarztsystem weniger aufwendig konzipiert. Die Verträge werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen vereinbart. Den teilnehmenden Hausärzten oder einem Verbund von haus- und fachärztlichen Vertragsärzten werden in den Strukturverträgen die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen übertragen. Zudem kann ein kombiniertes Budget vereinbart werden, in dem die Budgetverantwortung den teilnehmenden Ärzten auch für veranlasste Ausgaben angrenzender Bereiche zugeteilt wird. Die ärztlichen Honorare können von den bestehenden Vergütungsformen abweichen. Strukturverträge ermöglichen die Entstehung und Etablierung von Hausarztmodellen und Praxisnetzen, die im Gegensatz zu den Modellvorhaben nicht wissenschaftlich evaluiert werden müssen und keiner zeitlichen Befristung unterliegen. Eine Teilnahme von Ärzten und Versicherten ist, wie bei den Modellvorhaben, freiwillig.⁴⁶³ Obwohl die Strukturverträge im Vergleich zu den Modellprojekten einfacher aufgebaut, zeitlich nicht befristet sind und keiner zwingenden Evaluierung bedürfen, werden sie für die Implementierung neuer Versorgungsformen von den Krankenkassen als weniger geeignet eingestuft. Korenke führt dies u.a. auf die Vertragspartnerschaft mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zurück, welche auch Gegenstand der Regelversorgung ist.⁴⁶⁴ Die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen den innovativen Verfahren aufgrund der Abweichung von geltenden Vergütungsformen weniger aufgeschlossen gegenüber. Zudem führt die Übernahme von Budgetverantwortung durch die Ärzte und der mit den Praxisnetzen und Hausarztmodellen einhergehenden verstärkten

⁴⁶² Vgl. §§ 63-68 SGB V.

⁴⁶³ Vgl. § 73a, SGB V.

⁴⁶⁴ Vgl. Korenke, T. (2001), S. 268-274.

Unabhängigkeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer möglichen Gefährdung der Machtposition der Interessenvertretung der Ärzte. Des Weiteren betont Korenke, dass die durch das 2. GKV-NOG 1997 eingesetzten Verfahren auf eine verbesserte Integration der Sektoren abzielten. Insbesondere die Strukturverträge finden jedoch lediglich innerhalb des ambulanten Sektors Anwendung. Eine Überwindung der Schnittstellenproblematik und der geforderten Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit können daher nur unzureichend erzielt werden. Zieht man des Weiteren die von Knieps identifizierten, aus Kassensicht nachteiligen Maßnahmen, wie die festgeschriebenen Rahmenbedingungen, die Projektbefristung sowie die Pflicht zur Evaluation bei den Modellvorhaben heran, erklärt sich die nur sehr verhaltene Inanspruchnahme der Vernetzungsinitiativen vor der integrierten Versorgung.⁴⁶⁵

Mit der integrierten Versorgung, die ihren Eingang in den Gesetzestext mit den Reformen des GMG aus dem Jahr 2000 erhielt, sollten die bestehenden Mängel der Sektoralisierung durch eine Förderung von qualitäts- und wettbewerbsbezogenen Maßnahmen sowie einer Erweiterung des Gestaltungsspielraums einiger Stakeholder beseitigt werden. Hierzu wurden die Paragraphen 140 a-h im SGB V eingeführt und die Vorschriften der Modellvorhaben in Teilen überarbeitet. Korenke bezeichnet die erweiterten Möglichkeiten der Integrationsversorgung als „bahnbrechende Liberalisierung“. Als neue Versorgungsform, die gemeinsam mit den Modellvorhaben und Strukturverträgen neben der Regelversorgung Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbieter umfasst, ergänzt die Integrationsversorgung die Alternativversorgung erheblich. In den Rahmenvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen wird die Vertragsgrundlage der integrierten Versorgung festgelegt. Im Fall einer Integration von stationären Leistungen wird die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit einbezogen. Für die Leistungserbringer und die Versicherten ist die Teilnahme an dieser Versorgungsform freiwillig. Als Teilnahmeanreiz für die Versicherten können Bonuszahlungen gewährt werden. Die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, wobei Apotheken und Heilpraktiker vom Gesetz her ausgeschlossen werden, können je nach vertraglicher Ausgestaltung eine teilweise oder vollständige Budgetverantwortung übernehmen. Die Finanzierung der innerhalb der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt auf Basis einer Budgetbereinigung. Daraus geht hervor, dass die Vergütung der behandelten Patienten aus der Gesamtvergütung

⁴⁶⁵ Vgl. Knieps, F. (2002), S. 272-276.

herausgelöst wird. Trotz einer anfänglich hohen Anzahl von Initiativen auf der Basis der integrierten Versorgung, der Modellvorhaben und Strukturverträge insbesondere im ambulanten Sektor wurden die neuen Versorgungsformen nur unzureichend umgesetzt.⁴⁶⁶ Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen führt die Fehlentwicklungen im Jahresgutachten 2003 u.a. auf die mangelhaften gesetzlichen Rahmenbedingungen zurück. Boniakowsky ergänzt die Kritik um die Management- und Planungsprobleme der jeweiligen Netzbetreiber.⁴⁶⁷ Diese Problematik leitet sich einerseits aus der sektoralen Finanzierung ab, die zudem um die Anteile der integrierten Versorgung bereinigt werden muss. Andererseits wurden die Initiativen zur Vernetzung durch eine Reduktion des bestehenden Budgets durch die Integrationsversorgung erheblich beschränkt. Anreize zur verstärkten Implementierung der integrierten Versorgung wurden somit nicht eingesetzt. Zusätzlich verfehlt die integrierte Versorgung aus dem Jahr 2000 die eigentliche Ausrichtung auf eine schnittstellenübergreifende Versorgung, indem sowohl eine sektorenbezogene Finanzierung, als auch die unvollständige Teilnahme der Leistungserbringer einen nicht kontinuierlichen Behandlungsverlauf initiieren. Auch der nicht verpflichtende Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigungen, die nicht notwendige Evaluierung sowie eine fehlende zeitliche Befristung können die bestehenden Mängel der integrierten Versorgung auf dieser Entwicklungsstufe nicht beheben.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das am 01.01.2004 in Kraft trat, sollen die bestehenden Schwierigkeiten der integrierten Versorgung reduziert bzw. abgebaut werden, um die Ziele der Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit voran zu treiben. Hierzu wurde u.a. die finanzielle Anreizsetzung in Form der sog. Anschubfinanzierung implementiert. Mit Hilfe der Einbehaltung von einem Prozent der stationären und ambulanten Vergütung werden den Krankenkassen finanzielle Mittel für den Einsatz der integrierten Versorgung zur Verfügung gestellt. Eine Budgetbereinigung findet nur im Fall der Überschreitung der einbehaltenen Ressourcen der Anschubfinanzierung statt. Dies entspräche einem jährlichen Ausgabenvolumen von mehr als 660 Millionen Euro. Um die Verwendung des Budgets kontrollieren zu können und zudem transparente Abläufe zu gewährleisten, wurde mit dem GMG 2004 eine Registrierungsstelle „zur Unterstützung der Umsetzung“ der integrierten Versorgung bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) eingesetzt. Zusätzlich wird die integrierte Versorgung vom Grundsatz der Beitragsstabilität

⁴⁶⁶ Vgl. §§ 140a-h, SGB V bis 2003.

⁴⁶⁷ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Ziffer 160. Vgl. Boniakowsky, D. (2005), S. 18.

ausgenommen. Mit diesen Änderungen wird die eingeschränkte finanzielle Planbarkeit von Projekten der integrierten Versorgung erheblich reduziert und gleichzeitig finanzielle Anreize zum Einsatz solcher Netzwerke gefördert. Durch die Erweiterung der Leistungserbringer, die an den neuen Versorgungsformen partizipieren können, findet eine Förderung eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufes statt. Dementsprechend können mit dem GMG auch einzelne Ärzte sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als neue Form der integrierten Versorgung Vertragspartner der Krankenkassen darstellen. Insbesondere die MVZ als „fachübergreifende ärztliche Einrichtung“ können durch die Kooperation mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern eine Reduktion der Schnittstellen fördern.⁴⁶⁸ Eine weitere Neuerung innerhalb der integrierten Versorgung stellen die Managementgesellschaften dar, die als Vertragspartner der Krankenkassen berechnete Leistungserbringer vertreten ohne selbst dieser Gruppe angehören zu müssen. Des Weiteren entfallen mit dem GMG 2004 die vormals kritisierten Rahmenvereinbarungen zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Damit wird der Einfluss der kollektivvertraglichen Mechanismen zugunsten direkter Verträge zwischen den Krankenversicherungen und Leistungsanbietern auf der Mikroebene unterbunden. Zusätzlich stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen keine potentiellen Vertragspartner innerhalb der integrierten Versorgung mehr dar.⁴⁶⁹ Rosenbrock und Gerlinger stellen fest, dass trotz der mit dem GMG einhergehenden Entflechtung der integrierten Versorgung von der Regelversorgung Berührungspunkte bestehen. Dementsprechend werden trotz der Anschubfinanzierung vertragsärztliche Leistungen der Integrationsversorgung in der Gesamtvergütung bereinigt. Daraus ergibt sich eine nach wie vor bestehende Einflussmöglichkeit der KVen, die jedoch erheblich an Bedeutung verloren hat.⁴⁷⁰ Aus diesen verbesserten Möglichkeiten Verträge der integrierten Versorgung zu schließen, resultierte ein starker Anstieg dieser neuen überarbeiteten Versorgungsmöglichkeiten. Die gemeinsame Registrierungsstelle der BQS meldete zum Stichtag des 31.03.2005 613 Verträge zur integrierten Versorgung. Zum Jahresende 2008 konnte die BQS 6.183 Vertragsabschlüsse verzeichnen.⁴⁷¹ Bereits die 613 abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung aus dem Jahr 2005 zeugen von einem einsetzenden Boom der neuen Versorgungsmöglichkeiten. Daraus lässt sich ableiten, dass die flexibleren Gestaltungsmöglichkeiten der durch das GMG 2004 vollzogenen Überarbeitung der integrierten Versorgung von den Akteuren auf der Sachleistungsebene angenommen worden

⁴⁶⁸ Vgl. 95 SGB V.

⁴⁶⁹ Vgl. §§ 140a-h SGB V bis 2006.

⁴⁷⁰ Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006), S. 262f.

⁴⁷¹ Vgl. BQS (2005), S.1. Vgl. BQS (2009a), S. 1.

sind. Die gestiegene Flexibilität innerhalb der Alternativversorgung ergibt sich auch durch die Erweiterung des Begriffsverständnisses der integrierten Versorgung. Der Gesetzgeber ermöglicht den Krankenkassen laut Paragraf 140a, Absatz 1, SGB V neben der bisherigen Leistungssektoren übergreifenden, auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Somit werden die vertikalen Vernetzungsmöglichkeiten mit dem GMG um horizontale Zusammenschlüsse erweitert. Trotz dieser durchaus positiven Entwicklung der integrierten Versorgung bestehen auch kritische Einwände. Ein wesentlicher Kritikpunkt stellt die Ausgestaltung der Anschubfinanzierung dar, die zwar als Anreizmechanismus zahlreiche Verträge erst ermöglichte und für die Netzbetreiber eine finanzielle Planungssicherheit generierte, jedoch zunächst nur auf drei Jahre befristet war. Aus Sicht der Budgetnehmer ergibt sich durch eine Verlängerung der Anschubfinanzierung eine erhöhte Sicherheit den mit den neuen Versorgungsmöglichkeiten entstehenden Risiken zu begegnen. Aus Sicht der Budgetgeber dagegen resultiert aus der Anschubfinanzierung lediglich eine zusätzliche Ausgabenlast. Trotz der finanziellen Unstützung ergeben sich keine bzw. nur geringe Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten. Zusätzlich lässt sich kritisch hinterfragen, ob die Anschubfinanzierung als Kostentreiber nicht den Grundsätzen der anzustrebenden Zielaspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit entgegen steht. In diesem kritischen Zusammenhang fordert Knieps neben einer fundierteren Finanzierungsgrundlage der integrierten Versorgung sowohl eine verbesserte Evaluierung der Ergebnisse im Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, als auch die Ausrichtung auf populationsbezogene Ansätze. Knieps kritisiert insbesondere die zahlreichen kleinen Verträge der integrierten Versorgung, der Modellvorhaben und der Strukturverträge.⁴⁷² Es lässt sich bezweifeln, dass die kleinteiligen Verträge Vorteile, wie z.B. aufgrund von Substitutionseffekten, generieren können, die sich positiv auf die gesamte Versorgungssituation auswirken. Insgesamt lässt sich konstatieren, dass sich auf der Basis der Reformen des GMG ein erhebliches Entwicklungspotential ergibt, dass sich jedoch den zukünftigen Herausforderungen stellen muss.

Nachdem mit dem GMG 2004 etliche rechtliche Einschränkungen aufgehoben sowie finanzielle Anreize zur Förderung der integrierten Versorgung gesetzt worden sind, entwickeln sowohl das GKV- Wettbewerbsänderungsgesetz (GKV-WSG) seit April 2007, als auch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) seit Januar 2007 die neuen Versorgungsmöglichkeiten weiter. Zu den Änderungen gehört zum einen die Verlängerung der Anschubfinanzierung bis zum Ende des Jahres 2008. Trotz dieser Festlegung besteht ein

⁴⁷² Vgl. Knieps, F. (2006), S. 28-33.

diesbezüglicher Diskurs. Vertreter der Kassen fordern eine weitere Verlängerung der Anschubfinanzierung. Auch Wasem bezweifelt, dass innovative Projekte ohne diese Förderung frühzeitig kosteneffektive Leistungen anbieten können. Knieps dagegen weist die Finanzierungsverantwortung den Vertragspartnern zu.⁴⁷³ Durch den Wegfall der Förderung wird die politisch festgelegte Anschubfinanzierung aus der übergeordneten Verantwortung des Gesetzgebers herausgelöst und den verantwortlichen Netzbetreibern zugeschrieben. Eine weitere Neuerung im Bereich der Finanzierung stellt die Streichung der Rückzahlungspflicht der nicht verbrauchten Mittel dar, welche die Krankenkassen für die integrierte Versorgung vom stationären und ambulanten Sektor erhielten. Bezüglich der Inanspruchnahme dieser auch rückwirkenden Reformierung sowie der gesamten Vorgaben zur Ausgestaltung von Verträgen der integrierten Versorgung lassen sich Unsicherheiten konstatieren. Diese Folgerung lässt sich aus dem Gerichtsurteil vom 6. Februar 2008 ziehen. Das Bundessozialgericht entschied letztinstanzlich, dass der Barmer Hausarzt-Apotheken-Vertrag, den die Ersatzkasse mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. Ende des Jahres 2004 schloss, keinen Vertrag der integrierten Versorgung darstellt. Damit musste die Barmer Ersatzkasse die einbehaltenen Mittel zurückerstatten.⁴⁷⁴ Hauser betont basierend auf diesem Urteil, dass die vom Gesetzgeber bezüglich der integrierten Versorgung eingesetzten flexiblen Ausgestaltungsmöglichkeiten erhebliche Unklarheiten über die korrekte Ausgestaltung der Verträge lieferten. Hauser benennt die Anrufung der Gerichte als oftmals einziges Mittel zur Klarstellung über Verträge der integrierten Versorgung vor den Reformen von 2007. Daher beurteilt sie aus Sicht der Krankenhäuser die Erweiterung der gesetzlichen Grundlage für die Registrierungsstellen der BQS mit dem GKV-WSG als positiv. Nach dem Paragraphen 140d, Absatz 5, SGB V sind die Krankenkassen dazu verpflichtet Informationen und Umfang der Integrationsverträge offen zu legen und damit den Erkenntnisgewinn und die Transparenz für alle Beteiligten zu erhöhen.⁴⁷⁵ Mit dem GKV-WSG erhalten nun auch die Krankenhäuser innerhalb der integrierten Versorgung eine unabhängigere Position. Der Paragraph 116b, Absatz 3, SGB V eröffnet den Kliniken die Möglichkeit der ambulanten Behandlung. Zwar existierte diese Regelung auch im Vorfeld der Reformen. Als Voraussetzung in der alten Ausgestaltung bestand jedoch der Vertragsabschluss mit den einzelnen Krankenkassen. Innerhalb der Neugestaltung genügt die Zulassung des Krankenhauses innerhalb des Krankenhausplans, um am Paragraphen 116b SGB V zu partizipieren. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung durch das GKV-

⁴⁷³ Vgl. Töpfer, Ä. (2008), S. 18f.

⁴⁷⁴ Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 06.02.2008, B 6 KA 27/07R.

⁴⁷⁵ Vgl. Hauser, A. (2008), S. 799-804. Vgl. BQS (2009b), S. 11-14.

WSG umfasst die Einbindung der Pflegeversicherung in die neuen Versorgungsformen. Damit soll der Anspruch eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufs verwirklicht werden. Preusker relativiert das Bestreben die Schnittstellenproblematik durch die Integration der Pflege zu beheben. Bislang blieb die Umsetzung der Möglichkeiten aus. Preusker begründet dies mit der fehlenden Finanzierung der zusätzlichen Leistungen im Rahmen von Verträgen der integrierten Versorgung. Die Pflegeversicherungen waren bis zum Wegfall der Anschubfinanzierung zum Jahresende 2008 von diesen Mitteln ausgenommen.⁴⁷⁶ Eine weitere wesentliche Veränderung, die mit den Reformen aus dem Jahr 2007 angestrebt wird, stellt die stärkere Fokussierung auf populationsbezogene, flächendeckende Verträge dar. Die von Knieps kritisierten kleinteiligen Abschlüsse zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer auf der Basis der Reformen von 2004 sollen nun zugunsten einer integrierten Versorgung, die große Teile der Bevölkerung abdeckt, reduziert werden. Als eine weitere Neuerung des GKV-WSGs lässt sich die Einführung der Wahltarife nennen.⁴⁷⁷ Zwar lässt sich das Instrumentarium der Wahltarife nicht ausschließlich der integrierten Versorgung zuordnen, es verfügt jedoch über eine Erweiterung des Handlungsspielraums innerhalb dieser Versorgungsalternative. Es handelt sich hierbei um Verhaltensanreize, welche die Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten einsetzen können, um die übergeordneten Ziele der ökonomischen und qualitativen Verbesserung zu erreichen.

Zusammenfassend zeigt sich ein Entwicklungsprozess der vernetzten Versorgung, der weit vor der integrierten Versorgung ansetzt. Eine deutliche Beschleunigung neuer Versorgungsmöglichkeiten beginnt mit der Einführung der integrierten Versorgung im Jahr 2000. Dieser Überblick wesentlicher Entwicklungsschritte verdeutlicht die Anstrengungen der Gesundheitspolitik den Akteuren Verfahren zu ermöglichen, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen voran zu treiben. Der Prozess ist geprägt von den jeweiligen Koordinations- und Steuerungsaktivitäten der entscheidenden Akteure die Vernetzungen zu ihren Gunsten zu entscheiden.

⁴⁷⁶ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 117-120.

⁴⁷⁷ Vgl. § 53 SGB V.

5.3 Steuerung durch vertragliche und finanzielle Ausgestaltungsmöglichkeiten der vernetzten Gesundheitsversorgung

5.3.1 Steuerungsmöglichkeiten auf Basis des Vertragsinhaltes der integrierten Versorgung

Im Folgenden werden die Gestaltungsoptionen der Akteure der integrierten Versorgung, die ihnen auf Basis der Vertragsgrundlage zur Verfügung stehen, erfasst. Daraus schließen sich die Folgerungen im Bezug auf die Steuerungsthematik an. Im darauf folgenden Kapitel werden zur Analyse die finanziellen Ausgestaltungsmöglichkeiten herangezogen.

Mit dem GKV-WSG wurde der Kreis der möglichen Vertragspartner der Krankenkassen innerhalb der integrierten Versorgung um die Pflegekassen und die sog. Praxiskliniken, als Einrichtungen, in denen mehrere Vertragsärzte die Versorgung der Patienten ambulant oder stationär nach Paragraph 115, Absatz 2, Satz 1, Nr. 1 SGB V übernehmen, erweitert. Mit dem vorangegangenen GMG 2004 und den Reformen von 2007 können so viele Vertragspartner wie noch nie an den neuen Versorgungsformen partizipieren. Insbesondere durch die Involvierung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den Managementgesellschaften erhielten bereits 2004 Akteure Zugang zur integrierten Versorgung, die nicht notwendigerweise Leistungserbringer sein müssen. Die eigentliche Leistungserbringung bedarf auch außerhalb der Regelversorgung der notwendigen Voraussetzung entsprechend ermächtigter Leistungserbringer. Des Weiteren sind die Leistungsansprüche „in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind.“ Gemeinsam mit der Verordnung, dass „die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen [...] entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen [...]“ müssen, ist der Leistungsanspruch für die teilnehmenden Versicherten festgesetzt. Somit wird zwar im Paragraphen 140b, Absatz 3, SGB V vorgeschrieben, dass innerhalb der integrierten Versorgung keine Leistungskürzungen vorgenommen und überdies keine Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs zwingend erbracht werden müssen. Darüber hinaus besteht jedoch eine hohe Gestaltungsfreiheit. Dies setzt sich auch in den nachfolgenden Bestimmungen fort. Dementsprechend sollen die Verträge eine Koordination zwischen den Akteuren der unterschiedlichen Versorgungsbereiche bzw. –sektoren berücksichtigen und zudem eine Dokumentation garantieren. Es lässt sich hierzu kritisch anmerken, dass sowohl der Umfang der vorzunehmenden Koordination, als auch die Zuschreibung der

Koordinationsverantwortung nur sehr vage formuliert worden sind. Auch die Forderung nach einer Dokumentation, die zwingend vorgeschrieben ist, wird nicht konkretisiert. Im Vergleich zu den Modellvorhaben, in denen eine wissenschaftliche Evaluierung notwendig ist, beinhaltet das Dokumentieren eine weniger fundierte und gesicherte Auswertung. Die Betonung der flexiblen Vertragsausgestaltung der integrierten Versorgung setzt sich auch im vierten Abschnitt des Paragraphen 140b SGB V fort. Im ersten Satz wird explizit die Abweichung von geltenden Vorschriften der Gesundheitsversorgung betont, sobald eine Optimierung der Qualitäts- und Wirtschaftsaspekte dies rechtfertigt. Des Weiteren beinhaltet dieser Abschnitt eine zusätzliche Aufhebung von üblichen Einschränkungen bezüglich der Leistungserbringung. Diese Ausnahmeregelung der integrierten Versorgung erweitert die Leistungserbringung in Abhängigkeit des Ermächtigungsstatus um Leistungen, „[...] wenn die Erbringung dieser Leistung vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.“ Davon nicht betroffen sind die ambulanten Behandlungen der Krankenhäuser nach Paragraph 116b SGB V, die davon unabhängig erbracht werden können. Die Möglichkeit von Dritten den Verträgen der integrierten Versorgung beizutreten, wird im fünften Abschnitt geregelt. Darin heißt es, dass die Teilnahme von Akteuren, die nicht den Vertragspartnern zurechenbar sind, nur unter Zustimmung der Beteiligten erfolgen kann. Die Einschränkung durch das notwendige Einverständnis der Vertragspartner Dritte in den Vertrag aufzunehmen, besteht erst seit den Reformen des GMG 2004. Davor konnten Dritte nach einer Laufzeit von zwei Jahren den bestehenden Verträgen ohne Zustimmung der bisherigen Vertragspartner beitreten. Schulenburg et al. begründen die Nichtakzeptanz der integrierten Versorgung vor dem Jahr 2004 vorwiegend mit dieser gesetzlichen Ausgestaltung.⁴⁷⁸ Aufgrund der damit verbundenen Trittbrettfahrer-Problematik, führte die Befürchtung der Krankenkassen, dass durch den ‚kostenlosen‘ Beitritt anderer Kassen nach zwei Jahren Nachteile aufgrund der Vorreiterfunktion bestehen, zu einem kaum vorhandenen Investitionsverhalten in die neuen Versorgungsformen.⁴⁷⁹

In Form des selektiven Kontrahierens wird den Kostenträgern die Möglichkeit eingeräumt mit den Leistungserbringern direkte Einzelverträge abzuschließen. Hieraus ergibt sich der Vorteil für die Krankenkassen als Leistungsfinanzierer die Verträge in Abhängigkeit der Versichertenstruktur und deren Bedürfnisse sowie nach festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten zu gestalten. Positive Effekte durch Rabatte, Prozessoptimierung,

⁴⁷⁸ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. et. al. (2005), S. 96f.

⁴⁷⁹ Vgl. § 140b SGB V.

Lerneffekte und direktere Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten stehen Nachteilen wie einem hohen Aufwand und eventuellen Kontrollmaßnahmen entgegen. Zusätzlich müssen die Ziele mit der Anzahl und den Interessen der Vertragspartner abgestimmt werden.

Als erste Ebene soll anhand der vorangegangenen Betrachtungen der integrierten Versorgung die möglichen Steuerungsabsichten der Makro-Ebene analysiert werden. Die integrierte Versorgung als Weiterentwicklung der vorgeschalteten Strukturverträge und Modellvorhaben soll aus Sicht des Gesetzgebers die übergeordneten Ziele der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitssektor verbessern. Hierzu wird eine Optimierung der Gesundheitsversorgung insbesondere auf der Basis eines kontinuierlichen Behandlungsablaufs angestrebt, um der seit 1955 bestehenden Sektoralisierung sowie den damit verbundenen erhöhten Ausgaben und Qualitätseinbußen aufgrund von z.B. Doppeluntersuchungen entgegen zu wirken. Dem Vertragsinhalt sowie der Definition der integrierten Versorgung lässt sich entnehmen, dass der Gesetzgeber hierzu eine sehr flexible Versorgungsform etabliert hat. Als Kernbestandteil ermöglichen die Paragraphen 140a-h SGB V erhöhte Vernetzungstätigkeiten, die einerseits dem besonderen multiplen heterogenen Charakter des Gesundheitswesens berücksichtigen und andererseits einen neuen innovativen Zweig abseits der Regelversorgung einnehmen. Die beabsichtigte Gestaltungsfreiheit der integrierten Versorgung, die um neue Vertragspartner und Vertragsausgestaltungen erweitert worden ist, integriert stärker auf den Wettbewerb ausgerichtete Versorgungsalternativen. Aufgrund dieser von der Makro-Ebene eingesetzten Flexibilität und Freiheit bezüglich der Nutzung durch die Akteure verfügt der Gesetzgeber über sehr eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten. Ein unmittelbarer Zugriff auf die Stakeholder, wie er in Form von Zwangsmaßnahmen generiert werden kann, bleibt somit aus. Bezogen auf die vertragliche Ausgestaltung der integrierten Versorgung lässt sich ein Steuerungsinstrument identifizieren. Mit der Betonung im dritten Abschnitt des Paragraphen 140b SGB V, in welchem eine Orientierung an dem „Versorgungsbedarf des Versicherten“ angestrebt werden soll, betont der Staat die zentrale Rolle des Patienten. Zugleich lässt die Verpflichtung zur Dokumentation Rückschlüsse auf die übergeordnete Steuerungsgruppe der Überzeugungsmaßnahmen zu. Zwar gehören die Wirkungen der Informations- und Aufklärungsbemühungen zu den schwächeren Einflussmöglichkeiten des Staates, jedoch ermöglichen sie den Abbau bzw. die Reduktion des Informationsgefälles durch eine Stärkung der Versichertenrolle. Aus den nur im geringen Maße zur Verfügung stehenden Einflussmöglichkeiten auf das Verhalten der Stakeholder ergibt sich eine Verschärfung der

Legitimationskrise als ein Steuerungsdefizit. Der Staat kann innerhalb der integrierten Versorgung gewünschte Verhaltensveränderungen nur unzureichend wahrnehmen. Stattdessen fördert die gesetzliche Grundlage der integrierten Versorgung wettbewerbsorientierte Aspekte. Innerhalb dieser alternativen Versorgungsform dominiert der Markt den Staat bzw. lässt der Staat eine stärkere Marktorientierung zu, um eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Umfassende Veränderungen im Vergleich zur Regelversorgung beinhaltet die integrierte Versorgung für die korporative Koordination auf der Meso-Ebene. Innerhalb der Regelversorgung verfügt diese Ebene über ein sehr umfangreiches Steuerungsvermögen, das insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), als Beispiel, sehr ausgeprägt ist. Die KVen gehören zwar nicht zu den Organen, die an der unmittelbaren Leistungserbringung beteiligt sind, verfügen jedoch aufgrund ihrer Sicherstellungs- und Gewährleistungspflichten der ambulanten Versorgung sowie in der Rolle als Vertragsärztervertretung über Aufgaben der Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen. Zugleich obliegt ihnen die Verwaltung und Verteilung der geleisteten Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte. Diese ausgebaute Machtposition in Form des Sicherstellungsmonopols der KVen in der Regelversorgung fußt auf dem Kassenarztrecht von 1955. Die KVen konnten seit dieser Zeit ihre Position innerhalb des deutschen Gesundheitswesens stetig ausbauen und verfügen aufgrund dessen über erhebliche Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten. Mit der Einführung der Managed Care Elemente sowie der integrierten Versorgung im Jahr 2000 lässt sich eine Verschiebung der Machtposition zugunsten der Krankenkassen innerhalb dieser Versorgungsalternativen konstatieren. Aufgrund dessen leitet sich u.a. ein vorwiegend hemmendes Verhalten der Vertretungen der Vertragsärzte gegenüber den neuen Versorgungsformen ab, welches sogar Ausprägungen eines Boykotts annahm und bis heute besteht. Kuhne benennt hierzu beispielhaft die Rahmenvereinbarungen am 10.01.2002, in denen die KVen den Ausbau ihrer Einflussnahme in den Integrationsverträgen durchzusetzen versuchten.⁴⁸⁰ Trotz der Bemühungen zur Mitwirkung in der integrierten Versorgung wurde mit den Reformen des GMG die Beteiligung der KVen vollständig aufgehoben. Zur Begründung im Gesetzesurteil heißt es hierzu, dass sich der Sicherstellungsauftrag und die dazu verwandten Mittel nicht „das Aushandeln, die Überwachung und die Durchführung der Verträge zur integrierten Versorgung“ rechtfertigen, da es sich lediglich um die Berücksichtigung einzelner

⁴⁸⁰ Vgl. Kuhne, H. (2001), S. 47.

Mitgliedsinteressen handele.⁴⁸¹ Mit der Streichung der Rahmenvereinbarungen ergibt sich eine zusätzliche Schwächung der Steuerungsmöglichkeiten durch die Akteure der Meso-Ebene. Die integrierte Versorgung ist seit 2004 vollständig aus dem kollektivvertraglichen System herausgelöst worden. Die mittelbare Einflussnahme, wie sie in der Regelversorgung durch diese Ebene wahrgenommen wird, ist durch die gesetzliche Grundlage der integrierten Versorgung kaum wahrnehmbar. Trotz des Boykotts der vernetzten Versorgungsmöglichkeiten durch die KVen sowie der Entziehung des Sicherstellungsauftrags in der Alternativversorgung versuchen sie an den Vernetzungen auf Basis der neuen Versorgungsformen zu partizipieren. Diese Folgerung ergibt sich aufgrund der Gründung von Beratungsgesellschaften. Mit Hilfe von Töchter-Unternehmen, den sog. KV-Consults, werden Dienstleistungen, wie z.B. die Vorbereitung von Integrationsverträgen, für Vertragsärzte gegen Vergütung angeboten.⁴⁸² Hiermit nutzen die KVen das Steuerungsinstrument, welches einen mittelbaren und unmittelbaren Zugriff auf die Stakeholder durch die Bereitstellung durch Leistungen, die nicht die Kernaufgaben betreffen, zulässt und damit über Umwege eine, im Vergleich zur Regelversorgung, stark abgeschwächte Steuerungsmöglichkeit ermöglicht. Bereits im Vorfeld der Untersuchung der integrierten Versorgung wurde festgestellt, dass diese Versorgungsform vorwiegend auf der Mikro-Ebene ansetzt. Aus diesem Grund lässt sich eine große Anzahl von Veränderungen bezüglich der Steuerungs- und Koordinationsmaßnahmen auf dieser Ebene beobachten. Dabei lässt sich aufgrund der zahlreichen Stakeholder auf der Individualebene keine eindeutige Richtung der Einflussmöglichkeiten identifizieren. Die Akteure auf den übergeordneten Ebenen verzeichnen einen vorwiegenden Steuerungsverlust innerhalb der integrierten Versorgung, aber auch auf der Mikro-Ebene sind einzelne Stakeholdergruppen von den neuen Vernetzungsformen im Vergleich zur Regelversorgung benachteiligt. Zu dieser Gruppe zählen beispielhaft die niedergelassenen Ärzte, die mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aber auch mit den Kliniken, die ambulante Leistungen in und an Krankenhäusern anbieten, im Wettbewerb um Patienten stehen. Diese mit der integrierten Versorgung geschaffene Konkurrenz aus Sicht der niedergelassenen Ärzte ist ein Resultat der neuen Versorgungsformen, die den Patienten mehrere Behandlungsalternativen ermöglichen. Die Gruppe der niedergelassenen Vertragsärzte, die sich nicht an Vernetzungen jeglicher Art, wie z. B. Ärztenetzen oder Praxisverbänden beteiligen, verzeichnen einen Steuerungsverlust aufgrund der gestiegenen Konkurrenz im ambulanten Sektor. Dagegen können Ärzte

⁴⁸¹ Vgl. Deutscher Bundestag (2003), S. 129.

⁴⁸² Vgl. KBV (2009a), <http://www.kbv.de/koop/8803.html>

durchaus positive Effekte durch die Vernetzungsmöglichkeiten erzielen. Eine wesentliche Gruppe, die von dem Potenzial der integrierten Versorgung profitiert, stellen im Besonderen Maße die Krankenkassen dar, die innerhalb der neuen Versorgungsform Einzelverträge mit den Leistungserbringern schließen können. Bis Ende der 1980iger Jahre agierten die Krankenkassen als ausschließliche Verwalter der Versicherungsbeiträge. Die Einführung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Jahr 1989, welcher den Kassen die Überprüfung unklarer ärztlicher Einzelfallentscheidung einräumt und die seit 1996 bestehende Kassenwahlfreiheit erweiterten erstmals das Aufgabenspektrum. Insbesondere die seit 1996 eröffneten Möglichkeiten, dass die Versicherten ihre Kasse frei wählen können, forderten die Krankenversicherungen wettbewerbsbezogene Mechanismen zu etablieren, um im Markt bestehen zu können. Auch die seit 1997 eingeführten Erprobungsmechanismen, wie die Strukturverträge und Modellvorhaben zielen darauf ab, die Krankenkassen zu innovativen Maßnahmen anzuregen. Doch weder die Strukturverträge, die weiterhin am Kollektivvertragssystem angegliedert sind, noch die Modellvorhaben wurden nach ihrer Etablierung entsprechend ein- und umgesetzt. Auch die Reformen und die Einführung der integrierten Versorgung im Jahr 2000 förderten aktive Initiativen zur Nutzung der Gestaltungsoptionen durch die Krankenkassen nur kaum. Knieps führt die fehlenden bzw. nur unzureichenden Aktivitäten der vernetzten Versorgung bis zum GMG von 2004 u.a. auch auf die Befürchtungen der Krankenkassen zurück, das Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen durch entsprechende Initiativen innerhalb der integrierten Versorgung zu gefährden.⁴⁸³ Diese Schlussfolgerung verdeutlicht die hohe Steuerungsmacht der KV innerhalb des Kollektivvertragssystems. Mit den Reformen seit dem Jahr 2004 wurden die vertraglichen Ausgestaltungsmöglichkeiten ausgebaut und bestehende Blockaden abgebaut. Hierzu zählt einerseits die Erweiterung der möglichen Vertragspartner, die ausgeweiteten Leistungsmöglichkeiten sowie bspw. die notwendige Zustimmung zum Beitritt in die bestehenden Verträge. Die Krankenkassen erhielten mit der vernetzten Versorgung einen Gestaltungsspielraum, der dazu beitrug, dass sich eine Veränderung nach Flintrop und Rieser von einem einstigen verwaltungszentrierten Selbstbild zu einem kundenorientierten Dienstleister vollzogen hat.⁴⁸⁴ Die Kassen orientieren sich mit den stärker wettbewerbsbezogenen Aufgaben auf eine aktivere Rolle im Gesundheitswesen, die auf mehr Einfluss und Steuerung abzielt. Mit dem Steuerungsinstrument der unmittelbaren Leistungserbringung mittels marktlicher Lösungen eröffnet die integrierte Versorgung durch

⁴⁸³ Vgl. Knieps, F. (2006), S. 29.

⁴⁸⁴ Vgl. Flintrop, J./ Rieser, S. (2006), S. 221-223.

das selektive Kontrahieren eine von der Meso-Ebene unabhängige Einflussnahme. Diese stärkere Marktorientierung der Krankenkassen unterliegt jedoch auch Einschränkungen, wie den gesetzgeberischen Vorgaben sowie den Kartellrechtsbestimmungen. Ein aktuelles Beispiel stellen die Fusionsbemühungen zwischen der Gmünder Ersatzkasse und der Barmer Versicherung dar. Mit dieser Fusion entstand die größte Krankenkasse im deutschen Gesundheitswesen mit rund 8,6 Millionen Versicherten im Jahr 2009. Aufgrund dessen bestand dieser Zusammenschluss unter Beobachtung durch das Bundeskartellamt.⁴⁸⁵ Insgesamt zeigt sich auf dem Krankenkassenmarkt ein erheblicher Anstieg an Zusammenschlüssen, die Leopold als „Fusionsrausch“ bezeichnet.⁴⁸⁶ Mit dem Wandel zu einer unternehmensähnlichen Organisation, die neben Managementaufgaben, Marketing und Mitarbeiterschulungen auch mit den marktlichen Bestimmungen konfrontiert wird, bleibt die Fokussierung auf die Gesundheitsversorgung des Versicherten und damit der Beitrag an der Leistungserstellung des besonderen Gutes Gesundheit bestehen. Die integrierte Versorgung fördert darüber hinaus das Steuerungsinstrument der Aufklärung und Information. Aufgrund der Veränderung des Selbstbildes der Krankenkassen als moderne Dienstleister, die sich am Versicherten ausrichten, können positive Effekte auf Kosten und Qualität generiert werden. Zwar verfügt das Instrument der Aufklärung und Information im Vergleich zur unmittelbaren Leistungserbringung über eine weniger ausgeprägte direkte Steuerungswirkung, trägt jedoch zu einer Ausweitung der Einflussnahme und Zielerreichung bei. Gemeinsam mit dem Instrument der Förderung zur Schaffung von Rahmenbedingungen für Nachfrageeffizienz setzt die verstärkte Patienten- bzw. Versichertenorientierung an einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverbesserung an. Kritisch lässt hierzu anmerken, dass die integrierte Versorgung einen kleinen Teil der gesamten Gesundheitsversorgung einnimmt und die Wirkungen auf die gesamte Versorgung relativiert werden müssen. Zugleich schließt der Entwicklungsprozess auch finanzielle Aspekte sowie Veränderungen auch aufseiten der Patienten mit ein, die in den nachfolgenden Kapiteln fokussiert werden sollen.

Insgesamt zeigt sich basierend auf den zeitlichen Entwicklungen der deutschen Gesundheitsversorgung, dass die vertraglichen Grundlagen der integrierten Versorgung Veränderungen unterlagen, die sich prozessual aus den einzelnen Steuerungspotentialen und Steuerungsbestrebungen ableiten lassen. Aus den einstigen Versuchen des Gesetzgebers wettbewerbsbezogene Initiativen außerhalb der regulären Versorgung zu ermöglichen, die

⁴⁸⁵ Vgl. Neumann, P. (2009a), <http://www.welt.de/wirtschaft/article4599297/Mega-Fusion-soll-groesste-Krankenkasse-schaffen.html>.

⁴⁸⁶ Vgl. Leopold, D. (2010), S. 27-29.

darauf abzielen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern, entwickelte sich mit der integrierten Versorgung ein eigenständiges Konstrukt neben der Regelversorgung. Trotzdem besteht die vernetzte Versorgung nicht isoliert, sondern agiert auch auf Basis der bestehenden und neuen Steuerungsmöglichkeiten im Austausch miteinander. Dementsprechend lässt sich konstatieren, dass die integrierte Versorgung in Form einer Katalysatorwirkung wettbewerbsbezogene Mechanismen und Instrumente in die deutsche Gesundheitsversorgung auf den Weg gebracht hat.

5.3.2 Formen der vernetzten Finanzierung und Vergütung

5.3.2.1 Anreizwirkung durch die Anschubfinanzierung

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) fand die Einführung des Paragraphen 140d, Absatz 1, SGB V statt, in welchem die Anschubfinanzierung geregelt ist. Für das Einzelvertragssystem der integrierten Versorgung stehen demnach Mittel in Höhe von bis zu einem Prozent der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem, sondern um eine Umverteilung von vorhandenen Ressourcen. Die Beträge behalten die Krankenkassen aus den Mitteln der Gesamtvergütung der KVen und der Krankenhäuser für alle voll- und teilstationären Leistungen ein. Dies entspricht einem jährlichen Budget von insgesamt ca. 680 Millionen Euro. Falls dieser Betrag der Anschubfinanzierung nicht ausreicht, folgt eine Bereinigung der Gesamtvergütung um den Vertrag sowie die Zahl und die Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten. Dabei müssen Morbiditätskriterien sowie Arznei- und Hilfsmittelausgaben beachtet werden. Sollten die von den Krankenkassen einbehaltenen Mittel nicht aufgebraucht werden, müssen sie am Ende des Förderungszeitraums an die KVen sowie den stationären Sektor zurück erstattet werden. Die bereits vorgestellte Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) fungiert als Registrierstelle zur Schaffung von Transparenz in der Integrationsversorgung. Die Ressourcen sind an die Verträge der integrierten Versorgung gebunden und unterliegen damit einer Zweckorientierung. Aufgrund der Bestimmung nach Paragraph 140d, Absatz 1, SGB V, dass die einbehaltenen Mittel in dem entsprechenden Bezirk der KV, aus dem sie bezogen worden sind, verwandt werden müssen, handelt es sich zudem um eine regionale Bindung. Die Anschubfinanzierung zielt dem Namen nach darauf ab, die vernetzten Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfe einer finanziellen Risikominimierung anzuregen. Mühlbacher und Ekert bezeichnen die Anschubfinanzierung als „subventionierte

Experimentierphase“.⁴⁸⁷ Die einstige Befristung der Anschubfinanzierung auf der Grundlage des GMG aus dem Jahr 2004 wurde mit dem VÄndG und dem GKV-WSG bis zum Jahresende 2008 verlängert und umfasst somit einen Zeitraum von insgesamt fünf Jahren. Mit Ablauf der Anschubfinanzierung sieht die Neuregelung des GKV-WSG ab dem 1. Januar 2009 eine Bereinigung des vereinbarten Versorgungsbedarfs um die genannten Kriterien vor. Seit den Reformen aus dem Jahr 2007 orientiert sich die Bereinigung zusätzlich am einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der ärztlichen Leistungen. Die Rückzahlung von nicht verwendeten Mitteln muss bis spätestens zum 31. März 2009 an den ambulanten und stationären Sektor erfolgen. Die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung bis zum Jahr 2008 wird des Weiteren auf Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben eingegrenzt sowie die Registrierstelle mit dem neuen fünften Abschnitt des Paragraphen 140d SGB V über erhöhte Einflussmöglichkeiten zur Informationsbereitstellung ausgestattet. Eine weitere Neuerung stellt die Darlegung der Mittel durch die Krankenkassen an die Mittelgeber dar.⁴⁸⁸ Die vom Gesetzgeber eingesetzte Anschubfinanzierung zielte darauf ab, die bis ins Jahr 2004 bestehende träge Inanspruchnahme der neuen Versorgungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen mit Hilfe einer finanziellen Unterstützung zu fördern. Durch den Einsatz des Steuerungsinstrumentes positiver finanzieller Anreizsetzung in Form der Anschubfinanzierung unterstützte der Staat die Aktivitäten der Krankenkassen alternative Versorgungsoptionen zu erproben und damit im Bereich der integrierten Versorgung eine aktive und eigenständige Rolle im Versorgungsgeschehen zu übernehmen. Die Problematik dieses Steuerungsinstrumentes umfasst, wie bereits im vierten Kapitel erläutert, zum einen u.a. die eingeschränkte Treffsicherheit sowie zum anderen die Internalisierung externer Effekte. Letztere Schwierigkeit wird von Mühlbacher und Ekert als nicht zutreffend herausgestellt, indem die Autoren der Anschubfinanzierung einen erheblichen Innovationsanreiz zuschreiben. Zudem ist der Erhalt der „Subvention“ an die Verträge der integrierten Versorgung gebunden und kann außerhalb des Einzelvertragssystems nicht genutzt werden.⁴⁸⁹ Auch das Argument der eingeschränkten Treffsicherheit kann nicht eindeutig belegt werden, da zum einen die Zielgruppe der Krankenkassen, die sich an der integrierten Versorgung beteiligten, gefördert wird und zum anderen die Unterstützung der Verträge zur integrierten Versorgung einen erheblichen ‚Boom‘ erfuhren. Jedoch muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass die Anschubfinanzierung eine Sonderform der finanziellen

⁴⁸⁷ Vgl. Mühlbacher, A. C./ Ekert, S. (2009), S. 107-109.

⁴⁸⁸ Vgl. § 140d, SGB V.

⁴⁸⁹ Vgl. hierzu das Urteil des Bundessozialgerichts vom 06.02.2008, indem der Barmer Hausarzt-Apotheken Vertrag aus der Förderung innerhalb der integrierten Versorgung gestrichen worden ist.

Anreizsetzung darstellt, da die vernetzten Versorgungsformen nicht durch neue Mittel bzw. Ausgaben subventioniert worden sind. Stattdessen wurden bereits bestehende Ressourcen verwandt, die zudem innerhalb der Leistungserbringung an diese wieder ausgeschüttet werden. Jedoch konnte es zwischen dem ambulanten und stationären Sektor als Mittelgeber der integrierten Versorgung durchaus zu einer Verschiebung bei der Rückerstattung nach der Leistungserbringung kommen. Die Treffsicherheit als Aspekt für Steuerungsinstrumente unterliegt in diesem Bereich durchaus starken Unsicherheiten. Unklarheiten bezüglich der Anschubfinanzierung zeigen sich auch innerhalb der Bereinigungsverfahren, die vor den Reformen von 2007 auf komplizierten Berechnungsmethoden basierten. Mit der Orientierung an den EBM findet nach Wille eine begrüßungswerte Vereinfachung statt, da nun lediglich die Budgets des Kollektivvertragssystems, um die Beträge gekürzt werden, die vor einer Auslagerung in das Einzelvertragssystem entstanden wären.⁴⁹⁰ Die Spitzenverbände der Krankenkassen kritisieren dagegen in einer gemeinsamen Stellungnahme zum Gesetzesentwurf vom 24.10.2006 die notwendige Bereinigungsverhandlungen mit den KVen als Vertragspartner der Gesamtverträge.⁴⁹¹ In der Vergangenheit hemmten und boykottierten die KVen die Verträge zur integrierten Versorgung, die eine direkte Verbindung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen darstellen, bereits stark. Eine weitere aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen nachteilige Entwicklung nimmt die Eingrenzung der Anschubfinanzierung auf nicht besondere Integrationsaufgaben ein. Die Befürchtung der Spitzenverbände umfasst die Reduktion auf Leistungen des ambulanten und stationären Sektors, wobei anschließende und ergänzende Bereiche, wie die Arznei- und Hilfsmittelversorgung, die häusliche Krankenpflege sowie die Rehabilitation benachteiligt werden. Eine weitere Unklarheit stellt sich mit der Hinzunahme der Verpflichtung zur Darlegung der Mittelverwendung nach Paragraph 140d, Absatz 1, Satz 5, SGB V ein. Zwar enthält die aktuelle Fassung eine Klarstellung der zeitlichen Rückzahlungsmodalitäten, mögliche Verrechnungsalternativen mit bestehenden Verträgen bleiben unkonkret. Ergänzen lässt sich die Problematik um die nicht eindeutige Verwendung regionsübergreifender Integrationsverträge, die nicht den Vorgaben zur Regionsbindung entsprechen können. Insgesamt resultiert aus der Modifizierung der Anschubfinanzierung und Bereinigung für die Krankenkassen ein Einschnitt der Nutzungsmöglichkeiten durch beispielsweise die Darlegungspflicht der Mittel, die Streichung der Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben sowie die Übermittlung von Einzelheiten bezüglich der Verträge

⁴⁹⁰ Vgl. Wille, M./ Koch, E. (2007), S. 246f.

⁴⁹¹ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen (2006), S. 113 und 260-267.

gegenüber der Registrierstelle. Insbesondere die Aufwertung des Aufgabenbereichs des BQS geht mit einer Verschiebung der Steuerungskompetenz zugunsten der Akteure auf der Meso-Ebene einher, die sich aus diesen zusammensetzt. Auch die Darlegungspflicht der Mittel sowie das Bereinigungsverfahren im Anschluss der Anschubfinanzierung begünstigt die Stakeholder auf der mittleren Gestaltungsebene. Die vom Gesetzgeber eingesetzten Verfahren zur Förderung der Transparenz und Qualitätssicherung grenzen als weitere Vorgabe den zuvor bestehenden Gestaltungsfreiraum der Krankenkassen ein.

Der wesentlichste Einschnitt für die Krankenkassen stellt jedoch der Ablauf der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 dar. Insbesondere die Vertreter der Krankenversicherungen befürchteten nachteilige Effekte aus der Streichung der Förderung.⁴⁹² Unumstritten lässt sich u.a. aus der Anschubfinanzierung der einsetzende ‚Boom‘ von Integrationsverträgen ableiten. In dem Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) und dem Bundesverband Managed Care (BMC) werden drei Bausteine der Anschubfinanzierung, welche die integrierte Versorgung positiv beeinflusst haben, unterschieden. Hierzu zählt der Gestaltungsspielraum, die Individualität als wettbewerblicher Bestandteil sowie die ungebundenen Mittel zur Realisierung entsprechender Versorgungsformen. Die DGIV und der BMC beurteilen die Anreize, die von der Anschubfinanzierung ausgehen unterschiedlich. Insgesamt bewerten die Verbände die finanzielle Förderung als ein sinnvolles Mittel, welches einen Auslöser für Veränderungen im Gesundheitswesen initiierte und bezeichnen die Förderung als wirkungsvollsten Reformimpuls der vergangenen Jahre. Als kritische Argumente benennen die DGIV und der BMC zum einen die Minimierung des unternehmerischen Risikos durch die Anschubfinanzierung sowie die Problematik, dass die Leistungserbringer als Mittelgeber konkurrierende Verträge mittragen mussten.⁴⁹³ Demgegenüber stehen die positiven Effekte, wie die nahezu risikolose Erprobung neuer Verfahren und Instrumente, die Förderung der Versorgungsforschung, der Einsatz neuer Technik zugunsten der Vernetzung sowie die Stärkung von Transparenz und Qualität durch direkte Verträge ohne Umwege. Aus der hohen Anzahl von Integrationsverträgen lässt sich konstatieren, dass die Anschubfinanzierung als ein Teil der vom Gesetzgeber eingesetzten gemeinschaftlichen Förderung das Ziel erreicht hat. Eine dauerhafte finanzielle Unterstützung jedoch entspricht nicht den Zielaspekten der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Damit grenzt sich die vorliegende Ausarbeitung vom

⁴⁹² Vgl. Schönbach, K.-H. (2008), S. 29-31.

⁴⁹³ Vgl. Heil, T./ Amelung, V. (2008), S.1-4.

Positionspapier der DGIV und des BMC ab, die zwar ihrerseits eine notwendige Verbesserung hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit konstatieren, jedoch an einer modifizierten Anschubfinanzierung mit einer stärkeren Ausrichtung auf Leistungs-, Ergebnis- und Innovationsorientierung festhalten. Nur eigenständige wirtschaftlich tragbare Versorgungsformen können dazu beitragen effiziente und effektive Gestaltungsoptionen zu realisieren, die letztlich auch eine Verbesserung der Qualität bedingen. Die angestrebte Nutzung der marktbezogenen Vorteile in der integrierten Versorgung kann nur unter möglichst marktähnlichen Bedingungen realisiert werden. Eine dauerhafte finanzielle Unterstützung steht dem entgegen und stellt keinen Anreiz, sondern die Kostenübernahme lediglich indirekt Beteiligter dar. Die von den Krankenkassen im Vorfeld des GKV-WSG vorgenommene Kritik, dass aufgrund fehlender Perspektiven im Anschluss der Anschubfinanzierung eine Planungsunsicherheit bestünde, kann aufgrund des endgültigen Förderungsstopps nicht vorgebracht werden. Auch vor der Verlängerung bestand das Ziel der Anschubfinanzierung darin, die Stakeholder, insbesondere die Krankenkassen, durch die finanzielle Anreizsetzung zur aktiven Beteiligung anzuregen. Eine dauerhafte Übernahme von finanziellen Risiken sollte nicht erfolgen. Des Weiteren ermöglichen die weiterhin bestehenden Strukturverträge und Modellvorhaben, die zwar in ihrer Ausgestaltung begrenzt sind, vernetzte Versorgungsinitiativen zu erproben. Mit den Neuerungen des GKV-WSG fand vor der Beendigung des Förderungszeitraums bereits eine Eingrenzung der Gestaltungsfreiheit innerhalb der Anschubfinanzierung statt. Neben einer erhöhten Rechenschaftspflicht über die Nutzung der Mittel, gewannen der ambulante und stationäre Sektor als Mittelgeber eine erhöhte Einflussnahme und Kontrolle auch aufgrund der gestiegenen Informationsmöglichkeiten durch die Registrierstelle. Es lässt sich abschließend festhalten, dass mit der Beendigung der Anschubfinanzierung zahlreiche Vernetzungen zwar realisiert worden sind, aber erst mit Ablauf des Förderungszeitraums müssen sich die Verträge im Wettbewerb behaupten. Nur wirtschaftlich tragfähige Konzepte werden langfristig bestehen können. Dies entspricht zwar dem Kerngedanken des Marktes, muss jedoch vor dem Hintergrund der Besonderheit des Gutes Gesundheit beobachtet werden. Für die Krankenkasse ergibt sich eine zwiespältige Entwicklung, die sich mit einem Trade-Off vergleichen lässt. Auf der einen Seite entfällt für die Krankenkassen u.a. die Darlegungspflicht der Mittelverwendung, auf der anderen Seite jedoch erhalten sie nur eingeschränkte finanzielle Unterstützung bei der integrierten Versorgung. Des Weiteren erhöht sich der Gestaltungsfreiraum bei der Konzeption von Vernetzungen, da bspw.

besondere Integrationsaufgaben wieder eingesetzt werden können, zum anderen erhalten die KVen mit ihrer bremsenden Wirkung bezüglich wirtschaftlicher Lösungen durch die Bereinigung mit dem Kollektivvertragssystem erneut indirekte Einflussmöglichkeiten auf die Vertragsabschlüsse. Eine eindeutige wettbewerbsbezogene Förderung durch die vergangenen Reformen im Bezug auf die Anschubfinanzierung lässt somit nicht einwandfrei aus den vorgestellten Folgerungen ziehen.

5.3.2.2 Sektorales Finanzierungssystem und einzelne Vergütungsformen sowie deren Steuerungswirkungen

Die Komplexität des deutschen Gesundheitswesens spiegelt sich auch in den zahlreichen sektoralen Finanzierungs- und Vergütungsvarianten wieder. Hieraus ergeben sich spezifische Anreizwirkungen und Steuerungsmöglichkeiten, die über einen erheblichen Einfluss verfügen. Bevor die Vergütungsformen der integrierten Versorgung mit den entsprechenden Zielvorgaben betrachtet werden, müssen zunächst sektorspezifische Vergütungsvarianten im Hinblick auf die Steuerungstätigkeit untersucht werden, um Rückschlüsse und Perspektiven für die Integrationsversorgung ziehen zu können. Der Schwerpunkt der Betrachtung der Steuerungs- und Anreizwirkung umfasst wirtschaftliche und qualitative Effekte sowie deren Einflüsse auf wesentliche Stakeholder. Der breite Umfang der Untersuchungsschwerpunkte von Qualität und Wirtschaftlichkeit integriert eine finanzierungsrisikobezogene, eine evidenzbasierte Versorgung sowie eine transparente und praktikable Umsetzung.⁴⁹⁴ Eine, wie von Amelung, vorgenommene Unterteilung der Vergütungsziele in eine Steuerungs-/ Anreiz-, Verteilungs- und Innovationsfunktion muss aus diesem Grund nicht explizit vorgenommen werden.⁴⁹⁵

Eine mögliche Vergütungsform stellt die Einzelleistungsvergütung dar, innerhalb dessen der Leistungserbringer eine festgelegte Vergütung für jede Leistung erhält. Es ergibt sich die Problematik der Mengenausweitung. Das Risiko der Erkrankung sowie des Moral-Hazard Verhaltens besteht ausschließlich bei den Krankenkassen. Hieraus wiederum leitet sich für die Leistungserbringer ein hoher Anreiz für die aus ihrer Sicht risikoarmen und gewinnbringenden Einzelleistungsvergütungen ab. Die Versicherten können von einer sehr patientenorientierten Versorgung profitieren, wobei die Gefahr einer stark quantitativ ausgerichteten Leistungserbringung die Qualität nachteilig beeinflussen kann und zudem ineffizient ist. Die Einzelleistungsvergütung kann nach dem Kostenerstattungsprinzip

⁴⁹⁴ Vgl. Kapitel 2.3.

⁴⁹⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 139ff.

retrospektiv erfolgen und orientiert sich an der Arbeitsleistung und dem Materialverbrauch. Den Vorteil der Vergleichbarkeit von Leistungen anhand von Durchschnittswerten für die Krankenkassen grenzen Mühlbacher und Ekert ein, da eine notwendige Kostenträgerrechnung für jeden Patienten zu aufwendig und Alternativen, wie die betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnungen aus den USA bisher in Deutschland nicht existent sind.⁴⁹⁶ Eine von den Einzelleistungen unabhängige Vergütungsform umfasst die Fallpauschale, die ähnlich zur leistungsabhängigen Ausprägung vom Leistungserbringer ausgeht und einen direkten Bezug zur Leistungsinanspruchnahme vorweisen kann. Die Vergütung erfolgt nach einer festgelegten Pauschale je Fall. Damit werden weder die einzelnen Leistungen, noch der Ausgabenverbrauch honoriert. Daraus folgt, dass ein unnötiger Ressourcenverbrauch ausbleibt und stattdessen ein Anreiz zur wirtschaftlichen Mittelverwendung besteht. Die ökonomischen Vorteile der Vergütung nach den Fallpauschalen stehen den qualitativen Nachteilen durch bspw. die Verweildauerverkürzung im Krankenhaus gegenüber. Darüber hinaus bergen die Fallpauschalen die Gefahr der Fallausweitung. Voraussetzung für diese Vergütungsform stellt eine Klassifizierung von Patienten nach bestimmten Kriterien dar, um Pauschalen für ähnliche Patientengruppen zusammen zu fassen und damit nicht der Einzelleistungsvergütung zu entsprechen. Bei der Tagespauschale erhält der Leistungserbringer einen pauschalen Betrag pro Tag in einer stationären Einrichtung. Eine Differenzierung ist auch bei diesem Typ der Pauschalvergütung sinnvoll, um bspw. Vergleiche mit anderen Leistungserbringern vornehmen zu können. Für die stationären Einrichtungen ergibt sich der Anreiz die Verweildauer auszuweiten. Dies resultiert zum einen aus den zusätzlichen Einnahmen pro Tag und zum anderen aus einer Kostenreduktion je länger ein Patient stationär versorgt wird. Zusätzlich ergibt sich für die Leistungsfinanzierer aufgrund der Informationsasymmetrie der Nachteil der mangelnden Kontrollmöglichkeiten. Aufgrund der zahlreichen Probleme der Tagespauschalen findet diese Vergütungsform nur in wenigen Bereichen, wie der Psychiatrie, Anwendung. Eine weitere Ausgestaltungsform der pauschalisierten Vergütung stellt die Kopfpauschale dar. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Möglichkeiten handelt es sich hierbei um einen indirekten Leistungsbezug, welcher einen fehlenden unmittelbaren Zusammenhang zwischen Leistungserbringung und Vergütung umfasst. Mit der Kopfpauschale müssen die gesamten Leistungen abgedeckt werden, wobei die Höhe der Pauschale prospektiv festgesetzt wird. Die Vergütung ist unabhängig von der Leistungsinanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Das Erkrankungsrisiko sowie die Moral Hazard Problematik wird durch diese Vergütungsform

⁴⁹⁶ Vgl. Mühlbacher, A. C./ Ekert, S. (2009), S. 115.

von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer übertragen. Eine Differenzierung der Patientengruppen und damit der Pauschalen nach spezifischen Kriterien reduzieren das Risiko für die Leistungserbringer. Eine hohe Anzahl von Patienten geht für den Leistungserbringer mit höheren Einnahmen einher. Der Anreiz besteht in einer Reduktion des Leistungsumfangs zugunsten einer Mengenausweitung von Patienten. Der Nachteil möglicher Einbußen der Versorgungsqualität durch diese Vergütungsform wird ergänzt um Befürchtungen der Risikoselektion und Kostenverlagerung von Leistungsnehmern. Amelung schränkt diese Bedenken durch mögliche Kontrollmechanismen ein und stellt die kontinuierliche Betreuung, die Präventionsmaßnahmen und praktikablen Abrechnungsmodalitäten als positiv heraus.⁴⁹⁷ Unabhängig von der Anzahl der Patienten, den Fällen oder der Leistungsanspruchnahme ergibt sich die Vergütungsform des Gehaltes. Die Höhe der Vergütung ist konstant und wird nur von der Arbeitszeit beeinflusst. Die Leistungserbringer verfügen zwar über keinen übermäßigen Anreiz zur wirtschaftlichen Ressourcenverwendung, eine unnötige Leistungsausweitung wird mit dem Gehalt jedoch ebenfalls nicht gefördert. Es lässt sich zusätzlich davon ausgehen, dass eine patientenorientierte Versorgung wahrscheinlich ist. Genaue Aussagen bezüglich der Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Gehaltsvergütung können nicht getroffen werden. Dies ist stark abhängig von persönlichen und unternehmensspezifischen Eigenschaften. Insbesondere für teilzeitbeschäftigte Leistungserbringer stellt diese Vergütungsform eine weniger leistungsabhängige und risikoreduzierte Vergütungsalternative dar. Ein weiterer Vorteil ergibt sich aufgrund der einfachen Handhabung. Kombiniert werden können die einzelnen Vergütungsmöglichkeiten mit erfolgsorientierten Honorierungsmechanismen. Hierbei können die Leistungserbringer in Abhängigkeit von bestehenden Vergütungsformen an festgelegte Ziele gebunden werden. Aspekte, die in der vorherrschenden Vergütung nicht oder nur unzureichend erreicht werden, können mit Hilfe der erfolgsorientierten Honorierung gefördert werden. Somit kann es sich um ökonomische und bzw. oder qualitative Erfolge handeln, welche durch die Leistungserbringer angestrebt werden sollen. Die erfolgsorientierte Vergütung stellt für die Krankenkassen und Netzwerkkoordinatoren, wie die Managementgesellschaften, eine Möglichkeit dar, erweiterte Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten zu generieren. Voraussetzung für die erfolgsorientierte Honorierung umfasst die Definition, die Messung, die Gewichtung sowie das abschließende Ergebnis der Vergütung. Jeder einzelne Teilbereich verfügt über Schwierigkeiten einer vollständigen und eindeutigen Zuordnung. Zum einen handelt es sich hier um das besondere Gut Gesundheit, das aufgrund der Spezifika, wie den

⁴⁹⁷ Vgl. Amelung, A. C. (2007), S. 145-148.

individuellen Eigenschaften und unkontrollierbaren Einflüssen, nur bedingt rationalen messbaren Faktoren unterliegt. Zum anderen wird mit der Gesundheitsversorgung ein Leistungsprozess zur Vergütung herangezogen, der auf einem arzt- bzw. leistungserbringerspezifischen Vertrauensverhältnis mit dem Patienten basiert. Um eine Umsetzung der erfolgsorientierten Vergütung zu erreichen, muss eine Generalisierung bestimmter Leistungsschritte erfolgen. Auch Qualitätsindikatoren bieten eine Alternativen zur Realisierung dieser Vergütungsform. Zusammenfassend ermöglicht die erfolgsorientierte Honorierung eine hohe direkte Steuerungswirkung auf die Leistungserbringer. Die Praktikabilität ist im hohen Maße abhängig von dem Grad der Individualität innerhalb der Leistungserbringung. Dieses innovative Instrument benötigt eine normierte Versorgung, die im Widerspruch einer individuellen vertrauensvollen Beziehung stehen kann.

Beispielhaft für eine mögliche zukünftige Vergütungsform, die einzelne Finanzierungsbestandteile integriert, lässt sich die leistungsorientierte „Pay for Performance“ Vergütung benennen. Hierbei handelt es sich um ein Konzept, das sich auf Basis einer Leistungsmessung an Qualitätsverbesserungen ausrichtet und neben festen Vergütungsanteilen auch variable bzw. erfolgsorientierte Prämien enthält. Mit einer Kombination von finanziellen und nicht monetären Anreizen, wie Public Reporting als öffentliche Leistungsanerkennung, werden anhand von Indikatoren, in Verbindung mit den Qualitätsbewertungen nach Donabedian, Rückschlüsse auf die Zielerreichung gezogen. Die Vorteile der Qualitätsoptimierung müssen jedoch dem erhöhten Kontroll- und Managementaufwand sowie der begrenzten Qualitätserfassbarkeit gegenüber gestellt werden. Nach Amelung, Zippan und Zahn eignet sich diese Vergütungsform aufgrund der Steuerungsmöglichkeiten für Selektivverträge, wie der hausarztzentrierten Versorgung sowie für den besonderen ambulanten Bereich im deutschen Gesundheitswesen, nachdem im britischen und US-amerikanischen Gesundheitssystem diese Vergütungsform bereits erfolgreich eingesetzt wird.⁴⁹⁸

Im ambulanten Versorgungsbereich sollte ein ‚Vergütungsmix‘ die Vor- und Nachteile aus den einzelnen Vergütungsformen ausgleichen. Bis zum Jahresende 2008 wurde im ambulanten deutschen Gesundheitswesen vorwiegend nach der Einzelleistungsvergütung honoriert. Um jedoch den damit verbundenen Mengenanstieg an Leistungen zu begrenzen, wurden Budgetierungen und Pauschalisierungen einbezogen. Des Weiteren beruht die

⁴⁹⁸ Vgl. Amelung, V./ Zippan, N./ Zahn, T. (2009), S. 21-26.

ambulante Vergütung auf einer Bewertung mit dem sog. Punktesystem, nach dem ärztlichen Leistungen Punkte zugeordnet werden. Durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und einem Honorarsystem sollten die ambulanten Leistungen vergleichbar ausgestaltet und damit die Vergütung, welche die Krankenkassen auf der Basis von Kopfpauschalen an die KVen leisten, gerecht verteilt werden. Aufgrund der Existenz einer Obergrenze der Leistungsauszahlung an die Ärzte durch die Budgetierung handelte es sich bei den Punkten um veränderliche Werte. Damit beeinflusste das gesamte Verhalten der niedergelassenen Ärzte das individuelle Einkommen des einzelnen Leistungserbringers. Die seit 1993 in der KBV-Vertreterversammlung geforderte stärkere Orientierung an betriebswirtschaftlichen Grundlagen für die Gebührenordnung und die EBM Reform von 1996 setzten daran an, die Vergütungsunsicherheiten zugunsten effizienterer Honorarsysteme abzubauen. Doch erst mit dem EBM 2000plus wurde im April 2005 ein Instrument eingeführt, das eine transparente Kalkulation nach betriebswirtschaftlichen Kriterien ermöglicht. Doch bis einschließlich der Pauschalen EBM 2008 verfügte das ambulante Vergütungssystem über eine nur eingeschränkte Transparenz. Die quartalsweise ausgezahlte Vergütung auf Basis des Punktesystems konnte im Vorfeld nicht kalkuliert werden. Des Weiteren kritisierte die Ärzteschaft, aufgrund der pauschalen Mittelzuweisung durch die Krankenkassen das bestehende Risiko der Erkrankung tragen zu müssen. Praxen, die über einen überdurchschnittlich alternden Patientenstamm verfügen und bzw. oder eine hohe Anzahl chronisch Kranker versorgen müssen, benötigen einen höheren Mittelaufwand als Praxen mit einer ‚gesünderen‘ Patientenstruktur. Diese Problematik zeigt sich häufig in ländlicheren Regionen und wird durch demografische Effekte verstärkt. Insgesamt setzt sich die ambulante Vergütung aus mehreren Vergütungsformen zusammen. Die angestrebten Steuerungswirkungen aus den spezifischen Bereichen werden jedoch nur teilweise realisiert. Dementsprechend resultiert aus der Einzelleistungsvergütung eine Mittelausweitung, die mit Hilfe der Budgetierung eingegrenzt werden sollte. Hieraus ergab sich eine Honorierungszuteilung, die nicht eindeutig ein Verhältnis zwischen Leistung und Vergütung wiedergibt und darüber hinaus nicht beeinflussbare Effekte einbezieht. Die Ausgabenbegrenzung, welche durch die Pauschalen der Krankenkassen je Arzt erfolgte, führte wiederum zu morbiditätsabhängigen Versorgungsunterschieden. Sowohl qualitativ, als auch wirtschaftlich bestanden erhebliche Mängel. Sehr deutlich zeigt sich anhand der unterschiedlichen Vergütungsformen, dass sie statt einem Ausgleich der nachteiligen Effekte ihrerseits Probleme initiieren. Zwar ermöglicht bspw. die Budgetierung als Maßnahme des

Steuerungsinstrumente der finanziellen Anreize eine Mittelbegrenzung vorzunehmen, zugleich resultieren hieraus Folgen für die Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die im vierten Kapitel bereits erläuterte Interventionsspirale der finanziellen Eingriffe zeigt sich im Bereich des ambulanten Sektors sehr deutlich.⁴⁹⁹

Die Honorarreform aus dem Jahr 2007 ist ein Bestandteil des Reformkomplexes und soll die aufgezeigten qualitativen und ökonomischen Nachteile innerhalb der ambulanten Vergütung abmildern bzw. abbauen. Eine wesentliche Änderung stellt die Abschaffung der bisherigen Budgetierung zum Jahresbeginn 2009 dar. Statt der pauschalen Beträge der Krankenkassen wird mit dem morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, der sich je nach Kasse und Region bildet, ein neues Budget eingesetzt. Die Ausgaben berücksichtigen seit Jahresbeginn 2009 die Morbiditätsstruktur, Anzahl und Region der Versicherten. Dieser Betrag setzt sich prospektiv aus der Multiplikation des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs und dem gemeinsam mit den KVen ausgehandelten und als Orientierungshilfe vorgegebenen Punktwert zusammen. Zusätzlich ergibt sich aus der veränderten Vergütungsstruktur, dass das Morbiditätsrisiko von den Krankenkassen übernommen wird. Die Ärzte profitieren sowohl von der Risikoreduktion der Erkrankungsrate, als auch von einer regionalen Gebührenordnung, die feste Eurowerte beinhaltet. Um mit der Aufhebung der Pauschalisierung einer Mengenausweitung zuvor zu kommen, wurde das Regelleistungsvolumina eingesetzt. Dabei wird für jeden Arzt abhängig von der Fachrichtung und der Region eine bestimmte Leistungsmenge festgesetzt, die nicht überschritten werden kann. Dieses Budget umfasst zusätzlich die Voraussetzung einer kontinuierlichen Abrechnung innerhalb eines festgesetzten Zeitraums, um Praxisschließungen nach Erreichen der Regelleistungsgrenze zu vermeiden. Eine weitere Neuerung stellen die Zuschläge für Niederlassungen in ärztlich unterversorgten Regionen dar. Insgesamt wird mit den Reformen eine gerechtere ambulante Vergütung zwischen den Leistungserbringern angestrebt. Gemäß des einheitlichen Beitrags der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds sollen die kassenspezifischen und regionalen Unterschiede beim ärztlichen Einkommen vereinheitlicht werden. Doch Schönbach ist sich sicher, „das neue Vergütungssystem geht Verteilungsprobleme im Kern nicht an.“⁵⁰⁰ Dementsprechend tritt der Ausgleich in ärztlich unterversorgten Gebieten erst verspätet im Jahr 2010 in Kraft. Schönbach, als Vertreter der AOK, geht sogar davon aus, dass eine gerechte Vergütungsverteilung kein Ziel der KBV sei, um gegenüber der Gesundheitspolitik auch zukünftig höhere Honorarforderungen der Ärzte

⁴⁹⁹ Vgl. Kapitel 4.2.1.2, S. 128.

⁵⁰⁰ Schönbach, K.-H. (2008), S. 30.

durchzusetzen. Er bezweifelt, dass die zusätzlichen 2,5 Milliarden Euro, die im Zuge der Honorarreform den Ärzten zukommen, eine Harmonisierung der Interessen bewirken. Diese Befürchtungen scheinen sich bereits bewahrheitet zu haben. Der Vorstandsvorsitzende der KBV Köhler forderte bereits im März 2009 eine zusätzliche Milliarde für die ärztlichen Honorare.⁵⁰¹ Diese Forderung stößt beim Spitzenverband der GKV auf ein hohes Unverständnis, da die Krankenkassen sich dazu bereit erklärt haben innerhalb einer bis Jahresende 2010 andauernden Konvergenzphase die Umstellung der Ärzte-Vergütung zu unterstützen. Aufgrund der Annahme, dass einige Ärzte trotz der gestiegenen Honorare Vergütungseinbußen erwarten müssen, einigte sich der Spitzenverband und der KBV auf einen Honorarausgleich, der die Vergütungsveränderungen der ärztlichen Gewinner beschränkt und die der Verlierer abmildert.⁵⁰² Dieser Disput zwischen den beiden Vertretern der Krankenkassen und der niedergelassenen Ärzte auf der Meso-Ebene verdeutlicht das jeweilige Bestreben die eigenen Interessen durchzusetzen und damit die Steuerungsmöglichkeiten zu vergrößern. Insbesondere nach den vergangenen Reformen, die u.a. Versorgungsalternativen durch die integrierte Versorgung für die Krankenkassen ermöglichten und damit die Steuerungsmaßnahmen der KVen stark eingrenzten, scheinen die aktuellen Tätigkeiten der KVen stark auf einen erneuten Ausbau der ärztlichen Einflussmöglichkeiten im Gesundheitswesen ausgerichtet. Auch vor dem Hintergrund, dass bspw. der Marburger Bund als privatorganisierte Interessenvertretung der Ärzte sehr öffentlichkeitswirksame Aktivitäten zugunsten steigender ärztlicher Honorare organisierte und die Arbeit der KVen in Frage stellt, fordert er zudem einen höheren Einsatz der KVen, um die eigene Stellung innerhalb der Ärzteschaft nicht zu gefährden. Das Durchsetzen der ärztlichen Honorarsteigerung um 2,5 Milliarden Euro verdeutlicht zum einen die nach wie vor bestehenden Einflussmöglichkeiten der KVen solche Einnahmeerhöhungen trotz Wirtschaftskrise und Ein- und Ausgabenproblematik im Gesundheitswesen zu erreichen. Zum anderen führt die Gewährung der Honorarsteigerung auch zu einer Stärkung der Position der KVen innerhalb der Ärzteschaft, da sie die Rolle als Interessenvertretung bekräftigen können. Zugleich zeugt dieser Einsatz der KVen von einer einseitigen Rollenwahrnehmung zugunsten der Ärzte. Die Reform, welche die Honorarsteigerung beinhaltet, stellt einen erheblichen Ausgabenanstieg dar, der vom gesamten Gesundheitssystem zu tragen ist. Die Problematik der Doppelfunktion durch die zusätzliche Tätigkeit der KVen hoheitliche Aufgaben zu übernehmen und damit auch an den gesundheitspolitischen Zielen der Qualitäts- und

⁵⁰¹ Vgl. Samir, R. (2009), 104.

⁵⁰² Vgl. GKV Spitzenverband (2009), http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2009-01-15_Konvergenzphase_Aerzte-Verguetung_4591.pdf

Wirtschaftlichkeitsverbesserung beizutragen, ist nur marginal erkennbar. Die Interessenvertretung und ein hoher Einfluss auf die Gesundheitspolitik zugunsten des Positionsausbaus der Ärzteschaft stellt das vorwiegende, wenn nicht sogar das einzige Ziel dar. Aus diesem Grund erklärt sich auch der Zuspruch von Versorgungsalternativen der Krankenkassen, die eine Zusammenarbeit mit den KVen umgehen. Folglich sind die ärztlichen Vertretungen nicht an einem Ausbau der integrierten Versorgung interessiert, da die Versorgungsalternativen ohne die KVen bestehen können und somit eine Schwächung der Einflussmöglichkeiten darstellen. Dies zeigt sich auch in der nach Schönbach bezeichneten unzureichenden Förderung von Vernetzungen der integrierten Versorgung in Form von Praxisnetzen und Medizinischen Versorgungszentren durch die Honorarreform. Abschließend lassen sich einige Veränderungen in der vertragsärztlichen Honorierung feststellen. Statt der Pauschalen leisten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die KVen, die sich am Bundesmantelvertrag-Ärzte und dem EBM ausrichtet. Die Streichung der bisherigen Budgetierung wird jedoch lediglich durch ein anderes Budget in Form des arztbezogenen Regelleistungsvolumen ersetzt. Nach wie vor besteht die Einzelleistungsvergütung, die jedoch der Beschränkung des Leistungskatalogs nach Paragraph 72, Absatz 2 SGB V unterliegt. Zwar erfahren die Vertragsärzte eine erhöhte Planungssicherheit durch feste Punktwerte, die den einzelnen Leistungen zugeordnet werden können und damit zu einer transparenten Abrechnung beitragen, der Honorarvermittlungsmaßstab und das Regelleistungsvolumen beeinflussen jedoch ihrerseits das Ergebnis. Eine Vereinfachung der ärztlichen Vergütung hat sich nur eingeschränkt vollzogen. Aufgrund der stärkeren Orientierung an morbiditätsbezogenen und regionalen Kriterien lässt sich eine qualitative Verbesserung feststellen. Aufgrund des Aufschubs der Zuschläge für Praxen in ärztlich unterversorgten Gebieten muss die Optimierung des Qualitätsaspektes jedoch eingeschränkt werden. Auch der Übergang des Morbiditätsrisikos an die Krankenkassen als Leistungsfinanzierer, die nur geringe Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung ausüben können, entspricht nicht einer ökonomischen Ausrichtung. Nur die Leistungserbringer in der direkten Interaktion mit dem Patienten können einen bedingten Einfluss auf die Versorgung nehmen. Es hat keine wirkliche Honorarveränderung stattgefunden. Die Einzelleistungsvergütung und Budgets sind zwar überarbeitet, aber nicht wesentlich verändert bzw. ersetzt worden. Die KVen haben gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten deutlich an Steuerungsmöglichkeiten und an einkommensbezogenen Vorteilen hinzugewonnen. Die Krankenkassen tragen neben dem zusätzlichen Erkrankungsrisiko auch die Last der gestiegenen ärztlichen Honorare. Ergänzt

werden muss die kritische Zusammenfassung um den Aspekt der fehlenden Integrationsverbesserung mit anderen Sektoren. Eine optimierte Angleichung an die Abrechnungsvarianten der anderen Sektoren ist zudem ausgeblieben.

Als ein weiterer wesentlicher Sektor im Gesundheitswesen wird im Folgenden die Vergütung bzw. die Finanzierung im stationären Bereich vorgestellt. Nachdem im Vorfeld bereits auf die bisherige duale Krankenhausfinanzierung eingegangen worden ist, soll nun die Finanzierung der laufenden Betriebskosten behandelt werden.⁵⁰³ Die Ausgaben für Investitionen werden somit an dieser Stelle nicht thematisiert. Mit dem Jahr 2003 wurden die sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) im deutschen Gesundheitswesen eingeführt. Hierbei handelt es sich um eine Abrechnung nach Fallpauschalen, welche sich auf ein Patientenklassifikationsverfahren stützt. Mit dem Ziel möglichst ähnliche Behandlungsfälle zu ressourceneinsparenden Gruppen zusammenzufassen, werden spezifische Kriterien zur Einordnung herangezogen. Beispielfhaft werden zur Kodierung von Behandlungsfällen Haupt- und Nebendiagnose nach ICD10, Prozeduren nach OPS, Aufnahmegewicht, Alter sowie Verweildauer und Verlegung genutzt. Eine solche Einordnung erfolgt mit Hilfe von sog. Groupern. Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) regelmäßig geprüften und zertifizierten Softwareprogramme entlasten das kodierende Personal im Krankenhaus erheblich. Des Weiteren obliegt dem InEK die Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems. Diese Aufgabenzuordnung erfolgte durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverband der GKV sowie den Verband der privaten Krankenkassen. Die Vertragspartner sind auch an der fortwährenden Entwicklung der Fallpauschalen beteiligt. Für die Pauschalen 2010 wurde zur Kalkulation die bisher umfangreichste Datengrundlage herangezogen. Der Umfang des DRG-Systems 2010 im deutschen Gesundheitswesen besteht aus 1200 Fallpauschalen und 143 Zusatzentgelten.⁵⁰⁴ Das DRG-System unterliegt einem stetigen Anstieg der Anzahl an Fallpauschalen und Zusatzentgelten. Letztere Entgelte ergänzen die Pauschalen um Mittel für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel in besonderen begrenzten Ausnahmefällen nach Paragraf 17b, Absatz 1, Satz 12 KHG und können gemäß Paragraf 17b, Absatz 1, Satz 14 KHG sogar Gegenstand der Vermittlung zwischen den Vertragspartnern sein. Zwar ermöglicht eine spezifische Einordnung in das Klassifikationssystem die Bildung homogener

⁵⁰³ Vgl. Kapitel 4.2.1.2, S. 121-124 und Kapitel 4.4, S. 165.

⁵⁰⁴ Vgl. DKG (2009), <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/6416>. Vgl. InEK (2009), http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2010/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2010.

Patientengruppen durch eine hohe Anzahl an Fallpauschalen, damit einher geht jedoch auch eine unübersichtliche Komplexität von Klassifikationsvarianten. Um den Anspruch eines leistungsorientierten und pauschalisierten Vergütungssystem zu entsprechen, das sowohl die komplexen Fälle abbildet und gleichzeitig einen praktikablen Differenzierungsgrad beinhaltet, bedarf es somit der Zuhilfenahme von softwaregestützten Kodiersystemen. Wirtschaftlichkeit und Qualität können sich auch in diesem Bereich sinnvoll ergänzen. Dementsprechend besteht bspw. die Zertifizierung durch das InEK. Eine weitere Ausnahme vom Fallpauschalensystem besteht durch einen Finanzierungstatbestand, der nicht in allen Krankenhäusern vorzufinden ist. Hierbei handelt es sich nach Paragraf 17b, Absatz 1, Satz 4 KHG um bspw. die Notfallversorgung sowie die Funktionen von Zentren und Schwerpunktbildungen. Durch die Zuhilfenahme von bundeseinheitlich geregelten Zu- und Abschlägen wird das pauschalisierte Entgeltsystem ein weiteres Mal ergänzt. Darüber hinaus erfolgen bei einer Abweichung von der mittleren Verweildauer für sog. Langlieger Zuschläge und für sog. Kurzlieger Abschläge für das Krankenhaus. Neben diesen Erweiterungen bzw. Ausnahmen von der Einordnung in das Fallpauschalensystem und in damit festgelegte Preise für die stationäre Leistungserbringung müssen Abrechnungs- und Bewertungsmodalitäten zur vollständigen Preiserfassung einbezogen werden. Jeder DRG-Fallpauschale wird ein Relativgewicht zugeordnet. Diese Bewertungsrelation gibt als Faktor den durchschnittlichen Wert aller stationären Behandlungen dieser Fallpauschale an. Der Case-Mix-Index stellt den Mittelwert aller Relativgewichte eines Krankenhauses oder einer stationären Abteilung in einem festgelegten Zeitraum dar. Die Summe aller Relativgewichte eines Krankenhauses innerhalb einer Periode wird als Case Mix bezeichnet und ermöglicht einen Vergleich zwischen den einzelnen Krankenhäusern, wobei im Gegensatz zur Anzahl der Fälle der Schweregrad berücksichtigt wird und damit ein detaillierterer Abgleich eingeräumt wird. Die eigentliche Preisfestsetzung für eine DRG-Fallpauschale erfolgt erst mit der Multiplikation des Relativgewichts mit dem sog. Basisfallwert. Dieser Wert wurde bis einschließlich des Jahres 2009 für jedes Bundesland aus der Division der Summe aller Krankenhausbudgets in einem Bundesland durch die Summe der dazugehörigen Relativgewichte gebildet und in dieser Konvergenzphase um krankenhausspezifische Sonderregelungen ergänzt. Das Ziel besteht darin, mit Ende der Konvergenzphase zum Jahresende 2009 einen schrittweise bundeseinheitlichen Basisfallwert zu erhalten, mit dessen Hilfe Kosten und Leistungen bundesweit vergleichbar und transparent werden sollen. Das Krankenhausbudget setzt sich aus der Multiplikation der Fallzahlen, des Case-Mix-Indexes sowie des Basisfallwertes

zusammen. Aufgrund der Festsetzung des Basisfallwertes bezeichnen Neubauer und Ujlaky das DRG-System als ein administriertes Festpreissystem.⁵⁰⁵ Eine wettbewerbsorientierte flexible Preispolitik durch die Krankenhäuser wird somit ausgeschlossen. Auf der einen Seite werden die Kliniken innerhalb der Konvergenzphase schrittweise an das leistungsorientierte Entgeltsystem herangeführt, um die stationäre Versorgung effizienter und kostensparender zu gestalten. Auf der anderen Seite werden die Krankenhäuser aufgrund der vorgegebenen Preisregulierung von einem marktbezogenen Preiswettbewerb ausgenommen. An dieser Stelle verdeutlicht sich ein weiteres Mal der Diskurs zwischen Markt und Staat im Gesundheitswesen. Die Versorgung soll zwar unter wirtschaftlichen Aspekten erfolgen, eine Loslösung vom bestehenden vielschichtigen solidarischen Versorgungssystem findet nicht statt. Dies zeigt sich auch in den weiterhin im stationären Sektor bestehenden Budgetierungen. Der Erhalt des Krankenhauserlöses ist an prospektiv vorgenommenen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen gebunden. Die DRG-Leistungen und Zusatzentgelte müssen von den jeweiligen Krankenhäusern geplant und auf Basis vergangener Daten und Kalkulationen mit den Vertragspartnern vereinbart werden. Nach Paragraph 11, Absatz 1, Satz 1 KHEntgG werden in den Verhandlungen Entscheidungen bezüglich des Gesamtbetrages, des Erlösbudgets, der Summe der Bewertungsrelationen, des krankenhausindividuellen Basisfallwertes, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte sowie der Mehr- und Mindererlöse festgeschrieben. Greiner, Schumacher, Honsel und Sandmann grenzen die Möglichkeiten der Kliniken Verhandlungen mit den Vertragsparteien zu führen erheblich ein, indem sie lediglich für die krankenhausindividuellen DRGs sowie die Zusatzentgelte von ‚echten‘ Preisverhandlungen ausgehen.⁵⁰⁶ Darüber hinaus folgt für die Krankenhäuser aus diesen Budgetfestsetzungen ein zusätzlicher Kostendruck zu den pauschalisierten Leistungsvorgaben durch das DRG-System. Aufgrund der u.a. vom Sachverständigenrat im Gutachten 2002 identifizierten Fehlanreize durch die Fallpauschalen findet neben der Kostenfokussierung auch ein stärkerer Einbezug qualitativer Aspekte statt. Mögliche für die Patienten bzw. das gesamte Versorgungssystem nachteilige Wirkungen in Form von Leistungsminderungen, Fallselektionen, Fallausweitungen, Kostenverlagerungen, Fallhöhergruppierungen sowie verfrühten Entlassungen können durch entsprechende Qualitätsmaßnahmen abgemildert bzw. verhindert werden. Eine entsprechende Qualitätssicherung für Krankenhäuser wird im Paragraphen 137 SGB V geregelt und beinhaltet u.a. die regelmäßige Veröffentlichung der Qualitätsberichte durch die Kliniken. Auch die

⁵⁰⁵ Vgl. Neubauer, G./Ujlaky, R. (2004), S. 297-303.

⁵⁰⁶ Vgl. Greiner, W./Schumacher, H. K./Honsel, K./Sandmann, D. (2008), S. 297-299.

Ausweitung der Funktionen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als Kontrollinstrument der Kassen sowie die angelegte Begleitforschung sind darauf ausgerichtet die Transparenz zu erhöhen und die Qualität im stationären Sektor zu verbessern. Auch die bei Nichteinhaltung der qualitativen Vorschriften bestehenden Sanktionen konkretisieren die Bemühungen zur Versorgungsverbesserung.⁵⁰⁷ Jedoch müssen an dieser Stelle einige Prognosen bezüglich der Fehlanreize korrigiert werden. So z.B. wurde bisher kein Beleg für verfrühte Entlassungen der Patienten aus der stationären Behandlung gefunden. Ein möglicher Grund für den nicht bestehenden Anreiz die Verweildauern stark abzukürzen, um Kosten zu sparen, lässt sich aus der Zu- und Abschlagsregelung der Grenzverweildauer ziehen. Hiernach profitieren die Krankenhäuser finanziell nicht aus den sog. ‚blutigen Entlassungen‘. Zieres und Stockdreher betonen, dass die andauernde Weiterentwicklung des DRG-Systems auch mit dem Ziel die bestehenden Fehlanreize anzugehen und so eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit voranzutreiben, eine Eigenschaft eines lernenden Systems ist.⁵⁰⁸ Die Aussage lässt sich ergänzen, indem der prozessuale Charakter der Weiterentwicklung des DRGs-Systems herangezogen wird. Diese kontinuierliche Eigenschaft ist Teil des Dienstleistungsprozesses und stellt einen Kernbestandteil der Steuerungssymptomatik im Gesundheitswesen dar, welcher der Abbildung 5 auf der Seite 33 zu entnehmen ist. Kombiniert werden die Aussagen innerhalb der Vertrauensgutthematik, nach welcher eine positive Transaktion über Qualitätsverbesserungen über optimierende systemische Effekte verfügt, die durch ein Vertrauensmanagement gesteuert werden können. Mit der sektorenübergreifenden Erweiterung der Qualitätssicherung durch das GKV-WSG nach Paragraf 137, Absatz 2 SGB V wird ein weiteres Ziel der Integrationsversorgung in den stationären Sektor übernommen. Jedoch werden die Leistungen der Alternativversorgung von dieser Neuerung ausgenommen. Anhand des Beispiels zeigt sich, dass die Einführung und Weiterentwicklung der pauschalisierten Entgelte dem stationären Sektor im Bezug auf die Zielaspekte Qualität und Wirtschaftlichkeit einen Innovationsprofit erbracht hat. Diese Verbesserung verdeutlicht sich insbesondere im Vergleich mit dem vorangegangenen Finanzierungskonzept des Selbstkostendeckungsprinzips, welches für die Krankenhäuser einen kaum vorhandenen Anreiz zur Ressourcenersparnis beinhaltete. Auch die nachfolgenden Reformen des GSG 1993 konnten die Missstände aufgrund einer Budgetdeckelung nicht abwenden. Zwar besteht für die Krankenhäuser mit den DRGs ein erheblicher Kostendruck, der in extremen Fällen auch zur Schließung unrentabler Kliniken

⁵⁰⁷ Vgl. § 275, Abs. 1, Satz 1, Nr. 1 SGB V. Vgl. § 17c, Absatz 2 KHG. Vgl. 17b, Abs. 8 KHG. Vgl. § 8, Abs. 4 KHEntgG.

⁵⁰⁸ Vgl. Zieres, G./ Stockdreher, K. (2005), S. 45f.

führen kann, mit den Pauschalen 2003 erhalten sie jedoch eine unabhängigere und aktivere Rolle im Gesundheitssektor. Von diesem erhöhten Spielraum werden jedoch nur die Kliniken langfristig Vorteile generieren können, welche die neu gewonnenen Aufgaben auch nutzen. Durch eine qualitativ hochwertige Versorgung und durch ein marktorientiertes Management können Krankenhäuser profitieren und sich im Gesundheitsmarkt behaupten. Auch die integrierte Versorgung bietet hierzu Möglichkeiten zur Etablierung der Marktposition an. Die DRG-Reform lässt sich insgesamt aus wirtschaftlicher und qualitativer Sicht als einen positiven Effekt für den stationären Sektor bezeichnen. Diese Erfolge bestärken das Potential und den Innovationscharakter der Fallpauschalen in diesem Bereich. Innerhalb der anderen Sektoren werden solche Veränderungen bis heute abgelehnt. Trotzdem bestehen auch nachteilige Auswirkungen der DRG-Einführung. So handelt es sich bei den Fallpauschalen um administrierte Preise, die nicht von den leistungserbringenden Krankenhäusern beeinflusst werden können. Des Weiteren verfügen die Pauschalen zwar über die Vorteile der Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten, zugleich beinhalten sie die Gefahr des Missbrauchs durch bspw. qualitative Leistungsminderungen. Qualitätssicherung stellt damit einen notwendigen Bestandteil des Systems dar. Die zahlreichen Sonderentgelte, die Zu- und Abschläge sowie die Budgetierung im deutschen Gesundheitswesen schwächen zudem die transparente Leistungsorientierung. Neben Einbußen der Übersichtlichkeit ergeben sich Nachteile innerhalb der Praktikabilität, die innerhalb der DRG-Kodierung nur von speziellem Fachpersonal und einer entsprechenden Software bewältigt werden können. Auch die Budgetierungen durch die Vereinbarungen über das Krankenhausbudget engen die Krankenhäuser in ihrer Rollenwahrnehmung stark ein. Dies resultiert aus den nur eingeschränkten Verhandlungsmöglichkeiten durch die Krankenhäuser. Mit den leistungsorientierten DRGs erhalten die Kliniken einen Anreiz Marktmechanismen zu integrieren und damit einen erweiterten Handlungsspielraum im Gesundheitswesen einzunehmen. Die Erweiterung des Aufgaben- und Verantwortungsbereiches bezieht sich jedoch vorwiegend auf interne Prozesse. Daraus lässt sich ein nur stark eingeschränkter Steuerungszugewinn aus der DRG-Umstellung für die Krankenhäuser ziehen. Ein Anstieg der Einflussmöglichkeiten ergibt sich stattdessen auf der Meso-Ebene. Die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems besteht im Zusammenschluss der Selbstverwaltungspartner im stationären Sektor durch das InEK. Dem Institut obliegen neben der Erstellung des Fallpauschalenkatalogs auch qualitative Aufgaben, wie die Zertifizierung von Gruppen. Eine weitere Einflussmöglichkeit ergibt sich durch den Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA), der aus Vertretern der Spitzenverbände von Krankenhäusern, Ärzten und Krankenkassen besteht. Die Aufgaben dieses Gremiums umfassen u.a. die Qualitätssicherung sowie das Qualitätsmanagement. Mit der Erweiterung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch das GKV-WSG erfährt der G-BA einen Ausbau der Richtlinienkompetenz. Von diesem zusätzlichen Steuerungsgewinn profitiert auch die Makro-Ebene aufgrund der Aufsicht über den G-BA. Insgesamt zeigt sich mit der Einführung der leistungsorientierten DRGs eine starke Wirtschaft- und Qualitätsorientierung, welche für die einzelnen Krankenhäuser mit einer erheblichen Verantwortungszunahme und für die Akteure auf der Meso-Ebene mit einem Steuerungsgewinn verbunden ist.

Die detaillierte Betrachtung der Vergütungs- bzw. Finanzierungssysteme des ambulanten und stationären Sektors verdeutlicht die Unterschiede zwischen beiden Bereichen. Auf der einen Seite besteht die Einzelleistungsvergütung. Auf der anderen Seite werden Fallpauschalen zur Berechnung herangezogen. Schnittstellen können aufgrund der kaum vorhandenen Gemeinsamkeiten nicht überwunden werden und verdeutlichen den Nachteil der finanziellen Umbrüche, die einen kontinuierlichen Behandlungsfluss nahezu ausschließen. Des Weiteren zeigt sich anhand der beiden komplexen Finanz- und Vergütungssystematiken des ambulanten und stationären Sektors auch die unterschiedliche Innovationsfreudigkeit. Im Krankenhaus-Sektor vollzog sich mit der DRG-Einführung eine der umfangreichsten und radikalsten Reformierungen seit Jahrzehnten, indem eine neue Vergütungsform mit den Pauschalen eingeführt worden ist. Im Gegensatz dazu lässt sich im ambulanten Sektor keine wirkliche Veränderung konstatieren. Stattdessen wird der Ausbau der eigenen Machtposition im Gesundheitswesen stetig vorangetrieben. Aus dieser machtvollen Stellung der KVen, als Ärztevertretung, resultiert wiederum die Blockadehaltung gegenüber Veränderungen. Entgegen dieser konzentrierten Steuerungsmacht der KVen weist der stationäre Sektor eine hohe Heterogenität auf. Dies resultiert daraus, dass zum einen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragspartner der KVen auf der Meso-Ebene keine Zwangsmitgliedschaft besteht, trotzdem öffentlich rechtliche Aufgaben übernommen werden müssen. Zum anderen basiert der Krankenhausbereich sowohl auf unterschiedlichen Trägerstrukturen, als auch verschiedenen Trägern. Je größer der Einflussbereich bzw. die Machtkonzentration ist, umso eher werden Veränderungen als Gefährdung der Position im Gesundheitswesen boykottiert. Zu einem Teil lässt sich somit von der Steuerungsfähigkeit auf die Reformmöglichkeiten schließen.

5.3.2.3 Anreizsetzung und Steuerungsmöglichkeiten durch freie Vergütungsvereinbarungen

Vor dem Hintergrund der Sektoralisierung im Gesundheitswesen stellt die integrierte Versorgung eine Alternative zu den über Jahrzehnte verfestigten und starren Strukturen dar. Auch im Bezug auf die Finanzierung bzw. Vergütung ermöglicht die Integrationsversorgung finanzielle Veränderungen. Diese finanzbezogene Option stellt eine Notwendigkeit zur Realisation der Schnittstellenüberwindung dar. Bereits der Paragraf 140b SGB V, aus dem sich eine vertragliche Gestaltungsfreiheit für die integrierte Versorgung ableiten lässt, beinhaltet im vierten Absatz die Möglichkeiten zugunsten von Qualität und Wirtschaftlichkeit von den bestehenden Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes abzuweichen. Zusätzlich regelt dieser Abschnitt auch die Durchbrechung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für Verträge der integrierten Versorgung, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen worden sind. Aus diesen gesetzlichen Möglichkeiten, welche die Finanzierungs- und Vergütungsmaßnahmen nur tangieren, lässt sich ein diesbezüglich großer Spielraum zur Gestaltung ableiten. Weder das Risiko der Beachtung einer von Beginn an leistungsorientierten Versorgung durch die Streichung der Beitragsstabilität für Integrationsverträge in diesem Zeitraum, noch die bestehenden Vorgaben aus den stationären Entgelt- bzw. Finanzierungsgesetzen engen die Gestaltungsfreiheit ein, da sie für die integrierte Versorgung nicht oder nur eingeschränkt gelten.

Der Paragraf 140c SGB V befasst sich mit den Vergütungsvoraussetzungen für Verträge der integrierten Versorgung. Entsprechend der bereits im vorausgehenden Abschnitt behandelten Gestaltungsfreiheit, umfasst der vorliegende erste Abschnitt die vertragliche Ausgestaltungsfreiheit bezüglich der Vergütung. Darüber hinaus dehnt sich die Vergütung, die sich auf sämtliche Leistungen bezieht, auch auf Leistungserbringer aus, die nicht an den Integrationsverträgen partizipieren, aber von den teilnehmenden Leistungserbringern Patienten überwiesen bekommen. Damit können die Netzwerke trotz vorhandener ‚Versorgungslücken‘ die Patienten in einem erweiterten Umfeld zu eigenen Vergütungsrichtlinien behandeln. Für das Netzwerk stellt dies eine reibungslosere Versorgungsmöglichkeit dar, die zudem eine stärkere Netzwerkbindung beim Patienten hervorruft. Ohne finanzielle Komplikationen können Experten außerhalb der Verträge hinzugezogen und vergütet werden. Der zweite Abschnitt regelt die Übernahme der gesamten

oder Teilbereiche betreffenden Budgetverantwortung. Durch die eigenständige Verantwortung zeigt sich eine stark marktbezogene Ausrichtung. Nur mit Hilfe einer auf eigenen Leistungen basierenden Vergütung lassen sich Rückschlüsse auf das eigene Handeln bzw. die Teilnehmer des Netzwerks ziehen. Kosten- und Qualitätsbewusstsein wird gefördert, da die Vergütung von der individuellen bzw. der Leistungsbereitschaft der Vertragspartner abhängig ist. Eine Einschränkung der Gestaltungsfreiheit beinhalten der zweite und dritte Satz des zweiten Abschnitts des Paragraphen 140c SGB V. Demnach müssen sowohl die Zahl der Versicherten sowie deren Risikostruktur und ergänzenden Morbiditätskriterien beachtet werden. Mit dieser Bedingung schränkt der Gesetzgeber die Gestaltungsfreiheit der Krankenkassen ein, um die Selektion begünstigter Patientengruppen zu vermeiden. Die Vermeidung von Verträgen mit Versicherten, die bspw. multimorbide, chronisch erkrankt sind, wirkt sich zwar positiv auf die Ausgaben aus, entspricht jedoch nicht den Grundsätzen einer solidarischen Gesundheitsversorgung und bedeutet die Benachteiligung einzelner Patientengruppen. Somit obliegt auch die integrierte Versorgung als marktbezogene Alternativversorgung den Rahmenvorgaben des Staates.

Sowohl die hohe Gestaltungsfreiheit, als auch die Budgetverantwortung erweitern den aktiven Handlungsspielraum der Akteure der integrierten Versorgung. Diese Ausgestaltungsfreiheit lässt sich als Möglichkeit der freien Vergütungsvereinbarung zwischen den Vertragspartnern bezeichnen. Zuzüglich der im vorangegangenen Abschnitt benannten Vergütungsformen eignen sich für die integrierte Versorgung komplexere Ausgestaltungsformen, welche die Vernetzung sowie den kontinuierlichen Behandlungsverlauf berücksichtigen. Zu den Vergütungsvarianten der pauschalisierten Vergütung zählen die Komplex-, Koordinations-, Episoden- und Patientenpauschalen. Unter der sog. Komplexpauschale werden die Vergütungen für die Leistungen der einzelnen Teilnehmer summiert und um Abschläge für die Krankenkassen subtrahiert. Der Anreiz dieser Vergütungsform besteht aufgrund des Einsparpotentials durch die Zusammenfassung der Vergütung. Zwischen dem stationären Sektor und den Rehabilitationseinrichtungen stellt diese Pauschalisierung eine häufige Vergütungsform dar. Neubauer stellt in diesem Konzept die Problematik der Abrechnungs- und Konkretisierungsschwierigkeiten sowie der unterschiedlichen Berechnungsvarianten den Vorteilen der qualitativen Optimierung des Behandlungsverlaufs und der Ressourcenersparnis durch eine zeitlich frühere Verlegung in die kostengünstigeren Rehabilitationseinrichtungen gegenüber.⁵⁰⁹ Obwohl die Leistungserbringer durch die Pauschale auch das Risiko der

⁵⁰⁹ Vgl. Neubauer, G. (2006), S. 46-52.

Erkrankung tragen müssen, ermöglicht diese Vergütungsform finanzielle Anreize für die Krankenhäuser und hohe Belegungszahlen für die Rehabilitationskliniken. Zugleich sind die Leistungserbringer an einer vollständigen Genesung des Patienten interessiert, um Folgekosten durch eine erneute Aufnahme zu vermeiden. Auch für die Kostenträger stellt die Komplexpauschale eine vorteilhafte Vergütungsform aufgrund der Risikoübertragung auf die Leistungserbringer, die Abschlagszahlungen sowie die Qualitätsverbesserung durch optimierte Versorgungsverläufe dar. Neubauer bezeichnet daher die Komplexpauschale als eine Interessenharmonisierung der Stakeholder, die jedoch von der Akzeptanz der Patienten abhängt. Im Gegensatz zu dem komplexen System der Komplexpauschale wird mit der Koordinationspauschale der Mehraufwand für den koordinierenden Stakeholder entgolten. Der Akteur, der die Steuerung von Patienten durch das Versorgungssystem durchführt, erhält für diese Aufwendungen einen festgesetzten Betrag. Diese Form nahm aufgrund der Einfachheit sowie durch die Anschubfinanzierung bis zum Jahresende 2008 einen erheblichen Stellenwert ein. Mit Wegfall dieser finanziellen Förderung steht die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Konzeptes im Mittelpunkt. In Kombination mit speziellen Programmen und Instrumenten, wie dem Casemanagement, kann dieser Anspruch verwirklicht werden. Die Episodenpauschale integriert die Vergütung des gesamten Versorgungsprozesses. Aufgrund der bisherigen nur geringfügig vorhandenen Abdeckung des gesamten Behandlungskontinuums⁵¹⁰ im deutschen Gesundheitswesen und der Schwierigkeit, dass jeder Krankheit eine spezifische Pauschale zugeordnet werden muss, findet diese Vergütungsform kaum Anwendung. Eine weitere mögliche Vergütungsform, die im deutschen Gesundheitswesen nicht angewandt wird und Ähnlichkeiten zur Koordinationspauschale aufweist, stellt die Pauschale für eingeschriebene Versicherte dar. Hierbei übernehmen die Koordinatoren der Steuerung auch die Vergütung der einzelnen Leistungserbringer. Eine Abwandlung dieser Ausgestaltung stellen Mühlbacher und Ekert durch die indikationsspezifische Kopfpauschale vor. Diese Vergütung wird prospektiv verhandelt, jedoch ex post um spezifische Erkrankungen und die Leistungsanspruchnahme korrigiert. Der indikationsspezifische Bedarf steht hierbei im Mittelpunkt der Pauschalisierung.⁵¹¹ Gemeinsam mit den Kopfpauschalen findet ein indirekter Leistungsbezug statt. Mit dieser Abrechnungsvariante muss ebenfalls der vollständige Leistungsaufwand abgedeckt werden, jedoch unterscheidet sich der Pauschalisierungsgrad durch den Indikationsbezug.

⁵¹⁰ Zum Stichtag des 31.12.2008 waren nur 2,9% der gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung zwischen der Rehabilitation, dem ambulanten und dem stationären Sektor abgeschlossen worden. Vgl. BQS (2009c), <http://www.bqs-register140.de/dokumente/20050331.pdf>.

⁵¹¹ Vgl. Mühlbacher, A. C./ Ekert, S. (2009), S. 118.

Insbesondere bei Programmen mit einem Krankheitsbezug, wie beim Disease Management, kann diese Vergütungsform darauf abgestimmt werden. Die Leistungserbringer erhalten eine Vergütung, die sich am Bedarf der Krankheit ausrichtet. Hieraus können insbesondere bei einer chronischen Erkrankung kostenintensive Leistungen abgedeckt werden, welche von den regulären Fallpauschalen nur unzureichend vergütet werden. Somit resultiert aus den Patientenpauschalen für die Leistungserbringer ein geringeres finanzielles Risiko, welches jedoch mit einer eingeschränkten Handlungsfreiheit einhergeht. Aufgrund der im Nachhinein bestehenden variablen Vergütungsauszahlung können die Leistungsfinanzierer eine Einflussnahme und Kontrolle mit Hilfe von Dokumentations- und Standardisierungsverfahren generieren. Zugleich ergibt sich hieraus ein Qualitätsgewinn. Als eine weitere Ausgestaltungsform der Pauschalvergütung beschreibt Neubauer die Zahlung eines festgelegten Betrages an einen Generalunternehmer. Diese koordinierende Unternehmerfunktion lässt sich nach Neubauer am ehesten von Kliniken übernehmen. Aufgrund der Ableitung dieser Vergütungsform aus der Wirtschaft ergeben sich diesbezügliche Schwierigkeiten, die es auf das Gesundheitswesen und das besondere Gut Gesundheit abzustimmen gilt. Für die von den Krankenkassen präferierten Krankenhäuser ergibt sich als Netzwerkmanager ein hoher Steuerungsgewinn. Für die Leistungsfinanzierer erfolgt eine Risikoübertragung auf die Leistungserbringer. Darüber hinaus können die Kassen durch die Managementübertragung von einer aufwandsarmen Alternativversorgung profitieren. Qualitative Richtlinien sollten jedoch etabliert werden.

Eine weitere Vergütungsalternative, die jedoch für die Regelversorgung diskutiert wird, stellt die wettbewerbliche Öffnung des Krankenhausmarktes dar. Mühlhölzer führt hierzu u.a. aus, dass eine Aufhebung der Einheitspreise durch bspw. Rabatte auf den Basisfallwert, wirtschaftlich agierende Krankenhäuser, unabhängig vom Krankenhausplan, stärker profitieren lassen können. Aber auch an dieser Stelle müssen die Ansprüche aus der Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens mit den ökonomischen Vorteilen abgeglichen werden. Mit einer solchen Öffnung wird der Einflussbereich des Staates auf einen großen Teil der stationären Versorgung erheblich eingeschränkt und spiegelt die bisherige Diskussion, die im Bereich der Investitionsfinanzierung zwischen der dualen und monistischen Krankenhausfinanzierung akut ist, wieder. Auch in diesem Feld stellt sich die Frage, wie viel Staat und wie viel Markt zur Zielerreichung notwendig sind. In der integrierten Versorgung findet durch die Vergütungsfreiheit bereits eine eingeschränkte Öffnung des

Gesundheitsmarktes statt. Mit den im Paragraphen 140 d SGB V explizit erwähnten kombinierten Budgets erhält ein Netzwerk einen mit den Krankenkassen vereinbarten Betrag, der für alle Leistungen der gesamten Netzwerkteilnehmer bestimmt ist. Können die Leistungserbringer aufgrund bspw. optimierter Prozesse Ressourcen einsparen, erhalten sie diese Differenz. Ähnlich zur Öffnung des Krankenhausmarktes werden Leistungserbringer belohnt, die wirtschaftlich handeln. Darüber hinaus ermöglicht die Zielausrichtung der integrierten Versorgung eine den gesamten Versorgungsverlauf betreffende bzw. Schnittstellen übergreifende Optimierung.

Die auf die integrierte Versorgung angepassten Vergütungsformen beinhalten als eine Hauptkomponente vorwiegend die Pauschalisierung. Vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen als Leistungsfinanzierer einen notwendigen und unverzichtbaren Vertragspartner darstellen, deutet sich die aus Kassensicht vorteilhafte Vergütung durch pauschalisierte Beträge an. Diese Form ermöglicht eine wirtschaftliche Anreizsetzung und zugleich eine Übertragung des Erkrankungsrisikos von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer. Mit Hilfe von qualitätsbezogenen Richtlinien oder Standards kann zuzüglich zur Leistungsorientierung auch die Versorgungsqualität verbessert werden und eröffnet den Kassen Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten auf den Prozess der Leistungserstellung. Daraus ergibt sich für die Krankenkassen durch die freien Vergütungsvereinbarungen ein erheblicher Steuerungszugewinn im Bereich der Alternativversorgung. Auch mit dem Wegfall der Anschubfinanzierung seit Beginn des Jahres 2009 stellt die Versorgungsform außerhalb der Regelversorgung ein erhebliches Einflussinstrument der Krankenkassen auf den Gesundheitssektor dar. Außerhalb des mächtigen Einflussbereichs der KVen können marktbezogene Instrumente angewandt werden. Durch die Streichung der Anschubfinanzierung lässt sich ableiten, dass innovative und risikoreiche Verfahren weniger häufig erprobt werden. Stattdessen ergibt sich hieraus der verstärkte Anreiz wirtschaftliche Verfahren einzusetzen. Aus Sicht der Makro-Ebene ermöglicht dies eine Entwicklung, die zugunsten des Zielaspektes der Wirtschaftlichkeit die Innovationsförderung neuer Versorgungsmodelle hemmt. Ein weiterer positiver Effekt erzeugt die innerhalb der Vergütung der integrierten Versorgung zugestandene vollständige bzw. teilweise Budgetverantwortung der Vertragspartner. Mit dieser Verantwortungsübertragung können einige von den teilnehmenden Leistungserbringern ausgehende nachteilige Effekte, wie bspw. unnötige Leistungsausweitungen,

Fallzahlvermehrung, sektorbezogene Leistungserbringung sowie angebotsinduzierte Nachfrage verringert bzw. unterbunden werden. Somit erreicht der Staat neben einer effizienteren Versorgung auch eine Qualitätsverbesserung. Aus der Übertragung von Budgetverantwortung und einer höheren finanziellen Handlungsfreiheit auf die Vertragspartner der integrierten Versorgung profitiert überwiegend die Individualebene. Einen erheblichen Steuerungsverlust müssen dagegen die Akteure auf der Meso-Ebene verzeichnen. Die sektorale Vergütung, die von den jeweiligen Verbänden im stationären und ambulanten Bereich dominiert wird, hat auf die Finanzierung der Integrationsnetzwerke nur einen geringen Einfluss. Mit der Streichung der Anschubfinanzierung und der stattdessen bestehenden Bereinigung, nach der das Regelleistungsvolumen um die integrierten Leistungen korrigiert wird, erhalten die KVen als Vertragspartner der Bereinigungsverhandlungen einen erneuten Einfluss auf die Zahlung. Ein aktuelles Beispiel zeigt, dass die KVen daran interessiert sind die Bereinigungszahlungen für die integrierte Versorgung so gering wie möglich zu halten, da sie die Steuerungsmöglichkeiten für die Krankenkassen aus der Alternativversorgung fürchten. Dies lässt sich der Schiedsamtanrufung der bayrischen KV zur Bereinigung der Gesamtvergütung für den „AOK-Hausarztvertrag nach § 73b SGB V“ entnehmen.⁵¹² Trotz des höheren Konfliktpotentials der Integrationsverträge seit der Streichung der Anschubfinanzierung, setzt der Gesetzgeber auf eine Effizienzübertragung der Alternativversorgung auf weitere Teile der Gesundheitsversorgung, indem ein bevölkerungsorientierter Ansatz gefördert wird. Zusätzlich eröffnet der Paragraf 73c, SGB V zur Ergänzung auch indikationsbezogene Netzwerke mit dem ambulanten Sektor, um die Erreichung der Ziele der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsverbesserung voranzutreiben. Die Übertragung von Budgetverantwortung und einem Handlungsspielraum durch freie Vergütungsvereinbarungen tragen dazu bei qualitäts- und wirtschaftsbezogene Anreize zu fördern. Diese finanzielle Verantwortung beschreibt das Merkmal der integrierten Versorgung und ist somit ein wesentlicher Bestandteil dieser Netzwerke.⁵¹³ Neben den Pauschalisierungen, die insbesondere für die Krankenkassen Vorteile generieren, ermöglicht der finanzielle Gestaltungsspielraum auch den Einsatz weiterer Vergütungsformen, wie die Einzelleistungsvergütung. Das komplexe System der integrierten Versorgung, welches zahlreiche Vernetzungsalternativen, wie die Medizinischen Versorgungszentren umfasst, kann mit Hilfe der freien Vergütungsvereinbarungen die spezifischen Ansprüche berücksichtigen.

⁵¹² Vgl. KVB (2009), http://www.kbv.de/fileadmin/data/dokumente/1_Ueber_uns/1.1_Organisation/RS-Hausaerzte-Schiedsamtentscheidung-20090818_pdf.pdf.

⁵¹³ Vgl. Kapitel 5.2.2.1.

5.4 Weitere organisatorische Steuerungsvarianten als zusätzliche Vernetzungsalternativen

Die integrierte Versorgung stützt sich zu einem großen Teil auf wettbewerbsbezogene Organisationsformen und Managementverfahren. Zugleich lässt sich die integrierte Versorgung als eine der weitgehendsten und intensivsten Vernetzungsmöglichkeiten, insbesondere in der vertikalen Ausgestaltung, begreifen. Zur Vervollständigung der zahlreichen Kooperationsvarianten, die mit spezifischen Anreizen und Steuerungsmöglichkeiten ausgestattet sind, werden einige wesentliche Organisationsformen skizziert. Im Fokus der Betrachtung stehen der Einfluss und das Steuerungspotential, das sich aus den organisatorischen Ausgestaltungsvarianten ergeben. Abschließend erfolgt die Einbettung der Organisationsbandbreite in die integrierte Versorgung.

Im stationären Sektor findet eine im Vergleich zu den anderen Sektoren ausgeprägte Anwendung zahlreicher aus der Wirtschaft stammender Organisationsformen statt. Die hohe Innovationsbereitschaft erstreckt sich somit weit über die stationären Finanz- bzw. Vergütungsstrukturen hinaus. Aus dem vorangegangenen Kapitel wurde bereits die Heterogenität im Krankenhausmarkt als eine Begründung für die Übertragung marktbezogener Mechanismen und Verfahren herangezogen. Sowohl die leistungsorientierte Ausrichtung, als auch die Pluralität innerhalb der Trägerstrukturen und organisatorischer Ausgestaltungsmöglichkeiten fordert von den einzelnen Krankenhäusern eine zunehmend betriebswirtschaftliche Orientierung, um eine langfristige Etablierung der eigenen Einrichtung zu sichern. Eine Tendenz innerhalb der stationären Trägerstrukturen zeigt sich anhand der Privatisierungszunahme. Nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes zur „Krankenhauslandschaft im Umbruch“ zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg von privaten Kliniken. Demnach verdoppelte sich die Anzahl an Krankenhäusern mit privater Trägerschaft von 1991 bis 2008 auf 628 Kliniken. Dagegen sank die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser im Jahr 2008 auf den bislang niedrigsten Wert von 660. Dies entspricht einem Rückgang von 450 Krankenhäusern im Vergleich zum Jahr 1991. Aber auch bei den freigemeinnützigen Kliniken zeigt sich ein ähnlicher, aber weniger gravierender Rückgang der Krankenhauszahlen.⁵¹⁴ Vor dem Aspekt, dass die Bettenzahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser im Vergleich zu den privaten Häusern fast dreifach so

⁵¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2008d), S. 2f. Vgl. Statistisches Bundesamt (2009b), <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/...>

hoch ist, müssen Aussagen zur befürchteten Dominanz der Privatisierung und eines damit verbundenen Rückzugs aus dem Sicherstellungsauftrag im stationären Sektor überdacht werden. Zwar lässt sich ein Trend zur Privatisierung durchaus erkennen. Ob sich daraus Rückschlüsse auf eine mögliche Gefährdung der Daseinsvorsorge oder eine Reduktion der Heterogenität im stationären Bereich ziehen lassen, wie sie von Obst im deutschen Ärzteblatt vorgenommen worden sind, soll anhand einer sich anschließenden Betrachtung der organisatorischen Möglichkeiten, die auch Privatisierungen mit einschließen, fokussiert werden.⁵¹⁵ Gründe für den Privatisierungsanstieg zeigen sich zum einen in den bestehenden Finanzierungsproblemen der Gebietskörperschaften als Träger der öffentlichen Kliniken. Zum anderen werden die öffentlich geführten Häuser von den Kommunen in ihrer Handlungsfreiheit stark beeinflusst. Strehlau-Schwoll, Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft, bezeichnet dementsprechend die regionale Begrenzung durch die Gebietskörperschaften als einen wesentlichen Nachteil der öffentlichen Krankenhäuser, die damit im Wettbewerb untereinander eingeschränkt werden.⁵¹⁶

Die organisatorischen Möglichkeiten zur Generierung von wirtschaftlichen und auch qualitativen Vorteilen, die letztendlich auf eine Etablierung im Gesundheitsmarkt abzielen, können zum einen unter den zahlreichen Kooperationsmöglichkeiten zusammenfasst werden. Kooperationen stellen eine freiwillige Zusammenarbeit zwischen mehreren Akteuren dar, die außerhalb ihrer vertraglichen Kooperation nicht voneinander abhängig sind. Über einen intensiveren Bindungsgrad verfügt zum anderen die Konzentration von Unternehmen, innerhalb derer keine eigene wirtschaftliche Selbstständigkeit mehr besteht. Die höchste Abhängigkeit wird in der Fusion generiert. Hierbei verschmelzen die rechtliche und wirtschaftliche Eigenständigkeit.

Eine Möglichkeit der Kooperationsvarianten stellt die Ausgliederung von Leistungen, die nicht die eigentliche stationäre Leistungserbringung betreffen, dar. Beispielfhaft handelt es sich um Dienstleistungen im Bereich der Reinigung, des Einkaufs, bei Laborleistungen oder Gebäudemanagementfunktionen. Die Ausgestaltungsmöglichkeiten, die den Dienstleistungsbereich außerhalb der Patientenversorgung beinhalten, reichen von der Gründung einer eigenen Tochter-GmbH, über die Zusammenarbeit mit externen Dienstleistungsunternehmen, bis zur Kooperation mit anderen Krankenhäusern bzw. Trägern.

⁵¹⁵ Vgl. Obst, L. (2009), S. 1-5.

⁵¹⁶ Vgl. Ossen, P. (2008), S. 470-472.

Die Vorteile für das Krankenhaus bestehen zum einen aufgrund einer höheren finanziellen Unabhängigkeit von bspw. tariflichen und steuerlichen Forderungen. Zum anderen ermöglichen bspw. Einkaufskooperationen die Generierung von Synergieeffekten sowie einer verbesserten Stellung im Markt, was sich wiederum auf Rabatte u.ä. positiv auswirken kann. Kooperationen umfassen somit wirtschaftliche Anreize außerhalb des Kerngeschäfts der Krankenhäuser und können dazu beitragen die Konzentration auf die eigentliche stationäre Versorgung zu bündeln. Darüber hinaus erweitert Scherff die Kooperationsformen im Dienstleistungsbereich um mögliche sektorenübergreifende Verknüpfungen. Beispielfähig benennt er die gemeinsame Finanzierung kostspieliger Investitionen im stationären Bereich mit niedergelassenen Ärzten.⁵¹⁷ Kooperationen auf dieser Stufe sind damit nicht nur auf horizontale Vernetzungen begrenzt. Bezogen auf die Steuerungsfähigkeit ermöglichen die Auslagerungsprozesse eine Konzentration auf die wesentlichen Leistungen und fördern eine strategische Ausrichtung im Krankenhaus. Vernetzungen auf dieser Stufe ermöglichen die Nutzung externen Wissens bzw. Erfahrung und können dazu beitragen den Leistungserstellungsprozess zu optimieren. Eine weitere neue Organisationsform, die von den Kooperationen im Dienstleistungsbereich unterstützt wird, stellt die Bildung sog. Schwerpunktleistungen bzw. Zentren dar. Hierbei handelt es sich um eine horizontale Bündelung von patientenbezogenen Leistungen zur Optimierung von Prozessen und Ressourcen mit Hilfe von bspw. Skaleneffekten. Gegenstand der Zentren können spezifische Krankheiten oder auch körperliche Organe sein. Insbesondere für kleinere Kliniken oder auch einzelne Abteilungen im Krankenhaus kann eine Konzentration auf Zentren mit positiven Auswirkungen auf wirtschaftliche und qualitative Aspekte verbunden sein. Voraussetzungen für eine solche Optimierung stellen nach Rasch bei den sog. Profit Centern die Delegation von Verantwortung und Entscheidungskompetenz, die Dezentralisation des Organisationsaufbaus sowie die Übernahme von operativen Leistungen inklusive eines eigenen Budgets dar.⁵¹⁸ Die Kooperationen im Dienstleistungsbereich können aufgrund der Übernahme von nicht patientenbezogenen Aufgaben die Zentren unterstützen. Zwar handelt es sich bei den Schwerpunktbildungen um eine intensive horizontale Vernetzung innerhalb eines Krankenhauses, mit Hilfe der Übertragung von Verantwortung kann diese Organisationsform sowohl qualitative, als auch wirtschaftliche Verbesserungen generieren. Darüber hinaus ermöglicht eine solche Aufgabendelegation die Fokussierung der Klinikführung auf leitungsspezifische Funktionen und generiert eine Abgrenzung zu

⁵¹⁷ Vgl. Scherff, A. (2005), S. 31-34.

⁵¹⁸ Vgl. Rasch, A. (2008), S. 428f.

konkurrierenden Einrichtungen. Eine nahezu vollständige Entlastung von den betriebsführenden Aufgaben eines Krankenhauses kann durch die von Scherff bezeichneten Geschäftsbesorgungs- und Managementverträge erfolgen. Die Aufgaben der Krankenhausführung werden von Managementgesellschaften oder anderen Krankenhausträgern übernommen. Bei der Geschäftsführung im fremden Namen ist eine Zuordnung zu den bisherigen Kooperationsformen nur stark eingeschränkt möglich. Durch eine nur teilweise wirtschaftliche Eigenständigkeit lässt sich diese Organisationsausgestaltung weder der Kooperationsform, noch der Konzentration eindeutig zuordnen. Zwar werden die Managementverträge häufig als Vorform einer Krankenhausübernahme genutzt. Darüber hinaus geht mit der Übergabe der Betriebsführung an eine Managementgesellschaft oder an einen anderen Krankenhausträger auch die Steuerungsmöglichkeit des Hauses zu dem im Vertrag vereinbarten Konditionen an die Vertragspartner über. Im Vergleich zur Organisationsform der Holding können aber strategische Entscheidungskompetenzen bzw. einzelne Bereiche der Betriebsführung aus den Managementverträgen ausgenommen werden. Die Intensität der Fremdbestimmung durch den Vertragspartner ist somit abhängig vom Umfang und der Ausgestaltung der Verträge. Eine Holding, als weitere Organisationsform, umfasst die Zusammenlegung der Geschäftsführung aller beteiligter Krankenhausgesellschaften und verfügt als Mutterkonzern mit der Mehrheit der Anteile an den Tochtergesellschaften über die wesentliche Entscheidungskompetenz und damit die vollständige Steuerungskompetenz über die teilnehmenden Krankenhäuser. Auch der sog. Konzernaufsichtsrat der Holding ist als Kontrollorgan auf der Holding-Ebene angesiedelt. Das hier aufgeführte Beispiel stellt eine klassische Holding-Struktur dar. Des Weiteren bestehen auch Finanzholdings, die statt der Betriebsführung die Finanzen zentralisieren und dadurch Einfluss auf die Tochtergesellschaften generieren können. Zwar regeln die Krankenhäuser als nachgelagerte Gesellschafter der Holding das operative Geschäft und damit die stationäre Leistungserbringung in eigener Verantwortung, die strategische Ausrichtung, die Übernahme der Unternehmensphilosophie u.ä. eröffnen jedoch eine erhebliche Einflussnahme auf die einzelnen Kliniken. Schließlich beinhaltet die Fusion die intensivste Form der Zusammenführung. Hierbei entsteht aus der Verschmelzung ein Einheitsunternehmen. Mehre Krankenhäuser mit verschiedenen Standorten gehören einem rechtlich und wirtschaftlich verbundenen Konzern an. Die Fusion kann sowohl eine vollständige Übernahme einer Klinik durch eine andere Klinik bzw. einen Träger umfassen oder als eine Zusammenführung mehrerer Häuser mit dem Ziel einer Neugründung

organisiert sein. Aufgrund der vollständigen Verschmelzung aller Bereiche ist die Steuerung von dem übernehmenden Krankenhaus bzw. Träger bei dieser Organisationsform am höchsten. Darüber hinaus ergibt sich durch den Zusammenschluss von mehreren Krankenhäusern bzw. Trägern neben den Synergieeffekten auch ein Ausbau der Steuerungsmöglichkeiten auf den gesamten Gesundheitssektor.

Die vorgestellten zahlreichen Möglichkeiten der Organisationsformen für den stationären Sektor stellen Organisationsausgestaltungen dar, die ihren Ursprung im Unternehmensbereich und damit im Markt haben. Die einzelnen Kooperations- und Zusammenführungsvarianten, die Vernetzungen mit unterschiedlicher Intensität und Einflussmöglichkeiten beinhalten, bestätigen erneut die hohe Innovationsbereitschaft des stationären Sektors. Zugleich bestärkt die Übernahme der wettbewerbsbezogenen Organisationsformen die Tendenz zum Markt. Bereits durch die Privatisierungszunahme deutet sich im stationären Bereich eine Marktorientierung an. Dies zeigt sich auch in der Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Im Gegensatz zu einem Großteil der vorgestellten organisatorischen Ausgestaltungen kann das MVZ auch eine sektorenübergreifende Versorgung fokussieren. Die seit dem GMG im Jahr 2004 eingeführte Kooperationsvariante soll „fachübergreifend“ die ärztliche Patientenversorgung bereichern.⁵¹⁹ Dabei handelt sich um eine unter ärztlicher Leitung stehende Organisationsform. Zwar leitet sich hier in erster Linie eine vom ambulanten Sektor ausgehende notwendige Beteiligung ab, aufgrund der Gründungs- und Beteiligungsmöglichkeiten anderer Vertragspartner erschließt sich auch für den stationären Sektor eine schnittstellenübergreifende Versorgungsalternative. Aus Sicht des Krankenhauses eröffnet diese Organisationsform eine Erweiterung des eigenen Versorgungsspektrums sowie die Erschließung neuer Steuerungsfelder. Aus Kooperationsmöglichkeiten, z.B. im Bereich der gemeinsamen Nutzung teurer Apparaturen oder einer aufeinander abgestimmten EDV, ergeben sich vereinfachte Prozessübergänge zwischen den beiden Sektoren. Für das Krankenhaus, an dem ein MVZ angegliedert ist, ergibt sich u.a. der Vorteil eines gesicherten Einweiserhaltens durch die im MVZ tätigen ambulanten Ärzte. Das Potential der MVZ für die Krankenhäuser lässt sich auch anhand der stetig gestiegenen Anzahl von MVZ in der Trägerschaft einer Klinik erkennen. In 507 von insgesamt 1.325 MVZ bestand im zweiten Quartal 2009 eine Beteiligung mit einem Krankenhaus. Dabei bevorzugen die Krankenhäuser neben der Rechtsform der Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) vorwiegend die Gesellschaft mit beschränkter Haftung

⁵¹⁹ Vgl. § 95, Abs. 1, SGB V.

(GmbH).⁵²⁰ Die Gründe für diese hervorgehobene Wahl der GmbH lassen sich u.a. aus den besonderen Eigentums Umständen dieser Rechtsform erklären. Aufgrund der nur eingeschränkten Haftung mit den Kapitaleinlagen besteht bei der GmbH ein geringeres finanzielles Risiko, als bei der GbR in Form einer Personengesellschaft. Darüber hinaus können einige Krankenhäuser durch die Eigentumsverhältnisse der öffentlichen Einrichtungen in Form von bspw. Regiebetrieben nur auf diese Rechtsform zurückgreifen. Zusätzliche Varianten der Krankenhäuser an der Beteiligung ambulanter Leistungen und damit auch am Ausbau der eigenen Steuerungsfähigkeit zu partizipieren, ermöglichen die Berechtigungen für Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung nach Paragraph 116b SGB V, die erst mit dem GKV-WSG erweitert worden sind. Dies gilt auch für vereinfachte Bedingungen der hochspezialisierten Leistungen der integrierten Versorgung am Krankenhaus sowie für die prä- und poststationäre Behandlung nach Paragraph 115a SGB V. Für die Krankenhäuser stellen diese ausgebauten sektorenübergreifenden Formen die Erschließung neuer Versorgungsbereiche dar, die weit über die starren stationären Grenzen hinaus ambulante Behandlungsabläufe beanspruchen können. Damit wird zwar ein erweitertes Steuerungspotential für die Krankenhäuser geschaffen, aufgrund der Heterogenität und des hohen Wettbewerbsdruck innerhalb des stationären Sektors lässt sich ein allgemeingültiger Steuerungsgewinn des Sektors kaum feststellen. Die Pluralität der Krankenhäuser steht einem Einflusszuwachs des gesamten Sektors entgegen. Auf der Meso-Ebene resultiert daraus, dass trotz des erweiterten Handlungsspielraums kein signifikanter Machtausbau erfolgt ist. Für das einzelne Krankenhaus oder einen Träger ergeben sich jedoch sowohl durch die Organisationsvielfalt, als auch durch die teilweise Aufhebung der sektorenbezogenen Trennung das Potential zum Ausbau der eigenen Steuerungsfähigkeit. Dies ist jedoch stark abhängig von regionalen und konkurrenzbezogenen Entwicklungen. Insgesamt erschließt sich hieraus ein erneuter Trade Off. Heterogenität fördert auf der einen Seite zwar die Innovationsbereitschaft, auf der anderen Seite hemmt sie den Ausbau des übergeordneten Machtgefüges. Konkurrenz und Wettbewerbsdruck fördern somit die Bereitschaft Veränderungen zuzulassen, zugleich fordern sie eine starke Fokussierung auf das eigene Unternehmen bzw. die eigene Trägerschaft. Vertrauensvolle Vernetzungen können dazu beitragen positive Effekte über die Organisationsgrenzen hinweg ziehen zu können.

Für den ambulanten Sektor ergibt sich eine weitaus weniger umfangreiche Organisationsvielfalt. Zwar obliegt den praktizierenden Ärzten nach Paragraph 18, Absatz eins

⁵²⁰ Vgl. KBV (2009b), S. 3f. Vgl. Hansen, L. (2009), S. 36-47.

und zwei der Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) eine hohe Rechtsformfreiheit, die sowohl die Gründung einer GbR, als auch einer GmbH mit einschließt. Auch die innerhalb der Paragrafen eingeräumten Möglichkeiten zum Zusammenschluss in Berufsausübungs-, Organisations- und Kooperationsgemeinschaften sowie Praxisverbänden geben vielfache Ansatzpunkte für Vernetzungen und die Nutzung von spezifischen Organisationsformen. Doch trotz der hohen organisatorischen und rechtsformbezogenen Ausgestaltungsfreiheit wird ein Großteil der Praxen als Einzelunternehmen geführt. Auch die meisten Kooperationsformen beziehen sich auf Zusammenschlüsse innerhalb des ambulanten Sektors und schließen in den meisten Fällen keine fachübergreifenden Vernetzungen mit ein. Mögliche Gründe für diese weniger ausgeprägte Innovationsbereitschaft im ambulanten Sektor lassen sich u.a. aus dem im Vergleich zum stationären Sektor weniger umfangreichen Wettbewerbsdruck ableiten. Aufgrund einer kaum vorhandenen Leistungsorientierung im Vergütungssystem, Möglichkeiten für zusätzliche Einkünfte in Form von individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL), die der Patient selber zu tragen hat sowie den Fehlanreizen durch eine angebotsinduzierte Nachfrage erhält der praktizierende Arzt einen, nicht unumstrittenen, bedingten Einfluss auf das eigene Einkommen. Zugleich ist der Arzt als Einzelunternehmer neben der Verantwortung für die Gesundheit seiner Patienten auch für das sichere Einkommen seiner Angestellten zuständig. Darüber hinaus muss die Anschaffung teurer Geräte finanziert werden. Nichts desto trotz stellen Praxisschließungen aufgrund einer fehlenden Rentabilität eher die Ausnahme dar. Im Bundesvergleich besteht jedoch ein hohes Ungleichgewicht des ärztlichen Einkommens.⁵²¹ Die Unterschiede in Abhängigkeit der Fachrichtung und der Region sollen mit der aktuellen Honorarreform abgebaut werden. Eine solche Vereinheitlichung der Einkommenshöhe der Ärzte sowie der regionalen Versorgung trägt nicht dazu bei den Wettbewerb im ambulanten Sektor zu fördern. Darüber hinaus ermöglicht die freie Arztwahl in der Regelversorgung den uneingeschränkten und wiederholten Zugang zu ärztlichen Spezialisten. An der Behandlung einer Krankheit eines Patienten können somit mehrere Ärzte unabhängig voneinander beteiligt sein. Diese Doppel- bzw. Mehrfachuntersuchungen stehen einem wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitswesen entgegen. Ein weiterer Grund für die kaum vorhandene Übernahme von Rechtsformen außerhalb des Einzelunternehmens stellt die im Vergleich zum stationären Sektor geringe Größe einer ambulanten Einheit dar. Nur komplexe Einheiten können die

⁵²¹ Vgl. Nienhaus, L. (2008a), S. 41.

organisatorischen und betriebsführenden Aufgaben sowie die finanziellen Investitionen und Verantwortungen übernehmen.

Trotz dieser organisatorischen Einschränkungen im ambulanten Sektor bestehen Vernetzungsansätze. Rasch unterteilt hierzu die Kooperationsmöglichkeiten in Betriebs- und Berufsausübungsgemeinschaften.⁵²² Die Praxis-, Apparate- und Laborgemeinschaft zählen zur Betriebsgemeinschaft. Bei den Praxisgemeinschaften handelt es sich um einen Zusammenschluss mit anderen niedergelassenen Ärzten, welche durch die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, Geräten und bzw. oder Mitarbeitern Einsparungen generieren. Die Apparate- und Laborgemeinschaften beziehen sich auf die Kooperation bei medizinischen Geräten bzw. der Nutzungen von Laboren und deren Einrichtungen. Es bestehen vorwiegend wirtschaftliche Anreize für diese nur partiellen und nicht die eigentliche Leistungserbringung betreffenden Zusammenschlüsse. Positive Effekte umfassen die Prozessoptimierung, die finanzielle Risikoreduktion und die Kosteneinsparungen. Dadurch können sich auch qualitative Verbesserungen durch eine stärkere Konzentration auf die Kernleistung und das Vorhalten moderner Apparate sowie geschulten Personals ergeben. Eine stärkere auf die Qualität ausgerichtete Betriebsgemeinschaft stellt der Praxisverbund dar. Hierbei handelt es sich nach Paragraf 23d, Satz 1, MBO-Ä, um eine Zusammenarbeit der Patientenversorgung, die auf gemeinsame Maßnahmen ausgerichtet ist. Diese Form beinhaltet zwar bereits eine intensivere Verbindung, im Gegensatz zu den Betriebsgemeinschaften kooperieren die Vertragspartner der Berufsausübungsgemeinschaft auch innerhalb der organisatorischen und der wirtschaftlichen Belange. Ein häufig anzutreffendes Beispiel stellt die Gemeinschaftspraxis dar, in welcher eine gemeinsame Organisation und Abrechnung auf der Basis eines Patientenstammes erfolgt. In der medizinischen Kooperationsgemeinschaft wird die Zusammenarbeit um die nach Paragraf 23b, Satz 1, MBO-Ä befugten Angehörigen anderer akademischer Heil- und sozialpädagogischer Berufe sowie um staatliche Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen erweitert. Im Vergleich zu den Betriebsgemeinschaften ermöglichen die Berufsausübungsgemeinschaften positive wirtschaftliche Effekte über die partiellen Bereiche hinaus. Insbesondere Zusammenschlüsse mit angegliederten Leistungserbringern, wie der Physiotherapie, zielen auf einen prozessoptimierten Behandlungsverlauf der Patienten ab. Trotz einem höheren Einspar- und Qualitätsverbesserungspotential der Berufsausübungsgemeinschaften verfügen diese Organisationsformen über den Nachteil, dass die Leistungserbringung und die

⁵²² Vgl. Rasch, A. (2008), S. 429-432.

Gestaltungsfreiheit des einzelnen Vertragspartners eingeschränkt ist. Weniger effektive Kooperationspartner müssen von der Gemeinschaft mitgetragen werden. Es besteht somit die Gefahr, dass einzelne Vertragspartner nicht die Leistung erbringen, die sie im Fall einer ausschließlich eigenverantwortlichen Abrechnung leisten würden. Dies stellt ein Problem der Informationsasymmetrie dar, die auf intransparenten Leistungsabläufen beruht.

Schließlich zählt das MVZ zu den sektorenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften. Die vom Gesetzgeber gewährte freie Wahl der Organisationsformen im MVZ wird nach der Bundesärzteordnung eingeschränkt. Demnach basieren die offene Handelsgesellschaft (OHG) und die Kommanditgesellschaft (KG) auf der Existenz eines Gewerbes. Dies schließt die Gründung durch Ärzte aus.⁵²³ Für eine wachsende Zahl von Ärzten stellt die Organisationsform des MVZs eine Alternative zum Einzelunternehmen oder den vorgestellten Kooperationsformen dar. Nach Paragraph 95 SGB V können die am MVZ teilnehmenden zugelassenen Ärzte als Vertragsärzte oder Angestellte in Voll- oder Teilzeit für das Zentrum tätig sein. Das Angestelltenverhältnis ist seit Mitte des Jahres 2005 die am häufigsten gewählte Form der Berufsausübung im MVZ. Mit dem Anstieg der Organisationsform wächst auch die Anzahl der angestellten Ärzte. Insbesondere bei MVZ, die sich in der Trägerschaft eines Krankenhauses befinden, dominiert das Angestelltenverhältnis der Ärzte über die Tätigkeit als Vertragsarzt. Dementsprechend arbeiteten im zweiten Quartal 2009 in 2.448 MVZ Ärzte überwiegend im Angestelltenverhältnis, wobei lediglich in 47 MVZ vorwiegend Vertragsärzte tätig waren.⁵²⁴ Diese hohe und stetig steigende Anzahl von angestellten Ärzten im MVZ verdeutlicht die Akzeptanz dieser Organisationsausgestaltung. Im Gegensatz zu den Einzelunternehmen geht der Arzt als Angestellter kein finanzielles Risiko eines freiberuflichen Unternehmers ein. Ein festes Gehalt, unkomplizierte Inanspruchnahme von Urlaubstagen, Vertretung im Krankheitsfall und feste Arbeitszeiten sind weitere Vorteile des Angestelltenverhältnisses. Insbesondere die Balance zwischen Familie und Beruf lässt sich mit dieser Berufsausübung einfacher vereinbaren. Die Erweiterung der Organisations- und Ausgestaltungsformen um das Angestelltenverhältnis werden von einigen niedergelassenen Ärzten als nachteilig bezeichnet. Grauduszus sieht als Präsident der Freien Ärzteschaft mit der Aufgabe der Freiberuflichkeit auch die ärztliche Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit gefährdet.⁵²⁵ Der Vorstandsvorsitzende der KV Bayerns, Munte, grenzt die Kritik auf die MVZ ein, die nicht ausschließlich von Ärzten geführt werden. Er fürchtet

⁵²³ Vgl. § 1, Abs. 2, Bundesärzteordnung.

⁵²⁴ Vgl. KBV (2009b), S. 5-8. Vgl. Hansen, L. (2009), S. 39.

⁵²⁵ Vgl. KBV (2008), <http://www.kbv.de/presse/print/13443.html>.

neben der hohen Konkurrenz von MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses für die niedergelassenen Ärzte auch die höhere Marktmacht aufgrund der höheren Kapitalkraft von Klinikketten. Knieps entgegnet als Vertreter des Gesundheitsministeriums unter der damaligen Gesundheitsministerin Schmidt, dass die freie Ausgestaltung der MVZ die Effizienz im Gesundheitswesen vorantreibt.⁵²⁶ Aus diesem Diskurs zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und der Gesundheitspolitik verdeutlichen sich die unterschiedlichen Zielsetzungen. Der Staat zielt mit den freien Ausgestaltungsmöglichkeiten der MVZ auf verbesserte Qualitäts- und Kosteneffekte ab, die mit Hilfe der stark am Wettbewerb orientierten Organisationsform erreicht werden sollen. Der ambulante Sektor hingegen befürchtet vorwiegend durch die außer-ambulanten Vertragspartner einen erheblichen Steuerungsverlust. Auch an dieser Stelle bestätigt sich erneut das Bestreben der KVen den Einfluss des ambulanten Sektors zu erhalten bzw. zu vergrößern. Mit den MVZ, die in der Trägerschaft von Krankenhäusern an der ambulanten Gesundheitsversorgung partizipieren, besteht die Gefahr der Reduktion der bestehenden Steuerungsmacht. Trotz der stetig steigenden Inanspruchnahme des Angestelltenverhältnisses und der damit hohen Akzeptanz der neuen Versorgungsform in der Ärzteschaft führen die KVen den Boykott gegenüber den wettbewerbsorientierten Organisationsformen und Instrumenten der integrierten Versorgung fort. Damit zeigt sich, dass die KVen den Ausbau der eigenen Steuerungsmöglichkeiten einen höheren Stellenwert einräumen, als den Interessen der ärztlichen Basis.

Das MVZ stellt eine sektoren- und schnittstellenübergreifende Organisationsform dar. Dies gilt nur im Falle einer Vertragspartnerschaft mit einem Krankenhaus. Bei einer ausschließlichen ambulanten Beteiligung erhält das MVZ den Charakter einer Gemeinschaftspraxis. Eine weitere sektorenübergreifende Leistungserbringung umfasst das Belegarztwesen. Hierbei schließen die speziell zugelassenen Belegärzte einen Vertrag mit den Krankenhäusern über die Nutzung von Räumlichkeiten, Mitarbeitern und bzw. oder Apparaten. Die Vergütung erfolgt über die vertragsärztliche Gesamtvergütung und unterliegt spezifischen belegärztlichen Entgelten. Zwar verbesserte sich mit dem GKV-WSG durch die Festlegung einer angemessenen finanziellen Bewertung der Leistungen der Belegärzte die Vergütungsstruktur für die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus erheblich. Mit der Neuerung des VÄndG vom 01.01.2007 konkurrieren die Belegärzte jedoch mit den neu geschaffenen Honorarärzten, die neben ihrer Vertragsarztstätigkeit im ambulanten Sektor nun auch Leistungen in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen durchführen dürfen. Der

⁵²⁶ Vgl. Hoischen, O. (2009), S. 9.

Wettbewerbsdruck ist somit innerhalb dieser sektorenübergreifenden Nische stark angestiegen.

Für die Krankenkassen ergibt sich als Kostenträger und Interessenvertretung der Patienten im Vergleich zu den vorangegangenen Varianten der Organisationsformen des stationären und ambulanten Sektors ein weitaus weniger umfangreiches Kooperationspektrum. Im Bereich der intrasektoralen Vernetzungen zeigt sich die Fusion als eine häufig anzutreffende Organisationsform. Aktuellstes Beispiel ist der Zusammenschluss der Barmer und der Gmünder Ersatzkasse, die Ende September 2009 zu der größten Krankenkasse Deutschlands fusionierten. Des Weiteren ermöglichen die zahlreichen Kooperationsvarianten vorwiegend innerhalb der selektivvertraglichen Versorgung Vernetzungsansätze, z.B. in Form von Managementverträgen, über die Kostenträgerschaft hinaus.

Die nachfolgende Abbildung 25 fasst die vorgestellten Kooperations- und Zusammenschlussvarianten des ambulanten und stationären Sektors zusammen. Zusätzlich erfolgt innerhalb der Grafik die Einordnung in die integrierte Versorgung.

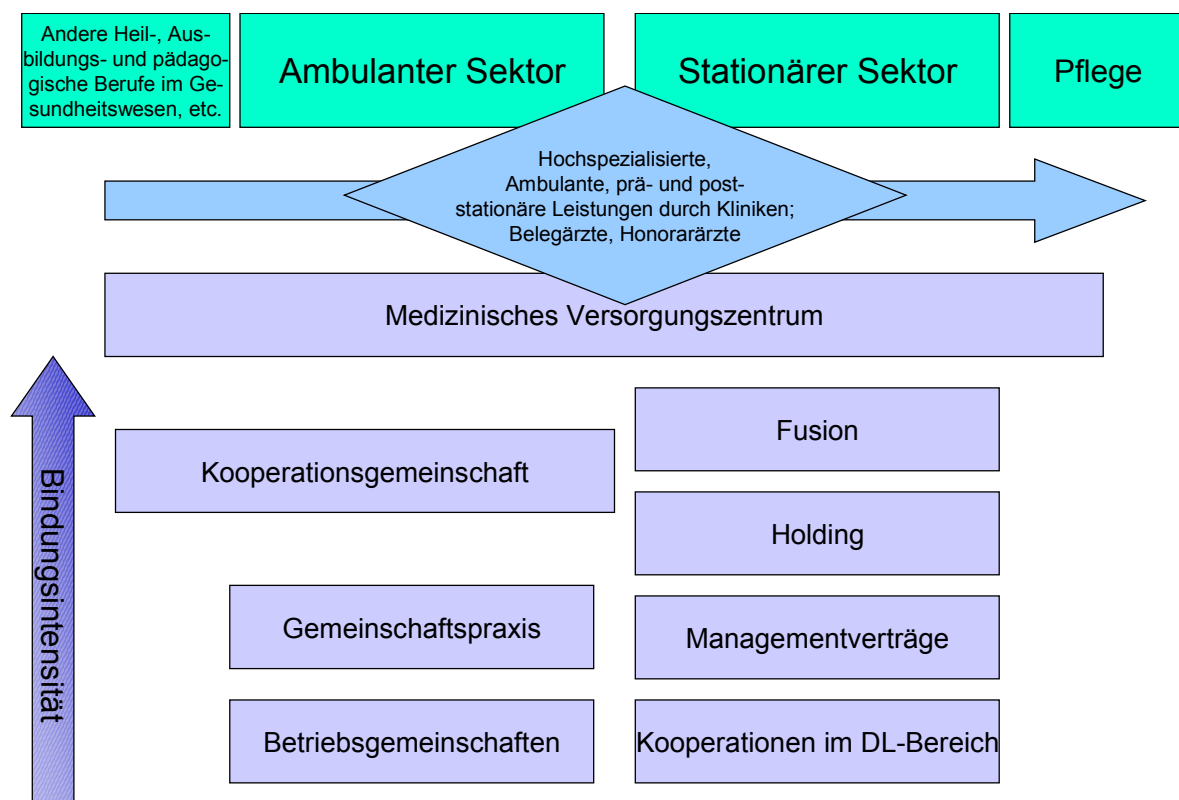


Abbildung 25: Kooperations- und Zusammenschlussvarianten des ambulanten und stationären Sektors

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Abbildung 25 listet die zuvor benannten und im Steuerungsbezug diskutierten Kooperations- und Zusammenschlussmöglichkeiten des ambulanten und stationären Sektors auf. Die Bindungsintensität der einzelnen Varianten steigt von den Betriebsgemeinschaften bzw. Kooperationen im Dienstleistungsbereich, die nur partiell zusammenarbeiten, bis hin zur Fusion, die eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit darstellt. Das MVZ als sektorenübergreifende Organisationsform verfügt zwar ebenfalls über einen hohen Bindungsgrad, aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten lässt es sich jedoch nicht eindeutig einer Bindungsintensität zuordnen. Stattdessen erweitert das MVZ die Abbildung um die sektorenübergreifende Vernetzungsansätze. Der über den ambulanten und stationären Sektor hinaus gehende Balken des MZV's verbindet schnittstellenübergreifend die einzelnen Bereiche und fügt damit den integrativen und prozessualen Charakter in die Abbildung 25 und in die Organisationsausgestaltungen ein.

Im engeren Sinne umfasst die integrierte Versorgung den im Gesetz verankerten Umfang der Paragraphen 140a-h, SGB V. Im Vorfeld der Ausführungen wurde über die Verknüpfung mit den Vernetzungen die schnittstellenüberwindende Ausrichtung auf eine qualitativ und wirtschaftlich verbesserte Gesundheitsversorgung der integrierten Versorgung herausgestellt. Das Konzept der selektivvertraglichen Versorgung, welches sich auf einen patientenorientierten kontinuierlichen Behandlungspfad stützt, findet auch außerhalb der genannten Paragraphen im deutschen Gesundheitswesen Anwendung. Neben den bisher kaum benannten oder in vorangegangenen Kapiteln schemenhaft vorgestellten Versorgungsformen, wie der Hausarztzentrierten Versorgung oder den Disease Management Programmen, tragen die MVZ oder die weiteren Ausgestaltungsmöglichkeiten, wie die ambulante Behandlung im Krankenhaus, erheblich dazu bei die schnittstellenbezogenen Probleme abzubauen. Aus diesem Grund lassen sich die einzelnen Organisations- und Versorgungsformen durchaus der integrierten Versorgung im weiteren Sinne zuordnen. Zur Vervollständigung der Organisationsvielfalt innerhalb des Integrationsansatzes komplettieren auch das bereits etablierte Belegarztwesen sowie die neue Form der Honorarärzte die ambulanten sektorenübergreifenden Behandlungsmöglichkeiten. Beide Ausgestaltungsmöglichkeiten basieren auf Vertragsvereinbarungen mit den Krankenhäusern. Zusätzlich verbindet das Belegarztwesen und die sektorenübergreifenden Ansätze des stationären Sektors, wie die vor- und nachstationäre sowie die ambulante Behandlung im Krankenhaus, die im Paragraphen 115,

SGB V festgeschriebenen Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten. Darüber hinaus lassen sich die einzelnen Organisationsformen auch miteinander kombinieren. Dementsprechend können Praxisverbände mit Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung abschließen. Die aufgezeigte Vielfalt der Gestaltungsalternativen eröffnet entsprechend der Heterogenität der Steuerungsinteressen passende wettbewerbsbezogene Maßnahmen, die jedoch auf den Bereich der Alternativversorgung beschränkt sind. Eine Gefährdung der Daseinsversorgung als Beispiel kann sowohl aufgrund der nur eingeschränkten Versorgung innerhalb des selektiven Versorgungssystems, als auch durch die zahlreichen Vernetzungsansätzen nicht stattgegeben werden. Stattdessen ermöglicht die Ausgestaltungsfreiheit eine umfangreiche und vielseitige Zuordnung zum Konzept der integrierten Versorgung. Des Weiteren beinhaltet der Integrationsansatz eine hohe Organisationsvielfalt, die mit Hilfe von Vernetzungen auf die Zielerreichung der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität abzielt.

5.5 Europäischer Einfluss auf die Vernetzungen im deutschen Gesundheitswesen

Bisher wurde das deutsche Gesundheitswesen stark isoliert innerhalb des nationalstaatlichen Einflussbereichs betrachtet. Zwar wurde innerhalb der Entwicklungsdarstellung der integrierten Versorgung aus dem US-amerikanischen Managed Care Ansatz bereits auf ausländische Tendenzen und Dynamiken im Bereich der Ökonomisierung eingegangen. Diese Neuerungen wurden jedoch entsprechend der deutschen Versorgungsstrukturen verändert und auf diese angepasst. Die daraus entstandenen Steuerungswirkungen beziehen sich ausschließlich auf die nationalen Akteure.

Doch das deutsche Gesundheitswesen lässt sich nicht als ein isoliertes Versorgungskonstrukt bezeichnen. Insbesondere durch die Globalisierung sowie die davon auch beeinflusste Erweiterung um wettbewerbsbezogene Mechanismen und Organisationsformen ergeben sich Vernetzungen auf internationaler Ebene. Dementsprechend zeigt sich bspw. im stationären Bereich, dass mit dem Privatisierungsanstieg auch supranationale Träger und Organisationen an der Versorgung partizipieren. Internationale Managementgesellschaften und große Klinikketten investieren zunehmend im deutschen Krankenhausmarkt und ergänzen somit die bestehenden Strukturen. Zugleich bestärken die supranationalen Akteure auch die Zunahme der Ökonomisierungstendenz des stationären Sektors im Vergleich zu den anderen weniger bzw. kaum marktlich beeinflussten Sektoren. Hieran zeigt sich ein sich selbst verstärkender

Effekt. Je offener ein Markt ist, umso eher stellt sich ein Wettbewerbsdruck ein, der wiederum die Nutzung wettbewerbsbezogener Instrumente und Organisationsformen bedingt.

Zwar wurde bei der Vorstellung der einzelnen Gestaltungsebenen bereits auf die Rolle der Europäischen Union (EU) kurz verwiesen, bislang stand jedoch auf der höchsten Stufe der Makro-Ebene ausschließlich die nationale Steuerungswirkung des Staates im Fokus der Betrachtung. Im Folgenden soll der Einfluss durch die zum Makrobereich zuzuordnende supranationale Ebene komplettiert werden. Der zunehmende Einfluss europäischer Strukturen zeigt sich auch durch die im vorangegangenen Kapitel aufgezeigte Zunahme internationaler Beteiligungen in Form von bspw. Trägerschaften im deutschen Gesundheitswesen. Der Einfluss der EU auf die nationale Gesundheitspolitik der Mitgliedsländer ist bislang nur marginal vorhanden. Nach Artikel 152, Absatz 5 des EG-Vertrages wird den Mitgliedsstaaten eine die Organisation und die medizinische Versorgung betreffende nationale Verantwortung garantiert. Busse merkt hierzu an, dass die EU durchaus in die Gesundheitspolitik eingreifen kann, indem sie sich auf Bestimmungen bezieht, die nicht im Artikel genannt werden.⁵²⁷ Dies entspricht auch den Entwicklungen, nach denen die EU innerhalb der Präventionsmaßnahmen im Bereich des Arbeitsschutzes, der Umweltpolitik und innerhalb einzelner Bestimmungen des Schutzes der öffentlichen Gesundheit Einfluss auf die nationalen gesundheitspolitischen Belange der einzelnen Mitgliedstaaten erhalten hat. Die von der EU angestrebte Harmonisierung der einzelnen nationalstaatlichen Gesundheitssysteme mit dem Ziel einer versorgungspolitischen Europäisierung wird vielseitig diskutiert. Auf der einen Seite gehen die Gegner der Harmonisierung von einer ausgeprägten nationalstaatlichen Heterogenität aus, die einer Koordination der einzelnen Systeme entgegen steht. Auch die von Scharpf identifizierte ‚Politikverflechtungsfalle‘ stellt die europäische Steuerungsfähigkeit aufgrund der gegenseitigen Abhängigkeiten auf der europäischen und nationalen Ebene zugunsten einer Harmonisierung der Versorgungssysteme in Frage.⁵²⁸ Darüber hinaus bestehen zwischen dem deutschen Gesundheitswesen und den Vorschriften der EU Spannungen, die einer harmonisierenden Ausrichtung nicht entsprechen. Nach Ebsen zeigt sich die partielle Gegensätzlichkeit aufgrund des kollektivvertraglich ausgerichteten deutschen Gesundheitswesens, das den Verordnungen bezüglich eines Verbots „wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen und Verhaltensweisen“ nach Artikel 81 EGV sowie dem Verbot des „Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung“ nach Artikel 82

⁵²⁷ Vgl. Busse, R. (2002), S. 7.

⁵²⁸ Vgl. Scharpf, F. W. (1999), S. 26-46 und S. 167-181.

EGV widerspricht.⁵²⁹ Befürworter hingegen betonen die übergeordnete europäische Steuerungsfähigkeit, die insbesondere durch die zunehmende internationale Marktausrichtung und Globalisierungstendenz über nationalstaatliche Einflussbereiche hinaus geht.⁵³⁰ Gerlinger und Urban fassen diese Diskussion zusammen, indem sie aufgrund des Subsidiaritätsprinzips, der ökonomischen und institutionellen nationalstaatlichen Unterschiede sowie der hohen Bedeutung des Gutes Gesundheit sowohl für die Volkswirtschaft der einzelnen Mitgliedsstaaten, als auch für die politische Positionierung zugunsten von Wählerstimmen die Steuerungswirkung der EU als nach wie vor kaum vorhanden einstufen. In diesem Kontext ordnen Gerlinger und Urban die offene Methode der Koordinierung (OMK) als einen integrations- und regulationspolitischen Ansatz der EU zur Angleichung der Systeme und der gemeinsamen Ausrichtung auf übergeordnete Ziele ein.⁵³¹ Die OMK umfasst ein Benchmarking- und Monitoring-Verfahren auf der supranationalen Ebene der EU, das sich an festgelegten Zielen ausrichtet. Das aus der Währungspolitik stammende Konzept stützt sich auf Leitlinien und verzichtet auf Sanktionen und integriert stattdessen Lernprozesse. Hierzu werden die Ziele mit Hilfe vereinbarter Indikatoren gemessen und bewertet. Die Koordination übernimmt vorwiegend der Europäische Rat, der gemeinsam mit den weiteren europäischen Gremien einen Steuerungsgewinn durch die OMK erfährt. Zugleich grenzt diese Form der Regulierung jedoch nicht die nationalstaatliche Souveränität bzw. Eigenständigkeit ein, was sich insbesondere im Bereich der Gesundheitspolitik aus den oben genannten Gründen als positiv herausstellen lässt. Am 5. Dezember 2001 legte die EU-Kommission im Auftrag des Europäischen Rates die Leitlinien für die OMK im Gesundheitswesen fest. Hierzu zählt die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu medizinischen Leistungen, die Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme. Diese Ziele decken sich mit den in der Abbildung 1 auf der Seite 11 vorgestellten Steuerungszielen. Daraus lässt sich eine Ausrichtung auf eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit auch auf der Ebene der EU ableiten. Doch die Erreichung der Ziele durch die OMK wird kritisch diskutiert. Neben methodischen Einwänden im Bezug auf die Erfassung und Bewertung durch die Indikatoren wird der vorwiegende Kostenbezug durch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände beanstandet. Auch der fehlende Diskurs der Beschlüsse und Maßnahmen auf der nachgeordneten Meso-Ebene wird von der Arbeitsgemeinschaft als ‚Demokratiedefizit‘ kritisiert. Insgesamt zeigt sich, dass sich mit der

⁵²⁹ Vgl. Ebsen, I. (2000), S. 298-314.

⁵³⁰ Leibfried betont neben dem Potential der EU auch die Schwierigkeiten und Probleme, die mit einer solchen Lösung verbunden sind. Vgl. Leibfried, S. (2000), S. 95-103.

⁵³¹ Vgl. Gerlinger, T./ Urban, H.-J. (2006), S. 345-354.

Einführung der OMK im Jahr 2000 die Tendenz zur verstärkten Einflussnahme der EU auf die Gesundheitspolitik der einzelnen Mitgliedsstaaten erhöht hat. Zwar wird im neuen Vertrag über die Arbeitsweise der EU (AEUV) im Artikel 168, Absatz 7 die Eigenständigkeit der nationalen Staaten betont. Zugleich erhält die Europäische Kommission im Artikel 168, Absatz 2, AEUV die erweiterte Kompetenz zur Festlegung von Indikatoren und Leitlinien. Zuvor oblag ihr lediglich die Koordination dessen. Auch die europäische Rechtsprechung durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) stellt eine weitere Möglichkeit der EU dar, das Subsidiaritätsprinzip der einzelnen Nationalstaaten zu untergraben. Die Befürchtung einer schleichenden Harmonisierung der Gesundheitssysteme, gegen welcher sich der Großteil der deutschen Bundestagsabgeordneten in einen Beschluss im Juni 2008 aussprach, scheint immer akuter zu werden.⁵³² Die mit der Harmonisierung einhergehende Umgehung der Subsidiarität wird auch mit der Mitteilung der Europäischen Kommission am 2. Juli 2008 über die Intensivierung der OMK für Sozialschutz und Soziale Eingliederung fortgeführt.⁵³³

Somit übt die EU auf das deutsche Gesundheitswesen einen steigenden Einfluss aus. Mit der OMK, die auf Leitlinien basiert, ergeben sich die diesbezüglichen Probleme einer eingeschränkten Gestaltungsfreiheit. Nationale Besonderheiten können aufgrund der hohen Heterogenität der einzelnen Gesundheitssysteme nicht beachtet werden. Trotz der übereinstimmenden Zielbestrebungen die Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Gesundheitspolitik voran zu treiben, stützen sich die EU und die deutsche Gesetzgebung auf spezifische Ausrichtungen und gewachsene Strukturen. Die OMK stellt ein Regulierungssystem der EU dar, das zwar durchaus qualitative Richtlinien auch mit Hilfe der Evaluation einsetzt, aber zugleich die nationale Eigenständigkeit und länderspezifischen Spezifika nicht integrieren kann. Aufgrund der europäischen Entwicklungen zugunsten einer Intensivierung der OMK wird die zuvor genannte nationale Eigenständigkeit durch die EU im Bereich der Gesundheitspolitik angegangen. Aus den hieraus zu verzeichnenden Steuerungseinbußen des deutschen Staates erklärt sich auch ein Teil des Staatsversagens.⁵³⁴ Zwar fordert die EU eine verstärkte Ökonomisierung im deutschen Gesundheitswesen. Das Einsetzen der OMK als Regulierungsmodus stellt hierzu jedoch ein nicht widerspruchsfreies Konzept dar, da es zwar neben einer Verbesserung von Ineffizienzen auch einschränkende Vorgaben impliziert. Die uneingeschränkte und unreflektierte Übernahme marktlicher Mechanismen lässt sich im deutschen Gesundheitswesen, das geprägt ist von zahlreichen

⁵³² Vgl. Spielberg, P. (2008), S. A 1488f.

⁵³³ Vgl. Deutsche Sozialversicherung (2009), S. 32-36. Vgl. Deutsche Sozialversicherung (2008), S. 9f.

⁵³⁴ Vgl. Kapitel 4.4, S. 68ff.

Besonderheiten und spezifisch gewachsenen Strukturen nur bedingt übernehmen. Zugleich schränkt die vollständige Übertragung des Marktes die Steuerungsfähigkeit des Staates erheblich ein. Hieraus ergibt sich die sog. Legitimitätskrise als ein Bestandteil des Staatsversagens. Dem Staat fehlen demnach die Steuerungsmechanismen den Markt zu kontrollieren. Mit der übergeordneten Ziel- bzw. Leitlinienfestlegung der EU erfährt der Nationalstaat einen weiteren Kompetenzverlust, der eine selbstständige und spezifische gesundheitspolitische Ausrichtung, wie bspw. das Sozialstaatsgebot, nicht berücksichtigt. Zusätzlich verstärkt diese Verringerung der Legitimationsgrundlage gegenüber dem Markt die Legitimationskrise. Überdies erfährt die nachgelagerte Meso-Ebene durch die wachsende Einflussnahme der EU einen Steuerungsverlust, da direkte Bezüge auf die Vorgaben der EU nicht erfolgen können. Nur über die nationale Makro-Ebene kann auf die EU Einfluss genommen werden. Doch auch diese indirekte Steuerungsmaßnahme wird aufgrund der weiteren teilnehmenden Nationalstaaten, die jeweils über eigene Interessen verfügen, stark abgeschwächt. Des Weiteren zeigt sich aufgrund der Kooperationsnotwendigkeit mit der EU auch die sog. Interdependenzkrise. Die deutsche Gesundheitspolitik ist kein isolierter Sektor. Neben Konzepten und Mechanismen finden internationale Akteure auf allen Ebenen Eingang in das Versorgungssystem. Es bestehen Vernetzungen über die nationalen Grenzen hinweg. Die damit verbundenen Ansprüche Netzwerke über die Staatsgrenzen hinaus zu koordinieren und einen Rahmen für einen gewinnbringenden Austausch zu ermöglichen, bedingt die erweiterte Aufgabenstellung der deutschen Gesundheitspolitik. Doch die nationale Gesetzgebung wird auch von den Staatsgrenzen in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt. Mit der EU besteht eine übergeordnete Instanz, die innerhalb der europäischen Grenzen, durch bspw. den EuGH, grenzüberschreitend tätig sein kann. Die EU stellt somit in vielerlei Hinsicht einen unverzichtbaren Vernetzungspartner dar. Es gilt die Interdependenzschwierigkeiten zu umgehen, indem auf der Basis einer vertrauensvollen Partnerschaft alle Beteiligten von der Vernetzung profitieren. Vertrauen zeigt sich somit auch auf der übergeordneten Ebene der EU als ein wesentlicher Bestandteil von Netzwerken.

6. Vernetzungen als Strategie zur Vertrauensschaffung

6.1 Verantwortung der Versicherten – Der Patient als Ausgangspunkt der Veränderungen

6.1.1 Kontinuierlicher Patientenfluss als Optimierungsoffensive

An dieser Stelle findet eine Spezifikation der vorangegangenen Ausarbeitungen statt. Auf der Basis der Steuerungs- und Anreizmöglichkeiten und den daraus resultierenden Wirkungen, wird nachfolgend eine erweiterte Betrachtung von vertrauensschaffenden und –fördernden Maßnahmen und deren Auswirkungen vorgenommen. Eine Eingrenzung erfolgt durch die Fokussierung auf die integrierte Versorgung im weiteren Sinne, welche die Vernetzungen auf Basis der selektivvertraglichen Ausgestaltung zusammenfasst. Die auf das Managed Care Konzept zurückgehenden zahlreichen Versorgungsinnovationen setzen vorwiegend auf der Mikro-Ebene an, woraus sich eine detailliertere Betrachtung der auf der Individual-Ebene tätigen Akteure erschließt. Dieses Kapitel stellt hierzu den Patienten bzw. Versicherten in das Zentrum der Betrachtung. Im Gegensatz zu den nachfolgenden Abschnitten, in denen die Kostenträger und Leistungserbringer behandelt werden, steht die erste Position des sechsten Kapitels, in welcher der Patient fokussiert wird, stellvertretend für eine hervorzuhebende Stellung des Versicherten im Gesundheitswesen.

Diese explizite Stellung der Patienten in diesen Ausführungen entspricht nicht der Position der Versicherten im gesundheitsbezogenen Versorgungssystem. Zwar richten sich alle Maßnahmen und Leistungen letztendlich am Patienten aus, was sich auch aus der Definition des Gesundheitswesens ableiten lässt. Demnach stellen die Förderung, der Erhalt sowie die Wiederherstellung von Gesundheit der Bevölkerung die zentrale Zielausrichtung dar. Doch innerhalb der geforderten patientenorientierten Umsetzung von Verfahren und Mechanismen steuern die zahlreichen einflussreicheren Akteure im Gesundheitswesen die Strukturen und Prozesse zu ihren Gunsten. Specke führt die Qualitätsmängel der fehlenden Bedarfsgerechtigkeit auf den Egoismus der im Gesundheitswesen Verantwortlichen zurück, zu denen die Patienten aufgrund kaum vorhandener Einflussmöglichkeiten nicht zählen.⁵³⁵ Erst mit einzelnen Reformen aus dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 zur Stärkung und Wahrung der Rechte der Patienten wurde eine stärkere Einbeziehung von Patienteninteressen in das Gesundheitswesen realisiert. Beispielhaft lässt sich die Schaffung

⁵³⁵ Vgl. Specke, H. K. (2005), S. 372f.

des Amtes des Patientenbeauftragten, welches seit 19.11.2009 durch Wolfgang Zöller⁵³⁶ bekleidet wird, benennen. Herr Zöller übernimmt als bisher zweiter Patientenbeauftragte die Interessenvertretung der Patienten auf Bundesebene. Innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), als höchstes Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung, verfügen Vertreter aus den Patientenverbänden mit dem GMG 2004 als weiteres Beispiel über ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Mit dem GKV-WSG aus dem Jahr 2007 wurde zudem eine Stabsstelle der Patientenbeteiligung geschaffen. Doch vor dem Hintergrund, dass mit der Neuordnung des G-BA vom 1. September 2008 von den ehemals neun Patientenvertretern nur noch fünf Sitze zur Verfügung stehen, die überdies über kein Stimmrecht verfügen, lassen sich diese Aktivitäten zur Förderung des Patienteneinflusses auf der gestaltenden Meso-Ebene der Gesundheitsversorgung als nach wie vor marginal bezeichnen. Hieran verdeutlicht sich die unausgeglichene Stellung der Patienten im Gesundheitswesen. Im Gegensatz zu den übrigen Vertretern im G-BA, den Vertragsärzten, Vertragszahnärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern, gestalten die Patientenvertreter auf Grundlage der vom Gesetzgeber gegebenen Rahmenrichtlinien die spezifische Versorgung nicht mit und verfügen somit über keinerlei Steuerungsmöglichkeiten in diesem Bereich. Auch die damit verbundenen Einflussmöglichkeiten auf die über- und untergeordneten Ebenen bestehen damit nicht. Dementsprechend wirken die Steuerungsmängel aus Patientensicht auf die nachfolgende Mikro-Ebene bei den Gesundheitsleistungen fort. Das Leistungsdreieck zwischen Patienten, Kostenträgern und Leistungserbringern stellt auf die Steuerungsproblematik bezogen kein ausgeglichenes Gebilde, wie es der Abbildung 1 auf der Seite 11 entnommen werden kann, dar. Stattdessen konzentrieren sich die Einflussmöglichkeiten auf der Leistungserbringer- und der Kostenträgerseite. Trotzdem deutet sich ein Wandel an. Das hohe Abhängigkeitsverhältnis der Patienten von den Krankenkassen und Leistungserbringern hat sich als nicht zielführend herausgestellt. Das Streben nach einer Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann nicht ohne die alles entscheidende Stakeholdergruppe der Patienten erreicht werden. Intransparente, nicht bedarfsorientierte und an den Patienteninteressen vorbeigeleitete Leistungen fördern die identifizierten Defizite der Informationsasymmetrie. Aufgrund dessen wurden und werden Ansätze zur Verbesserung der Mitbestimmung und Stärkung der Patientensouveränität schrittweise eingeführt und optimiert. Ausgangspunkt für die Förderung eines mündigen Patienten stellt die Rahmenvorgabe der Makro-Ebene dar, die zugunsten von mehr Patientenautonomie mit der gesetzlichen Grundlage eine Basis geschaffen hat. Mit Hilfe

⁵³⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2009b), <http://www.patientenbeauftragte.de/>.

des Steuerungsinstrumentes der Bereitstellung von Information und Aufklärung durch bspw. die Einrichtung des sektorenübergreifenden Instituts für Qualitätssicherung nach Paragraph 137a SGB V mit den Reformen aus dem Jahr 2007 strebt die Politische Steuerung im Gesundheitswesen die Reduktion der Problematik der Informationsasymmetrie zugunsten der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit an. Eine verstärkte Eigenverantwortung zielt darauf ab den Leistungsempfänger für seinen „Konsum“ von Gesundheitsleistungen zu sensibilisieren, so dass letztlich Effizienz- und Effektivitätsgewinne aus diesen „Einsparungen“ resultieren können. Schmidt führt hierzu einen ganzen Strauß an kritischen Einwänden an, die den seit dem Jahr 2004 durch die Politische Steuerung genutzten „Megatrend“ Eigenverantwortung hinterfragen. Dabei betont Schmidt, dass die Förderung eigenverantwortlichen Handelns von Patienten im Gesundheitswesen durch entsprechende Konzepte der Gesundheitspolitik nicht auf wissenschaftlich fundierten Erhebungen beruht, sondern lediglich als ein Hoffnungsträger für die zahlreichen versorgungsbezogenen Defizite herangezogen wird. Sie benennt überdies die Besonderheiten des Gesundheitswesens als Hürden, die den Ausgabenanstieg mittels der Eigenverantwortung entgegenstehen. Dazu zählt zum einen die widersprüchliche Systemauffassung, die einerseits den Gesundheitssektor als Kostentreiber erfasst und andererseits als Gesundheitsmarkt mit erheblichem Wachstumspotential beschreibt. Zum anderen zeugen die seit den Kostendämpfungsgesetzen von 1977 andauernden Reformen zur verbesserten Effizienz und später auch zur Optimierung von qualitativen Faktoren, dass ein Durchbruch zur Verbesserung der gesundheitspolitischen Lage im deutschen Gesundheitswesen ausgeblieben ist.⁵³⁷ Schmidt geht des Weiteren davon aus, dass die Vertrauensguteigenschaften und die damit verbundene Informationsasymmetrie nicht durch eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten überwunden werden können. Eine solche aktive Steuerungswirkung durch den Patienten als annähernd gleichwertiger Partner beurteilt Schmidt als „traumhafte[s] Phantasiegebilde“ und geht von einer ebenso begrenzten Fähigkeit zur Eigenbeteiligung von Patienten aus.⁵³⁸ Es handelt sich hierbei um Einwände, welche die Problematik des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Schwierigkeiten herausstellen. Zugleich ergibt sich daraus der Anspruch, dass Gestaltungsansätze in der Gesundheitsversorgung einem Bündel von Widersprüchen, gewachsenen Strukturen sowie zahlreichen Interessen begegnen und diese integrieren müssen. Sonderfälle, wie die eingeschränkte Konsumentensouveränität, stehen stellvertretend für die Besonderheiten, die in diesem Sektor Beachtung finden müssen und ihn zugleich so

⁵³⁷ Vgl. Kapitel 2.4, S. 54.

⁵³⁸ Vgl. Schmidt, B. (2008), S. 68-86.

schwerfällig steuerbar machen. Die Förderung von Patientensouveränität steht damit auch immer einer in Teilen eingeschränkten Konsumentensouveränität entgegen. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung können im Gesundheitswesen nie zur uneingeschränkten Selbstverständlichkeit werden. Trotzdem lässt sich die Förderung von Eigenverantwortung als eine mögliche Gestaltungsalternative begreifen, welche das erhebliche Asymmetriegerade reduzieren kann. Dass eine solche verstärkte Partizipation an den versorgungsbezogenen Prozessen durchaus von den Patienten erwünscht wird, bejaht eine zusammenfassende Partizipationserhebung auf der Grundlage unterschiedlicher Analysen durch Nebling und Fließgarten.⁵³⁹ Doch die positiven Effekte einer steigenden Patientensouveränität auf die „Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems“, wie sie vom Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen im Gutachten aus dem Jahr 2000/2001 identifiziert worden sind, unterliegen Einschränkungen.⁵⁴⁰ Dementsprechend wird vom Sachverständigenrat im Gutachten aus dem Jahr 2003 die Patientenorientierung als Konzept zwischen den „konfligierenden Strukturen und Zielbündeln“ kritisch herausgestellt, indem die Schwierigkeiten sowie das Potential einer entsprechenden Umsetzung aufgezeigt werden.⁵⁴¹ Dass es sich hierbei um teilweise sehr starre Strukturen handelt, deutet sich mit der vom Sachverständigenrat im Gutachten aus dem Jahr 2007 erneut identifizierten mangelhaft ausgeprägten Etablierung der Partizipation und Eigenverantwortung von Patienten an.⁵⁴²

Ein Wandel zugunsten gesteigerter Patientenverantwortung stellt einen Umbau der bis dahin über Jahrzehnte verankerten Strukturen und festgefahrenen Rollenverteilungen dar, der mit veränderten Steuerungs- und Anreizmechanismen verbunden ist. Um die qualitätsförderlichen Aspekte eines mitentscheidenden und mitgestaltenden Patienten zu nutzen, bedarf es auch der Bereitstellung entsprechender Daten, Informationen und Mitspracherechte. Neben den Schwierigkeiten der Besonderheiten eines tief verwurzelten Strukturnetzwerkes, besteht die problematische Messbarkeit von Qualität und zusätzlich eine mittlerweile unstrukturierte Masse an Informationen, die u.a. durch das Internet zur Verfügung stehen. Entsprechend ausgestaltete Qualitätssicherungsmaßnahmen, die evidenzgestützt und vorbehaltlos entscheidende Daten und Informationen zur Förderung der Transparenz zur Verfügung

⁵³⁹ Vgl. Nebling, T./ Fließgarten, A. (2009), S. 80-94.

⁵⁴⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), Ziffer 50.

⁵⁴¹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Kapitel 3.

⁵⁴² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Ziffer 3, 23 und 102.

stellen, tragen dazu bei, dass eigenverantwortliche Entscheidungen von Patienten getroffen werden können. Die hierfür notwendige Transparenz wird jedoch durch die Heterogenität im Gesundheitswesen erheblich erschwert. Die einzelnen Steuerungsinteressen der jeweiligen Akteure und die eingeschränkte Qualitätserfassung, die zugleich entsprechend der Forderung von Etgeton auch subjektive Bestandteile enthalten muss, fordern für die Patienten nutzbare Entscheidungshilfen, um die Position im Gesundheitswesen stärken zu können.⁵⁴³ Vertrauensschaffende Maßnahmen können dazu beitragen einerseits die qualitätsfördernden Konzepte zu ergänzen sowie einen stärkeren subjektiven bzw. gesundheitspezifischen Einbezug zu realisieren und andererseits von qualitätsbezogenen Mechanismen und Instrumenten zu profitieren bzw. gefördert zu werden.⁵⁴⁴

Die Bestärkung der Eigenverantwortung der Patienten lässt sich als Bestandteil einer intensiveren Wettbewerbsorientierung begreifen. Die Erschließung von mehr Informationen und Vergleichsmöglichkeiten eröffnen Wahlalternativen, die dem Patienten vor dem Hintergrund der eigenen Bedürfnisbefriedigung Entscheidungen ermöglichen sowie abverlangen. Der höhere Entscheidungsspielraum im Gesundheitswesen lässt sich zwar nicht mit den Wahlmöglichkeiten auf dem freien Markt vergleichen, zeugt jedoch von einer am Markt ausgerichteten Gestaltungsoffensive, um eine Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Auch die im vorangegangenen fünften Kapitel vorgestellten Vernetzungsmöglichkeiten der selektivvertraglichen Versorgung beruhen auf im Vergleich zur Regelversorgung stärker ausgerichteten Integration von marktbezogenen Instrumenten und Verfahren. Dementsprechend zeigt sich eine intensivierete Wettbewerbsorientierung der Alternativversorgung anhand der Eigenverantwortung des Patienten. In der integrierten Versorgung nimmt die Patientenorientierung einen wesentlichen Bestandteil ein und wird in den alternativen Versorgungskonzepten als hervorzuhobendes Charakteristikum betont. Der Patient erfährt innerhalb der selektivvertraglichen Versorgungsgestaltung eine aktivere Rollenzuschreibung, welche über das eingeschränkte Aufgaben- bzw. Entscheidungsspektrum eines Leistungsempfängers bzw. Versicherungsnehmers in der Regelversorgung hinaus geht. Die verstärkte Patientenversorgung ergibt sich u.a. aufgrund der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen notwendigen Entscheidung des Patienten für die Teilnahme an Maßnahmen der integrierten Versorgung. Die freiwillige Partizipation wird im Paragraphen 140a, Absatz 2, Satz 1, SGB V angeführt. Eine Auseinandersetzung mit den Verfahren und

⁵⁴³ Vgl. Etgeton, S. (2009), S. 97-106.

⁵⁴⁴ Vgl. Kapitel 3.4.

Leistungsangeboten der Versorgungsalternativen wird somit vorgeschrieben. Eine automatische Teilnahme ist ausgeschlossen. Daraus ergibt sich aufgrund der notwendigen Teilnahmeerklärung des Patienten an den neuen Versorgungsformen auch eine Abhängigkeit von diesen. Dass eine ausreichende Beteiligung der Versicherten an den angebotenen Projekten der Vernetzung für die Realisierung essentiell ist, verdeutlicht das Scheitern der ersten Generation an Praxisnetzen. Eine nicht ausreichende Partizipation von Patienten an dieser ambulanten Vernetzungsoption führte zur Einstellung dieser Versicherungsform. Patienten verfügen damit in den Vernetzungen der integrierten Versorgung über Einflussmöglichkeiten auf Versorgungsalternativen. Weatherly et al. grenzen den Entscheidungsspielraum der Patienten bei den neuen Versorgungsformen jedoch ein. Sie führen dies einerseits auf die Einflussmöglichkeiten der Leistungserbringer auf die Patienten und andererseits auf die Befürchtungen in der Regelversorgung nicht optimal versorgt zu werden, zurück.⁵⁴⁵ Hierbei handelt es sich um die mit der Informationsasymmetrie einhergehende Unsicherheit, die auf einer mangelhaften Qualitätsbewertung basiert und von den Experten, wie den Leistungserbringern bzw. den Kostenträgern, zu ihren Gunsten ausgenutzt werden kann. Weatherly et al. führen in diesem Kontext die zusätzliche Problematik an, dass mit der aktiven Einschreibung Patienten auch von vornherein ausgenommen und sondiert werden können. Die Autoren haben auf der Grundlage von patientenspezifischen Kriterien einen Bewertungskatalog entwickelt, um mit dessen Hilfe eine Beurteilung der neuen Versorgungsformen aus Patientensicht realisieren zu können. Zusammenfassend setzen diese Kriterien an der Überzeugung, dass die Ergebnisqualität optimiert, die empfundene Sicherheit mittels einer verbesserten Koordination sowie eine reibungslosere Versorgung durch eine Prozessoptimierung gestärkt wird, an. Aus der Patientenperspektive ergibt sich daraus die Forderung nach einer kontinuierlichen und übersichtlichen Behandlungskette. Dies entspricht den Bestrebungen der Vernetzungen innerhalb der integrierten Versorgung, die darauf abzielen die nachteiligen Effekte aus unkoordinierten und von Versorgungsbrüchen sowie zahlreichen Schnittstellen gekennzeichneten Gesundheitsleistungen zu reduzieren bzw. abzubauen.

Ein ganzheitlich ausgerichteter Behandlungspfad, der sich am Patienten orientiert, gibt die im Vorfeld wiederholt behandelte prozessuale Fokussierung wieder. Dementsprechend beinhalten die Gesundheitsleistungen eine auf die Zieldimensionen ausgerichtete optimierte Behandlungskette, welche innerhalb der medizinischen Leistungserbringung den Patienten als

⁵⁴⁵ Vgl. Weatherly, J. N. et al. (2007), S. 15-17.

Leistungsempfänger fokussiert. Mit Hilfe der Bewertungserfassungen übernimmt die Prozessqualität neben der Struktur- und Ergebnisqualität die Beurteilung der defragmentierten ganzheitlichen Versorgungsabläufe. Die Nutzung der höheren Gestaltungs- und Entscheidungsautonomie der Patienten in der integrierten Versorgung deutet auf einen Abbau des asymmetrischen Informationsgefälles durch die Integration eines mitgestaltenden Vertragspartners. Der Patient erhält innerhalb der Gesundheitsleistungserstellung einen Autonomiezuwachs, der als Schritt hin zu einer Reduktion des Informationsgefälles beitragen kann. Der Patient verfügt über einen Expertenstatus in eigener Sache, den er innerhalb gesundheitsbezogener Transaktionen zum Ausbau einer autonomen Position im Vertragsverhältnis auf der Mikro-Ebene nutzen kann. Zusätzlich vermag die Förderung der Patientensouveränität auch die stärkere Beachtung individueller Versorgungsbedürfnisse, die innerhalb der Behandlungskette integriert werden können, einzufügen. Es muss kritisch darauf verwiesen werden, dass das Potential einer solchen erhöhten Eigenverantwortung im Versorgungsfluss der neuen Versorgungsformen nicht von der gesamten Bevölkerung uneingeschränkt nutzbar ist. Marstedt geht auf der Grundlage einer empirischen Erhebung davon aus, dass die Nachfrage nach Informationen keine erheblichen alters- oder schichtspezifischen Differenzen aufweist. Stattdessen zeigen sich jedoch Unterschiede bei der Einholung von Informationen, die auf eine teilweise eingeschränkte Bereitschaft und Fähigkeit zurückzuführen sind.⁵⁴⁶ Einen weiteren kritischen Einwand, der sich vorwiegend auf den intensivierten Wettbewerb im Gesundheitswesen bezieht, was auch die Verbesserung der Patientenverantwortung einschließt, benennt Gerlinger. Er befürchtet, dass das Mittel des wirtschaftlichen Anreizes sich gegenüber dem Zweck, der Steigerung von Effizienz und Qualität, verselbstständigt und damit das Solidarsystem schädigt.⁵⁴⁷ Vor dem Hintergrund, dass die Förderung der Eigenverantwortung bisher nur moderat ausgefallen ist und darüber hinaus lediglich in der integrierten Versorgung durch die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten einen kleinen Teil innerhalb des komplexen Gesundheitswesens einnimmt, lässt sich der Einwand Gerlingers relativieren. Zusätzlich lässt sich aus den von Marstedt sowie Nebling und Fließgarten aufgezeigten Studienergebnissen das Bedürfnis der Bevölkerung an einer verbesserten Beteiligung an den Versorgungsprozessen ableiten. Als wesentliche Stakeholder der Solidargemeinschaft fordern damit die Patienten eine aktivere Rollenwahrnehmung. Gerlinger prangert das mit dem Wettbewerb einhergehende „egoistisch-rationale“ Handeln der Beteiligten an, das einem

⁵⁴⁶ Vgl. Marstedt, G. (2003), S. 117-135.

⁵⁴⁷ Vgl. Gerlinger, T. (2009), S. 36-38.

Solidarsystem entgegen steht. Doch auf Basis der vergangenen solidarisch geprägten Strukturen bestehen die dargelegten zahlreichen Mängel im Gesundheitswesen. Insbesondere das hohe Informationsgefälle zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen führte zu einer egoistischen Nutzung bzw. der Befürchtung eine betrügerische Handlung durch den Vertragspartner erfahren zu haben. Eine verbesserte Patientensouveränität, die jedoch insbesondere auf den einflussreicheren übergeordneten Ebenen nahezu nicht enthalten ist, zielt darauf ab die Informationsasymmetrie zugunsten der Patienten zu reduzieren. Die daraus resultierenden Qualitäts- und Effizienzgewinne fließen an das gesamte Gesundheitswesen als Solidargemeinschaft. Trotzdem gilt es die Kritik Gerlingers auch als Hinweis für mögliche Gefahrenpotentiale aufzugreifen. Die durch Privatisierungstendenzen forcierte Fokussierung einer individuellen Gewinnerzielung darf nicht der Solidarität im Gesundheitswesen widersprechen. Dieser Anspruch soll mit Hilfe des Vertrauensaspektes angegangen werden. Das Vertrauenskonzept dient als Ergänzung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsoptimierung und setzt mit dem Vertrauensmanagementansatz an einer kontinuierlichen Stabilisierung der Netzwerke an. Hierzu wird auf der Ebene des Systemvertrauens ein qualitätsgestützter Vertrauensprozess initiiert. Vertrauen in das System Gesundheit, innerhalb dessen die Solidargemeinschaft enthalten ist, schränkt die Ausrichtung auf eigene finanzielle Vorteile erheblich ein. In Verbindung mit dem patientenorientierten ganzheitlichen Behandlungsfluss ergibt sich eine institutionalisierte Gestaltungsvariante, welche das Vertrauen in den gesteuerten netzwerkgestützten Prozessen fördern und damit zu einer Stabilisation der Transaktionen beitragen kann.

6.1.2 Adhärenz als Ziel zwischen Arzt und Patient

Die folgenden beiden Kapitel erweitern die bisher allgemein gehaltenen Ausführungen zur gestiegenen Patientensouveränität um konkrete Themenkomplexe. Die in diesem Abschnitt vorgenommene Fokussierung auf das Arzt-Patienten Verhältnis soll den Wandel der Rollenwahrnehmungen sowie die Auswirkungen auf die Vernetzung zwischen der im Gesundheitswesen zentralsten Verbindung zwischen Arzt und Patient darlegen. Im Besonderen wird der Vertrauensaspekt beachtet.

Der aufgezeigte Entwicklungsprozess des Patienten zu einem mündigen Vertragspartner im Gesundheitswesen wirkt sich insbesondere auf das wechselseitige Verhältnis zum Arzt aus. Nebling und Fließgarten leiten von den Veränderungen, die mit einer gestiegenen

Patientensouveränität bzw. Patientenautonomie einhergehen, das Leitbild eines mündigen Patienten ab, der über das sog. Empowerment als Begrifflichkeit der Organisations- bzw. Managementlehre über Verantwortungs- und Entscheidungskompetenzen auf den unteren Ebenen verfügt.⁵⁴⁸ Aus dem veränderten Rollenverständnis des Patienten resultiert ein Wandel innerhalb der Arzt-Patienten Beziehung. Das bis weit in die 1980iger Jahre dominierende und bis heute vorkommende traditionelle paternalistische Arzt-Patienten Verhältnis basiert auf der ausschließlichen Entscheidungshoheit des Arztes über die Gesundheitsleistungen. Der Patient übernimmt in diesem Modell eine abhängige und passive Rolle. Die Kommunikation erfolgt einseitig durch den übermächtigen Arzt als Experten. Die Gründe für die paternalistische Arzt-Patienten Beziehung fasst Klemperer in den folgenden Annahmen zusammen. Demnach legitimiert sich das Modell aufgrund der ärztlichen Sorge und ethischen Verpflichtung, wobei nur der Arzt durch die Ausbildung und Erfahrung die Zusammenhänge abwägen kann und schließlich die einzig beste Behandlungsmöglichkeit erkennt und verordnet. Klemperer stellt überdies einige Faktoren zusammen, die das paternalistische Modell hinterfragen bzw. kritisieren. Hierzu zählen die Qualitätsdefizite innerhalb der ambulanten Versorgung ergänzt um die Problematik des Kostenanstiegs in diesem Sektor, aus denen die Forderung nach einer zunehmenden Bewertung und Rechenschaftspflicht resultiert. Des Weiteren besteht in zahlreichen medizinischen Fällen keine eindeutige Lösungsmöglichkeit und es zeigten sich in den 1970iger und 1980iger Jahren starke regionale Abweichungen in allen medizinischen Interventionen, die darauf verweisen, dass das ärztliche Verhalten von vielfachen Faktoren abhängig ist.⁵⁴⁹ Auch die aufgezeigte Heterogenität sowie die fortschreitenden zahlreichen medizinischen Entwicklungen tragen dazu bei, das traditionelle Arztverständnis zu hinterfragen. Neben dem möglichen Einsatz evidenzbasierter Leitlinien, als Entlastung des Arztes mit positiven Auswirkungen auf die Qualität, kann die stärkere Patientenbeteiligung zu einer Qualitätsverbesserung beitragen. Als Reaktion auf die Defizite des paternalistischen Arzt-Patienten Modells wurde das Informationsmodell und die partizipative Entscheidungsfindung entwickelt.⁵⁵⁰ Das Informationsmodell umfasst als Gegenstück zur paternalistisch ausgerichteten Entscheidungsfindung eine vollständige Entscheidungshoheit und Verantwortungsübernahme durch den Patienten. Der Arzt liefert hierfür die medizinischen

⁵⁴⁸ Vgl. Nebling, T./ Fließgarten, A. (2009), S. 82f.

⁵⁴⁹ Vgl. Klemperer, D. (2003), S. 10-12.

⁵⁵⁰ Vgl. Charles, C./ Gafni, A./ Whelan, T. (1999), S. 652-658. Diese Ausführungen basieren auf den genannten drei Modellannahmen zum Arzt-Patienten Verhältnis, weil diese Gliederung die Grundlage für einen Großteil der Literatur darstellt. Nach bspw. Emanuel und Emanuel lässt sich jedoch auch eine Unterteilung in vier Prototypen vornehmen. Vgl. Emanuel, E. J./ Emanuel, L. L. (1992), S. 2221-2226.

Auskünfte auf deren Basis der Patient mittels individueller Kenntnisse und Präferenzen die Behandlungsmöglichkeiten abwägt und auswählt. Dies Modell vervollständigt zwar die theoretischen Konstrukte um eine durch den Patienten geleitete Entscheidungsfindung. Zur Übertragung in die Praxis eignet sich diese Form jedoch kaum, da ein solcher Entscheidungsprozess medizinische Fachkenntnisse, Erfahrungswerte, Vergleichsmöglichkeiten und einen hohen zeitlichen Aufwand erforderlich machen. Als Mittelweg zwischen dem paternalistischen und dem informierten Modell fungiert die partizipative Entscheidungsfindung, in welcher Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner auf der Basis ihres jeweiligen Wissens mittels einer „geteilten Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft“ kommen.⁵⁵¹ Das gleichberechtigte Verhältnis von Patient und Arzt, in dem jeder Vertragspartner über einen Expertenstatus verfügt, lässt sich auch als Shared Decision Making bezeichnen. Das in den 1990iger Jahren entwickelte Konzept fußt auf der Entwicklung von gesteigener Patientenautonomie sowie Eigenverantwortung und beteiligt den Patienten aktiv am Versorgungsgeschehen. Der Patient bringt als Experte seines eigenen gesundheitlichen Zustandes, persönliche Einflussfaktoren sowie individuelle Bedürfnisse und Möglichkeiten in den komplexen Prozess der Gesundheitsleistungserstellung ein. Der Arzt komplettiert die ambulante Versorgungsleistung durch die medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen. Die partizipative Entscheidungsfindung ist auch an Voraussetzungen gebunden. Hierbei handelt es sich nach u.a. Härter um die folgenden Prozessschritte, die zugleich auch den prozessualen Charakter einer bereits im ambulanten Sektor beginnenden kontinuierlichen Behandlungskette integrieren.⁵⁵²

1. Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht
2. Angebot über partizipative Entscheidungsfindung und Gleichberechtigung der Partner formulieren
3. Über Wahlmöglichkeiten informieren
4. Über Vor- und Nachteile der Option informieren
5. Rückmeldung des Patienten über Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
6. Jeweilige Präferenzen ermitteln
7. Aushandeln der Behandlungsalternativen
8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
9. Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

⁵⁵¹ Vgl. Härter, M. (2004), S. 89-92.

⁵⁵² Vgl. Simon, D./ Härter, M. (2009), S. 158-162.

Aus dieser Auflistung, die vorwiegend als Orientierungshilfe für ein partizipatives Arzt-Patienten Verhältnis dient, lassen sich Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzung identifizieren. Dementsprechend müssen aus dem Umfang und der zeitlichen Inanspruchnahme des Katalogs der dialogbezogenen Prozessschritte Einschränkungen im Bezug auf die Übertragbarkeit vorgenommen werden. Notfälle sowie spezifische Versorgungsleistungen, bei denen die Gefahr einer Überforderung durch Aufklärung besteht, wie z.B. bei geistig behinderten Personen, eignen sich nicht für ein Shared Decision Making. Auch bei Leistungen, welche einen eindeutigen Versorgungsverlauf vorschreiben, wirkt die partizipative Entscheidungsfindung kontraproduktiv. Zusätzlich fordert das Konzept des Shared Decision Making sowohl von den Patienten, als auch von den Ärzten dialogbezogene bzw. kommunikative Fähigkeiten, die zum Teil den seit Jahrzehnten verankerten Ansprüchen aus dem paternalistisch geprägten Arzt-Patienten Verhältnis widersprechen. Als strategische Ausrichtungen, welche für die partizipative Entscheidungsfindung zur erfolgreichen Implementierung notwendig sind, benennen Simon und Härter die Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung ärztlicher Gesprächs- und Handlungskompetenz, den Einsatz von Entscheidungshilfen zur verbesserten Information und Förderung der Patientenbeteiligung sowie Patientenschulungen zur Vorbereitung auf eine stärkere Beteiligung. Beispielhaft für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten und Patientenvertretern lässt sich die Patientenuniversität als unabhängige Bildungseinrichtung an der Medizinischen Hochschule Hannover benennen. Die Einrichtung zielt darauf ab mittels der Stärkung gesundheitlichen Lernens, der Unterstützung der Patientenrechte und der Gesundheitssystemkompetenz das Empowerment zu fördern.⁵⁵³ Die Erfahrungen der seit dem Jahr 2006 bestehenden ersten Patientenuniversität und die anhaltende Nachfrage nach den Angeboten bestätigen den Partizipations- und Empowermentwillen der Patienten.⁵⁵⁴ Auf der Basis der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung ergibt sich der positive Effekt, dass eine Einhaltung der Therapie vom Patienten eher erfolgt. Dieses Ergebnis lässt sich aus den Studienergebnissen von Straub, Nebling und Müller schließen.⁵⁵⁵ Durch die Einbringung der Erwartungen und die Aufklärung über mögliche Wirkungen sowie deren Vor- und Nachteile werden die Akzeptanz und das Verständnis für die sich anschließende Umsetzung gefördert. Eine verbesserte Realisierung der Compliance, als Bereitschaft für die Mitwirkung bei der Therapie, lässt sich mit Hilfe der partizipativen Entscheidungsfindung erzielen. Die negativen

⁵⁵³ Vgl. Patienten Universität (2010), <http://www.patienten-universitaet.de/wir-ueber-uns/ziele/>.

⁵⁵⁴ Vgl. Dierks, M.-L./ Seidel, G. (2009), S. 379-393.

⁵⁵⁵ Vgl. Straub, C./ Nebling, T./ Mueller, H. (2008), S. 545-549. Vgl. Geuter, G. (2006), S. 274-278.

Auswirkungen aus einer fehlenden Therapieadhärenz beziehen sich nicht nur auf das Individuum, sondern verfügen über hohe volkswirtschaftliche Folgekosten, die sich nach Auffassung des pharmazeutischen Dienstleisters IMS-Health auf 10-15 Milliarden Euro jährlich belaufen.⁵⁵⁶ Die partizipative Entscheidungsfindung als Mittelweg zwischen dem paternalistischen und dem informativen Modell der Arzt-Patienten Beziehung verfügt über die Beteiligung des Patienten an den medizinischen Entscheidungen über Vorteile, die sich nicht nur auf Transaktionen auf der Mikro-Ebene positiv auswirken. Stattdessen bestätigen die hohen Folgekosten der Non-Compliance die notwendige Öffnung und Förderung von Verfahren zur Patientenpartizipation durch die Gesundheitspolitik auf der Systemebene. Ausgehend von der Mikro-Ebene identifiziert Schneider durch die Compliance Symptomatik als „handlungsbegleitendes, gesundheitsrelevantes Verhalten“, das von den Ärzten nicht einsehbar bzw. beeinflussbar ist, ein „Double Moral Hazard“.⁵⁵⁷ Die Informationsasymmetrie erfährt damit eine Ergänzung um den Patienten als Experten in seiner eigenen gesundheitsbezogenen Sache. Die von Schneider als beidseitige Informationsasymmetrie bezeichnete Spezifikation verschärft die damit einhergehende Problematik auf das gesamte Gesundheitswesen. Im Jahr 2002 kritisierte Schneider hierzu die gesetzlichen Einschränkungen, die u.a. den Krankenkassen als ergänzende Sachwalter der Arzt-Patienten Beziehung kaum Möglichkeiten einräumen Einfluss auf das Verhalten der Patienten durch eine Stärkung der Eigenverantwortung nehmen zu können. Im vorangegangenen Kapitel konnte jedoch gezeigt werden, dass die Rahmenbedingungen des Gesetzgebers in der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren den stetigen Ausbau des Empowerments der Patienten fördern. Trotzdem lässt sich aus der verstärkten, überfälligen Patientenorientierung nur eine Tendenz zu einer verbesserten Einbringung von Patienteninteressen und –bedürfnissen ableiten. Der Patient ist im Gesundheitswesen nach wie vor weder ein gleichberechtigter Partner, noch ein einflussreicher Akteur. Mit dem Shared Decision Making wird ein Verfahren auf den Weg gebracht, die beidseitigen Informationsmängel in der Arzt-Patienten Beziehung anzugehen. Der abschließende Prozessschritt innerhalb der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung basiert auf einer Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern. Die vertragliche Ausgestaltung stellt eine gesicherte Form der gegenseitigen Bindung und Verpflichtung dar. Aufgrund der stark eingeschränkten Möglichkeiten zur Abwicklung und dem Abschluss von Verträgen durch den Patienten, u.a. durch den hohen Aufwand, übernehmen die Krankenkassen die Vertragsabwicklung mit den

⁵⁵⁶ DAZ.online (2009), <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/apothekertag/news/2009/09/25/non-compliance-kostet-milliarden.html>.

⁵⁵⁷ Vgl. Schneider, U. (2002), S. 447-456.

Ärzten. Die integrierte Versorgung, innerhalb dessen selektivvertragliche Ausgestaltungen auch mit anderen Vertragspartnern erfolgen, lässt sich als eine gemeinschaftlich ausgerichtete Übereinkunft zwischen Leistungserbringer und Patienten auf Basis einer partizipativen Entscheidungsfindung begreifen. Als Beispiel lassen sich die Chroniker Programme heranziehen. Insbesondere chronische Erkrankungen kennzeichnet ein variabler Behandlungsverlauf, der stark von den Bedürfnissen des Patienten abhängig ist und sich somit für eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung eignet. Gemeinsam mit dem Arzt ermöglicht und benötigt das Shared Decision Making eine Partizipation des Patienten, um eine individuell optimierte Versorgung einzuleiten. Generell bedarf es bei der integrierten Versorgung im weiteren Sinne der Einbringung der Patienteninteressen, da Wahlmöglichkeiten vor dem Hintergrund der persönlichen Bedürfnis- und Erwartungsstruktur abgewogen werden müssen. Auch die Freiwilligkeit als Voraussetzung für die Teilnahme an den Verfahren und Programmen der integrierten Versorgung macht die Wahrnehmung der Eigenverantwortung durch den Patienten essentiell.

Der Wandel des Arzt-Patienten Verhältnisses von einer vormals paternalistischen Arztzentrierung zu einer stärker gemeinschaftlich ausgerichteten Entscheidungsfindung reduziert das hohe Informationsgefälle zwischen den Vertragspartnern. Die Grundlage für das Shared Decision Making stellen die gegenseitige Bereitstellung von Informationen sowie dialogbezogene Kommunikationsstrukturen dar. Das Arzt-Patienten Verhältnis wird durch eine Intensivierung der Interaktion geprägt. Hierbei handelt es sich um Bestandteile und Eigenschaften, die eine vertrauensvolle Zusammenarbeit kennzeichnen. Die partizipative Entscheidungsfindung umfasst ein Instrument, mit dessen Hilfe vertrauensförderliche Strukturen auf den Weg gebracht werden können. Die Vertrauensförderung stellt innerhalb der Arzt-Patienten Beziehung eine strategische Zielbestrebung dar, weil der Shared Decision Making Ansatz ohne die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses nur eingeschränkte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverbesserungen generieren kann. Vertrauen in den Vertragspartner schafft die Grundlage für einen Austausch des jeweiligen Expertenwissens. Die Unsicherheit als Folge einer hohen Informationsasymmetrie lässt sich mit Hilfe einer vertrauensvollen Interaktion reduzieren. Vertragliche Verpflichtungen und Anreize können dazu beitragen die Transaktionen zu stabilisieren und Unsicherheit abzubauen. Ein vertrauensvoller Umgang innerhalb der persönlichen Gesundheitsleistung dient als Grundlage einer gemeinschaftlichen Zusammenarbeit und trägt dazu bei Optimierungsreserven zu

erschließen. Diese Zielbestrebung leitet sich auch aus dem Begriff der Adherence ab. Wie das Compliance lässt sich die Begrifflichkeit als Therapietreue übersetzen. Adherence zielt jedoch darauf ab, eine gemeinsame Verantwortung von Arzt und Patient zu fördern und ergänzt das Konzept der Compliance um eine stärker interagierende Komponente. Schmacke kritisiert, dass die Compliance als Folgsamkeit lediglich die Einhaltung der vom Arzt vorgeschriebenen Therapierung beinhaltet.⁵⁵⁸ Bedenken oder auch Zweifel des Patienten, die aufgrund des Expertenstatus in eigener Sache auch berechtigt sein können, werden innerhalb des Compliance Ansatzes nur unzureichend berücksichtigt. Stattdessen deutet die Übertragung der damit einhergehenden Kostenproblematik auf den Patienten auf das paternalistisch geprägte Modell hin, innerhalb dessen der Patient die Therapierung unkommentiert aufnimmt und duldsam umsetzt. Zwar setzt ein solches Verhalten auch Vertrauen voraus: Der Arzt als medizinischer Experte weiß, was zu tun ist. Im Gegensatz zu der partizipativen Entscheidungsfindung wird das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient mit dem paternalistischen Konzept nicht angegangen. Die Vertrauensgutproblematik in der traditionellen Arzt-Patienten Beziehung führte u.a. zu qualitativen und ökonomischen Mängeln, die Ausgangspunkt für die zahlreichen Reformbemühungen der vergangenen Jahrzehnte darstellen. Sowohl die notwendigen Verbesserungsmaßnahmen, als auch die dynamische gesellschaftliche Entwicklung fordern die Abkehr von der Folgsamkeit. Die verbesserte Abstimmung der Behandlungsschritte zwischen Arzt und Patient und die Aufklärung sowie gegenseitige Information in der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung, welche durch die gemeinsame Verantwortungsübernahme des Adherence generiert werden, tragen dazu bei die Aspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit voranzutreiben. Durch die Förderung des Adherence als gemeinschaftliche Verantwortungsübernahme verfügt das Arzt-Patienten Verhältnis über Implikationen, die sich auf der Systemebene fortsetzen und damit die Bestrebungen des Vertrauensmanagements integrieren. Denn Veränderungen, die sich auf die Stärkung des Empowerments von Patienten beziehen, können nicht nur auf der Ebene der Leistungserstellung vollzogen werden, sondern bedürfen der Integration entsprechender Bemühungen im gesamten solidarischen Gesundheitssystem.

6.1.3 Wahltarife als Gestaltungsoption

Die Steigerung der Patientensouveränität und die damit einhergehende Förderung des Leitbildes eines mündigen Patienten bezieht sich vorwiegend auf die Arzt-Patienten Beziehung als zentrale Form der unmittelbaren Leistungserstellung. In Verbindung mit der

⁵⁵⁸ Vgl. Schmacke, N. (2009), S. 4f. Vgl. Schmacke, N. (2007), S. 33-37.

Steuerungsthematik trägt die Steigerung des Empowerments zu einem Ausbau der Nachfrageeffizienz bei.⁵⁵⁹ Anhand der überwiegenden Fokussierung der Steuerung durch Leistungsangebote verdeutlicht sich die bisher nur eingeschränkte Wahrnehmung von patientenorientierten Anreiz- und Koordinationsmechanismen. Stellvertretend für die Ausgestaltung marktlicher Gestaltungsmöglichkeiten zur Schaffung von Nachfrageeffizienz wird das Potential der Wahltarife als versicherungsorientierte Maßnahmen nach Paragraph 53 SGB V betrachtet.

Mit der notwendigen Patientenorientierung zur Verbesserung qualitativer und ökonomisch langfristiger Effekte verweisen Oberender und Zerth auf die besondere Bedeutung der Krankenversicherung in diesem Kontext.⁵⁶⁰ Den Krankenkassen räumte der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG zum 01. April 2007 und mit einer Ergänzung zum 01. Januar 2009 ein umfassendes Angebotsspektrum zur Realisierung von Wahlтарifen ein.⁵⁶¹ Hierbei handelt es sich um ein wettbewerbsintensivierendes Instrument, mit dessen Hilfe die gesetzlichen Krankenkassen durch Wahloptionen auf die individuellen Belange und Bedürfnisse ihrer Versicherten eingehen können. Somit ergeben sich für die Krankenversicherungen aus den Wahlтарifen einerseits verbesserte Steuerungsmöglichkeiten durch spezifische Anreizsetzung auf die Versicherten und andererseits Differenzierungsmöglichkeiten von den übrigen Kostenträgern. Dies schließt die Sicherung und den Ausbau der Marktposition gegenüber den privaten Krankenversicherungen ein, die im ‚Markt‘ mit den gesetzlichen Kassen um freiwillig Versicherte konkurrieren und mit den Wahlтарifen einen vergrößerten Handlungsspielraum erhalten haben. Der Maßnahmenkatalog der Wahlтарife reicht von verpflichtenden Angeboten zu den besonderen Versorgungsformen und zum Krankengeld bis hin zu optionalen finanziellen Anreizausgestaltungen, wie Selbstbehaltтарife, Prämienzahlungen, Kostenerstattungsmöglichkeiten, Kostenübernahmen sowie Zuzahlungsermäßigungen. Nach Paragraph 53, Absatz 1, SGB V übernimmt der Versicherte bis zu einer vorher festgelegten Ausgabenobergrenze die entstandenen Kosten, wofür er als Entschädigung eine Prämie erhält. Hieraus ergibt sich der Anreiz aus Sicht des Patienten bis zu der Grenze die Leistungsanspruchnahme zu minimieren. Nach Überschreiten der festgelegten Höhe hebt sich der Effekt auf die Verhaltensverbesserung jedoch auf.

⁵⁵⁹ Vgl. Kapitel 4.2.3.2.

⁵⁶⁰ Vgl. Oberender, P./ Zerth, J. (2009), S. 349-361.

⁵⁶¹ Es handelt sich hierbei jedoch nicht um eine Neuerung im deutschen Gesundheitswesen. Vgl. § 65a und § 194, Absatz 1a SGBV. Jedoch stellt die Breite und die Zusammenfassung der Angebote im § 53 SGB V ein Novum dar.

Entscheidend für die Wahl eines Selbstbehaltes ist die Abwägung zwischen den individuellen Risiken und dem Nutzen aus möglichen Prämienleitungen. Im zweiten Absatz des angeführten Paragraphen wird die Prämienzahlung bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen behandelt. Analog zum vorangehenden Absatz bestehen Ausnahmeleistungen, die keine Auswirkungen auf die Prämie bzw. den Selbstbehalt haben. Hierzu zählen z.B. Vorsorgeleistungen. Mit dieser Ausnahme soll die Gefahr von ‚verschleppten‘ Leiden bzw. Krankheiten, die langfristig mit höheren Kosten verbunden sind, zugunsten einer Prämienzahlung eingedämmt werden. Mit dem GKV-WSG wurden diese Wahltarife zum 01. April 2007 auch für die Pflichtversicherten geöffnet. Eine weitere Option für Versicherte ergibt sich auf der Grundlage des Paragraphen 53, Absatz 4 und Absatz 5, SGB V, nach welchen variierende Kostenerstattungsmaßnahmen bzw. Kostenübernahmen für besondere Arzneimittel vereinbart werden können. Als Gegenleistung finanzieren die Versicherten die erhöhten Leistungsansprüche mittels spezifischer Prämienzahlungen. In umgekehrter Weise besteht für bestimmte Mitgliedergruppen nach Absatz sieben seit Jahresbeginn 2009 auch die Möglichkeit gegen eine Prämienzahlung Leistungsbeschränkungen zu akzeptieren. Bei den genannten Ausgestaltungsvarianten handelt es sich um optionale Wahltarife. Die für die Krankenkassen verpflichtenden Angebote, wie Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen, stellen zum einen die besonderen Versorgungsformen, welche in der vorliegenden Ausarbeitung als integrierte Versorgungsformen im weiteren Sinne behandelt worden sind, dar. Zum anderen müssen Krankengeldtarife nach Paragraph 53, Absatz 6, SGB V seit dem 01. Januar 2009 für bestimmte Versichertengruppen angeboten werden, die ein breites Erkrankungsrisiko abzudecken haben. Diese Bandbreite an vom Gesetzgeber eingeräumten freiwilligen und verpflichtenden Tarifen der Krankenkassen ist mit spezifischen Wirkungen auf die Steuerungs- und Koordinationsfähigkeit verbunden. Aus den einzelnen Gestaltungsvarianten lassen sich vielschichtige positive und negative Folgerungen ableiten, die zugunsten einer die gesamten Wahltarife betreffenden Komprimierung vernachlässigt werden sollen.⁵⁶² Im Gegensatz zu der zuvor betrachteten Arzt-Patienten Beziehung setzen die Wahltarife bereits vor der Leistungsanspruchnahme bzw. vor dem Vertragsabschluss an. Die Informationsasymmetrie ergibt sich zu einem Teil aus der adversen Selektion, als Unsicherheit bezüglich der Qualitätseigenschaften. Für die Krankenversicherung resultiert aus diesem Risiko die Unkenntnis über die Eintrittswahrscheinlichkeit von Versorgungsleistungen und über die Schadenshöhe. Mit Hilfe der Wahltarife kann eine verbesserte Differenzierung der Versicherten aufgrund der Informationsbereitstellung durch die Kassen erfolgen. Eine

⁵⁶² Zu den einzelnen Ausgestaltungsvarianten und deren Wirkungen vgl. Kapitel 4.2.3.2.

Reduktion der Unsicherheit und damit eine Abschwächung der Informationsasymmetrie kann erreicht werden, indem den Versicherten als Ausgleich bzw. Anreiz für die Informationsdarlegung über die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen Prämien angeboten werden. Ein anderer Teil der Problematik aus der ungleichen Informationsverteilung ergibt sich aus dem Moral-Hazard Theorem, das im Bezug auf die Versicherung die Schwierigkeit der Verhaltensänderung durch den Versicherungsnehmer beschreibt. Mit den Selbstbehalten als Beispiel kann dem moralischen Risiko zumindest bis zur vereinbarten Höhe der zu entrichtenden Kosten entgegen gewirkt werden. Für die Krankenkassen wirkt sich die Mindestbindungsfrist des Paragraphen 53, Absatz 8, SGB V transaktionsstabilisierend aus, da sich die eingeschriebenen Versicherten für mindestens drei Jahre den Verträgen verpflichten müssen. Hieraus resultiert eine Planbarkeit für die Anbieter der Wahltarife, die wiederum durch den neunten Absatz daran gebunden sind, dass die Aufwendungen durch die Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des entsprechenden Tarifs geleistet und alle drei Jahre der zuständigen Aufsichtsbehörde vorgelegt werden müssen. Die Kopplung mit anderen tariflichen Maßnahmen oder außertariflichen Leistungseinnahmen durch sog. ‚Quersubventionierungen‘ sollen damit ausgeschlossen werden. Darüber hinaus bestehen somit die einzelnen tariflichen Angebote nur, wenn sie wirtschaftlich finanzierbar sind.

Die Wahltarife lassen sich wie oben bereits angedeutet als am Markt ausgerichtete Steuerungsmaßnahmen, welche auf die Aspekte der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit abzielen, begreifen. Dies ergibt sich zu einem Großteil aus dem eröffneten Entscheidungsspielraum der Versicherten, die zwischen Leistungsalternativen wählen können. Auch der Ausschluss von außertariflichen Subventionierungsalternativen stützt die eigenständige wirtschaftliche Tragbarkeit der Angebote. Der höhere leistungsbezogene Gestaltungsspielraum der gesetzlichen Krankenkassen, der insbesondere durch die optionale Ausgestaltungsfreiheit ermöglicht wird, betont ebenfalls die stärker wettbewerbsorientierte Ausrichtung im Bezug auf die Wahltarife. Dementsprechend stärkt der Gesetzgeber bspw. mit dem vierten Absatz des Paragraphen 53 SGB V die Position der GKV gegenüber den privaten Krankenkassen, die vor den Regelungen zu den Wahltarifen die alleinige Gestaltungsoption für variable Leistungsangebote besaßen. Dass dies neben einer erhöhten Konkurrenz innerhalb der GKV auch mit einer Verschärfung des Wettbewerbs um Leistungen, die zuvor nur den privaten Kassen vorbehalten waren, verbunden ist, verdeutlicht die

Verfassungsbeschwerde vom 27. März 2008 der privaten Krankenkassen gegen die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007. Im Bezug auf die Wahltarife begründen die privaten Kassen die Klage mit dem Argument, dass die GKV durch die Wahltarife auf einem für sie nicht zulässigen Markt agiert, was nicht den Aufgaben der Sozialversicherung entspreche. Am 10. Juni 2009 wies das Bundesverfassungsgericht die Klage ab.⁵⁶³ Die bisherige Betrachtung der möglichen und vom Bundesverfassungsgericht als zulässig eingestuften Angebotsmaßnahmen der GKV müssen einerseits um die tatsächliche Inanspruchnahme des erweiterten Handlungsspielraums sowie um die im Wettbewerb entscheidende Nachfrage durch die Versicherten vervollständigt werden. Klemm führt hierzu an, dass nach einer eher skeptischen Haltung von vorwiegend kleineren Krankenkassen die Wahltarife eine bis heute gestiegene Akzeptanz durch die Versicherer erfahren haben. Dementsprechend lässt sich aus der Pressemitteilung des Bundesversicherungsamtes vom 7. November 2007 entnehmen, dass bereits ein halbes Jahr nach Einführung der Wahltarife 113 von den damaligen 135 Krankenkassen einen oder mehrere Wahltarife beantragt hatten.⁵⁶⁴ Klemm beschreibt auf der Grundlage von Erhebungen der Techniker Krankenkasse (TK), dass die individuellen Absicherungsmaßnahmen in der GKV einen zum Teil sprunghaften Anstieg verzeichnen können. Auch im Bezug auf die Nachfrage betont Klemm die Akzeptanz der Wahltarife in der Bevölkerung und führt dies einerseits auf eine vom Stern veröffentlichte Studie und andererseits auf die Daten des TK Trendmonitors aus dem Jahr 2007 zurück, der eine Zustimmungsrate der Versicherten von 62 Prozent verzeichnet.⁵⁶⁵ Zwar handelt es sich hierbei nicht um Zahlen, die Rückschlüsse auf die tatsächliche Inanspruchnahme zulassen, jedoch bestätigen die Studien die Nachfrage nach alternativen Versorgungsangeboten.

Vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber initiierten stärkeren Wettbewerbsorientierung durch die Wahltarife folgt die häufig angeführte Kritik der Verletzung des Solidaritätsprinzips. Die Entscheidungsmöglichkeiten bezüglich der angebotenen alternativen Absicherungsmaßen setzen mündige und informierte Versicherte voraus, die nur einen Teil der gesamten Solidargemeinschaft bilden. Der auf die Wahltarife bezogene Einwand bezieht sich auf die Gefahren einer Risikoselektion und Leistungseinschränkung durch die Krankenkassen, welche das auf der Gerechtigkeit basierende Prinzip der Solidarität gefährdet.

⁵⁶³ Vgl. Bundesverfassungsgericht (2009a), Ziffer 81 und Ziffer 133. Vgl. Bundesverfassungsgericht (2009b), <http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg09-059.html>.

⁵⁶⁴ Vgl. Bundesversicherungsamt (2007), http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1047250/DE/Presse/Archiv__Standardartikel/07-11-07__PE.html.

⁵⁶⁵ Vgl. Klemm, A.-K. (2009a), S. 216-218. Vgl. Klemm, A.-K. (2009b), S. 342f. Vgl. Stern (2007), S. 31f.

So argumentieren die Kritiker der Wahltarife, wie Leienbach, Schulze Ehring und Weber, die zudem die Ergebnisse aus der Studie der Techniker Krankenkasse im Bezug auf die Zustimmung zu den Wahlтарifen abschwächen, indem sie kritisieren, dass die TK ihre Studie lediglich an einer verbesserten Konkurrenzsituation gegenüber den privaten Krankenkassen ausrichtet. Aus der Schlussfolgerung, dass dies die Rolle der Krankenkassen als gewinnorientierte Unternehmen stützt, ziehen die Autoren auch das Fazit, dass somit Ausnahmeregelungen für die GKV im Bezug auf das europäische Kartellrecht anzuzweifeln sind.⁵⁶⁶ Die Einflüsse der sowohl solidarischen, als auch ökonomischen Zielausrichtung im gesamten Gesundheitswesen zeigen sich bei den Krankenkassen als Anbieter der marktlich ausgerichteten Wahlтарife und gleichzeitige Verwaltungsorgane der solidarischen Sozialversicherung im besonderen Maße. Letztere Rollenzuteilung dominierte Jahrzehnte die Eigenwahrnehmung der Krankenkassen, die im Sinne einer gerechten Mittelallokation die Solidarität des Gesundheitswesens bestärkten. Dementsprechend argumentierte Gerlinger vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages im Juni 2008, dass die Wahlтарife eine Ungleichbehandlung nach sich zögen und aus diesem Grund dem Antrag der FDP zur Streichung des Paragraphen 53, Absatz 4, SGB V, in welchem die variable Kostenerstattung nach Vorbild der privaten Kassenangebote für die GKV ermöglicht wird, stattgegeben werden sollte.⁵⁶⁷ Dass neben dem Wandel der Krankenkassen zu unternehmensähnlichen Gebilden mit einer dienstleistungsbezogenen ‚Kundenorientierung‘, die Wahlalternativen anbieten, auch ein Wandel der Patientenrolle hin zu einem eigenverantwortlichen Nachfrager stattgefunden hat, bestätigt die Stellungnahme der Verbraucherzentrale zum Antrag der FDP. Darin fordert der Bundesverband der Verbraucherzentrale „den Versicherten nicht die Wahl zu nehmen“ sowie ein Konzept vorzulegen, in welchem der Wettbewerb im Solidarsystem eindeutig konzipiert wird.⁵⁶⁸ Die Kombination der zum Teil divergierenden Zielbestrebungen zwischen den Komplexen der Solidarität und des Wettbewerbs entspricht der im vierten Kapitel gewonnenen Schlussfolgerung, dass eine Kombination der partiellen widersprüchlichen Teilaspekte zugunsten einer gemeinsamen übergeordneten Zielausprägung erreicht werden muss.⁵⁶⁹ Die Ansprüche im Gesundheitswesen führen dazu, dass Gestaltungsempfehlungen und die damit verbundenen Veränderungen nicht zugunsten von Bestanderhaltung die Dynamik von sich entwickelnden Rollenwahrnehmungen und der Integration von Lösungsansätzen bremsen. Die Wahlтарife tragen dazu bei den Wandel im Rollenverständnis

⁵⁶⁶ Vgl. Leienbach, V./ Schulze Ehring, F./ Weber, C. (2007), S. 233-250.

⁵⁶⁷ Vgl. Merten, M. (2008), S. A 1588f. Vgl. Deutscher Bundestag (2007), Drucksache 16/6794.

⁵⁶⁸ Vgl. VZBV (2008), S. 2f.

⁵⁶⁹ Vgl. Kapitel 4.4.

der Krankenkassen und Versicherten aufzunehmen und vor dem Hintergrund der Besonderheiten im Gesundheitswesen einzufügen. Solidarität und Wettbewerb stellen zwar zwei unterschiedliche Konzeptionen dar, die jedoch über Parallelen verfügen, die es zu verbinden gilt.

Eine Möglichkeit nachteilige Entwicklungen zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken lässt sich mit einer Evaluation realisieren. Daubenbüchel verweist hierzu auf die Vergleichbarkeit mit Hilfe einer parallelisierten Kontrollgruppe, um die Steuerungseffekte der einzelnen Wahltarife offen zu legen. Doch das Verfahren ist auf Tarifangebote beschränkt, die eine Versichertenstruktur mit ähnlichen Ausprägungen aufweisen können. Für die Vernetzungsformen der Selektivversorgung, insbesondere die Chronikerprogramme, sind die Vergleichsmöglichkeiten aufgrund fehlender Parallelgruppierungen außerhalb der Angebote stark eingeschränkt und daher lediglich mit der Regelversorgung vergleichbar.⁵⁷⁰ Die begrenzten Evaluierungsmöglichkeiten der besonderen Versorgungsformen schließen auch die Schwierigkeiten zur vom Gesetzgeber geforderten Kosten-Nutzen Analyse mit ein. Die Wahltarife zielen u.a. auf eine Verhaltensänderung der eingeschriebenen Versicherten ab. Nicht zu beeinflussende Steuerungsdefizite in Form von sog. Mitnahmeeffekten lassen sich jedoch nicht ausschließen. Mitnahmeeffekte implizieren, dass Versicherte die Wahltarife in Anspruch nehmen, die bereits über eine eingeschränkte Leistungsanspruchnahme verfügen. Die Zielbestrebung eine effizientere Leistungsnutzung der Versicherten mit Hilfe der Anreize zu fördern, misslingt in diesen Fällen. Daubenbüchel stellt aufgrund der in einigen Wahlтарifen besonders ausgeprägten kaum zu realisierenden Nutzung von Einspareffekten durch eine Verhaltenssteuerung der Versicherten fest, dass die Krankenkassen auf die Begründung mit den sog. Halteeffekten ausweichen. Dieser Effekte lässt sich darauf zurückführen, dass ein positiver Deckungsbeitrag durch eine hohe Anzahl von Versichertenbeiträgen einer Krankenkasse wirtschaftliche Vorteile erbringt. Dieser Effekt basiert jedoch auf einer Risikoselektion, die zwar für eine einzelne Kasse gewinnbringende, für die gesamte Solidargemeinschaft jedoch nachteilige Auswirkungen bewirkt. Aus dieser Problematik lässt sich erneut die notwendige Vereinbarkeit von solidarischen und wettbewerbsbezogenen Zielbestrebungen ableiten. Dabei soll an dieser Stelle betont werden, dass das Solidaritätsprinzip auf Gerechtigkeitsaspekten basiert, die jedoch nicht mit einer Gleichstellung aller Mitglieder der Solidargemeinschaft vereinbar sind. Die Heterogenität sowohl der Strukturen, als auch der Patientenbedürfnisse fordert ein System, dass die

⁵⁷⁰ Vgl. Daubenbüchel, R. (2007), S. 72-80.

Unterschiede implementiert und nicht vereinheitlicht. Wahltarife stellen hierzu eine variable Alternative dar, auf die entsprechend der spezifischen Anforderungen auch eine besondere Form der Evaluation anzuwenden ist. Auf der Grundlage der vorangegangenen Ausführungen lässt sich eine solche Bewertung am ehesten anhand eines kontinuierlichen und abgestimmten Behandlungsablaufs mittels der Erfassbarkeit durch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erreichen.

Ein auf einen kontinuierlichen schnittstellenübergreifenden Patientenfluss abzielendes Konzept wird mit den integrierten Versorgungsformen realisiert. Zusätzlich wird anhand der Vernetzungsmöglichkeiten innerhalb der alternativen Versorgungsformen eine Maßnahme zur besseren Vereinbarkeit der spezifischen gesundheitsbezogenen Anforderungen einschließlich der Solidarität und den Zielen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit angegangen. Vernetzungen implementieren die Integration von verschiedenen Stakeholdern und deren Zielbestrebungen. Das Potential der in den besonderen Versorgungsformen beinhalteten vernetzenden Kooperationen verdeutlicht sich durch die obligatorischen Wahltarife, die mit dem Paragraphen 53, Absatz 3, SGB V für alle Kassen verpflichtend sind. Der Gesetzgeber fördert mit dem Steuerungsinstrument verpflichtende Vorschriften zu erlassen die Eigenverantwortung der Patienten mittels der Wahltarife. Entsprechend der im Kapitel 4.2.1.2 dargestellten Problematik von Zwängen der öffentlichen Planung, kann der Einsatz dieses Steuerungsinstrumentes durch gesamtgesellschaftliche Vorteile gerechtfertigt werden. Der Gesetzgeber schreibt mit dem Zwang zur Implementation von Prämienzahlungen bzw. Zuzahlungsermäßigungen den Krankenkassen die Nutzung des damit verbundenen wettbewerblichen Steuerungsinstrumentes der finanziellen Anreizsetzung vor. Auf dieser Stufe können die Maßnahmen in Form von variablen Wahltarifen Mängel ausgleichen helfen und damit qualitative und wirtschaftliche Verbesserungen, die über die einzelunternehmerische Sichtweise hinaus gehen, generieren.

Zwar stellen die obligatorischen Wahltarife für die Krankenkassen eine Angebotsverpflichtung dar, für die Versicherten jedoch handelt es sich um Gestaltungsoptionen, deren Abschluss freiwillig und unter Beachtung individueller Präferenzen erfolgt. Wie aufgezeigt verbindet alle Wahltarife, dass sie von mündigen und eigenverantwortlichen Versicherten abhängig sind. Das Empowerment des Patienten stellt somit eine Voraussetzung für alle Zielbestrebungen der Wahltarife dar. Zugleich fördert die

Bereitstellung der Angebote zu den Entscheidungsvarianten auch die Patientensouveränität. Nur, wenn Maßnahmen und Strukturen bestehen, welche die Einbringung von Patienteninteressen auch zulassen, können patientenautonomere Konzepte greifen und die dementsprechenden Vorteile aus der Schaffung von Nachfrageeffizienz gezogen werden. Analog zu den reziproken Wirkungen fördert die Gewährleistung von Eigenverantwortlichkeit ein wechselseitiges Vertrauensverhältnis zwischen Kostenträger und Versicherten. Die Förderung von Patientensouveränität durch die Angebote von Wahltarifen setzt daran an über das Vertrauensmanagement transaktionsstabilisierende Effekte aus der Anbieter-Nachfrager Beziehung auf die Systemebene zu übertragen.

6.2 Kontinuierliche Patientenversorgung durch die Krankenkassen als Impulsgeber

6.2.1 Disease-Management Programme als optimierter Patientenfluss

Im vorangegangenen Abschnitt verdeutlicht sich die herausragende Rolle der Krankenkassen im Gesundheitswesen am Beispiel der Wahltarife. Zwar fokussiert das obere Kapitel den Patienten als Ausgangspunkt, eine strikte Trennung von den gesetzlichen Krankenversicherungen lässt sich jedoch nicht realisieren. Dies ergibt sich vor allem aus der Rollenzuteilung der Krankenkassen als ergänzende Sachwalter der Patienten zu den übrigen Stakeholdern im Gesundheitswesen. Den Krankenkassen obliegt in dieser Aufgabenzuteilung als Kostenverantwortliche für die Beiträge der Versicherten die Vertretung für die Interessen ihrer Mitglieder. Diese Funktion verstärkt sich durch die herausgearbeitete Erkenntnis, dass zwar ein Wandel in der Patientenwahrnehmung zugunsten gesteigerter Souveränität und ausgebauten Empowermentmaßnahmen stattgefunden hat, der Patient jedoch aufgrund u.a. der Informationsasymmetrie nach wie vor keinen gleichgewichtigen Partner im versorgungsbezogenen Akteursfeld darstellt. Die Krankenversicherungen übernehmen für die Versicherten als Sachwalter zum einen die Verhandlungen und den Abschluss von Verträgen und zum anderen in der Vermittlerrolle zwischen Medizin und Patient auch die Informationsbereitstellung. Zugleich resultiert aus den Ansprüchen und den Zielbestrebungen im Gesundheitswesen für die Krankenkassen ein Wandel hin zu unternehmensähnlichen Strukturen, die dazu führen, dass der Patient den Status eines Kunden zugeschrieben bekommt. Aus dieser von Schroeder und Burau als „intermediäre Institution“ bezeichneten Verbindungsfunktion der Krankenkassen zwischen staatlich geprägter solidarischer Verwaltung und ökonomisch ausgerichteten wettbewerbsbezogenen Zielen ergeben sich

Reibungspunkte, die es zu beachten gilt.⁵⁷¹ Aus der Realisierung der Kombination von ökonomischen und solidarischen Ansprüchen erhält der Vertrauensaspekt eine besondere Bedeutung. Auf der Basis einer vertrauensvollen Prinzipal-Agent Beziehung zwischen Kasse und Versicherten kann mit Hilfe eines Vertrauensmanagement die stabilisierende Wirkung auch auf der Systemebene fortgeführt werden. Entsprechende Steuerungsmaßnahmen, die auf eine langfristige Vertrauensentwicklung bzw. –stärkung abzielen, können die Herausforderungen aus der Doppelfunktion der Kassen handhabbar machen.

Aus dem Vertrauensmanagement leitet sich eine aktive Handhabung der Steuerungsmaßnahmen und Kooperationsmöglichkeiten ab. Den betreffenden Akteuren obliegt es in den Vernetzungen mit Hilfe von Instrumenten und Anreizen Prozesse, Strukturen sowie Verhaltensweisen entsprechend ihrer Zielausrichtung zu steuern. Zwar kennzeichnet Netzwerke eine gewisser Grad von Autonomie und Offenheit, dies schließt jedoch nicht das damit verbundene Steuerungspotential aus, das von einem Netzwerkteilnehmer initiiert werden muss. Dieser Initiator soll im Folgenden als Impulsgeber bezeichnet werden. Von ihm geht die Initiative zur Bildung eines Netzwerkes aus, mit dessen Hilfe die Erreichung der Ziele optimiert werden soll. Der Impulsgeber fungiert als Netzwerkmanager. Diese Aufgabe ist sowohl an Steuerungsmaßnahmen gebunden, als auch von diesen abhängig. Dementsprechend eignen sich die Patienten als Stakeholder nicht für die Funktionsübernahme eines Impulsgebers für Netzwerke. Sie verfügen über keine ausreichende Stellung im Gesundheitswesen.

Im Gegensatz dazu eignen sich die Krankenkassen als Impulsgeber für Vernetzungen, die auf die übergeordnete Zielsymptomatik einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit abzielen. Innerhalb der Disease Management Programme (DMP) nach Paragraf 137f SGB V wird hierzu sowohl auf das Potential der Qualitätsoptimierung durch z.B. die Qualitätssicherungsmaßnahmen, Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien und Dokumentationsverpflichtungen, als auch auf die Eigeninitiative der Versicherten inklusive der Förderung durch Schulungen hingewiesen und die Berücksichtigung dessen vorgeschrieben. Die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten implementieren hierzu einen sektorenübergreifenden Behandlungsverlauf, der sich an einer induktionsspezifischen Versorgung ausrichtet. Neben der notwendigen aktiven Teilnahme der Patienten wird somit ein kontinuierlicher krankheitsbezogener Prozess integriert, der neben

⁵⁷¹ Vgl. Schroeder, W./ Burau, B. E. (2008), S. 251f.

den qualitativen Verbesserungsbestrebungen auch Effizienzgewinne anstrebt. Als Instrument der integrierten Versorgung beinhaltet der Paragraf 137f SGB V auch die Nutzung von weiteren Instrumenten, wie die Vorschriften zur Evaluation sowie evidenzbasierter Leitlinienorientierung, die der Qualitäts- und Kostensteuerung dienen.⁵⁷² Bis einschließlich des Jahres 2008 erhielten die Krankenkassen einen festgesetzten finanziellen Ausgleich für die eingeschriebenen Versicherten in den Behandlungsprogrammen. Der Gesetzgeber zielte mit diesem Anreiz für die Krankenkassen darauf ab die Risikoselektion zugunsten der „teuren“ chronisch Kranken abzumildern. Hieraus resultiert das Bestreben der Kassen mit Hilfe einer hohen Anzahl von eingeschriebenen Versicherten durch Skalenerträge Effizienzgewinne zu generieren. Um möglichen qualitativen Einbußen entgegenzuwirken, bestehen vom Gesetzgeber die Dokumentationspflicht sowie Evaluationsbestimmungen zur Wirksamkeit und den Kosten der Disease Management Programme. Aus den stringenten Vorgaben zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherung und –verbesserung ergibt sich jedoch auch der kritische Einwand einer vom Gesetzgeber gelenkten Versorgungsalternative, welche innovative und flexible Gestaltungsansätzen der Kassen blockiert. Der wettbewerbsbezogene Aspekt des Konzepts des Managed Care lässt sich an dieser Stelle kritisch hinterfragen. Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der seit dem 01. Januar 2009 einen am Versorgungsbedarf der Versicherten ausgerichteten finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenkassen organisiert, wird darauf abgezielt die Unausgewogenheit der unterschiedlichen Versichertenstrukturen auszugleichen und die Risikoselektion abzumildern. Dies soll zudem die Wettbewerbsaktivität zwischen den Kassen stärken. Doch vor dem Hintergrund, dass unabhängig von den Morbiditätszuschlägen die Krankenkassen für jeden eingeschriebenen Versicherten eine Programmkostenpauschale erhalten, die im Jahr 2010 180 Euro beträgt⁵⁷³, lässt sich die ökonomische Ausrichtung der Disease Management Programme anzweifeln. Der Anreiz zur Konzeption eines wirtschaftlich tragfähigen Konzeptes wird zugunsten der finanziellen Durchführung der Dokumentations- und Koordinationsleistungen stark eingeschränkt. Analog zu dieser Problematik lässt sich die Streichung der Anschubfinanzierung heranziehen.⁵⁷⁴ Zugleich deutet die vom Gesetzgeber nur begrenzte Gestaltungsfreiheit der DMP mit den Bestimmungen, wie die Festsetzung von Indikationen oder die Vorgabe zur Offerierung von diesbezüglichen Wahlтарifen auf die Problematik der Interventionsspirale zugunsten der Zielerreichung hin. Die hohe Steuerungsfähigkeit der

⁵⁷² Vgl. Kapitel 5.2.2.2.

⁵⁷³ Vgl. Bundesversicherungsamt (2010), http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046648/DE/DMP/dmp_node.html?_nn=true.

⁵⁷⁴ Vgl. Kapitel 5.3.2.1.

höchsten nationalen Ebene verdeutlicht sich u.a. bei der Festlegung von Rechtsverordnungen durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Basis der erarbeiteten wissenschaftlichen Grundlagen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) notwendige Anforderungen, Ergänzungen und Modulerweiterungen, wie aktuell das Programm für Adipositas. Der Gesetzgeber und der G-BA sind für die Rahmensetzung bzw. die Anforderungsgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme zuständig. Die eigentliche Ausgestaltung obliegt den regionalen Krankenkassen. Jedoch ist diese Gestaltungsmöglichkeit durch die qualitative Überprüfung durch das Bundesversicherungsamt (BVA) eingeschränkt. Trotz der ständigen Überarbeitung der Programme durch den G-BA mit dem Ziel der Implementierung eines lernenden Systems, obliegt der Makro-Ebene die letztverantwortliche Festlegung. Inwiefern diese von der Makro-Ebene ausgehende Steuerungssymptomatik das Netzwerk auf der Individualebene beeinträchtigt, soll anhand des folgenden Beispiels erarbeitet werden.

Am Beispiel des Disease Management Programms Brustkrebs, das als eines der ersten Chronikerprogramme seit dem 1. Juli 2002 besteht, sollen die Steuerungswirkungen des sektorenübergreifenden kontinuierlichen Versorgungsnetzwerkes durch den Impulsgeber der AOK Bayern herangezogen werden. Die Funktionszuordnung der Krankenkasse als Netzwerkinitiator ergibt sich u.a. durch die Verpflichtung des Gesetzgebers Wahltarife innerhalb der strukturierten Behandlungsprogramme nach Paragraph 137f SGB V anzubieten. Zusätzlich orientieren sich die gesetzlichen Anforderungen an den Krankenkassen als koordinierende Stakeholder. Ein weiteres Argument bezieht sich auf die Eigeninitiative der Versicherungen, die als Kostenträger daran interessiert sind Kosteneinsparungen zu generieren. Ein entscheidendes Kriterium für die Auswahl der chronischen Krankheiten nach Paragraph 137f SGB V stellt neben einer hohen Anzahl an Betroffenen, einer sektorenübergreifenden Versorgung, der Einflussnahme der Versicherten auf die Behandlung, der finanzielle Kostenaufwand dar. Strukturierte Behandlungsprogramme verfügen hierzu über ein Potential zur positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, der jedoch auch an hohe Teilnehmerzahlen gebunden und von einer entsprechenden Versichertenstruktur abhängig ist. Hierzu belegt die seit dem Jahr 2005 begonnene ELSID-Studie am Universitätsklinikum Heidelberg, dass bei dem Chronikerprogramm Diabetes Typ 2 im Vergleich zur Regelversorgung weniger Todesfälle zu verzeichnen sind.⁵⁷⁵ Auch

⁵⁷⁵ Vgl. Szecenyi, J. (2009), S. 3-55.

Evaluationen der Institute infas, Prognos und WIAD kommen bei dem Modul der koronaren Herzkrankheit zu dem Ergebnis, dass eine Verbesserung der medizinischen Werte von eingeschriebenen Patienten zu verzeichnen sind.⁵⁷⁶ Die vorgestellten Studien setzen an der Zielbestrebung der Qualitätsverbesserung an. Die Resultate lassen positive Rückschlüsse auf eine optimierte Versorgungsqualität in den DMP zu. Für das Disease Management Modul Brustkrebs bestehen im Gegensatz zu den Diabetesprogrammen nur eingeschränkte und auf die gesetzlichen Evaluierungsbestimmungen begrenzte Analysen. Anhand des Evaluationsberichts Brustkrebs der AOK Bayern leitet sich durch bspw. anteilige Behandlungsergebnisse spezifischer Erkrankungsstadien, wie brusterhaltende Operationen bis zu einer festgelegten Tumorgröße, die Erfassbarkeit qualitativer Abläufe ab.⁵⁷⁷ Mit Hilfe der Dokumentation auf Basis einer evidenzbasierten Standardisierung lässt sich ein Teil der medizinischen Abläufe qualitativ belegen und mittels Quotensteigerung vom ersten Evaluierungszeitraum von 2004 bis 2008 mit nachfolgenden Erhebungen vergleichen und qualitativ verbessern. Die Analysefähigkeit ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten mit folgenden Evaluationsberichten trotz Implementierung der ersten Brustkrebsprogramme im Jahr 2003 stark eingeschränkt und bspw. von der Einschätzung der Teilnehmerinnen im Jahresvergleich abhängig. Im Bezug auf mögliche Kosteneinsparungen veröffentlichten die AOK Bayern und die AOK Plus für Sachsen und Thüringen eine Kosten-Nutzen Analyse, in der sie feststellten, dass bei den eingeschriebenen Teilnehmern am Chronikerprogramm Diabetes Typ 2 Kosteneinsparungen im Vergleich zur Regelversorgung generiert werden können. Die Effizienzgewinne leiten sich vorwiegend aus einer reduzierten kostenintensiven Einweisung in das Krankenhaus ab.⁵⁷⁸ Somit deutet sich auch ein ökonomischer Nutzen durch die strukturierten Behandlungsprogramme an. Die Effizienzgewinne sind jedoch auch immer an eine hohe Beteiligung gebunden. Sell führt hierzu aus, dass die AOK im Vergleich zu den Betriebskrankenkassen über eine begünstigtere Versichertenstruktur verfügt.⁵⁷⁹ Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zielt zwar auf einen detaillierteren Ausgleich zwischen den Kassen ab, verändert jedoch nicht die Zusammensetzung der Versicherten. Daraus ergibt sich für die AOK durch die Koordinationssteuerung auf Basis einer für die DMP vorteilhaften Versichertenstruktur neben der besseren Nutzung von Skalenerträgen auch

⁵⁷⁶ Vgl. Lente, E. J. van/ Willenborg, P. (2009), S. 5.

⁵⁷⁷ Vgl. AOK Bayern (2009a), S. 7-11, S. 106 und S. 268ff.

⁵⁷⁸ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Barmer Ersatzkasse. Vgl. Ullrich, W./ Marschall, U./ Graf, C. (2007), S. 407-414.

⁵⁷⁹ Vgl. Sell, S. (2005), S. 12f. Die AOK verfügt über eine überdurchschnittliche DMP-Teilnehmerzahl, die im Jahr 2008 8,71 % betrug. Im Vergleich dazu lag die Quote bei der BKK lediglich bei 4,71%. Der GKV Durchschnittswert belief sich im Jahr 2008 auf 6,61 %. Vgl. Linnenbürger, J./ Paulus, T. (2009), S. 43.

die Möglichkeiten zur verbesserten Positionierung im Versicherungsmarkt als Anbieter innovativer Konzepte. Im Bezug auf das Brustkrebsmodul bietet die AOK eine flächendeckende Versorgung an und verzeichnete darüber hinaus gemäß Evaluationsbericht einen Anstieg der eingeschriebenen Versicherten von 4.520 im Jahr 2007 auf 6.828 Teilnehmerinnen der AOK Bayern im Jahr 2008. Vor dem Hintergrund, dass das DMP Brustkrebs mit im Jahr 2009 insgesamt 125.283 bundesweiten Teilnehmern in der AOK aus einem im Vergleich zu der Teilnehmerzahl von 3.150.513 Versicherten im Diabetes Typ 2 Programm weitaus weniger hohen Versichertenstamm besteht, lässt sich das Kriterium der Flächendeckung auch mit Wirkungen auf Effizienzgewinne kritisch hinterfragen. Zumindest müssen Abstriche bezüglich der vorwiegend auf dem Diabetes Typ 2 basierenden Studien und Erhebungen auf die mit weniger Teilnehmerzahlen bestehenden Modulen gemacht werden. Aus den möglichen Effizienzgewinnen der DMP leitet sich jedoch die Bestrebung der Krankenkassen zur breiten Flächendeckung ab. Dementsprechend besteht ein Vertrag zur Durchführung des Brustkrebsprogramms zwischen der AOK Bayern als Netzwerkkoordinator sowie weiteren Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der zum 01. Oktober 2009 in Kraft trat.⁵⁸⁰ Trotz der durch den Paragraf 137f SGB V eingeräumten Möglichkeiten der direkten Vertragsschließung mit einzelnen Ärzten und den damit verbundenen Vorteilen für die Krankenkasse, nutzt die AOK Bayern entsprechend der anderen Kassen die flächendeckende Vertragsschließung mit der KVB. Über die Vertragsschließung mit den KVen kann die maximale Zahl der praktizierenden Ärzte und der GKV-Patienten für die DMP berücksichtigt werden. Um eine Flächendeckung zu gewährleisten, müssen 17 einzelne Verträge für jedes Disease Management Programm abgeschlossen werden. Im Vergleich zur Vertragsanbahnung, -ausgestaltung und -schließung mit einzelnen Ärzten, sind die überschaubaren Verträge mit den KVen weniger zeitaufwendig und kostenintensiv. Zugunsten des Potentials einer Flächendeckung werden die KVen als Vertragspartner akzeptiert. Aus Sicht der KVen ermöglichen die Disease Management Verträge einen Steuerungserhalt in der Alternativversorgung und führen zu einer Aufweichung der bisherigen Blockadehaltung gegenüber den neuen Versorgungsformen. Die Patienten nehmen als entscheidende Stakeholder sowohl aufgrund ihrer freiwilligen Teilnahme, als auch durch die besondere Bedeutung eigenverantwortlicher aktiver Mitarbeit eine für die Krankenkassen als Initiatoren und Anbieter der DMP wesentliche Rolle ein. Das aufgezeigte Potential hängt in erster Linie von der Akzeptanz der Versicherten ab. In der

⁵⁸⁰ Vgl. AOK Bayern (2009b), http://www.aokgesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/by/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bayern/arztundpraxis/dmp/vertragliche_gesetzliche_grundlagen/brustkrebs/kvb_090909/090909_kv_vertrag_bk_mit_unterschriftsseite.pdf.

wettbewerbsbezogenen Rolle der Krankenkasse als Dienstleister für die Mitglieder wird eine kundenorientierte Ausrichtung essentiell. Die Rollenwahrnehmung als serviceorientierter Dienstleister und Koordinationsmanager zeigt sich u.a. bei der AOK Bayern durch die in Verbindung mit der KVB bestehenden online Ärztesuche und Übersicht über am Brustkrebsprogramm teilnehmende Krankenhäuser. Darüber hinaus ermöglicht die AOK Bayern bspw. die Einsicht in die Verträge mit den Leistungserbringern sowie in die Abrechnungspauschalen für einzelne DMP-Leistungen. Insbesondere letztere Vergütungsschlüssel sind jedoch für den Laien nur eingeschränkt verständlich und setzen einige Fachkenntnisse voraus. Doch insgesamt zeugt die umfangreiche Darlegung der Materialien von einer angestrebten Transparenz der Abläufe und Inhalte. Dies stellt die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den am Netzwerk beteiligten Akteuren dar. Für die Versicherten ergibt sich der im Vorfeld aufgezeigte reziproke Wirkungszusammenhang von Partizipations- und Vertrauensförderung bzw. -schaffung. Dementsprechend sind die DMP im hohen Maße von der eigenverantwortlichen Einbringung patientenindividueller Informationen und Aktivitäten abhängig. Umgekehrt kann eine Partizipation an medizinischen Versorgungsabläufen nur durch ein entsprechendes Angebot realisiert werden. Die Deutsche Krebshilfe betont auf Grundlage einer Studie die von den Brustkrebspatientinnen gewünschte Förderung partnerschaftlicher Entscheidungsfähigkeit.⁵⁸¹ Die Ergebnisse beziehen sich vorwiegend auf das Arzt-Patienten Verhältnis. Für die Krankenkasse als Netzwerkkoordinator des Moduls Brustkrebs folgt daraus einerseits die Bestätigung für die Angebote zur Eigenbeteiligung des Patienten, andererseits die notwendigen und kontinuierlichen Entwicklungsanreize für die einzelnen Vertragspartner zur Förderung der Versichertenpartizipation. Zugleich profitieren die DMP durch ihre langfristige Bindung der Patienten an das Netzwerk von einer Transaktionsstabilität, innerhalb derer vertrauensförderliche Beziehungen zu den Netzwerkteilnehmern aufgebaut und gefestigt werden können. Darüber hinaus räumt die vertraglich fixierte Bindungswirkung zwischen den Netzwerk Beteiligten die bessere Nutzung der Kommunikation in Form einer sog. Feedbackschleife ein, auf dessen Basis Veränderungen integriert werden können. Als lernendes System ermöglichen die strukturierten Behandlungsprogramme die stetige Integration von Verbesserungsmaßnahmen, um den „Pfad des Vertrauens“ für die Krebspatienten zu gestalten. In dieser Hinsicht und vor dem Aspekt, dass das Brustkrebsmodul im Vergleich zu den anderen DMP über eine geringere Verbreitung verfügt,

⁵⁸¹ Vgl. Deutsche Krebshilfe (2009), [http://www.krebshilfe.de/aktuelle-presse-meldungen.html?&tx_ttnews\[backPid\]=104&tx_ttnews\[tt_news\]=2768&cHash=f2aa0a8edc](http://www.krebshilfe.de/aktuelle-presse-meldungen.html?&tx_ttnews[backPid]=104&tx_ttnews[tt_news]=2768&cHash=f2aa0a8edc).

kann die Zuhilfenahme von weiteren Steuerungsinstrumenten positive Effekte bezüglich u.a. der Vertrauenshematik generieren. Dazu zählt das Casemanagement. Im Gegensatz zum Disease Management setzt das Fallmanagement am Individuum an und richtet den Behandlungsprozess an den spezifischen Bedürfnissen aus. Auf der Tagung der vom AOK-Bundesverband organisierten Veranstaltung zum Thema „Versorgung chronisch Kranker“ betonen europäische Experten das Potential des Casemanagements im Bezug auf die besonders kostenintensiven Fälle in der Chronikerbehandlung.⁵⁸² In Verbindung mit der Brustkrebserkrankung basiert das mammaNetz Augsburg als Modellprojekt auf dem Konzept des Casemanagements und zielt sowohl auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität, als auch auf eine Optimierung des Kosten-Nutzen Verhältnisses innerhalb der Brustkrebsversorgung ab. Die Ergebnisse bestätigen die Zielbestrebungen. Darüber hinaus eröffnet das Casemanagement für die AOK-Bayern Akquisemaßnahmen von Patienten und Ärzten für das Disease Management Programm Brustkrebs aufgrund der positiven Erfahrungswerte.⁵⁸³ Das Casemanagement fungiert an dieser Stelle über den Vertrauensaspekt auf der Individualebene als Einstieg und Erweiterung des Disease Management Programms Brustkrebs. Die Wirkungen aus der Kombination der Steuerungsinstrumente beeinflussen die Gestaltung auch auf der übergeordneten Systemebene als Netzwerk. Die positiven Steuerungswirkungen aus Sicht der AOK-Bayern lassen sich auf die gesamte GKV übertragen und nutzen. Insbesondere durch den hervorzuhebenden Bedarf der Brustkrebspatientinnen den Versorgungsprozess selbstbestimmt mitzugestalten, erhält der standardisierte Behandlungsablauf des Disease Managements mit dem individualisierten Fallmanagement eine sinnvolle vertrauensförderliche Erweiterung, die letztlich an einer Realisierung der Zielaspekte mitwirkt.

Die strukturierten Behandlungsprogramme eröffnen den Krankenkassen über die Selektivversorgung in der Rolle eines Netzwerkkoordinators eine höhere Steuerungssouveränität in Anspruch zu nehmen. Doch dieser Grad an wettbewerbsbezogener Einflussfähigkeit der DMP wird von einer Widersprüchlichkeit geprägt. Dementsprechend verfügen die Kassen zwar über eine freie Wahl der Leistungserbringer und sind nicht an die in der Regelversorgung vorgegebene notwendige Vereinbarung über die KVen gebunden, trotzdem erfordert die Nutzung der Potentiale der variablen Vertragsausgestaltung eine wirtschaftliche Tragfähigkeit, die sich nicht durch kleinteilige Einzelverträge realisieren lässt.

⁵⁸² Vgl. Goodwin, N. (2009), S. 8ff. und vgl. Schrijvers, G./ Boonekamp, F. (2009), S. 11ff.

⁵⁸³ Vgl. Thorenz, A./ Seiler, R. (2007), S. 45-53.

Die DMP zählen zu den wettbewerbsorientierten Maßnahmen der Alternativversorgung und zielen als Bestandteil des weit gefassten Begriffs der integrierten Versorgung auf eine Verbesserung der Fehl-, Unter- und Überversorgung mittels Marktmechanismen ab. Doch insbesondere die Steuerungsfähigkeit der Makro-Ebene findet innerhalb der zahlreichen Vorgaben und Dokumentationsverpflichtungen Eingang in die Gestaltungsfähigkeit und ersetzt damit einen Teil der in der Regelversorgung durch die Meso-Ebene geprägten und zu berücksichtigenden Strukturen. Als Rechtfertigung wird die notwendige Qualitätserhaltung bzw. –verbesserung herangezogen. Anhand der Studien wurde vielfach belegt, dass die DMP eine Qualitätsverbesserung erreichen. Die einzelnen Krankenkassen nutzen diese Ergebnisse als Marketinginstrumente und somit auch zum Ausbau der eigenen Marktposition. Das in diesem Kontext als Versorgungsqualität bezeichnetes Etappenziel basiert auf dem wesentlichen Bestandteil der Standardisierung von Leistungsbestandteilen der Versorgung. Einzelne medizinische Segmente werden evidenzbasiert vorgegeben und können vergleichbar gemacht werden. Hierzu zählen zum einen die Bestandteile der Strukturqualität, wie personelle oder technische Ressourcen und zum anderen auch Teilbereiche der Prozessqualität, wie das Informationsverhalten von einzelnen Leistungserbringern innerhalb der Versorgungskette. Letztere Qualitätsphase lässt sich gemeinsam mit der Ergebnisqualität nicht vollständig wiedergeben. Annäherungen in den Evaluationsberichten in Form von Befragungen bezüglich der Lebensqualität vor und nach Eintritt in das strukturierte Behandlungsprogramm sowie Vergleiche mit der Mortalitätsrate können nur einen Teil der Qualität abbilden. Persönliche Empfindungen und Bedürfnisse, die einen wesentlichen Teil der Versorgung ausmachen und beeinflussen, lassen sich auf der Grundlage der Besonderheit der Gesundheit als Vertrauensgut nicht erfassen. Maßnahmen, wie die Förderung einer partizipativen Entscheidungsfindung, ein individueller Patientenfluss sowie das Casemanagement als Beispiele für vertrauensförderliche Mechanismen erweitern die ökonomisch ausgerichteten Strukturen. Evaluationen durch Indikatoren stellen Maßnahmen zur notwendigen Reduktion der Informationsasymmetrie dar. Die identifizierte Besonderheit des Gutes Gesundheit fordert jedoch die Ergänzung um vertrauensschaffende Maßnahmen, die dazu beitragen die Mängel abzubauen. Die strukturierten Behandlungsprogramme stellen eine Maßnahme dar, die mit Hilfe von Leitlinien und Gestaltungsvorgaben die Problematik des ungleichen Informationsstands reduzieren kann. Es lässt sich ein Trade Off zwischen einem Mehr an Gestaltungsfreiheit und einer damit verbundenen Erweiterung um individuelle Belange sowie der Vergleichbarkeit und Sicherheit von standardisierten Abläufen

identifizieren. DMP gehören innerhalb der wettbewerbsorientierten Alternativversorgung zu den Netzwerken, die einen eingeschränkten Marktmechanismus aufweisen. Mit dem Beispiel des Brustkrebsprogramms zeigt sich des Weiteren, dass auch innerhalb der Module Unterschiede bzw. Abstufungen in der Zielerreichung sowie der Maßnahmenintegration beachtet werden müssen.

6.2.2 Von der Krankenkasse initiierte integrierte Versorgungskonzepte

In der integrierten Versorgung nach den Paragraphen 140a-h SGB V wird, wie bei den DMP, ein sektorenübergreifender patientenorientierter Versorgungspfad, der jedoch entgegen der strukturierten Behandlungsprogramme nicht indikationsbezogen, sondern populationsorientiert ausgerichtet ist, implementiert.

Als Beispiel für die integrierte Versorgung nach den Paragraphen 140a-h wird der Hausarzt-Apotheken-Vertrag, in welchem die Barmer Ersatzkasse als Impulsgeber der Vernetzung fungiert, herangezogen. Die Barmer bezeichnet sich innerhalb dieser vertraglichen Ausgestaltung zwischen den Vertragspartnern der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft als Managementgesellschaft und der Marketinggesellschaft Deutscher Apotheken als Lotse im Gesundheitswesen, der auf die Wahrung und Förderung der Patienteninteressen abzielt. Schmitt führt in diesem Kontext an, dass sich die Barmer als erste Krankenkasse mit einem solchen Angebot sowohl eine herausragende innovative Stellung im Versicherungsmarkt sichert, als auch eine stärkere Versichertenbindung generieren kann.⁵⁸⁴ Aufgrund einer hierzu vorteilhaften Versichertenstruktur, die im Vergleich zu den konkurrierenden Krankenkassen zu einem Großteil feste Hausärzte und Hausapotheken präferiert und von einer verpflichtenden Kontaktaufnahme keine Nachteile erwartet, profitiert die Barmer in mehrfacher Hinsicht. Neben der Berücksichtigung der Mitgliedsinteressen werden qualitative Verbesserungen durch z.B. eine höhere Arzneimittelsicherheit angestrebt. Im Bezug auf ökonomische Effekte in Form von Einsparmaßnahmen verweist Schmitt lediglich auf positive Tendenzen, führt jedoch die gewonnenen Steuerungswirkungen als Vorteile an. Mit der Einschreibung der Patienten in den Hausarzt-Apotheken Vertrag verpflichten sich die Teilnehmer zur Inanspruchnahme eines bestimmten Hausarztes, der den weiteren Versorgungsablauf koordiniert. Die eingeschriebenen Versicherten werden als Ausgleich für die Festlegung auf einen Hausarzt von der Praxisgebühr befreit. Der Arzt erhält in der Rolle des Gatekeepers eine Einschreibevergütung sowie zusätzliche Aufwandsentschädigungen für

⁵⁸⁴ Vgl. Schmitt, N. (2007), S. 201-205.

Präventionsmaßnahmen. Analog zu diesen finanziellen Anreizen erhalten auch die Hausapotheken höhere Zuwendungen. Zur Kompensation dieser Anreizsetzung sowie zur zeitlichen Finanzierungsüberbrückung bis zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit des Konzepts behielt die Barmer auf der Grundlage der Integrierten Versorgung einen Teil der Gesamtvergütung ein. Die Ersatzkasse begründet die Verknüpfung der Hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraph 73b SGB V mit der Integrierten Versorgung durch die Hinzunahme der Apotheken in die Verträge. Auf dieser Grundlage sah sich die Barmer Ersatzkasse berechtigt die Mittel der Anschubfinanzierung, die bis ins Jahr 2008 gewährleistet wurden, für ihren Hausarzt-Apotheken Vertrag, der im Jahr 2005 startete, in Anspruch zu nehmen. Die KV Thüringens klagte vor dem Sozialgericht Gotha die Rückzahlung der einbehaltenen Mittel aus der Anschubfinanzierung in Höhe von rund 400.000 Euro an und bekam aufgrund der fehlenden sektorenübergreifenden Eigenschaft des Hausarztvertrags im Urteil vom 08. März 2006 Recht zugesprochen.⁵⁸⁵ Die von der Barmer eingereichte Revision wurde am 24. Januar 2007 vom Bundessozialgericht unter Verweis auf eine nicht bestehende Substitution der Regelversorgung bzw. einer nicht vorgesehenen sektorenübergreifenden gemeinsamen Budgetverantwortung zurückgewiesen.⁵⁸⁶ Entgegen der im vorausgegangenen Kapitel dargestellten Vernetzung der AOK mit den KVen, initiierte die Barmer ein Netzwerk ohne Einbezug der kassenärztlichen Vertretungen. Aufgrund einer hohen Beteiligung der Leistungserbringer und Versicherten konnte die Barmer eine Flächendeckung realisieren. Schmitt führt hierzu aus, dass 75 % der Hausärzte, 80 % der Apotheken und 28 % der Barmer-Versicherten in den Vertrag eingeschrieben waren. Diese freiwillige hohe Beteiligung erkennt auch das Bundessozialgericht an, verweist jedoch auf die davon nicht beeinträchtigte Inanspruchnahme unberechtigter Mittel. Die Rückzahlungsverpflichtung der Barmer an die KVen wird auf rund 60 Millionen Euro geschätzt. Im Anschluss des Urteils kündigte die Barmer die Neuausschreibung von Verträgen zur Hausärztlichen Versorgung gemäß 73b SGB V an. In der Ärzte Zeitung vom 02. Juni 2008 verweist Birgit Fischer als Vorstandsmitglied der Ersatzkasse darauf, dass nicht das Gerichtsurteil, sondern die nicht ausreichende Ergebnisqualität der Hausarzt-Apotheken Verträge ausschlaggebend für Verhandlungen mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft bereits vor der gerichtlichen Entscheidung war. Aufgrund gescheiterter Verhandlungen mit der Vertragsgemeinschaft bezüglich stringenteren

⁵⁸⁵ Vgl. Sozialgericht Gotha (2006), AZ.: S 7 KA 2784/05.

⁵⁸⁶ Vgl. Bundessozialgericht (2008), AZ.: B 6 KA 27/07 R.

Qualitätsstandards lief der bisherige Vertrag zum Jahresende 2008 aus.⁵⁸⁷ Die Barmer Ersatzkasse erneuert im Jahr 2009 die Kritik am Verhalten des Hausärzteverbandes. Zum 32. Deutschen Hausärztag beanstandet Johannes Vöcking als Vorstandsvorsitzender der Barmer die monopolfördernden Regelungen des Paragraphen 73b SGB V, die dem Wettbewerb und der verbesserten Patientenversorgung entgegen stünden.⁵⁸⁸ Bis heute bietet die Barmer Ersatzkasse ihren Versicherten keine Möglichkeiten zur Einschreibung in hausarztzentrierte Versorgungsmodelle an. Seit der Fusion der Barmer mit der Gmünder zum Jahresbeginn 2010 entfielen die Einschreibemodalitäten für Ärzte und Versicherte in die bis dahin von der Gmünder Versicherung angebotenen hausarztzentrierten Versorgung. Aufgrund einer einjährigen Bindungsfrist wird das Hausarztmodellangebot zum Jahresende 2010 auslaufen.

Dieses Beispiel der gescheiterten Alternativversorgung durch die Barmer Ersatzkasse in der Rolle als Impulsgeber zeigt auf, dass die zahlreichen Steuerungsbestrebungen der einzelnen Akteure innerhalb des Spezifikums Gesundheitswesen Gestaltungsmöglichkeiten stark beeinflussen. Für die Patienten, die in erster Linie von den neuen Angebotsformen, wie der integrierten sowie der hausarztzentrierten Versorgung profitieren sollen, ergeben sich aus dem Scheitern erhebliche Nachteile. Dementsprechend mussten die in das Barmer Hausarztmodell eingeschriebenen Versicherten die Praxisgebühr vom 1. Juli 2008 bis zum Auslaufen der Verträge zum Jahresende 2008 wieder übernehmen. Für die eingeschriebenen Ärzte und Apotheken wurden hingegen die Vertragsverpflichtungen durch die Barmer in diesem Zeitraum übernommen. Auch aus dem Wegfall des Hausarztmodells der Gmünder Ersatzkasse ergeben sich für die Versicherten in diesem Bereich eingeschränkte Versorgungsangebote. Diese Einschränkung der Entscheidungsalternativen widerspricht der Nachfrage der Patienten, was sich aus den veröffentlichten Teilnahmezahlen von annähernd zwei Millionen eingeschriebenen Patienten in das Barmer Hausarztmodell ableiten lässt. Das Nachfrage-Angebot Verhältnis, welches den Kernbestandteil des Marktmechanismus umschreibt, wird zu Ungunsten des Patienten nicht beachtet. Dies bestätigt ein weiteres Mal die unterrepräsentierte Position und die damit verbundenen beschränkten Steuerungskapazitäten des Patienten bzw. Versicherten im Gesundheitswesen. Die im Vorfeld von der Barmer Ersatzkasse herausgestellte Lotsenfunktion für die Patienten wird nicht

⁵⁸⁷ Vgl. Laschet, H. (2008), http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/497586/barmer-lasst-ihren-hausarzt-vertrag-ende-2008-auslaufen.html, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/497592/barmer-hausarztmodell-scheitert-unverbindlichkeit.html.

⁵⁸⁸ Vgl. Barmer (2009), http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Pressemitteilungen/090918_20Hausarztvertrag/content_20hausarztvertrag.html?w-cm=LeftColumn_t94252.

eingehalten. Zudem lässt sich aus dem fehlenden Angebotsverhalten trotz entsprechender Nachfrage die Nichteinhaltung von Versicherteninteressen ableiten. Dies deutet auf eine Verletzung der Funktion des Sachwalters, der für die Versicherten u.a. Verträge mit den Leistungserbringern abschließt, hin. Der im Kapitel 3.3 vorgestellte Zyklus der Abbildung 14 auf der Seite 94, der das Vertrauensverhältnis von Individuen zwischen u.a. Leistungserbringer und Sachwalter darstellt, läuft Gefahr in diesem Bereich unterbrochen zu werden. Die Barmer verweist in diesem Kontext auf die problematischen Regelungen innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung, die den Hausärzten eine ausgeprägte monopolartige Marktmacht einräumen. Vöcking benennt diesbezügliche Honorarforderung von mehr als 40 % ohne qualitative Gegenleistungen. Aus der Kopplung von Qualitätsdarlegung und Vertrauensförderung, was sich auch aus der Abbildung 11 entnehmen lässt, folgt daraus die Unterbrechung des Vertrauenszyklus. Die finanzielle Anreizsetzung als Steuerungsinstrument der Krankenkasse führte in dem hier aufgezeigten Beispiel nicht zur angestrebten Zielerreichung. Zwar konnten die Patienten und Leistungserbringer mit Hilfe dieses Bonussystems für das Programm gewonnen werden. Aufgrund der Nichtbeachtung bestimmter Voraussetzungen scheiterte jedoch diese erste Generation von Hausarztverträgen. Die wesentlichste Voraussetzung stellt hierbei die Beachtung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmensetzung dar. Auch innovativ ausgerichtete Modelle müssen den Ansprüchen und Vorgaben der übergeordneten Makro-Ebene entsprechen. Ansonsten laufen sie Gefahr von konkurrierenden Stakeholdern, wie den KVen als Widersacher der Alternativversorgung, angefochten zu werden. Eine weitere Voraussetzung stellt die langfristige Eigenständigkeit der Projekte bzw. Modelle dar. Die Inanspruchnahme von Mitteln aus der nicht mehr bestehenden Anschubfinanzierung zählte nur als vorübergehende finanzielle Unterstützung.⁵⁸⁹ Eine langfristige wirtschaftliche Tragfähigkeit wird durch effiziente und effektive Bestrebungen essentiell und umschreibt eine entscheidende wettbewerbliche Eigenschaft zur Nutzung der Zielausrichtungen. Gleichermäßen zeigt sich über das Steuerungsinstrument der finanziellen Anreize auch das allgegenwärtige Steuerungskriterium Geld. Sowohl die Einbehaltung der Mittel durch die Barmer Ersatzkasse, als auch die Honorarforderungen des Hausärzterverbandes verdeutlichen die Ausrichtung auf eine Gewinnerzielung. Dies widerspricht zwar nicht den übergeordneten Zielbestrebungen der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Insbesondere die Integration von Steuerungsinstrumenten des Markt-/ Preismechanismus basiert zu einem Großteil auf der Beachtung von Gewinnerzielung. Doch vor dem Aspekt der Besonderheiten im

⁵⁸⁹ Vgl. Kapitel 5.3.2.1.

Gesundheitswesen und der Vertrauensgutproblematik stellt die Fokussierung auf finanzielle Aspekte nur einen Teil der Ausrichtung dar. Insbesondere in Kombination mit großen Unterschieden in der Macht- bzw. Einflusstruktur sowie die Wahrung der Steuerungsinteressen einzelner Stakeholdergruppen können der Erreichung der Zielaspekte entgegen stehen und so zum Scheitern von Verhandlungen und Verträgen führen. Die Beachtung und Integration von Qualitätsaspekten vervollständigt den Optimierungsprozess. Entsprechend der reziproken Wirkungszusammenhänge von Qualität und Vertrauen sowie den einzelnen Vernetzungspartnern kann der Einfluss auf der Individualebene auf die Systemebene übertragen werden. Daraus ergibt sich auch der Anspruch der Implementation von Lerneffekten, die den Zyklus von Vertrauensschaffung komplettieren. Auch das Scheitern der Verträge der Barmer Ersatzkasse ist Bestandteil der Veränderungsprozesse. Aus dem Lernprozess ergibt sich die Folgerung, die Erkenntnisse und Erfahrungswerte aus dem bundesweit ersten Hausarzt-Apotheken Modell in den Zyklus einzuarbeiten und nutzenbringend zu verwerten.

6.2.3 Krankenkassen als entscheidende Vernetzungspartner

Die Beispiele der Steuerungsfähigkeit der Krankenkassen innerhalb der ausgesuchten Vernetzungsmöglichkeiten der integrierten Versorgung im weiteren Sinne verdeutlichen die Einflussvielfalt der Krankenversicherungen. Die Heterogenität des Gesundheitswesens spiegelt sich auch in den Netzwerken wieder und ist ein wesentlicher Bestandteil im Selbstbild der Krankenkassen. Dementsprechend zeigt sich die intermediäre Funktion sowohl in der Vermittlerrolle zwischen Medizin und Patient, als auch durch die Aufgabenzuordnung der mittelbaren Staatsverwaltung sowie durch den Wandel zum kundenorientierten Dienstleister, der marktbezogene Mechanismen integriert. Diesbezügliche Reibungspunkte zwischen den Funktionen und Widersprüchlichkeiten in der Außen- und Innenwahrnehmung bleiben nicht aus. Mit den neuen Versorgungsformen als Alternative zur Regelversorgung erhalten die Krankenkassen mittels der Möglichkeiten der Selektivverträge einen erweiterten Gestaltungsspielraum, der die Kassen zugunsten einer stärker wettbewerbsorientierten Fokussierung unterstützt. Der Gesetzgeber räumt den Krankenkassen hierzu eine vorwiegend initiierende Funktion innerhalb des Patientenflusses ein. Dies ergibt sich zu einem Großteil durch die Aufgabenwahrnehmung der Kostenträgerschaft durch die Krankenkassen. Diese Funktion begünstigt die Vernetzungstätigkeit aufgrund der Kontakte zu allen Sektoren und Akteuren im Gesundheitswesen. Auch Netzwerke, die vom Leistungserbringer koordiniert

werden, bedürfen des Einbezugs der Krankenversicherungen als Mittelgeber. Der daraus resultierende hohe Steuerungseinfluss ist jedoch auf die Alternativversorgung begrenzt. Innerhalb der Regelversorgung bedarf es einer intensiveren Kooperation mit den Vertretungen bzw. Verbänden der Leistungserbringer, ohne deren Einbezug keine Vereinbarungen getroffen werden können. Dies erläutert die noch in Teilen bestehende Blockadehaltung der KVen gegenüber den neuen Versorgungsformen, die im Gegensatz zu den Krankenkassen innerhalb der selektivvertraglichen Versorgung einen Steuerungsverlust zu verzeichnen haben. Ein weiterer Grund für die herausragende Stellung der Kassen in der Alternativversorgung leitet sich auch durch die Sachwalterfunktion ab. Den Krankenkassen obliegt als Interessenvertretung der Patienten u.a. die Übernahme von Vertragsverhandlungen und -abschlüssen. Sie verfügen über eine gefestigte Marktstellung und einen höheren Steuerungseinfluss als einzelne Patienten aufgrund von zahlreichen Einschränkungen, wie begrenzte zeitliche Ressourcen oder Patientenvertretungen durch bisher ungenügende Einflussmöglichkeiten.

Neben dem identifizierten Potential der Krankenkassen als Netzwerkitiatoren, besteht auch ein mit den Zielbestrebungen und dem Rollenwandel einhergehender Innovationsdruck. Gescheiterte Modelle, wie der Hausarzt-Apotheken Vertrag der Barmer, führen zu negativen Auswirkungen auf das Verhältnis zu den Stakeholdern. Dementsprechend kann sich ein Vertrauensverlust aufgrund enttäuschter Erwartungshaltungen entwickeln, als dessen Folge bspw. Patienten die Krankenkasse wechseln. Die mit der Alternativversorgung angestrebten Effekte zur Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch entsprechende Mechanismen können bei Nichtbeachtung der genannten Voraussetzungen und Bedingungen gegenteilige Wirkungen erzeugen. Innerhalb des wettbewerbsähnlichen Umfeldes, in dem die einzelnen Krankenkassen durch innovative Konzepte Patienten werben und binden sowie qualitäts- und kostenoptimierende Effekte generieren wollen, besteht Konkurrenz zwischen den Kostenträgern. Fusionen und Zusammenschlüsse jeglicher Art stehen stellvertretend für das gestiegene Anspruchsverhalten an die Krankenkassen. Horizontale Vernetzungen zielen darauf ab, durch eine Kompetenzbündelung eine bessere Aufstellung im Markt zu erreichen. Der Wandel zum kundenorientierten Dienstleister räumt den Krankenversicherungen zwar einerseits einen höheren Handlungs- und Steuerungsspielraum in den integrierten Versorgungsmodellen ein, andererseits bedingt die Fokussierung auf stärker wettbewerbsbezogene Mechanismen auch eine notwendige Beteiligung an den Konzepten,

um den wirtschaftlichen Folgen einer Schließung zu begegnen. Mit dem erhöhten Managementaufwand, der mit der Funktionsübernahme als Netzwerkkoordinator einhergeht, ergeben sich für die Krankenkassen zwar aktive Steuerungsmöglichkeiten auf die einzelnen Vertragspartner, jedoch resultieren daraus auch Kosten durch Koordinations- und Managementaufgaben. In Kombination mit einer entsprechenden finanziellen Ausgestaltung sowie qualitätssichernden Vorgaben für die Leistungserbringer kann die Problematik abgemildert werden. Im Beispiel der DMP besteht die Programmkostenpauschale, von der keine Anreize zur Etablierung innovativer Finanzierungskonzepte ausgehen. Stattdessen bestehen solche Möglichkeiten im Bereich der integrierten Versorgung, die neben der Übertragung einer vollständigen bzw. teilweisen Budgetverantwortung auf die Vertragspartner über freie Vergütungsvereinbarungen verfügen. Auch innerhalb der ärztlichen Vergütung in den Hausarztmodellen können ergebnisorientierte Zusatzhonorierung eingeführt werden. Dadurch erfährt die Krankenkasse eine verstärkte qualitative Einflussnahme auf den ärztlichen Vertragspartner.

Der vom Staat initiierte Wettbewerb im Rahmen der Alternativversorgung ist darauf ausgerichtet positive Effekte im Bezug auf die umfangreichen Zielbestrebungen der qualitativen und wirtschaftlichen Verbesserung zu erreichen. Hierzu gibt der Gesetzgeber im eingeschränkten Rahmen außerhalb der Regelversorgung den Kassen eine Bandbreite von Gestaltungsmöglichkeiten an die Hand. Die einzelnen Konzeptvarianten schließen vom Staat durch Rahmenrichtlinien stärker eingeschränkte Modelle, wie die DMP sowie Vernetzungsmöglichkeiten mit einem höheren Handlungsspielraum, wie die integrierte Versorgung nach Paragraph 140 a-h SGB V, die jedoch auch an Voraussetzungen, wie einen sektorenübergreifender Bezug, gebunden sind, ein. Gemeinsam mit den horizontalen Vernetzungsmöglichkeiten ergibt sich innerhalb der Alternativversorgung ein breites Konzeptionskontinuum, das von den Krankenkassen entsprechend ihrer Ausrichtung und Versichertenstruktur angewandt werden kann und in diesem separierten Bereich von einem unterschiedlichen Grad an wettbewerblicher Freiheit geprägt ist. Der Gesetzgeber zielt darauf ab, aus den Ergebnissen positive Einflüsse auf die Regelversorgung übernehmen zu können. Hieraus leitet sich für die Krankenkassen eine weitere notwendige Beteiligungsverpflichtung ab. Erfahrungen und eine ausgebaute Marktstellung im Bezug auf innovative Konzepte verfügen über Marketingeffekte und einer verbesserten Ausgangsposition für Netzwerkverbindungen, die sich auf die Regelversorgung übertragen lassen. Die Tendenz zur

Übertragung der Effekte aus der Alternativversorgung lässt sich auch durch die vom Gesetzgeber mit dem GKV-WSG eingesetzten Verfahren, die eine stärkere populationsorientierte Ausrichtung aufweisen, ableiten. Die Betonung und Förderung einer flächendeckenden Versorgung innerhalb der neuen Versorgungsformen zielt darauf ab, die kleinteiligen Vertragskonstellationen zu überwinden und positive Einflüsse auf höhere Gestaltungsebenen und damit auf das gesamte Gesundheitswesen zu generieren. Doch außerhalb des in Maßen und Abstufungen durch den Gesetzgeber zugelassenen Bereichs der wettbewerbsorientierten Alternativversorgung besteht in der Regelversorgung ein traditionell geprägtes solidarisches Gesundheitswesen mit stark eingeschränkten Marktorientierungen. Mit der Gesundheitsreform von 2007 und dem darin enthaltenen Gesundheitsfonds, der seit dem Jahr 2009 einheitliche Versichertenbeiträge vorgibt, wurde der Handlungsfreiraum der Krankenkassen bezüglich der Festsetzung variabler Beiträge entsprechend der eigenen Wirtschaftslage begrenzt. Ein Wettbewerb, wie er innerhalb der alternativen Versorgungskonzepte besteht und durch den Einsatz der Wahltarife nach dem GKV-WSG in Teilen auch verstärkt worden ist, lässt sich in der Regelversorgung nicht vorfinden. Stattdessen können sich die Krankenkassen nur durch qualitätsbezogene Ausgestaltungen von den anderen Kassen abgrenzen. Die bis dahin bestehende Finanzautonomie der Kassen ist gestrichen worden. Die Marktorientierung ist auf den Qualitätswettbewerb beschränkt. Hieraus leitet sich die Notwendigkeit zu Investitionen, Förderung und Etablierung qualitativer Maßnahmen und Strukturen durch die Krankenversicherungen ab. Damit verstärkt sich das Potential der neuen Versorgungsformen durch die Realisierung von Qualitätsoptimierung und die Wirkungen auf die Stakeholderbindung, insbesondere auf die der Versicherten und potentiellen Mitglieder. Auch die damit einhergehende Vertrauensförderung und die Folgen in Form einer Transaktionsstabilisierung sowie Beziehungsfestigung erfahren eine Bedeutungszunahme. Maßnahmen und Konzepte, die an einer Reduktion der Informationsasymmetrie ansetzen, indem sie das Informationsgefälle und die Unsicherheit zwischen den Vertragspartnern durch bspw. evidenzbasierte Leitlinien, Evaluation oder Empowermentmöglichkeiten reduzieren, fördern die Qualität. Daher obliegt der Krankenkasse als Leitungsfinanzierer, die am eigentlichen Leistungsprozess nicht beteiligt ist, eine herausragende Steuerungsfokussierung auf den Qualitätsaspekt. Die Reduktion des mit dem Vertrauensgut Gesundheit einhergehenden Informationsgefälles fordert zugunsten einer gestiegenen Einfluss- und Kontrollmöglichkeit der eigentlichen Leistungsanspruchnahme als Kernbestandteil der Gesundheitsversorgung Standardisierungen und Evaluation. Mit deren

Hilfe werden die Versorgungsinhalte aus Sicht der Versicherung stärker einsehbar und vergleichbar gemacht. Eine besondere Bedeutung erfährt vor allem die Ergebnisqualität, die im Gegensatz zu der Struktur- und Bereichen aus der Prozessqualität aufgrund der Vertrauensgutproblematik nur eingeschränkt erfassbar ist. Krankenkassen verfügen zudem als nur mittelbar an der eigentlichen Versorgungsleistung Beteiligte über eine mehrfache Vertrauensschwierigkeit. Moral Hazard und adverse Selektion sind Beispiele für asymmetrische Probleme, die von der Versichertenseite aus bestehen. Dagegen wird die Beziehung zu den Leistungserbringern von Schwierigkeiten, wie die angebotsinduzierte Nachfrage, belastet. Innerhalb der neuen Versorgungsformen erhalten die Krankenkassen zwar ein im Vergleich zur Regelversorgung erhöhtes Steuerungspotential und mit dem Kontinuum an wettbewerbsbezogenen Angebotsvarianten auch das ‚Rüstzeug‘ für Verfahren, Mechanismen und Konzepte, die an der Überwindung der vielschichtigen Probleme zugunsten einer abgeschwächten Informationsasymmetrie ansetzen, die jedoch ihrerseits über zu beachtende Nachteile verfügen. Dementsprechend sind die einzelnen Steuerungsinstrumente mit Anreizen verbunden, wie z.B. Bonusregelungen, die wiederum eine Verpflichtung implizieren oder wie bspw. die Leitlinien, welche den ärztlichen Handlungsspielraum beschneiden. Aus dem Spezifikum des Vertrauensgutes Gesundheit leitet sich für die Krankenkassen die Steuerungsproblematik ab, dass die Zuhilfenahme von wettbewerbsorientierten Instrumenten in der Alternativversorgung nur als schrittweise und langfristig ausgerichtete Annäherung an eine optimale Transaktion mit den Netzwerkpartnern aufgefasst werden kann.

6.3 Ambulanter Sektor als Impulsgeber

6.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung als Vertrauensoffensive

In diesem Kapitel steht der ambulante Sektor als Impulsgeber für Netzwerke der integrierten Versorgung im weiteren Sinne im Fokus der Betrachtung. An einem Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraf 73b SGB V wird die Rolle der Ärzte bzw. Ärztevertretungen als Einflussnehmer auf diese neue Versorgungsform betrachtet. Zwar wurde im Kapitel 6.2.2 den Krankenkassen die Rolle des Initiators dieser Vernetzungsmöglichkeit zugeschrieben. Dies entspricht auch der Gesetzesgrundlage, nach welcher „die Krankenkassen [...] ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten“ haben.⁵⁹⁰ Jedoch verfügen die gesetzlichen

⁵⁹⁰ Vgl. § 73b, Absatz 1, SGB V.

Vorgaben den Abschluss der Verträge mit Gemeinschaften hausärztlicher Leistungserbringer zu schließen, die damit einen notwendigen Vertragspartner für die Krankenkassen darstellen. Dass auf Basis der Einschränkung vertraglicher Gestaltungsfreiheit der Kassen zugunsten der Hausärztegemeinschaften das Scheitern gesamter hausarztzentrierter Versorgungskonzepte nicht ausgeschlossen ist, lässt sich anhand der im Nachhinein des Barmer Hausarztmodells bis heute nicht zustande gekommenen Folgeverträge entnehmen. Den Hausärzten bzw. deren Gemeinschaften wird durch den Paragraphen 73b SGB V eine besondere Einfluss- bzw. Steuerungsmöglichkeit zuteil. Aufgrund dieser besonderen Stellung des ambulanten Sektors werden die von ihm ausgehenden Wirkungszusammenhänge auf die Vernetzungstätigkeit der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen auf die Zielbestrebungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit herausgestellt.

Die Versorgungsmöglichkeiten der Hausarztmodelle bestehen bereits seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003. Mit dem GKV-WSG von 2007 erhielt diese neue Versorgungsform ergänzende Vorgaben und Maßnahmenweiterungen. Wesentliche Änderungen stellen zum einen die flächendeckende Ausgestaltung zugunsten stärker populationsorientierter Versorgungsverträge und zum anderen die Streichung einer notwendigen Beteiligung durch die KVen, indem der Sicherstellungsauftrag in diesem spezifischen hausärztlichen Bereich auf die Krankenkassen übergeht, dar. Zugleich räumt der Paragraph 73c SGB V mit der Reform von 2007 den Krankenversicherungen die Sicherstellung der Versorgung außerhalb des Einflusses der KVen durch fachärztliche Vertragsausgestaltungen mit Gemeinschaften von Vertragsärzten ein. Anhand der beiden Paragraphen verdeutlicht sich die Steuerungszunahme der Kassen bei gleichzeitiger Steuerungsabnahme der KVen in den separierten Bereichen. Hieraus leitet sich u.a. die bereits im Vorfeld identifizierte Initiatorfunktion der Krankenversicherungen ab, die neben einer erhöhten Steuerungstätigkeit auch eine Verantwortungszunahme durch den erweiterten Sicherstellungsauftrag für vertragsärztliche Versorgung nach den Paragraphen 73b und 73c SGB V zugeschrieben bekommen. Aufgrund der gleichzeitigen Steuerungszunahme der teilnehmenden Vertragsärzte auf der Mikro-Ebene durch die Lotsenfunktion in Form des Gatekeepings sowie einer damit einhergehenden Verantwortungszunahme für den Versorgungsprozess des Patienten, verfügen Teilbereiche des ambulanten Sektors über eine wesentliche mit-impulsgebende Stellung. Die Kassen sind von der Initiative der Ärzte im hohen Maße abhängig. Das folgende Beispiel dient hierzu der tiefergehenden Analyse.

Anhand der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und der MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH auf der Grundlage des Paragraphen 73b SGB V wird eine beispielhafte Vernetzung innerhalb der integrierten Versorgung im weiteren Sinne herangezogen. Das mit Einschreibungsbeginn der Ärzte vom 01. Juli 2008 und dem Vertragsbeginn für Patienten seit 01. Oktober 2008 begonnene Hausarztmodell verfügt über eine Vorreiterrolle. Im Gegensatz zu den vertraglichen Vernetzungen im Vorfeld dieses Angebotes verzichtet das hausarztzentrierte Netzwerk auf eine Beteiligung mit den KVen und nutzt erstmals die vom Gesetzgeber zugestandenene unabhängigeren Vertragskonstellationen vollständig. Der AOK-Versicherte, der sich freiwillig für mindestens ein Jahr in das Hausarztmodell einschreiben kann, erhält als Anreiz eine erweiterte Gesundheitsversorgung, wie individuelle Risikoprognosen für bestimmte Krankheiten sowie umfangreichere Serviceleistungen, wie Abendsprechstunden für Berufstätige. Zugleich wirbt das Programm mit einer im Vergleich zur Regelversorgung hochwertigeren Qualität durch höhere Standards in der Struktur- und Prozessqualität durch bspw. apparative Mindestanforderungen der Praxisausstattung. Als Gegenleistung verpflichtet sich der eingeschriebene Versicherte die Konsultation seines Hausarztes allen weiteren Facharztbesuchen voranzustellen. Nur in Notfällen sowie bei dem Aufsuchen von Augenärzten und Gynäkologen wird die Verpflichtung aufgehoben. Für die Hausärzte ergibt sich durch die erhöhten Anforderungen und eine gestiegene Verantwortungsübernahme als persönlicher Lotse der einzelnen Patienten im gesamten Behandlungsfluss ein Mehraufwand im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung. Zu den Teilnahmeverpflichtungen der Ärzte zählen die Umsetzung des hausärztlichen Qualitätsmanagements, die Nutzung vertraglicher Softwareprogramme zur Dokumentation und Abrechnung sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fortbildungen. Trotzdem zeugen steigende Arztbeiträge in das vorliegende Programm von den positiven Wirkungen des Hausarztmodells aus Ärztesicht. Die Abrechnungs- und Dokumentationsverfahren sind im Gegensatz zur Regelversorgung effizient und effektiv ausgerichtet, um dem Arzt mehr Zeit für die eigentliche medizinische Versorgung gemeinsam mit dem Patienten zu ermöglichen. Dies ist auch das Ergebnis der Kommunikationsverbesserung, die bspw. durch die vorgeschriebenen Qualitätszirkeln sowie die IT-Vernetzung angegangen wird. Hermann stellt den Kommunikationsfortschritt als Basis für Qualität, die wiederum als Grundlage für Vertrauen und Verantwortung für den Patienten fungiert, heraus. Insbesondere vor dem Hintergrund der Regelversorgung eröffnet dieses innovative Konzept den Hausärzten den

Ausbruch aus dem als „frustrierend empfundenen, hoch bürokratischen Einerlei der Normalversorgung“.⁵⁹¹ Ein entscheidender Anreiz zum Beitritt in die hausarztzentrierte Versorgung stellt die leistungsbezogene Vergütungssystematik dar, welche den Ärzten eine durchschnittliche Fallwerterhöhung von ca. 80 Euro ermöglichen kann. Die Abrechnung umfasst alle im Vertrag vereinbarten vom Patienten in Anspruch zu nehmenden Leistungen, die den üblichen hausärztlichen Behandlungsumfang, ausgenommen der Notfallversorgung, beinhalten. Die Vergütung stützt sich hierzu auf einen Mix aus kontaktunabhängigen und kontaktabhängigen Pauschalen, Einzelleistungen und ergebnisabhängigen Zuschlägen. Trotz dieser Bandbreite an Vergütungsstrukturen, profitiert das Hausarztmodell der AOK Baden-Württemberg von als leistungsgerecht empfundenen und als unkompliziert bezeichneten Abrechnungsmodalitäten im Vergleich zur Systematik der KVen. Aus der Sicht des baden-württembergischen Vorsitzenden des Hausärzterverbandes Dietsche stellt das Hausarztmodell einen finanziellen Befreiungsschlag für die Hausärzte dar, die mit der Honorarreform von 2009 einen Umsatzrückgang erfahren mussten. Auch Baumgärtner, als Vorsitzender der MEDI Baden Württemberg, welche als Verbund aller ärztlichen Fachrichtungen eine Parallelorganisation zu den KVen darstellt, betont die strukturierten und qualitätssichernden Vorteile des Hausarztmodells.⁵⁹² Beide Verbände unterstützen den AOK Baden-Württemberg Hausarztvertrag. Die jeweiligen Managementgesellschaften, als Vertragspartner, übernehmen hierzu die vertragliche Abwicklung, Abrechnung und Koordination bzw. Organisation der wechselseitigen Vertragserfüllung für die teilnehmenden Ärzte. Mit einer mindestens auf fünf Jahre festgelegten Vertragsdauer bekräftigen die Vertragspartner, mit Ausnahme der Patienten, die Absichten einer langfristigen und vertrauensvollen Beziehung. Die gewachsene Beteiligung am AOK Hausarztmodell lässt sich als Bestätigung für den Erfolg dieser Vernetzung deuten. Nach einem Jahr Laufzeit verzeichnet der Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg von ca. 2.000 angemeldeten Ärzten zum Vertragsbeginn im Oktober 2008 einen Anstieg auf über 3.200 Hausärzte im Jahr 2009. Die eingeschriebenen Patientenzahlen wachsen sogar noch deutlicher. Der 500.000ste Patient innerhalb des Hausarztmodells wurde im April 2009 registriert. Nur sieben Monate später waren bereits über 670.000 AOK Versicherte in den Vertrag eingeschrieben.⁵⁹³ Anhand dieser Zahlen lassen sich jedoch keine belegbaren Aussagen bezüglich der Versorgungsqualität oder

⁵⁹¹ Vgl. Hermann, C. (2009), S. 157-164.

⁵⁹² Vgl. AOK Baden-Württemberg (2009a), http://www.presseportal.de/pm/51195/1447549/aok_baden_wuerttemberg.

⁵⁹³ Vgl. AOK Baden-Württemberg (2009b), <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/aok-hausarztvertrag-ist-vorbild-104311.php>, Vgl. AOK Baden-Württemberg (2009c), <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/neuer-aok-hausarztvertrag-68930.php>.

verbesserten Wirtschaftlichkeit ziehen. Die positive Bilanz des baden-württembergischen Programms im Bezug auf die Resonanz der Vertragspartner lässt sich auch durch eine gelungene stakeholderbezogene Anreizgestaltung durch die AOK erläutern. Dass die Interessen der Versicherten und Ärzte den Zielbestrebungen der Krankenkasse bezüglich einer Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit entgegen stehen können, wurde im Vorfeld aufgezeigt. Als Beispiele lassen sich die Trittbrettfahrer-Problematik, das Moral-Hazard Theorem oder die angebotsinduzierte Nachfrage benennen. Im Vergleich zu den Disease Management Programmen besteht zudem keine verpflichtende Evaluation. Aus den gesetzlichen Anforderungen bezüglich der obligatorischen Sicherstellung von Qualitätsstandards, wie die Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien, der Fortbildungsverpflichtung oder der Nutzung des Qualitätsmanagements lassen sich jedoch Qualitätsverbesserungen ableiten. Zusätzliche optimierende Ansätze im AOK Vertrag, wie der Ausbau der Struktur- und Prozessqualität bekräftigt die von den AOK Vertretern betonte Verbesserung der Versorgungsqualität durch die hausarztzentrierte Versorgung. Die Bestrebungen zur gleichzeitigen Generierung von Wirtschaftlichkeitsreserven soll mit Hilfe der innovativen Konzepte erreicht werden. Hierzu führt Hermann u.a. die vertragssoftwaregestützte Pharmakotherapie an. Damit wird den Hausärzten ein IT-Programm zur Seite gestellt, dass qualitative Ansprüche durch eine vertragsinterne Arzneimittelkommission, die Integration laufender evidenzbasierter Entwicklungen mit den wirtschaftlichen Aspekten der Preis- und Rabattinformationen der AOK im Austausch mit den Qualitätszirkeln anwendungsfreundlich aufbereitet und kombiniert. Doch bisher lassen sich die Aussagen Hermanns, als Vizevorstand der AOK Baden-Württemberg, indem er das Potential der überarbeiteten Arzneimittelverschreibung und der zentralen Koordination des Behandlungsverlaufs zur Generierung von Wirtschaftlichkeitsreserven betont, nicht wissenschaftlich gestützt belegen. Darüber hinaus basiert die von der AOK Baden-Württemberg angebotene hausarztzentrierte Versorgung zu einem großen Teil auf eine im Vergleich zur Regelversorgung höhere Honorarleistung an die Ärzte, welche von der im Paragraphen 73b, Absatz 7, SGB V geregelten Bereinigung nicht ausschließlich finanziert werden kann. Hierzu wird die Gesamtvergütung seit Jahresbeginn 2009 um die Zahl und die Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten bereinigt und steht damit der Krankenkasse zur Deckung der ärztlichen Honorarvergütung zur Verfügung. Doch zur finanziellen Anreizsetzung der AOK durch höhere hausärztliche Honorare bedarf es der notwendigen Einsparung mittels „der

Pharmakotherapie/Arzneimittelversorgung sowie durch leitliniengerechte Steuerung der Versorgung, zur Vermeidung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung.⁵⁹⁴ Es besteht somit aus Sicht der AOK neben der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Qualitätsverbesserung auch die notwendige Generierung wirtschaftlicher Effekte. Da die einbehaltenen Mittel aus der Bereinigung zum einen den zu leistenden Betrag an die KVen schmälern und zum anderen auf eine von den Einflüssen und Steuerungsmöglichkeiten der KVen losgelösten Versorgungsalternative basieren, folgt daraus die kritische Haltung insbesondere der KBV gegenüber dem Hausarztmodell der AOK Baden-Württemberg. Zusätzlich handelt es sich bei den Vertragspartnern des MEDI Verbundes und des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg um konkurrierende Parallelorganisationen. Dementsprechend fußt der MEDI Verbund auf einer kritischen Haltung gegenüber den KVen. Dazu zählt der Verbund die unzureichende Aufgabenwahrnehmung der Interessenvertretung der Ärzte und die blockierende Haltung gegenüber den wettbewerblichen Strukturen, wie der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung, welche in mangelhaften Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten für die niedergelassenen Ärzte gegenüber den Krankenkassen resultiert.⁵⁹⁵ Dass die KBV die Gefahr eines Steuerungsverlustes durch die Abwanderung der Hausärzte stoppen will, zeigt das Friedensangebot auf der Vertreterversammlung der KBV am Jahresende 2009 zum Ausbau der Eigenständigkeit der Hausärzte.⁵⁹⁶ Davon nicht beeinflusst zeigt sich der Entwicklungsprozess der Hausarztmodelle nach Paragraph 73b SGB V. Dementsprechend bestätigt der Vertragsabschluss durch die Betriebskrankenkassen (BKK) in Baden-Württemberg in Anlehnung an die AOK, dass die hausarztzentrierte Versorgung der AOK Baden-Württemberg als sog. „Eisbrechervertrag“ eine Vorreiterrolle in der Alternativversorgung ohne Beteiligung der KVen übernommen hat. Auch außerhalb des Bundeslandes bahnen sich Verträge an. Hierzu zählt die Signal Iduna sowie die AOK Bayern mit den Landwirtschaftlichen Kassen Bayerns, die jedoch aufgrund ausstehender Schiedsverfahren durch Verhandlungsuneinigkeiten zwischen den Partnern erst im Jahr 2010 anlaufen. Die Bestätigung aus dem Schiedsverfahren, das sich am Programm der AOK-Baden-Württemberg orientierte, bekräftigt die bestehende Vorbildfunktion. An diese Eigenschaft schließt sich auch die Ergänzung des baden-württembergischen Hausarztmodells durch den Facharztvertrag nach 73c SGB V zwischen dem Bundesverband der Niedergelassenen Kardiologen (BNK), dem MEDI Verbund sowie der AOK Baden-Württemberg mit Unterzeichnung am 10. Dezember 2009 an. Anhand der Erweiterung der

⁵⁹⁴ Deutscher Hausärzteverband et al. (2009), S. 21.

⁵⁹⁵ Vgl. MEDI Verbund (2010), <http://www.medi-deutschland.de/seite.php?hauptmenu=43>.

⁵⁹⁶ Vgl. Rieser, S. (2010), <http://www.aerzteblatt.de/archiv/67333/>.

Koordinationsfähigkeit um die fachärztliche Versorgung ergibt sich die Umsetzung eines lernenden Systems, das neben Vorteilen für die Beteiligten auch über positive Wirkungen auf die Systemebene verfügt.

Das vorliegende Beispiel zeigt eine erfolgreiche Implikation einer am Wettbewerb ausgerichteten innovativen Versorgungsform, die mit Hilfe einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage die gewachsenen Strukturen der Regelversorgung aufbricht. Inwiefern sich die Wirkungen auch auf die Nutzung von Wirtschaftlichkeitspotentialen fortschreiben, bedarf einer längerfristigen Erhebung. Steigende Teilnehmerzahlen und Rabattverträge eröffnen Maßnahmen durch entsprechende Skalenerträge. Die bislang nicht vorgeschriebenen Evaluationen auf der Basis wissenschaftlich gestützter Erhebungen können dazu beitragen, die von den Vertretern der AOK herausgestellten positiven Effekte auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der hausarztzentrierten Versorgung durch neutrale Bewertungsmethoden zu bestätigen. Über das bestehende Vertragscontrolling hinaus könnte eine solche Selbstverpflichtung einschränkenden Gesetzesvorgaben als Steuerungsproblematik entgegenwirken und zugleich positive Wirkungen auf die Vertragspartner erzeugen bzw. negative Effekte im Sinne des lernenden Systems frühzeitig erkennen helfen. Diese Aufgabenwahrnehmung entspräche auch der Tendenz der Krankenkassen zur groben Richtungslenkung des Hausarztmodells. Die Krankenkassen gelten zwar als vorwiegender Initiator und Wegbereiter dieser neuen Versorgungsform, jedoch obliegt vor allem den Ärzten und Managementgesellschaften das Koordinieren bzw. Managen des Vertrages. Dementsprechend wird die Vertragsabwicklung von der HÄVG in Kooperation mit dem MEDI Verbund durchgeführt. Die Hausärzte fungieren als Lotsen für die Patienten im Behandlungsverlauf und nehmen die patientenorientierte Koordination wahr. Zugleich sind sie die entscheidenden Akteure, indem sie die qualitätsbezogenen Vorgaben des Gesetzgebers und der Krankenkassen umzusetzen haben. Die Hausärzte übernehmen als Gatekeeper durch die unmittelbare Leistungserbringung am und mit dem Patienten eine direkte Steuerungswirkung auf ihn. Eine vertrauensvolle Beziehung wird dadurch nicht nur im Bezug zwischen Arzt und Patient essentiell, sondern auch zwischen Arzt und Krankenkasse. Die hausarztzentrierte Versorgung integriert die daraus resultierenden Ansprüche, indem die Qualitätsförderung der hausarztgestützten Gesundheitsversorgung herausgestellt wird. Die AOK Baden-Württemberg bestärkt durch die Bezeichnung der Arzt-Patienten Beziehung als Kernbestandteil der Versorgung den qualitäts- und wirtschaftlichkeitsbezogenen Aspekt der

Orientierung am Patienten und einer optimierten partizipativen Entscheidungsfindung. Zugleich fungiert die freie Hausarztwahl der Versicherten zu Beginn des Programms als Förderung autonomer Entscheidungsfindung anhand individueller Präferenzen, Darlegung persönlicher Versorgungsansprüche und als Selektionsinstrument für im Vorfeld vertrauensvoll agierende Hausärzte. Vertrauen zwischen Hausarzt und Patient stellt somit bereits im Vorfeld der Vertragsanbahnung eine Voraussetzung für das Einschreiben des Versicherten in das Programm dar. Während der Vertragslaufzeit verfügt die hausarztzentrierte Versorgung durch die qualitätsförderlichen Vorgaben und Maßnahmen über das Potential zur wechselseitigen Festigung der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die Dokumentationsverpflichtungen, die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien und die Kenntnisse über außerhausärztliche Behandlungen dienen der Reduktion der Unsicherheit innerhalb medizinischer Vorgänge aus Patientensicht. Zugleich bieten sie aber auch dem Arzt eine erhöhte Sicherheit über die medizinische Angemessenheit und als Maßnahme zur Fehlervermeidung. Zudem resultieren aus der Gatekeeperfunktion des Hausarztes Kenntnisse und Informationen über den gesamten ambulanten Versorgungsablauf des Patienten. Durch den geringeren bürokratischen Aufwand und verpflichtende Fortbildungen auch zur Kommunikationsoptimierung ergeben sich zusätzliche Ansatzpunkte, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patient verbessern und stabilisieren. Beidseitige Unkenntnis über das jeweilige Expertenwissen wird mittels einer Beziehungsintensivierung abgebaut und trägt dazu bei die doppelte Informationsasymmetrie und die daraus resultierenden qualitativen und ökonomischen Mängel zu reduzieren. Des Weiteren kann die erfolgreiche Anwendung des Hausarztmodells für eigene ärztliche Zwecke genutzt werden. Neben einer Honorarverbesserung kann der Hausarzt die Versorgungsform als Signalingmöglichkeit nutzen. Analog zu der Wirkung einer Reputation fungiert dieses Instrument als Informationsbereitstellung für potentielle Patienten als Nachfrager und setzt am Abbau der Unsicherheit an.

Die reziproken Wirkungen aus dem Abbau des Informationsgefälles zwischen Patient und Arzt wirken mittels der Vertrauensschleife auch zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse nach der Abbildung 14, auf der Seite 94. Die vertrauensförderlichen Maßnahmen und Effekte aus der Beziehungsstabilisierung sind zum einen das Ergebnis der Steuerungsabsicht zur Verbesserung der Über-, Unter- und Fehlversorgung der Krankenversicherung und zum anderen das Resultat aus den Transaktionen auf der Ebene der

Leistungserbringung. Aus der Abbildung ergibt sich auch der gesellschaftliche Bezug dieses Wirkungszusammenhangs. Die vertrauensförderlichen Aktivitäten beeinflussen die Gesellschaft und damit die Systemebene, indem aus den positiven Vernetzungserfahrungen der AOK Baden-Württemberg ähnlich ausgestaltete Programme von anderen Kostenträgern initiiert werden. Auch auf den Gesetzgeber wirken die Ergebnisse aus den eingeräumten wettbewerbsbezogenen Gestaltungsspielräumen innerhalb der Alternativversorgung zurück. Der Paragraf 73b SGB V fördert die Hausärzte, die lange Zeit innerhalb des ambulanten Sektors im Bezug auf finanzielle Belange vernachlässigt worden waren und über geringe Einflussmöglichkeiten verfügten. Dabei realisiert die Facharztgruppe durch die Präsenz insbesondere in ländlichen Gebieten eine flächendeckende ärztliche Versorgung. Zusätzlich eignen sich die Hausärzte vor den Aspekten des demographischen Wandels sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen durch ihre fachbereichsübergreifenden allgemeinmedizinischen Kenntnisse als Dreh- und Angelpunkte der ambulanten und auch sektorenübergreifenden Versorgung. Mit der Förderung dieser Arztgruppe zielt die Gesundheitspolitik auf eine Verbesserung der Zielbestrebungen zur qualitativen und auch ökonomischen Optimierung ab. Durch die Abkopplung der Hausarztmodelle von den Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten der KVen zur vereinfachten Initiierung innovativer Konzepte wird die Steuerungsfähigkeit der Krankenkassen als Netwerkitiatoren ausgebaut. Zugleich wird jedoch eine Steuerungsproblematik geschaffen, die eine flächendeckende Versorgung der Hausarztzentrierung nur durch mitgliedsstarke Vertragspartner realisieren kann. Davon profitiert der Hausärzterverband, der als nahezu einziger Partner die gesetzlichen Voraussetzungen als Vertretung von mindestens der Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte erfüllt. Das gesundheitspolitische Ziel einer flächendeckenden Versorgung läuft somit Gefahr monopolartige Zusammenschlüsse zu fördern. Ein weiteres Mal zeigt dieses Beispiel die Problematik zwischen wettbewerbsbezogenen Zielansprüchen und der solidarisch geprägten Verantwortung der Gesundheitspolitik.

6.3.2 Medizinisches Versorgungszentrum in ambulanter Trägerschaft

Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurden bereits im fünften Kapitel als weitere Vernetzungsalternative der neuen Versorgungsformen vorgestellt und zählen nach der vorliegenden Definition zur integrierten Versorgung im weiteren Sinne. Die auf einer vertraglichen Vereinbarung nach Paragraf 95 SGB V basierende fachübergreifende

Leistungserbringung setzt eine ärztliche Leitung voraus. Die dem ambulanten Sektor zugehörige Organisationsform kann von Vertragsärzten und bzw. oder auch von angestellten Ärzten ausgeübt werden und erweitert die bestehenden ärztlichen Vernetzungen, wie Gemeinschaftspraxen oder Apparategemeinschaften, um die Möglichkeiten sektorenübergreifender und nicht-ärztlicher Kooperation, Koordination oder sonstigen Zusammenschlussvarianten. Das MVZ zielt durch einen koordinierten patientenorientierten Behandlungsablauf und eine fachübergreifende Konzentration von versorgungs- und managementorientierter Kompetenz auf die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung ab. Das MVZ kann hierzu in jeder für den Arztberuf möglichen Rechtsform ausgestaltet sein. Es existieren zusätzlich Gründungsmöglichkeiten auch für Leistungserbringer außerhalb des ambulanten Sektors, die „an der medizinischen Versorgung aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag“ teilnehmen, wie z.B. Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen.⁵⁹⁷ Unabhängig von der Gründungsausgestaltung besteht der notwendige Einbezug von Ärzten im Angestelltenverhältnis und bzw. oder als Freiberufler als Voraussetzung. Aufgrund der vertragsärztlichen Versorgung unterliegt das MVZ der Bedarfsplanung und den Zulassungsverordnungen, die vom jeweiligen Bezirk und dem Zulassungsausschuss der KVen geführt und entschieden werden. Damit unterliegt die Zulassung auch den Bestimmungen des Planungsbereiches, die für bestimmte ärztliche Fachgebiete aufgrund von bspw. einer ausreichenden Versorgungskapazität in der Region von den zuständigen KVen gesteuert werden.

Um die Steuerungswirkungen des ambulanten Sektors, die von der Versorgungsform des MVZs auf das gesamte Konstrukt Gesundheitswesen ausgehen und in umgekehrter Reihenfolge Einfluss ausüben, zu erfassen, wird entsprechend der vorausgehenden Untersuchungen ein Beispiel herangezogen. Hierbei handelt es sich um das sog. Polikum Friedenau, das sich dadurch auszeichnet, dass es sich bei den entscheidenden Impulsgebern der Vernetzungsform um Ärzte handelt. Die Trägerschaft der MVZ durch Vertragsärzte stellt die bislang vorwiegende Konstellation der Versorgungsform dar.⁵⁹⁸ Das Polikum Friedenau gehört einer Gruppe von vier MVZ, inklusive der Zentrale, in Berlin an. Eine Expansion in die Großstädte Hamburg und München steht nach der Planungsphase kurz vor der Durchführung. Damit zählt die Polikum Gruppe zu einer der größten integrierten Leistungsanbieter im ambulanten Sektor. In der Form einer Kapitalgesellschaft der GmbH

⁵⁹⁷ Vgl. § 95, Absatz 1. Vgl. u.a. zu den Rechtsformen und Trägerschaften von MVZ Kapitel 5.4, S. 253f.

⁵⁹⁸ 50, 7 % der MVZ bestehen in Trägerschaft von Vertragsärzten. Krankenhäuser sind zu 38,2 % an der Trägerschaft von MVZ beteiligt. Vgl. KBV (2009c), S. 5.

führt der Mitbegründer und Mehrheitsgesellschafter Dr. Wolfram Otto unter Mitbeteiligung eines weiteren ärztlichen und eines kaufmännischen Partners die Unternehmensgruppe von der Berliner Zentrale aus. Das MVZ Friedenau nimmt als erstes Polikum mit der Eröffnung am 17. Oktober 2005 als zeitweise größtes MVZ eine Vorreiterrolle nicht nur innerhalb des Unternehmens ein. Mit Hilfe einer ganzheitlichen ambulanten Vollversorgung „aus einer Hand“ und den Vertragsabschlüssen zur Kooperation mit vertikal angegliederten Leistungserbringern entsprechend der integrierten Versorgung nach den Paragraphen 140a-h SGB V setzt die Polikum Gruppe auf eine effiziente und qualitativ verbessernde Gesundheitsversorgung.⁵⁹⁹ Die Realisierung dieser Zielbestrebungen wird durch eine prozessbegleitende IT-Software, regelmäßigen interdisziplinären Treffen und einer zentralisierten Verwaltung nicht medizinischer Leistungen organisiert. Die ärztliche Vergütung orientiert sich am Honorarverteilungsmaßstab der KVen bzw. KZVen. Neben dem festen Vergütungsbestandteil, in Form eines Fixgehalmtes, erhalten die teilnehmenden Ärzte in Abhängigkeit der möglichen Optimierung aus den neuen Versorgungsformen, wie der integrierten Versorgung oder der besonderen ambulanten Versorgung nach Paragraph 73c SGB V sowie einem erfolgsorientierten Vergütungsanteil einen zusätzlichen variablen Honorarbestandteil.⁶⁰⁰ Amelung, der das Polikum Friedenau als ein zukunftsweisendes ‚Leuchtturmprojekt‘ innerhalb der neuen Versorgungsformen auch außerhalb des Berliner Standortes herausstellt, verweist auf die vom MVZ vorgenommene Fokussierung auf eine Intensivierung pauschalisierter Vergütungsbestandteile.⁶⁰¹ Mit Hilfe einer diagnoseabhängigen sektorenübergreifenden Pauschale, in Form einer Capitation, zielt das Polikum auf eine effizienz- und qualitätsverbessernde Vergütungskomponente als in diesem Ausmaße innovatives Novum im ambulanten Sektor ab. Eine ähnliche wirtschaftliche und qualitative Orientierung der Polikum Gruppe zeigt sich auch durch die Mehrfachbesetzung von ärztlichen Fachgebieten, um einerseits erweiterte Sprechzeiten, von 7 bis 21 Uhr sowie eine flexiblere fachärztliche Leistungserbringung z.B. bei Krankheit oder Urlaub zu generieren und andererseits Wartezeiten zu begrenzen. Das Polikum Friedenau setzt den Versorgungsschwerpunkt auf die hausärztliche Versorgung, die u.a. neben einer angegliederten Apotheke und einem Sanitätshaus um erweiterte Zusatzangebote, wie Homöopathie und Ernährungsberatung sowie um fachärztliche Spezialisten ergänzt wird. Diese

⁵⁹⁹ Vgl. Polikum (2010), <http://www.polikum.de>.

⁶⁰⁰ Bei einer vollen Stelle erhält der angestellte Arzt in Abhängigkeit seiner Fachrichtung ein Grundgehalt von 4000-6000 Euro monatlich. Vgl. Neumann, P. (2009b), <http://www.welt.de/die-welt/article4010177/Alle-Aerzte-unter-einem-Dach.html>.

⁶⁰¹ Vgl. Amelung, V. E. (2007b), S. 225-232. Vgl. Amelung, V. E. (2007a), S. 101-103.

Konzentration auf eine prozessorientierte Versorgung im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung wird durch die kombinierbaren Programme der integrierten Versorgung durch die vertikale Vernetzung mit Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen sektorenübergreifend ergänzt. Ausgehend von der Kooperation mit den Kliniken im Rahmen der integrierten Versorgung zeigt sich nach Amelung im Polikum Friedenau ein Rückgang von stationären Einweisungen. Unterstützende Belege für diese positiven Effekte auf die gesamtgesellschaftlichen Aspekte bestehen jedoch nicht. In gleicher Weise existiert eine koordinierte und kooperative Pharmakotherapie, welche einer ineffizienten Arzneimitteltherapie aufgrund von sog. Verdachts- oder Sicherheitsverschreibungen entgegenwirkt und Auswirkungen auf die Kostenstruktur des Gesundheitswesens hat. Wissenschaftlich fundierte Evaluationen stützen diese Erkenntnisse aber nicht. Jedoch lässt sich aus den Zielbestrebungen und Ansprüchen des Polikums eine qualitative und ökonomische Optimierung der Versorgungsabläufe ableiten. Dementsprechend ist ein hoher qualitativer Standard, mit bspw. medizinischen Geräten, die nicht älter als fünf Jahre sein dürfen sowie Bonusregelungen für die angestellten Ärzte nur über eine finanzbezogene Versorgungsoptimierung zu erreichen. Der Erfolg des Polikums Friedenau, als eines der ersten MVZ wird durch die Expansion von zwei weiteren Zentren innerhalb Berlins und durch die Unternehmensvergrößerungen an den Standorten Hamburg und München in nur fünf Jahren bestätigt. Das Polikum betont in diesem Zusammenhang die Orientierung an der Nachfrage. Die Erweiterung um Räumlichkeiten und teilnehmenden Ärzten folgt nach den Ausführungen Amelungs im Polikum der Inanspruchnahme der Patienten. Dies belegt auch die personelle Entwicklung im Standort Friedenau. Von anfänglich 16 Ärzten lässt sich im Jahr 2009 ein Anstieg auf nahezu 50 Ärzte verzeichnen.

Entsprechend der Zielbestrebungen der Gesundheitspolitik steht das Polikum Friedenau für eine Realisierung der qualitativen und wirtschaftlichen Verbesserung im ambulanten Sektor durch die Anwendung neuer Versorgungsformen sowie der damit verbundenen Inanspruchnahme wettbewerbsbezogener und innovativer Instrumente und Konzepte. Die daraus resultierenden Steuerungswirkungen von und auf das MVZ in ambulanter Trägerschaft sind vielschichtig. Durch die ärztliche Gründung und geschäftsführende Tätigkeit ohne eine gesellschaftsrechtliche Verknüpfung mit bspw. dem stationären Sektor lässt sich neben der Initiator-tätigkeit auch das Netzwerkmanagement den Ärzten als Leistungserbringer zuschreiben. Zur Einflussnahme greift das Polikum Friedenau auf das gesamte marktliche

Steuerungskontinuum, das in den Grundzügen dem Kapitel 4.3.2.3 zu entnehmen ist, zurück. Dabei lässt sich das MVZ als Gesamtheit als eigenständige Organisationsform bzw. Kooperationsmöglichkeit innerhalb der Steuerungsthematik, welche auf die Beeinflussung der Stakeholder abzielt, begreifen. Diese Besonderheit leitet sich durch eine nahezu eigenständig geführte Versorgungsausgestaltung ab, die als Vernetzungsstruktur eine Erweiterung der ambulanten Leistungserbringung darstellt. Im Gegensatz zu den Versorgungsalternativen, wie der hausarztzentrierten Versorgung oder dem Disease Management, umfasst das MVZ ein in sich geschlossenes leistungserbringendes Versorgungsnetzwerk, das nicht auf einzelne Programme oder Modelle beschränkt ist. Darüber hinaus nutzt das Polikum Friedenau das Steuerungsinstrument der wettbewerbsbezogenen Kooperationsausgestaltung durch die Verknüpfung mit z.B. dem Martin Luther Krankenhaus in Berlin-Grünwald und profitierte in der Vergangenheit durch den sektorenübergreifenden Bezug der integrierten Versorgung von der Anschubfinanzierung. Als unmittelbares finanzielles Anreizinstrument setzt das Polikum auf einen variablen Honorarbestandteil zur Kopplung mit individuell erfolgsorientierten Mechanismen, die mittels der erfolgreichen Anwendung wettbewerbsorientierter Versorgungsformen und Steuerungsinstrumente finanziert werden. Eine erfolgreiche Nutzung der Mechanismen stellt damit eine Voraussetzung für die Steuerungsmöglichkeit dar. Auch die langfristig angestrebte stärkere Orientierung an einer pauschalisierten Honorierung zielt auf eine Ressourcenoptimierung ab. Mit der vom Polikum anvisierten Etablierung einer Marke greift das MVZ auf ein weiteres marktliches Instrument zurück, das sich zu einem großen Teil auf eine qualitätsbezogene Komponente stützt. Die langfristig konstante Investition in eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung mittels bspw. Standards und Richtlinien zielt darauf ab als Signalmethode die Unsicherheit von insbesondere neuen Patienten abzubauen. Auch die Ausrichtung des Angebots auf die vom „Kunden“ ausgehende Nachfrage zählt zum Instrumentarium der marktlichen Lösungen. Neben der Stärkung des Vertrauensaspektes durch die angestrebte Markenbildung setzt das Ziel der Schaffung und Verbesserung von Transparenz an qualitätsförderlichen Strukturen an. Die EDV-gestützte Vernetzung, regelmäßige interdisziplinäre Treffen, Fortbildungen sowie die Etablierung eines unternehmensbezogenen Qualitätsmanagements stehen stellvertretend für die Qualitätsoffensive im Polikum Friedenau. Die qualitative Verbesserung durch eine Informationsbereitstellung als Bestandteil und Basis des Vertrauensmanagements strebt zum einen die Transaktionsstabilisierung zwischen ärztlichem Leistungserbringer und Patient an. Das Steuerungsinstrument der Schaffung von Nachfrageeffizienz stellt einen weiteren

Ansatzpunkt hierzu dar. Die vom Polikum herausgestellte Abhängigkeit von der Nachfrage bestärkt die Investitionsbereitschaft in Programme zur Förderung der Patientensouveränität. Im Polikum Friedenau werden hierzu Patientenschulungen und spezifische Sprechstunden angeboten. Mit Hilfe dieses Kontinuums an Steuerungsinstrumenten reduziert das MVZ das Informationsgefälle in der ambulanten Leistungserbringung mittels zahlreicher Qualitätsverbesserungen. Das Polikum nutzt diese Zielbestrebung zur Patientengewinnung und dem Ausbau der eigenen Marktposition sowie der damit verbundenen Einflussmöglichkeiten. Die Patienten profitieren von einer verbesserten Inanspruchnahme durch die fachübergreifende Versorgung unter einem Dach, die im Vergleich zur Leistungserbringung in den Einzelpraxen über einen höheren Qualitätsstandard und zudem über verbesserte Mechanismen zur individuellen Bedürfnisbefriedigung, wie verlängerte Öffnungszeiten, verfügt. Gleichzeitig fungieren die besonderen Eigenschaften des MVZs als Anreize zur Inanspruchnahme. Eine weitere Stakeholdergruppe, die vom Abbau der asymmetrischen Information durch die Aktivitäten des Polikums profitiert, stellt die angestellte Ärzteschaft dar. Die stark angewachsene Akzeptanz der ärztlichen Leistungserbringer gegenüber der neuen Versorgungsform zeigt sich im Anstieg der Tätigkeit von 970 Ärzten im dritten Quartal 2005 auf 6.647 Ärzte im dritten Quartal 2009. Ein besonderes Wachstum verzeichnen dabei die angestellten Ärzte, wobei die Anzahl der Vertragsärzte in den MVZ nur sehr moderat angestiegen ist.⁶⁰² Die MVZ bieten als Erweiterung der ambulanten Leistungserbringung eine bis dahin nicht bestandene Tätigkeitsalternative für niedergelassene Ärzte. Mit dem Status eines Angestellten entfällt das finanzielle Risiko einer Einzelpraxis. Stattdessen ermöglichen das Gehalt im MVZ eine finanzielle Sicherheit und erfolgsorientierte Bestandteile eine Honoraraufstockung. Auch die Arbeitsbedingungen aufgrund flexibler Arbeitszeiten, fachliche Vertretungen vor Ort, die Konzentration auf medizinische Tätigkeiten, Austauschmöglichkeiten im Team und eine hochwertige apparative Ausstattung stellen Vorteile einer Leistungserbringung im MVZ dar. Hierbei handelt es sich zugleich auch um Anreize zur Verhaltenssteuerung zugunsten einer qualitativ hochwertigen Versorgung, die sich an den Standards und Richtlinien des Polikums ausrichtet. Darüber hinaus wirkt die Anreizgestaltung auf eine Festigung des Arbeitsverhältnisses und stabilisiert durch eine langfristige Ausrichtung die Transaktion. Die hohe Abhängigkeit des Erfolgs des MVZs von der Qualität der Leistungserbringung bestärkt die Investition in das Vertrauensmanagement als Ergänzung der Qualitätsförderung. Nicht nur ein vertrauensvolles Verhältnis zum Patienten, sondern auch zwischen den steuernden

⁶⁰² Vgl. KBV (2009b), S. 5.

Akteuren, als Vertreter der Gesamtheit des Polikums und den Leistungserbringern wird damit essentiell. Vertrauensschaffung und –förderung stellt eine akteursübergreifende Zielbestrebung im Netzwerk des MVZ dar, welche die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbestrebungen unterstützt.

Es bestehen auch Einwände gegenüber der neuen Versorgungsform des MVZs. Einzelpraxen befürchten eine übermächtige zusätzliche Konkurrenz. Ärzte, wie der Präsident der freien Ärzteschaft Grauduszus, fordern die Rückbesinnung auf die freiberufliche ärztliche Tätigkeit.⁶⁰³ Die ärztliche Aktionsgruppe „gegen das kranke Gesundheitssystem“ beanstandet die ausschließliche Profitorientierung, die mit den MVZ als Unternehmen einhergeht.⁶⁰⁴ Mit dem Vertragsarztänderungsgesetz aus dem Jahr 2007 erhalten insbesondere die Einzelpraxen einen erweiterten Gestaltungsspielraum, der u.a. die Bildung von Filialen sowie die Anstellung von Ärzten ermöglicht. Zugleich büßt das MVZ mit dem Gesetz in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts die Risikoreduktion auf zu haftendes Kapital ein, indem selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen der KVen und Kassen abgegeben werden müssen.⁶⁰⁵ Benachteiligte aus diesen Neuregelungen sind die MVZ in ärztlicher Trägerschaft. Eine hohe finanzielle Risikobereitschaft kann zu einem großen Teil nur von Unternehmensgruppen, die sich vorwiegend im stationären Bereich vorfinden lassen, aufgebracht werden. Damit stehen die Neuerungen der Forderung der KBV entgegen, die an eine verstärkte Gründungsaktivität der Vertragsärzte appelliert, um den Markt der MVZ von den Kliniken „zurückzuerobern“.⁶⁰⁶ Zwar führt Amelung im Bezug auf das Berliner Polikum eine konstruktive Begleitung durch die KV an. Zugleich begründet er diesen Wandel der KV gegenüber der Alternativversorgung mit der möglichen Erkenntnis die Entwicklungen zugunsten des MVZs nicht aufhalten zu können. Dementsprechend behinderten mit Einführung der MVZ die Zulassungsausschüsse, die aus den zuständigen KVen bestehen, die Gründung der Zentren durch Aberkennung des fachübergreifenden Status trotz variierender Schwerpunkttätigkeit.⁶⁰⁷ Amelung et al. merken an, dass die Kritiker der MVZ vorwiegend die KVen und Ärztekammern sind, die lediglich „um Einfluss und Bedeutung fürchten“.⁶⁰⁸ Die zum Teil andauernde Blockadehaltung der KVen gegenüber den neuen Versorgungsformen, zu denen auch das MVZ zählt, schadete vorwiegend dem eigenen

⁶⁰³ Vgl. Merten, M./ Rieser, S. (2008), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=61693>.

⁶⁰⁴ Vgl. Neumann, P. (2009a), <http://www.welt.de/die-welt/article4010177/Alle-Aerzte-unter-einem-Dach.html>.

⁶⁰⁵ Vgl. § 24, Absatz 3 und § 95 Absatz 2, Satz 5 VÄndG.

⁶⁰⁶ Vgl. Stüwe, H. (2008), A 982.

⁶⁰⁷ Vgl. Preusker, U. K. (2007), S. 26.

⁶⁰⁸ Vgl. Amelung et al. (2006), S. 20.

Sektor, der sich gegenüber der starken Konkurrenz von stationären Trägern zunehmend behaupten muss.⁶⁰⁹ Ein weiteres Mal zeigt sich, dass die KVen die eigene Steuerungsfähigkeit vor der Interessenwahrung der Ärzteschaft lange Zeit vorzogen und damit einen Teil ihrer Funktion vernachlässigt haben. MVZ tragen dazu bei die ambulante Leistungserbringung zu erweitern. Sie übernehmen als patientenorientiertes Bündel von Leistungserbringern eine zentralisierte fachübergreifende Versorgungskonzentration. Zugleich stellen sie einen zusätzlichen Vernetzungspartner in der integrierten Versorgung nach Paragraph 140b, Absatz 1, SGB V dar. Für die Krankenkassen ergibt sich aus dieser besonderen Konzentration medizinischer Fachkompetenz, die sich an den Interessen des Patienten ausrichtet ein kompetenter Vertragspartner für entsprechende Vernetzungen. Die Krankenkassen profitieren von der qualitativen Ausrichtung der MVZ und nutzen die Kopplung mit einem ambulanten kontinuierlichen Behandlungspfad bzw. die Vertragspartnerschaft, welche eine Zusammenarbeit mit einer hohen Anzahl von Ärzten und Patienten beinhaltet und ermöglicht. An dieser Stelle ergibt sich jedoch auch der kritische Einwand, dass MVZ in ärztlicher Trägerschaft keinen sektorenübergreifenden Bezug benötigen. Eine Überwindung der Schnittstellenproblematik über die Sektorengrenzen hinaus stellt keine organisatorische Voraussetzung dar. Gesamtgesellschaftliche Vorteile, auf welche die Gesundheitspolitik mit der Zulassung der MVZ als Erweiterung der Versorgungslandschaft abzielt, unterliegen einer spezifischen Ausgestaltung. Insbesondere die angestrebte Versorgungsoptimierung zugunsten einer verbesserten regionalen fachübergreifenden Abdeckung konnte nicht realisiert werden. 64% der MVZ befinden sich im städtischen Raum. Auch das Polikum profitiert aufgrund einer günstigen Zulassungsvarianz in Berlin von einem hohen Wachstumspotential, das in den ländlichen Regionen durch „kartellartige Strukturen in der niedergelassenen Ärzteschaft“ erschwert wird. Ein weiteres Mal zeigt sich, dass der ambulante Sektor aufgrund gewachsener und jahrzehnterlanger Etablierung bestehender Steuerungsstrukturen innovativen Versorgungsformen auch in ärztlicher Trägerschaft entgegensteht. Das Potential ärztlich geleiteter und steuernder MVZ erweitert den ambulanten Gestaltungsspielraum und trägt dazu bei Einflussanteile an der Alternativversorgung durch eine Bündelung von Fachkompetenz als Gegenpol zu den finanzstarken Klinikkonzernen zu bilden. Einzelpraxen können diese Ansprüche nicht erfüllen. MVZ in ärztlicher Trägerschaft, wie das Polikum, müssen sich aufgrund der verstärkten Marktorientierung nicht nur den damit verbundenen Risiken, wie den Gefahren eines zu schnellen Wachstums und der Konkurrenz durch MVZ in stationärer Trägerschaft, sondern auch der Blockadehaltung innerhalb des eigenen Sektors stellen.

⁶⁰⁹ Vgl. Kapitel 6.4.1.

Zusätzlich ergibt sich aufgrund der Spezifität des Gesundheitswesens auch die potentielle Gefahr, dass die Orientierung an wirtschaftlichen Zielgrößen durch z.B. die verstärkte Controllingtätigkeit und die hohe Komplexität in den Zentren das individuelle Arzt-Patienten Verhältnis als Kernbestandteil der Versorgung vernachlässigt. Vertrauen in die Institution des MVZ bedarf einer langfristig orientierten Basis auf der Mikro-Ebene. Aus dem demographischen Wandel und vorwiegend durch die zunehmende Versorgung chronischer Erkrankungen ergeben sich für die MVZ als kooperative prozessorientierte Netzwerke diesbezügliche günstige Ansatzpunkte. Die fachübergreifende Versorgung bietet den Chronikern eine langfristige Behandlungs koordinierung. Zugleich leitet sich daraus eine Versorgungsoptimierung für das gesamte Gesundheitswesen ab. Es bedarf jedoch neben einer bedürfnisorientierten Angebotsstruktur auch einer Trägervielfalt, um monopolartige Zusammenschlüsse zu unterbinden. Der Anspruch besteht darin, durch eine vielschichtige Steuerungskomplexität flexibler auf Veränderungen und Präferenzen der Patienten zu reagieren sowie einseitige blockierende Machtverhältnisse zu verhindern. Vielfalt und Alternativen reduzieren die Problematik der Informationsasymmetrie und fördern die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

6.3.3 Vernetzungsformen im ambulanten Sektor als Qualitätspotential

Eine flexiblere Ausrichtung der ambulanten Versorgung stellte das Bundesministerium für Gesundheit vor den Veränderungen des Vertragsarztrechts im Jahr 2007 in den Fokus der Reformbemühungen.⁶¹⁰ Hieran werden die Bestrebungen der Gesundheitspolitik die verkrusteten Strukturen im ambulanten Sektor aufzubrechen deutlich. Neben erweiterten ambulanten Gestaltungsoptionen durch bspw. die Anstellung von Ärzten in Praxen zielt das VÄndG von 2007 auch auf eine Überarbeitung zahlreicher kooperationsbezogener Unsicherheiten ab. Insbesondere das MVZ als sektorenübergreifende Vernetzungsform erhält einen erhöhten personellen Gestaltungsspielraum durch die gegenseitigen Entsendungsmöglichkeiten von Ärzten in Kliniken und niedergelassenen Praxen. Als Folge der Einführung der integrierten Versorgung und der MVZ als den ambulanten Sektor stark beeinflussende neue Versorgungsformen wurden die Berufsausübungsgemeinschaften mit der Novellierung der Musterberufsordnung der Ärzte auf dem 107. Deutschen Ärztetag im Mai 2004 beschlossen. Die Vernetzungsmöglichkeiten wurden hierbei erweitert, um den niedergelassenen Ärzten im Wettbewerb mit den neuen Formen einen höheren Spielraum zu gewähren. Zwar bestehen mit Einführung der neuen Versorgungsmodelle im Jahr 2004 und

⁶¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2006), S. 15-18.

der erweiterten Kooperationsmöglichkeiten mit dem VÄndG 2007 ausgebaute Vernetzungsmöglichkeiten, die jedoch vorwiegend auf den ambulanten Sektor beschränkt sind und kaum sektorenübergreifenden Charakter vorweisen.⁶¹¹ Zwar fungierten insbesondere die MVZ als Anreizinstrument zum Umdenken im ambulanten Sektor, indem innovative Vernetzungsansätze initiiert worden sind, jedoch dominiert noch im Jahr 2009 die vertragsärztliche Einrichtung der Einzelpraxis mit 71.262 Praxen gegenüber 19.152 Gemeinschaftspraxen die deutsche ambulante Gesundheitsversorgung erheblich.⁶¹² Die Befürchtungen einiger Kritiker insbesondere mit dem Anstieg der MVZ in stationärer Trägerschaft im Jahr 2006, nachdem die Versorgungszentren die Einzelpraxis zum Auslaufmodell degradieren, lässt sich anhand der Zahlen nicht bestätigen.⁶¹³ MVZ umfassen mit 1.325 Einrichtungen einen nur geringen Teil der vertragsärztlichen Versorgungsform. Trotzdem bestätigt die Entwicklung mit Einführung der erweiterten Vernetzungsmöglichkeiten einen Trend zur Kooperation im deutschen ambulanten Gesundheitswesen.

Auch Brechtel und Zöll, die sich mit den Strukturen und Einstellungen unterschiedlicher Praxiseinrichtungen beschäftigt haben, stellen auf der Basis einer niederländischen Studie sowie eigener Erhebungen die Entwicklung zu vernetzten vertragsärztlichen Einrichtungen heraus. Zugleich verweisen sie auf das Potential der Kooperationsformen durch moderne Organisationsansätze, die verstärkt Aktivitäten des Qualitätsmanagements einbeziehen.⁶¹⁴ Im ambulanten Sektor zählten die Konzeptionen zur Qualitätssicherung und –etablierung lange Zeit ausschließlich zu den innersektoralen Angelegenheiten, welche durch das professionelle Selbstverständnis der niedergelassenen Ärzte realisiert wird bzw. wurde. Nach wie vor gehört dieses Verständnis den ärztlichen Leitlinien an und wurde erst im gesundheitspolitisch orientierten „Ulmer Papier“ auf dem 111. Ärztetag im Jahr 2008 erneut festgeschrieben. Doch mit der verstärkten Ausrichtung der Reformen des deutschen Gesundheitswesens auf die Zielbestrebungen der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wurden diesbezügliche Verantwortungen gesetzlich verankert. Merten und Gerst begründen die Etablierung eines praxisinternen Qualitätsmanagements mit dem GMG im Jahr 2004 durch die Gesundheitspolitik mit dem fehlenden „Vertrauen in die Bereitschaft der niedergelassenen

⁶¹¹ Vgl. Kapitel 5.4, S. 88f.

⁶¹² Vgl. KBV (2010), <http://www.kbv.de/24853.html>.

⁶¹³ Vgl. Merten, M. (2006), S. 12-14.

⁶¹⁴ Vgl. Brechtel, T./ Zöll, R. (2006), S. 98-115.

Ärzte, sich freiwillig mit dem Qualitätsmanagement [...] zu befassen.“⁶¹⁵ Mit dem Steuerungsinstrument der Verpflichtung wird nach Paragraf 137 SGB V die Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung eingesetzt. Durch die Zuordnung der Richtlinienausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhält die Makro-Ebene einen erhöhten Einfluss auf den ambulanten Sektor. Dies resultiert aus der Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss, welcher die Qualitätssicherung durch eine Richtlinienerstellung aus der alleinigen sektoralen Verantwortung der Ärzte ablöst. Den KVen obliegt die Umsetzung der Richtlinien inklusive der Stichprobenüberprüfung, auf deren Basis der Einführungs- und Entwicklungsstand durch den G-BA erfasst wird. Gemeinsam mit den nach Ablauf von fünf Jahren im Jahr 2011 erstellten Wirksamkeits- und Nutznachweisen entscheidet der G-BA über eventuelle Sanktionen für Vertragsärzte bei unzureichender Umsetzung.⁶¹⁶ Im Gegensatz zu den Verpflichtungen zur Fortbildung von niedergelassenen Ärzten, bestehen bisher keine Sanktionen, die zur unmittelbaren Steuerung des ärztlichen Verhaltens durch regulative Politik eingesetzt werden. Doch auch eine Sanktionsandrohung zielt auf eine angestrebte Handlungssteuerung der entsprechenden Akteure ab und verfügt über problematische Auswirkungen im Bezug auf notwendige Kontrollmaßnahmen, beschränkte Gestaltungsspielräume und Innovationstätigkeiten sowie auf eine ungenaue Wirksamkeit.⁶¹⁷ Die nachteiligen Effekte dieses Einsatzes von verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung stoßen im ambulanten Sektor in mehrfacher Hinsicht auf Kritik. Zum einen werden die Konzepte als „redundante Kontrollmechanismen erlebt“, die nach Zorn lediglich als Mittel zum Zweck von Politik und Krankenkassen zur finanziellen Marktberreinigung eingesetzt werden und damit der Rationierung dienen.⁶¹⁸ Zugleich widersprechen die strikten Vorgaben den Bedürfnissen der Ärzteschaft, die nach Erhebungen der Bertelsmann Stiftung die freie Entscheidungsfähigkeit über die Umsetzung innerhalb der Einführungsbedingungen für ein Qualitätsmanagement als entscheidendstes Kriterium bewerten.⁶¹⁹ Beide beispielhaften kritischen Einwände der Ärzte verweisen auf die möglichen Nachteile verpflichtender Steuerungsinstrumente, die sich auf die Vertrauens-thematik negativ auswirken. Als Konsequenz aus den gestiegenen qualitativen Anforderungen verändert sich auch die verbandliche Struktur im ambulanten Sektor. Mit dem Ausbau zu flexiblen Kooperationsformen entwickeln sich zunehmend ärztliche

⁶¹⁵ Merten, M./ Gerst, T. (2007), <http://www.aerzteblatt.de/archiv/56022/>.

⁶¹⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2005), § 9.

⁶¹⁷ Vgl. Kapitel 4.2.1.2, S. 124.

⁶¹⁸ Vgl. Zorn, U. (2009), S. 150-153.

⁶¹⁹ Vgl. Böcken, J./ Braun, B. (2006), S. 59.

Parallelorganisationen zu den bestehenden KVen. Beispielhaft lässt sich der MEDI-Verbund nennen, der eine vollständige Veränderung und eine weitestgehende Streichung der KVen anstrebt.⁶²⁰ Aus den vom Gesetzgeber eingeräumten marktbezogenen Gestaltungsspielräumen und dem damit einhergehenden Steuerungszug der KVen im Bereich der neuen Versorgungsformen ergibt sich eine zweifache Einschränkung der Aufgabenwahrnehmung als korporative Organisation. Zum einen resultiert aus der beschränkten Einflussnahme auf die Alternativversorgung eine eingegrenzte Interessenwahrnehmung, die von konkurrierenden Verbänden, wie dem MEDI-Verbund oder dem Hausärzterverband wahrgenommen werden. Zum anderen folgt aus der Funktion der KVen als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Durchführung hoheitlicher Aufgaben. Als Bestandteil des Korporatismus übernehmen sie die Überwachung der Fortbildungsverpflichtung sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsrichtlinien. Als ausführendes Organ des Staates ergibt sich für die KVen die Problematik durch die Zwischenstellung auf der Meso-Ebene den Vertrauensverlust der Ärzte aufgrund der qualitativen Zwangsmaßnahmen des Staates mit zu verantworten. Nach wie vor ist die Aufgabenwahrnehmung der KVen im Auftrag des G-BA auf den innerambulanten Bereich beschränkt. Seit dem Jahr 2010 übernimmt das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) nach Paragraph 137a SGB V die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im sektorenübergreifenden Bereich. Mit dem Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK) setzt die KBV an einer überarbeiteten Erfassbarkeit der Ergebnisqualität an und zielt damit auf eine Weiterentwicklung der bisher auf die Bewertung der Struktur- und Prozessqualität begrenzten Qualitätsinstrumente ab. Hieran verdeutlicht sich das Bestreben der KBV mittels innovativer Ansätze innerhalb der Qualitätssicherung Anteil an gestalterischen Aspekten zu nehmen und darüber einen erhöhten Einfluss auf die Thematik zu generieren. Auch die Etablierung eines KBV-Zertifizierungskonzeptes, das sog. QEP, zielt auf eine entsprechende Zielsymptomatik ab. QEP steht jedoch in Konkurrenz zu einer ganzen Bandbreite an Zertifizierungsmöglichkeiten, wie z.B. ISO, EFQM oder KTQ. Hierbei handelt es sich zwar um Konzeptionen aus anderen Bereichen, die sich jedoch ebenfalls auf die Bedürfnisstruktur des ambulanten Sektors ausgerichtet haben. Die niedergelassenen Ärzte sind zwar nach den gesetzlichen Bestimmungen dazu verpflichtet ein internes Qualitätsmanagement zu implementieren, jedoch schließt dies nicht die Verpflichtung zur Zertifizierung ein. Die einzelnen Konzeptionen bestehen in Abhängigkeit personeller, finanzieller und

⁶²⁰ Eine auf Bundesländer bezogene Entwicklung konkurrierender ärztlicher Verbände zum KVen-System differenzieren Bandelow und Schade. Vgl. Bandelow, N. C./ Schade, M. (2009), S. 97-102.

praxisbezogener Präferenzen und Möglichkeiten. Positive Effekte lassen sich durch die Kooperationsvarianten erzielen. Im Gegensatz zu Einzelpraxen bestehen in bspw. Gemeinschaftspraxen durch den Zusammenschluss höhere personelle, zeitliche und finanzielle Kapazitäten. Je größer und vernetzter die Kooperationsform ist, umso weniger ist der einzelne Arzt in den Etablierungsprozess involviert. Dementsprechend verfügen MVZ über spezifisches Qualitätspersonal. Kombiniert mit einer sektorenübergreifenden Ausrichtung durch z.B. MVZ in stationärer Trägerschaft können auch Erfahrungswerte mit entsprechenden Konzepten, wie EFQM und KTQ, einbezogen werden. Vernetzungen tragen somit zur Förderung der Qualitätssicherung und damit der Versorgungsqualität bei.

Aus Sicht der Gesundheitspolitik werden die nachteiligen Effekte des verpflichtenden Steuerungsinstruments durch qualitätsverbessernde Maßnahmen und darauf basierende transaktionsstabilisierende Aspekte durch die Stärkung des Patienten gerechtfertigt. Die benachteiligte Stakeholdergruppe innerhalb der Leistungsanspruchnahme profitiert durch transparente Behandlungsprozesse von den Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementverfahren. Doch auch für die niedergelassenen Ärzte ergeben sich positive Effekte aus den qualitätssichernden Maßnahmen. Dementsprechend kommen Brinkmann, Jung und Pfaff in einer Erhebung zur Bewertung der Patientenqualität u.a. zu dem Ergebnis, dass Patienten Verhaltenskonsequenzen aus dem Erleben einer subjektiven schlechten Behandlung ableiten. Die Bandbreite der Folgen reichen dabei über den Verlust des Vertrauensverhältnisses zum Arzt und damit verbundener Complianceeinschränkungen, der negativen Erfahrungswertübertragung an andere Patienten bis zum Arztwechsel, den bereits 26 % der befragten Patienten vollzogen haben.⁶²¹ Vor dem Hintergrund, dass der einzelne niedergelassene Arzt in Konkurrenz zu anderen mittlerweile auch sektorenübergreifenden Leistungsanbietern steht, bedarf es der Beachtung der Qualität. Ein ausgebautes und etabliertes Qualitätsmanagement verfügt neben Positionierungsvorteilen über die Herstellung von Transparenz über einzelne Behandlungsschritte und Bestandteile der ambulanten Leistungserbringung. Mit Hilfe der Unterteilung in die Dimensionen der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität können Mängel erkannt und behoben werden und unterliegen damit der Steuerungsfähigkeit des Arztes. Damit dient das Qualitätsmanagement nicht nur der Schaffung von Transparenz aufseiten des Patienten, sondern auch aufseiten des Arztes. Die beidseitige Informationsasymmetrie kann mit diesem Steuerungsinstrument angegangen werden. Dass die Qualitätsentwicklung insbesondere im ambulanten Sektor einer erheblichen

⁶²¹ Vgl. Brinkmann, A./ Jung, J./ Pfaff, H. (2007), S. 35-50.

Weiterentwicklung bedarf, lässt sich auch den Empfehlungen des Sachverständigenrates im Gutachten 2007 entnehmen. Hiernach regt er zur Qualitätssteigerung die verstärkte Etablierung von externen Anreizen durch bspw. die Veröffentlichung von Qualitätsdaten sowie die Einführung einer qualitätsbezogenen Leistungsvergütung, der sog. pay for performance, an.⁶²² Als ergänzende Vergütungskomponente, die sich am Patienten ausrichtet und auf den Qualitätsdimensionen von Donabedian basiert, stellt diese qualitätsorientierte Vergütungskonzeption bisher lediglich eine Vision im deutschen Gesundheitswesen dar. Dabei betonen Amelung, Zippan und Zahn das Potential der innovativen Vergütungsform insbesondere für Vernetzungen, wie Arztnetze, die im besonderen Maße auf einen ganzheitlichen Behandlungspfad sowie auf subjektive und objektive Qualitätsbewertungen abzielen.⁶²³ Auch die seit dem Jahr 2004 im Paragraphen 305 SGB V eingesetzten Auskunftsmöglichkeiten durch die Versicherten in Form der sog. Patientenquittung dienen als Anreiz zur Schaffung von Transparenz in der Gesundheitsversorgung. Analog zu den Arztbewertungsportalen im Internet, die jedoch aufgrund ihrer eingegrenzten Aussagekraft und qualitativ verbesserungswürdigen Ausgestaltung vielfach überarbeitungsfähig sind, werden diese Auskunftsvarianten bisher nur unzureichend von Patienten in Anspruch genommen. Trotzdem fungieren Maßnahmen zur Schaffung transparenter Abläufe im Gesundheitswesen als Qualitätsfaktor, der sich auf zahlreiche vertrauensbedingte Komponenten auswirkt. Die Abhängigkeit von der positiven Qualitätsbeurteilung der Leistungserbringung durch den Patienten basiert zu einem Großteil auf der Kommunikation als Grundlage für Vertrauen und verfügt daher über eine ausgeprägte Anreizfunktion auf die ambulante Leistungserbringung. Die stabilisierende Wirkung des Vertrauens ergänzt damit nicht nur die auf Daten und Indikatoren bezogene Bewertung um einen persönlich interaktiven Bestandteil, sondern integriert einen dimensionsübergreifenden Aspekt und verfügt nach Schnee über positive Auswirkungen auf „das Vertrauen, in die institutionelle Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens“.⁶²⁴ Die Kommunikationskomponente als transaktionsbeeinflussender Faktor muss an dieser Stelle auf die übrigen Vernetzungspartner erweitert werden. Dementsprechend fordert der Sachverständigenrat im Gutachten zur Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen 2007 unter dem Aspekt der gestiegenen Anforderungen der flexiblen Versorgungsstrukturen die interdisziplinäre

⁶²² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Ziffer 102 und 123-132.

⁶²³ Vgl. Amelung, V./ Zippan, N./ Zahn, T. (2009), S. 21-26.

⁶²⁴ Schnee, M. (2006), S. 173-176.

Zusammenarbeit zu stärken.⁶²⁵ Die Forderung bezieht sich auf die vielseitigen Vernetzungsvarianten, zu denen beispielhaft das ambulante multiprofessionelle Team sowie innovative Steuerungsansätze, wie das Casemanagement zählen. Eine Steigerung der Qualität unter vertrauensförderlichen Aspekten dient dem gesamten Behandlungsverlauf.

Es konnte gezeigt werden, dass der qualitative Abbau des Informationsgefälles zwischen Arzt und Patient auch auf die gesamtsystemischen Bestrebungen der Qualitäts- und Kostenoptimierung wirkt. Diese Versorgungsverbesserung führt Köhler insbesondere auf die Flexibilisierung der Kooperationsvarianten durch das GMG, VÄndG und das GKV-WSG im Bezug auf die Vertragsarztstätigkeit zurück. Zugleich verweist er auf die vielfältigen Dilemmata in der Gesundheitsversorgung aus Sicht der Ärzteschaft.⁶²⁶ Als Leistungserbringer im solidarisch geprägten Gesundheitswesen befinden sich die Ärzte zwischen einer widersprüchlichen Aufgabenwahrnehmung als sorgender medizinischer Sachwalter der Patienten und zugleich als wirtschaftlicher Unternehmer. Doch diese gegensätzliche Ausprägung stellt keine ausschließliche Besonderheit des ambulanten Sektors dar, sondern lässt sich als ein Ebenen-übergreifendes Paradox festhalten, das von der Makro-Ebene als rahmende Institution ausgeht. Dementsprechend eröffnen die im VÄndG enthaltenen Regelungen vertragsärztliche Spielräume, die jedoch bspw. im Bereich der Qualitätssicherung durch Reformen des GKV-WSGs mittels Vorgaben und Bestimmungen Einschränkungen unterliegen. Auf der einen Seite fordert der auf die Qualität beschränkte Wettbewerb die Übernahme von marktbezogenen Instrumenten durch die Vertragsärzte. Auf der anderen Seite erfährt der zentralisierte G-BA hohe Steuerungskompetenzen innerhalb der Qualitätssicherung. Die zahlreichen Vernetzungsvarianten können hierbei als Managementhilfen zur Handhabung der heterogenen Ansprüche herangezogen werden. Eine hohe Ausgestaltungsbandbreite der Netzwerke sichert über die Wahrung unterschiedlicher Bedürfnisstrukturen die Spezifität und Heterogenität des Gesundheitswesens.

6.4 Stationärer Sektor als Impulsgeber

6.4.1 Medizinische und krankheitsbezogene Versorgungszentren als strategische Ausrichtung

In Kapitel 6.3.2 wurde das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) nach Paragraph 95 SGB V in ärztlicher Trägerschaft behandelt. Im Folgenden steht das MVZ in der stationären Trägerschaft im Fokus der Betrachtung. Diese Ausgestaltungsvariante geht auf die vom

⁶²⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kapitel 2.

⁶²⁶ Vgl. Köhler, A. (2007), S. 959-963.

Gesetzgeber erweiterten Gründungsmöglichkeiten durch Leistungserbringer zurück. Die ärztliche Leitung stellt jedoch auch in dieser Form eine Voraussetzung dar. Über die vertragsärztliche Involvierung erhalten die KVen Einfluss aufgrund der Zulassungsbedingungen. Sonderregelung durch bspw. die Übertragung eines bestehenden Vertragsarztsitzes entschärfen die Zulassungsbestimmungen. Bis ins Jahr 2007 nutzten die Krankenhäuser trotz eines Anstiegs der Anzahl von MVZ die Möglichkeiten zur Partizipation an der ambulanten Versorgung nur mäßig. Preusker leitet diese Zurückhaltung auf die bis ins Jahr 2007 sehr ausgeprägte Blockadehaltung des ambulanten Sektors zurück. Er führt in diesem Zusammenhang den Einweisungs-Boycott-Aufruf des örtlichen Fach- und Hausärzteverbandes gegen das Klinikum Braunschweig, das zum Jahresbeginn 2007 ein MVZ mit ambulanter Krebstherapie gegründet hatte, an.⁶²⁷ Daraus leitet sich die hohe Einflussmöglichkeit des ambulanten Sektors aufgrund der Einweisungsabhängigkeit der Kliniken ab. Doch mit dem VÄndG aus dem Jahr 2007 wurden einige Hemmnisse abgebaut. Dementsprechend ermöglicht die Neuregelung die gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten in MVZ und Kliniken sowie die gleichzeitige Tätigkeit in der eigenen Praxis und im Angestelltenverhältnis in einem Krankenhaus. Insgesamt zeigt sich in den letzten Jahren ein Anstieg der MVZ in der Trägerschaft einer Klinik. Diese Entwicklung wird auch durch die zunehmenden Befürchtungen der KVen und einiger niedergelassenen Ärzte begleitet, dass die Kliniken u.a. durch die MVZ an der ambulanten Versorgung partizipieren und diese mit beeinflussen. Dass die MVZ für die Krankenhäuser über ein Potential zur Effizienzerhöhung verfügen, gibt auch der Krankenhaus Rating Report aus dem Jahr 2009 wieder. Nach der Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) unterliegen die Kliniken wirtschaftlichen Einflüssen, die zwar durch öffentliche Mittel, wie dem Konjunkturpaket II eingedämmt werden, jedoch geht das Institut davon aus, dass für das Jahr 2010 die Folgen der Finanzkrise und die Einschränkungen öffentlicher Mittel sowie finanzielle Problematiken, wie die Investitionslücke oder Tarifvereinbarungen, Maßnahmen zur Ressourcenoptimierung notwendig machen. Die Sicherstellung der Marktposition der einzelnen Kliniken im Gesundheitswesen bedarf vielschichtiger Ansatzpunkte. MVZ können dazu beitragen die Lage der Krankenhäuser zu festigen.

Als Beispiel für ein MVZ in stationärer Trägerschaft werden die Kliniken Miltenberg – Erlenbach GmbH herangezogen. Der Verbund der zwei ehemaligen Kreiskrankenhäuser, die mit der Vertragsunterzeichnung am 18. April 2005 von der börsennotierten Rhön-Klinikum

⁶²⁷ Vgl. Preusker, U. K. (2007), S. 26f.

AG zu 100% aufgekauft worden sind, steht stellvertretend für die Entwicklung etlicher Krankenhäuser im deutschen Gesundheitswesen. Insbesondere die kleineren Kliniken, wie Miltenberg mit 140 Betten zum Zeitpunkt des Verkaufs, schneiden nach der RWI Studie schlechter ab, als Häuser mit einer höheren Bettenzahl. Zugleich kommt das Deutsche Krankenhausinstitut auf der Basis von Primärerhebungen seit dem Jahr 2000 zu dem Ergebnis, dass der erhebliche Innovations- und Kostendruck der Häuser, der auch mit der Einführung neuer Versorgungsformen einhergeht, eine Begleiterscheinung des konsequenten und anzustrebenden Ausbaus zugunsten einer umfassenden Patientenversorgung und nachhaltigen Standortsicherung darstellt.⁶²⁸ Dementsprechend wurden in der Pressemitteilung des Landratsamts Miltenberg als Begründung für den Verkauf die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Probleme, welche durch die DRG-Einführung, aber auch durch die Leistungserweiterung der integrierten Versorgung und des MVZs entstanden seien, angeführt.⁶²⁹ Das direkt am Standort des Klinikums Erlenbach angesiedelte MVZ besteht aus einer Praxis für Chirurgie, Neurochirurgie, Gynäkologie, Radiologie sowie Kinderheilkunde und komplettiert das in den beiden Kliniken bestehende stationäre Versorgungsangebot mit u.a. chirurgischen und gynäkologischen Fachabteilungen. Eine besondere Weiterentwicklung durch die Rhön-Trägerschaft erfuhr das Klinikum Miltenberg durch den Umbau zur Portal-Klinik. Mit Hilfe neuester Informations- und Kommunikationsnetzwerke durch das sog. Tele-Portal-Konzept erhalten kleinere Kliniken der Grundversorgung über Online-Verbindungen Zugang zu externen Fachabteilungen und Spezialisten. Das Klinikum Miltenberg weist für diesen innovativen Zweck nach erheblichen baulichen und technischen Veränderungen und Investitionen seit 2008 80 Akut-Betten auf, die für die Notfall- und stationäre Versorgung vorgehalten werden. Die Innere Medizin als Hauptabteilung nimmt den Großteil der Betten ein. Belegabteilungen, wie die Chirurgie und Gynäkologie vervollständigen das Angebot. Darüber hinaus bietet das Klinikum Miltenberg-Erlenbach die Zusammenarbeit mit Beleg- und Konsiliarärzten zur Behandlung vor Ort an. Diese intensive Vernetzung mit dem ambulanten Sektor wird um horizontale Verknüpfungen mit bspw. der Klinik für Gastroenterologie oder dem Herzzentrum in Bad Neustadt verstärkt. Im Krankenhaus Erlenbach ist die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe als Brustkrebszentrum zertifiziert. Auch innerhalb der Geriatrischen Rehabilitation soll zukünftig durch die Vorteile einer Zentrenbildung ein ganzheitliches Konzept gefördert werden.

⁶²⁸ Vgl. Blum, K./ Offermanns, M. (2009a), S. 295-302.

⁶²⁹ Vgl. Landkreis Miltenberg (2005), http://www.landkreis-miltenberg.de/sv/sonstiges/pm_krankenhaus_verkauf_rhoenklinik.htm.

Der gesamte Strauß an horizontalen und vertikalen Netzwerken des Klinikums Miltenberg-Erlenbach verdeutlicht die Strategie der Diversifizierung von Steuerungsansätzen zur Standorterhaltung bzw. Ressourcenoptimierung, die mit qualitativen und vertrauensförderlichen Aspekten eng verknüpft ist. Durch die MVZ in stationärer Trägerschaft obliegt dem Krankenhaus die Ausrichtung bzw. Steuerung inhaltlicher und organisatorischer Ausprägungen. MVZ ermöglichen dem stationären Sektor über die Steuerungs- und Leistungserweiterung Einfluss auf die ambulante Versorgung auszuüben. Für die Krankenhäuser ergeben sich dadurch Vorteile bezüglich einer Wettbewerbs- und Ressourcenoptimierung. Hierzu zählen die gesicherten Einweisungen durch die im Zentrum tätigen Ärzte sowie die Generierung zusätzlicher Einnahmen. Des Weiteren trägt die Investition in die Trägerschaft von MVZ dazu bei, an der vom Gesetzgeber privilegierten Versorgung im ambulanten Sektor zu partizipieren. Die Förderung von ambulanten vor stationären Versorgungsstrukturen geht auf höhere Kostenaufwendungen in Krankenhäusern zurück. Für Träger, die mehrere Kliniken mit einer Angliederung eines MVZ vorhalten, wie die Rhön-Klinikum AG mit 53 Kliniken und 29 MVZ zum Jahresanfang 2010, ergeben sich vereinfachende organisatorische und koordinierende Erfahrungswerte bezüglich „einer flächendeckenden ambulanten Versorgung zur dauerhaften und zielgerichteten Auslastung der klinischen Abteilung.“⁶³⁰ Aus Sicht des stationären Sektors verfügen Zentren, zu denen neben den MVZ auch krankheitsspezifische Zentren mit einer horizontalen Vernetzungsstruktur angeführt werden, wie Brust- oder Herzzentren, über vergleichbare Potentiale. Dazu zählt die Spezialisierung von Leistungen bzw. Leistungsbestandteilen, die mit einem höheren Erfahrungswert sowie routinierten Abläufen verbunden ist. Damit können sowohl Qualitäts-, als auch Kostenoptimierung hervorgerufen werden. Kuntz und Wittland beziehen die Vorteile zuzüglich des Marketingeffekts und einer Vertrauensförderung durch Fachkompetenz vorwiegend auf die krankheitsbezogenen Zentren.⁶³¹ Darüber hinaus lassen sich die Effekte auch auf MVZ durch bspw. ärztliche Spezialisten übertragen. Ein weiteres positives Kriterium bilden die Skaleneffekte. Die Kopplung einer hohen Fallzahl mit einer verbesserten Ergebnisqualität, wie im Bezug auf die Mortalitätsrate, belegen u.a. Studien von Birkmeyer et al. und Dudley et al.⁶³² Kuntz und Wittland verweisen auch auf die Komplexitätsreduktion durch Zentren. Dieses Argument lässt sich jedoch nur bedingt heranziehen. Zwar tragen Zentren zu einer Bündelung von Fachkompetenz auf engstem Raum bei und vereinfachen

⁶³⁰ Schmitz, U./ Oerter, R. (2008), S. 139.

⁶³¹ Vgl. Kuntz, L./ Wittland, M. (2009), S. 87-93.

⁶³² Vgl. Birkmeyer, J. D. et al. (2002), S. 1128-1132. Vgl. Dudley, A. R./ Johansen, K. L./ Brand, R./ Rennie, D. J./ Milstein, A. (2000), S. 1159-1166.

bzw. komprimieren u.a. den Kommunikations- und Informationsaustausch, jedoch verweist die Netzwerkvielfalt, wie im Beispiel vom Klinikum Miltenberg-Erlenbach durch eine reguläre Klinik, ein MVZ, eine Portal-Klinik, Zentrenbildung durch u.a. ein Brustzentrum und Zusammenschlüsse mit Beleg- sowie Konsiliarärzten auf eine hohe Komplexität aufgrund der Vernetzungen. Daraus leitet sich der Anspruch einer diesbezüglich gestiegenen Koordinations- und Steuerungsfähigkeit, um die Potentiale der Vernetzungen zu nutzen, ab. Insbesondere der sektorenübergreifende Bezug, welcher durch die stationäre Trägerschaft auch ohne Verträge zur integrierten Versorgung über die Vertragsausgestaltung des MVZ mit dem ambulanten Sektor als Bestandteil die angestrebte Überwindung der Sektorengrenzen angeht, beinhaltet die Zusammenführung interdisziplinärer Besonderheiten. Ergänzt wird diese Steuerungsproblematik um die kritische Haltung der außerhalb des MVZ niedergelassenen Ärzte und die KVen als Vertreter des ambulanten Sektors gegenüber der stationären Trägerschaft. Analog zu der ärztlichen Trägerschaft fürchten die regulär niedergelassenen Ärzte die Konkurrenz durch die Versorgungszentren. Darüber hinaus verfügen die Kliniken aufgrund ihrer medizinischen Aufstellung über eine apparative, räumliche, personelle und technische Ausstattung, die insbesondere von Einzelpraxen nicht geleistet werden kann. Die KVen fürchten durch die Partizipation der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung einerseits die Verdrängung der kleinen Arztpraxen aufgrund der genannten erweiterten Möglichkeiten der Kliniken und den Verlust der Intimität der Arzt-Patienten Beziehung in den seit Jahrzehnten bestehenden Praxen vor Ort. Andererseits besteht im Vergleich zur ärztlichen Trägerschaft ein ausgeprägterer Steuerungsverlust durch den Einbezug außerambulanten Steuerungstätigkeiten. Als weitere Befürchtungen wird die Kanalisation der ärztlichen Entscheidungsfreiheit durch die vorgegebene bzw. alternativlose Einweisungsoptionen in Krankenhäuser angeführt. Um die ärztlichen Leistungserbringer zur Teilnahme an den MVZ trotz der Bedenken anzuregen, setzt der Rhön-Konzern auf eine vielschichtige Anreizgestaltung durch z.B. Beteiligungen in Form von ärztlichen Minderheitsgesellschaftern.⁶³³ Aber auch die mit dem VÄndG 2007 ermöglichte gleichzeitige Tätigkeit im Klinikum sowie in Zentren bzw. niedergelassenen Praxen erweitert das ärztliche Berufsfeld. Insbesondere für junge Mediziner ergeben sich dadurch facettenreiche und mit den individuellen Bedürfnissen kompatible flexible Arbeitsbedingungen in beiden Sektoren. Diese Entwicklungsperspektiven stellt die Rhön-AG explizit heraus und setzt zusätzlich an einer frühzeitigen ärztlichen Bindung durch z.B. Famulantenprogramme im Klinikum Miltenberg-Erlenbach an. Die Strategie der Vertrauensschaffung bzw. Vertrauensförderung

⁶³³ Vgl. Nienhaus, L. (2008b), S. 33.

der ärztlichen Netzwerkpartner findet durch die genannten Ansatzpunkte sowie durch Qualitätszirkel und Weiterbildungsprogramme auch in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Gießen/Marburg, welches die Rhön-AG als einziger privater Träger europaweit betreibt, Anwendung. Die Anreizgestaltung wird durch die höhere Investitionsbereitschaft privater Träger in das Anlagevermögen der Kliniken ergänzt.⁶³⁴ Die Möglichkeiten der höheren Mittelaufbringung durch die Börsennotierung der Rhön-AG im Vergleich zu den öffentlichen Trägern geht auch mit einer gestiegenen Innovationsbereitschaft einher, die u.a. an Investitionsmöglichkeiten gebunden ist. Der Umbau zur Portal Klinik in Miltenberg steht stellvertretend für ein innovatives Tele-Konzept, das technische und räumliche Veränderungen voraussetzt. Deh und Dralle benennen das Potential dieser innovativen Zentrenentwicklung als First Mover Effekt, um innerhalb der Konkurrenz durch eine Vorreiterrolle die Marktposition auszubauen.⁶³⁵ Zwar handelt es sich bei der Portal Klinik Miltenberg nicht um die erste Implementierung des Konzepts, jedoch zählt die Kommunikationsmaßnahme als Neuerung in der Versorgungslandschaft. Portal-Kliniken verfügen aufgrund ihrer regionalen Ausrichtung auf ländliche Bereiche mit dem Vorhalten einer stationären Grundversorgung über die Aufrechterhaltung einer medizinisch stationären Abdeckung. Durch technische Verbindung zu Fachbereichen und Spezialisten kann eine ressourcensparende hochwertige Versorgung gewährleistet werden und stellt eine Alternative zur Klinikaufgabe dar. Diese Vernetzungsform generiert eine flächendeckende regional unabhängige Versorgung, als ein Ziel der Gesundheitspolitik. Analog dazu tragen MVZ dazu bei den ländlichen Hausärztemangel durch innovative Arbeitsmodelle und Anreizkonzeptionen abzuschwächen. Der Staat profitiert somit von der Trägervielfalt im stationären Sektor und innerhalb der neuen Versorgungsformen, indem die gestiegene Konkurrenz die qualitative und ökonomische Ausrichtung sowie die innovative und hochwertiger Versorgung fördert. Die hohe „Wanderungsbereitschaft“ der Versicherten bei der stationären Leistungsanspruchnahme ist nach Schäg et al. bereits sehr ausgeprägt und verschärft damit die Konkurrenzinteraktion.⁶³⁶ Als eine Steuerungsproblematik der Gesundheitspolitik lässt sich die mit der marktlichen Ausrichtung einhergehende Einflussreduktion gegenüber Akteuren wie der Rhön-AG, die durch die Börsennotierung gewinnorientiert und weniger solidarisch ausgerichtet sind, herausgreifen. Damit verbunden ist das kritische Argument der ambulanten Vertretungsorganisationen, dass Klinikbetreiber

⁶³⁴ Die Investitionen der privaten Träger betragen im Jahr 2006 11,5 % des Anlagevermögens. Öffentliche Träger investieren lediglich 8,6 %. Vgl. Reschke, J. (2010), S. 149-155.

⁶³⁵ Vgl. Deh, U./ Dralle, R. (2009), S. 62.

⁶³⁶ Vgl. Schäg, M./ Herrmann, M./ Klement, A./ Lichte, T./ Robra, B.-P. (2009), S. 81f.

aufgrund der Übernahme bzw. Einflussnahme auch auf ambulante Strukturen in ländlichen Regionen Monopole entwickeln können. Knieps, als Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium unter der damaligen Gesundheitsministerin Schmidt verweist in diesen Fällen auf das zuständige Kartellamt und betont die Intensivierung des Wettbewerbs.⁶³⁷ Einmal mehr zeigen die Befürchtungen, die durch Vertreter des Hausärzteverbands oder der KVen formuliert werden, dass die eigene Steuerungsfähigkeit vor positiven Auswirkungen auf das Gesundheitswesen priorisiert wird. Monopolartige Strukturen in der Regelversorgung durch die KVen oder innerhalb der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V durch die Hausärzteverbände lassen sich als Beispiele hierfür heranziehen. Stattdessen beträgt der Anteil an deutschen Kliniken der Rhön-AG lediglich drei Prozent. Vor diesem Hintergrund kritisiert Pföhler, als Vorstandsvorsitzender des Rhön-Konzerns die geplante Verschärfung des Kartellrechts für Krankenhäuser im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Regierung. Zugleich befürchtet er durch die in der Koalitionsvereinbarung auf Vorschlag der CSU fixierte Beschränkung nicht ärztlicher MVZ.⁶³⁸ Die von den KVen befürwortete geplante Änderung erlaubt nur Ärzten eine Mehrheitsbeteiligung an MVZen. Kliniken als einzig weitere zugelassene betreibende Leistungserbringer dürfen demnach nur als Minderheitsgesellschafter oder in Ausnahmefällen an der Versorgungsform partizipieren. Der Bundesverband MVZ kritisiert diese Bestrebungen als Rückschritt zu einer sektoralen Abschottung zu Ungunsten der Patienten.⁶³⁹ Die erneute Grenzziehung zwischen den Sektoren sowie die reduzierten Trägerformen, die der Zielerreichung der vergangenen Reformbemühungen entgegen steht, stärkt die in der Regelversorgung bestehenden Einflussstrukturen. Daher verwundert die Befürwortung der gesundheitspolitischen Koalitionsvereinbarungen durch die KVen nicht. Es zeigt sich ein weiteres Mal die hohe Einfluss- und Steuerungsfähigkeit dieses Sektors. Die angestrebte qualitative und ökonomische gesamtgesellschaftliche Optimierung im Gesundheitswesen, die auf vernetzten marktlichen Lösungen basiert, die wiederum die Notwendigkeit von Wahlalternativen und vielfältigen Optionen beinhalten, wird vernachlässigt. Dabei profitieren die Patienten als entscheidende Akteure von den MVZ in der Trägerschaft der Krankenhäuser. Der patientenorientierte Behandlungsfluss wird durch den Einbezug der Kliniken um den stationären Sektor ergänzt und somit optimiert. Die Förderung einer stabilen Beziehung zum

⁶³⁷ Vgl. Hoischen, O. (2009), S. 9.

⁶³⁸ Vgl. Maier, J./ Heusinger, R. v. (2009), http://www.fr-online.de/in_und_ausland/wirtschaft/aktuell/?em_cnt=2119738&em_loc=31.

⁶³⁹ Vgl. BMVZ (2009), <http://www.bmvz.de/pdf/Mitgliederinformation/2009-10/Pressemitteilung%2011-2009.pdf>.

MVZ und damit zur entsprechenden Klinik wird durch ein ausgebautes Qualitätsmanagement und zahlreichen Versorgungsoptionen angegangen. Zentren, wie z.B. das Brustzentrum oder die hausärztliche Versorgung im MVZ bilden analog zum Disease Management strukturierte Behandlungsabläufe, welche die patientenbezogene Bedürfnisstruktur einbeziehen. MVZ auch in der Trägerschaft eines Klinikums können somit trotz der hohen Komplexität, der höheren Anzahl an medizinischem Personal und weitläufigeren Räumlichkeiten ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Leistungsnehmern bewahren. Es gilt jedoch den sektorenübergreifenden kontinuierlichen Versorgungsanspruch beständig zu verfolgen. Der Versorgungsablauf „aus einer Hand“ integriert die sektorenbezogenen Schnittstellen. Zusätzlich regt die Koordination durch das Krankenhaus auch ein im deutschen Gesundheitswesen bislang nur mäßig involviertes vor- und nachgelagertes sektorales Management mit ein. Zentren fördern somit die Fokussierung der Ganzheitlichkeit. Analog zu den MVZ in ärztlicher Trägerschaft werden im besonderen Maße die marktlichen Steuerungsinstrumente angewendet. In Abhängigkeit des Trägers wird das Instrumentarium zur Einfluss- und Koordinationsgestaltung genutzt. Wie entscheidend eine ausgebaute Steuerungsmacht im Gesundheitswesen ist, zeigen die möglichen Entwicklungstendenzen im Koalitionsvertrag. Marketing- und Imagekampagnen als wettbewerbsorientierte Instrumente zur Schaffung von Transparenz und Vertrauen bedürfen vor dem Hintergrund der Besonderheit des Gutes Gesundheit einer hervorzuhebenden Berücksichtigung. Dass Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig vereinbare Zielgrößen darstellen, wird eine in die Zukunft zu tragende Botschaft insbesondere für Akteure außerhalb des tradierten Gesundheitssystems sein.

6.4.2 Sektorenübergreifende Vernetzungsformen unter Beteiligung der Krankenhäuser

Zur Komplettierung der Vernetzungsformen innerhalb der integrierten Versorgung im weiteren Sinne werden im Folgenden die Möglichkeiten zur ambulanten und überleitenden Behandlung durch den stationären Sektor betrachtet. Hierbei handelt es sich um die vor- und nachstationäre Behandlung sowie das ambulante Operieren im Krankenhaus auf Basis des Paragraphen 115a und 115b SGB V und die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser nach dem Paragraph 116b SGB V. Den gesetzlichen Ausgestaltungen ist gemein, dass sie die strikte Trennung der sektoralen Leistungserbringung durchbrechen und unter bestimmten Voraussetzungen den Krankenhäusern eine Partizipation an der ambulanten Versorgung ermöglichen. Des Weiteren zielt der Paragraph 115 SGB V durch die gemeinsame vertragliche

Rahmenempfehlung zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten auf eine verbesserte Zusammenarbeit der Sektoren ab. Hierzu zählt u.a. die Förderung des Belegarztwesens, als ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus. Zugleich offeriert der Paragraf 116 SGB V die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte. Damit besteht sowohl die Leistungserbringung des in den Paragrafen und Rahmenempfehlungen geregelten Leistungsumfangs durch das Krankenhaus als Institution, über die sog. Institutionsermächtigung, als auch die Ausübung durch Ärzte bspw. in Form einer Nebentätigkeit. Das Krankenhaus fungiert in allen Behandlungsformen als zu involvierende Institution. Dementsprechend besteht vor der ärztlichen Nebentätigkeit die Zustimmung des entsprechenden Krankenhausträgers. Auch die Angliederung von Praxen oder die Integration von Praxiskliniken bedarf der notwendigen stationären Beteiligung durch z.B. die Überlassung von Räumlichkeiten in Form von Mietverhältnissen als geringste Vernetzungstätigkeit. Aus dieser Schlüsselfunktion lässt sich dem Krankenhaus die Rolle des Impulsgebers für die Realisierung der erweiterten Leistungen in den Paragrafen 115 und 116 SGB V verankerten vernetzten Versorgungsleistungen zuschreiben.

Der Paragraf 115a SGB regelt die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, die sich an eine vollstationäre Versorgung angliedert, um den Ablauf vorzubereiten und den Behandlungserfolg im Anschluss „zu sichern oder zu festigen“. Die Vergütung hierzu erfolgt pauschalisiert auf der Basis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Der damit einhergehende Anreiz zielt auf eine effiziente Mittelverwendung ab, die trotz einer Ausweitung der stationären Inanspruchnahme gewährleistet werden soll. Gemeinsam mit der teilstationären⁶⁴⁰ Behandlung, die eine Krankenhausleistung von weniger als 24 Stunden beinhaltet, tragen die ergänzenden stationären Behandlungsformen zu einem kontinuierlichen Patientenfluss im Gesundheitswesen bei. Im Jahr 2006 ergänzten diese Behandlungsleistungen das Leistungsvolumen der Kliniken um 3,6 Millionen Fälle.⁶⁴¹ Bei dieser Leistungserweiterung durch die Krankenhäuser findet zwar eine Ablaufoptimierung statt, indem bei Patienten durch eine an Fristen gebundene Vor- und Nachsorge durch den unmittelbaren Leistungserbringer kostenanfällige Komplikationen vorgebeugt bzw. schneller erkannt werden können, jedoch handelt es sich nur um einen mäßigen sektorenübergreifenden Ansatz,

⁶⁴⁰ Teilstationäre Leistungen können gemäß § 39, Absatz 1, SGB V neben den Möglichkeiten der voll-, vor- und nachstationären Leistungserbringung auch ambulant nach § 115b SGB V erfolgen, sind jedoch nach § 39, Absatz 1, Satz 2 SGB V an eine des Subsidiaritätsprinzips entsprechende Prüfung einer vorrangigen Leistungserbringung durch den ambulanten Sektor gebunden.

⁶⁴¹ Vgl. Bölt, U. (2009), S. 265.

welcher der integrierten Versorgung weniger aufgrund einer Schnittstellenüberwindung als einer ganzheitlichen Patientenversorgung zugeschrieben werden kann.

Im Gegensatz zu den Behandlungsformen des Paragraphen 115a SGB V tangiert der Paragraph 115b SGB V sektorenübergreifende Leistungen in höheren Maße. Die auch als Öffnung der Krankenhäuser bezeichnete Erweiterung ambulant durchführbarer Operationen basiert auf einem vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV vereinbarten Katalog. Münzel und Zeiler verweisen darauf, dass der Katalog einen nicht objektiven Ersatz von regulär durchgeführten stationären Operationen darstellt, sondern lediglich die Einigung der Entscheidungsträger umfasst.⁶⁴² Zusätzlich bestehen gesonderte Leistungen, die um eine Ergänzung stationsersetzender Eingriffe mit dem GRG 2000 die gesetzlichen Regelungen zum Jahresbeginn 1992 erweiterten. Der Katalog mit den ambulant durchführbaren Operationen trat erstmals zum Jahresbeginn 2007 in Kraft. Seit diesem Zeitpunkt vereinbarten die Vertretungsorgane der Krankenkassen, niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser einen diesbezüglichen Vertrag. Die Vergütung der Leistungen orientiert sich dabei seit dem Jahr 1994 an der Abrechnungsgrundlage des EBM und erfolgt gemeinsam mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Krankenkassen. Die Orientierung an der ambulanten Abrechnungsvariante des EBM schließt auch die mit der Honorarreform eingegangenen Neuerungen ein, die zwar eine erneute finanzbezogene Erlöserhebungen durch die Kliniken nach sich zieht, aber auch mit einem vereinfachten Abrechnungssystem verbunden ist. In dem seit dem 01. Januar 2010 gültigen Vertrag zum ambulanten Operieren und stationsersetzender Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) führen die Vertragspartner die geplante Umstellung der Abrechnungspositionen auf ein pauschalisiertes Entgeltsystem im Paragraphen 20 an. Insbesondere die Leistungsfinanzierer, die Krankenkassen, profitieren von einer ökonomisch ausgerichteter Finanzierung und dem Übergang des Risikos auf den Leistungserbringer. Vor dem Aspekt, dass nach Volkmer die Gesundheitspolitik mit der Honorarreform die ermöglichten leistungsbezogenen Zuschläge über die Finanzierung aus den Rückstellungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorschreibt, stellt die Vergütungspauschale eine Alternative dar.⁶⁴³ Die mit der Einführung der gesetzlichen Regelungen zu den ambulant durchführbaren Eingriffen begonnene stetige Weiterentwicklung bis zur heutigen vertragsbasierten Öffnung der Krankenhäuser zeugt von einer dynamischen Marktorientierung. Entscheidende Stakeholder stellen zum einen die

⁶⁴² Vgl. Münzel, H./ Zeiler, N. (2008), S. 18-28.

⁶⁴³ Vgl. Volkmer, F. (2009), S. 24.

Gesundheitspolitik dar, die durch die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen die strikte sektorale Trennung in diesem Bereich angegangen ist und bis heute fortführt. Zum anderen kommt den Krankenhäusern eine hervorzuhebende Rolle als ausführende Leistungserbringer zu. Dementsprechend nahmen im Jahr 2006 über 62 % der deutschen Krankenhäuser an dieser Versorgungsform teil. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der ambulanten Operationen um 10,4 % auf über 1,5 Millionen Fälle.⁶⁴⁴ Dabei erweitern die Krankenhäuser den sektorenübergreifenden Bezug durch die Übernahme der Leistungen durch Beleg- und Konsiliarärzte. Die Kliniken profitieren durch diese Übertragung stationärer Leistungen von einer Erweiterung des Angebotsspektrums bei einem geringen Kostenanfall durch z.B. Koordinationsaufgaben durch die Nutzung von Räumlichkeiten, Apparaten und Personal. Als Begründung für die Erweiterung der gesetzlichen Bestimmung nach Paragraph 115b SGB V führt Schwarz den Paragraphen 2, Absatz 2, Nr. 2 des KHEntgG an, in dem die Veranlassung von Kliniken zur Übernahme von Krankenhausleistungen durch Dritte geregelt wird. Die Autorin verweist innerhalb dieser Regelungen auf die problematische Bezeichnung der ärztlichen Tätigkeit als „extrabudgetäre Vergütung der Vertragsärzte durch die Krankenkassen unter Umgehung der zuständigen KV“.⁶⁴⁵ Schwarz betont trotz der Bedenken des ambulanten Sektors die Zuordnung der im Paragraphen 115b SGB V geregelten Leistungen zum stationären Sektor, an welchen Konsiliar- und Belegärzte partizipieren können. Doch die gesetzlichen Regelungen zu den Konsiliarärzten, wie auch im Paragraphen 115a SGB V, erschweren eine solchen sektorenübergreifenden Bezug. Einmal mehr zeigt u.a. der Einwand der KVen an den entsprechenden Kooperationsformen nicht ausreichend beteiligt zu werden, dass der sektorenübergreifende Bezug dieser Vernetzungsformen und die damit erweiterten Ansatzpunkte der Ärzte innerhalb des stationären Sektors den Steuerungsinteressen der KVen nachstehen. Im Gegensatz dazu zeugt die verstärkte Übernahme der Kooperationsvarianten nach Paragraph 115a und b, SGB V, von der Innovationsfähigkeit des Kliniksektors. Obwohl stationäre Leistungen durch das ambulante Operieren der ausschließlichen stationären Leistungserbringung entzogen werden bzw. worden sind, nutzen die einzelnen Krankenhäuser u.a. vor dem Aspekt der Ressourcenersparnis und Angebotserweiterung die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zur Intensivierung der sektorenübergreifenden Kooperation. Beispielhaft für eine solche Ausrichtung lässt sich die Miltenberg-Erlenbach GmbH als Teil des Rhön-Klinikums heranziehen, die insbesondere durch die Fokussierung auf die Grund- und Regelversorgung auf eine kooperierende Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor

⁶⁴⁴ Vgl. Bölt, U. (2009), S. 266.

⁶⁴⁵ Vgl. Schwarz, K. (2008), S. 593f.

angewiesen ist und dies durch die Kooperation mit zahlreichen Konsiliar- und Belegärzten realisiert.⁶⁴⁶ Die Entwicklung des Paragraphen 115b SGB V und die damit einhergehende stationäre Berücksichtigung als zusätzliche Kooperationsvariante zeigt, dass eine innovative Nutzung auf der Basis gesetzlicher Bestrebungen, die vordergründig einen Steuerungsverlust beinhalteten, langfristig über die notwendige Impuls- und Managementfunktion der Kliniken als zukunftsorientiertes Potential besteht.

Eine direkte Beteiligung an der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser ermöglicht der Paragraf 116b SGB V. Hiernach dürfen Kliniken, welche die Voraussetzungen der Antragsstellung des Krankenhausträgers, der Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung vor Ort und einer Zustimmung durch die zuständige Landesbehörde erfüllen, hoch spezialisierte Leistungen für seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen anbieten. Der G-BA erstellt hierzu einen Katalog für ambulante Behandlungen durch die Krankenhäuser. Die Aufnahme einer Leistung in den Katalog ist an eine vorausgehende diagnostische und therapeutische Nutzenbewertung, gekoppelt mit einer Überprüfung der medizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeit im Vergleich zur Leistungserbringung im ambulanten Sektor gebunden. Der G-BA regelt zudem in den Richtlinien die diesbezüglichen Anforderungen in Verbindung mit der Qualitätssicherung sowie den im Paragraphen 137, Absatz 1, Satz 3, Nr. 3 SGB aufgeführten Mindestanforderungen.⁶⁴⁷ Die vom G-BA konkretisierten Bestimmungen müssen spätestens alle zwei Jahre auf Aktualität überprüft werden. Das Vorliegen der Voraussetzungen und die Orientierung an den Bestimmungen berechtigen die Kliniken zur uneingeschränkten Durchführung und Abrechnung mit allen Versicherten. Die Vergütung der Leistungen orientiert sich an der „Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen“ und erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen, denen auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität obliegt. Der mit Einführung des Paragraphen zum 1. Januar 2004 mit dem GMG in Kraft getretene gesetzliche Erweiterung des stationären Handlungsspielraumes vorgeschriebene einzelvertragliche Abschluss zwischen Krankenkasse und Krankenhaus wurde mit dem GKV-WSG im Jahr 2007 zugunsten einer krankenversicherungsunabhängigen Versorgung aufgehoben. Die vereinfachte Teilnahme der Krankenhäuser an der Versorgung nach Paragraf 116b SGB und die mit dem GKV-WSG beibehaltene Kopplung mit den

⁶⁴⁶ Vgl. Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH (2010), http://www.dkd-wiesbaden.de/rka/cms/meg_2/deu/65636.html

⁶⁴⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2009), http://www.g-ba.de/downloads/62-492-394/Mindestmengenvb_2009-12-17.pdf.

strukturierten Behandlungsprogrammen zeugt von der populationsorientierten Ausrichtung der vernetzten neuen Versorgungsformen durch die vergangenen Reformen. Mit der Streichung der einzelvertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zugunsten einer flächendeckenderen Versorgung gemäß des Paragraphen 116b SGB V im Jahr 2007 bestehen zwar aus Sicht der Kliniken vereinfachte Bedingungen, da Verhandlungen mit den Kassen entfallen. Doch auch die außerbudgetäre Leistungsvergütung stellt bisher nur einen unzureichenden Anreiz vor dem Hintergrund der stringenten Richtlinien des G-BA, wie den Mindestmengenbestimmungen, dar. Orłowski und Wasem führen als weiteren Grund für die stark eingeschränkte Nutzung der Kooperationsmöglichkeit vor den Änderungen im Jahr 2007 die aus Sicht der Krankenkassen aufwendige und doppelte Vergütung für die fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung an.⁶⁴⁸ Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die abgestimmte Versorgung „aus einer Hand“ als Vorteil für die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser heraus. Aufgrund der hohen Fallzahlmenge in Kliniken können nach Einschätzungen der Gesundheitspolitik positive Effekte auf die Versorgungsqualität generiert werden. Die Bündelung von Fachkompetenz an klinischen Einrichtungen und Zentren ergänzt diesen qualitativen Effekt. Die Größe der Kliniken, insbesondere innerhalb von horizontalen Verbänden, ermöglicht zudem die Generierung ökonomischer Aspekte in Form von Skaleneffekten auf Rabattverträge, eine höhere Finanzkraft durch z.B. Quersubventionierungen sowie einer hochwertigeren apparativen Ausstattung im Vergleich zu den kleinen niedergelassenen Praxen. Demgegenüber steht jedoch der höhere Kostenaufwand für eine stationäre Versorgung im Vergleich zur ambulanten Leistungserbringung, der insbesondere bei gemäßigten Krankheitsverläufen auftritt. Die Kooperation zwischen den beiden Sektoren stellt damit einen entscheidenden qualitativen und wirtschaftlichen Faktor dar. Zu diesem Teilergebnis kommt auch die Studie „Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie an der Leibniz Universität Hannover durchgeführt worden ist. Demnach bestehen innerhalb des ambulanten Sektors nur unzureichende Vergütungssysteme aufgrund der Komplexität und Heterogenität seltener Erkrankungen. Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen spezialisierten Versorgung bedarf der Vernetzung von Einrichtungen und Leistungserbringern zugunsten eines kontinuierlichen Patientenpfades. Auch die Verbindung mit entsprechenden Konzepten und Entwicklungen auf der Ebene der EU ergänzt das Potential der Netzwerke

⁶⁴⁸ Vgl. Orłowski, U./ Wasem, J. (2007), S. 117-122.

zugunsten einer hochwertigen Versorgungsqualität.⁶⁴⁹ Insbesondere vor dem Aspekt, dass die Bedeutung chronischer und seltener Erkrankungen in der Studie als erheblich konstatiert wird, ergibt sich daraus eine notwendige gesundheitspolitische Brisanz entsprechender Konzeptionen. Die Neufassung des Paragraphen 116b SGB V und kooperierende Änderungen des VÄndG 2007 setzen an der Förderung der sektorenübergreifenden Versorgungsmöglichkeiten an und lassen sich durch das DMP und weitere Instrumente, wie dem Casemanagement ergänzen. Die bisher nur eingeschränkte Nutzung der ambulanten Leistungserbringung nach Paragraph 116b SGB V wird von den Krankenhäusern neben der Erreichung von Mindestmengen vorwiegend auf die stark verzögerten Genehmigungsverfahren durch die zuständigen Landesbehörden zurückgeführt und als problematisch eingeschätzt. In der Befragung des Krankenhaus Barometers 2009 zu der ambulanten Leistungserbringung ergab sich zusätzlich das Ergebnis, dass bei der Behandlung von Patienten nicht die eigentliche Leistungserbringung ursächlich für Schwierigkeiten ist, sondern die problematische Beziehung zu den KVen, die sich damit auch auf die ambulante Leistungserbringung als Teil der Alternativversorgung ausweitet.⁶⁵⁰ Mit der gesetzlichen Versorgungsform nach Paragraph 116b SGB V wurden die im Katalog aufgelisteten Leistungen der Bedarfsplanung der KVen entzogen und den Landesbehörden in Form der Zulassungsentscheidung zugeschrieben. Damit verfügen die KVen über keinerlei Steuerungseinfluss auf diese Versorgungsform und sind auf Stellungnahmen beschränkt. Aus dem Steuerungsverlust leiten sich auch die Äußerungen der KVen bezüglich eines unfairen Wettbewerbs sowie Klagen und Verfassungsbeschwerden, z.B. die Klage gegen die Beschlüsse des G-BA zur Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen, dessen Revision zuletzt im Februar 2010 beim Bundessozialgericht abgelehnt worden ist, ab.⁶⁵¹ Doch es bestehen auch positive Beispiele für eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Sektoren, an denen die KV beteiligt ist. In Schleswig Holstein existieren Kooperationsvereinbarungen zwischen der KV und einigen Krankenhäusern, in denen eine qualitätsorientierte Zusammenarbeit, z.B. in Qualitätszirkeln, vertraglich verankert ist. Darüber hinaus ist die KV in Schleswig-Holstein als nicht stimmberechtigtes Mitglied an der Krankenhausplanung beteiligt. Aus diesem positiven Exampel leitet sich die entscheidende begleitende Komponente der Kommunikation ab. Funktionierende Netzwerke benötigen den

⁶⁴⁹ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Wagner, T. O. F. et al. (2009), http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/ambulantebehandlungen/bmg_forschungsbericht_seltene_erkrankungen_09_06_2009.pdf.

⁶⁵⁰ Vgl. Blum, K./ Offermanns, M. (2009b), S. 46-52.

⁶⁵¹ Vgl. DKG (2010), <http://www.kdgev.de/dkg.php/aid/6868/cat/74>. Vgl. Flintrop, J./ Rieser, S. (2009), <http://www.aerzteblatt.de/archiv/63831/>.

gegenseitigen Austausch von Informationen zur Vertrauensschaffung. Die Mängelsymptomatik beruht u.a. auf den Schnittstellen zwischen den Sektoren, die jeweils über spezifische Interessen und gewachsene Strukturen verfügen. Um das in der Studie von Schulenburg und Wagner bescheinigte Potential zur ganzheitlichen Versorgung seltener und kostenintensiver Erkrankungen zu generieren, bedarf es der Überwindung des zurückhaltenden Verhaltens bezüglich der Anwendung des Paragraphen 116b SGB V. Vertragliche Vereinbarungen zwischen den Netzwerkpartnern durch bspw. die Kooperationsvereinbarungen fungieren als erster Schritt zur Überwindung sektorenspezifischer Barrieren. Die Qualitätszirkel stellen einen weiteren Schritt zu Festigung des Vertrauensverhältnisses über den fachlichen Austausch dar. Die vom Gesetzgeber abgezielte Zielerreichung der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Versorgungskonstrukte gemäß der behandelten Paragraphen 115a, 115b und 116b SGB V bieten unterschiedliche Abstufungen innerhalb der integrierten Versorgung als ganzheitliche und sektorenübergreifende am Patienten abgestimmte Alternativen zur Regelversorgung. Die darin enthaltenen Steuerungs- und Anreizmechanismen der Gesundheitspolitik bestehen zu einem großen Teil in Abhängigkeit von der jeweiligen Initiativefähigkeit des impulsgebenden Stakeholders. Die Nutzung der zugestandenen marktlichen Mechanismen hängt auch von der Managementfähigkeit der Netzwerke ab. Die Vertrauensaspekte stellen hierbei ein entscheidendes Gestaltungsinstrument dar.

6.4.3 Netzwerke als qualitative Strategieausrichtung im stationären Sektor

In einer Analyse zur „Zukunft des deutschen Krankenhauses“ kommen Pentter und Arnold zu dem Ergebnis, dass über 20 % der Kliniken in ihrer Existenz gefährdet sind.⁶⁵² Wettbewerbsbezogene Verfahren und Instrumente zur integrierten Versorgung im weiteren Sinne wurden als strategischer Maßnahmenkatalog zur Überwindung bzw. Reduktion der vielseitigen Problematiken identifiziert. Vernetzungen bestehen in vielfältiger Variationsbreite und schließen u.a. horizontale Zusammenschlüsse in Form von bspw. Fusionen ein. Roeder, Günnewig und Franz prognostizieren der horizontalen Vernetzungsmöglichkeit im stationären Sektor eine herausragende Bedeutung als wettbewerbsbezogenes Instrument innerhalb des Krankenhausmarktes. Zu den von den Autoren identifizierten Bestandteilen der Vernetzung im Verbund zählen Studienkooperationen, telemedizinische Vernetzungen, ärztliche Fort- und Weiterbildung, die gemeinsame Erarbeitung und Überwachung von Qualitätszielen sowie die Bildung einer

⁶⁵² Vgl. Pentter, V./ Arnold, C. (2009), S. 76-84.

Qualitätsmarke. Bei den einzelnen ineinandergreifenden Facetten handelt es sich um qualitätszentrierte innovative Vernetzungsbestandteile, die sich am Wettbewerb ausrichten und auf eine verbesserte Positionierung in diesem abzielen. Roeder, Günnewig und Franz benennen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Verbandspartnern als Basis der Kooperation, um die positiven Effekte aus der vernetzten Qualitätsoptimierung zu ziehen.⁶⁵³ Der Abbau bzw. die Reduktion der Informationsasymmetrie in Form von Unsicherheit über das Verhalten des Partners stellt eine Voraussetzung zur Generierung eines vertrauensvollen Verhältnisses zum Patienten dar. Dementsprechend kann eine Etablierung einer von den Autoren propagierten Dachmarke im Verbund nur angenommen werden, wenn eine funktionierende Partnerschaft mit strukturierten Aufgaben und Funktionsbereichen den kontinuierlichen Versorgungsablauf auch in großen Klinikketten häuserübergreifend und standardisiert gewährleistet. Die von den Autoren unter dem Begriff der Kooperation zusammengefassten horizontalen Verbünde beinhalten eine Bandbreite von Zusammenschlussvarianten, die sich im Grad der Integration und der wettbewerbsbezogenen Ausgestaltung erheblich unterscheiden.⁶⁵⁴ Schweizer und Bernhard stellen in einer explorativen Studie die Alternativen der Fusion/Akquisition, des Outsourcing, der Privatisierung und des Public-Private-Partnerships als strategische Maßnahmen zur verbesserten Ausrichtung von öffentlichen Krankenhäusern gegenüber. Demnach verfügt bspw. die Fusion über ein hohes Kosteneinsparpotential, stellt jedoch keine Alternative zu einem Bankkredit dar.⁶⁵⁵ Zugleich bestehen innerhalb der einzelnen Strategien Unterschiede in der Ausgestaltung, die sich träger- und klinikspezifischen Anforderungen und marktbezogenen Bedingungen stellen müssen. Um die von Roeder, Günnewig und Franz beschriebenen Vorteile dieser Vernetzungsformen zu generieren, bedarf es eines anspruchsvollen Netzwerkmanagements, die Interessen und Besonderheiten zu vereinbaren. Beispielhaft für einen innovativen und marktorientierten Ansatz, der unabhängig von Träger- und organisatorischen Strukturen unter Realisierung institutionsökonomischer Eigenschaften auf die Leistungserbringung im Gesundheitswesen angewendet werden kann, lässt sich das von Promberger und Piazzolo vorgestellte Franchising-Modell heranziehen.⁶⁵⁶ Es handelt sich zwar in der Grundform um eine vertikale Kooperationsausrichtung, welche jedoch im Beispiel des Clinotel Krankenhausverbundes durch eine Beteiligung von öffentlichen und gemeinnützigen Kliniken auf den stationären Sektor begrenzt ist. Unter Beibehaltung der

⁶⁵³ Vgl. Roeder, N./ Günnewig, M./ Franz, D. (2009), S. 918-928.

⁶⁵⁴ Vgl. Kapitel 5.4.

⁶⁵⁵ Vgl. Schweizer, L./ Bernhard, B. (2009), S. 371-382.

⁶⁵⁶ Vgl. Promberg, K./ Piazzolo, F. (2009), S. 299-309.

Selbstständigkeit und Spezifität der einzelnen Häuser als gleichzeitige Franchisenehmer und Gesellschafter übernimmt die Clinotel GmbH zentrale Dienstleistungsaufgaben unter Nutzung von Wissenstransfer und Benchmarking. Die Entwicklung von fünf teilnehmenden Kliniken im Gründungsjahr 1999 auf 26 Mitgliedshäuser im Jahr 2010 bekräftigt die effektive Ausprägung dieser Vernetzungsform.⁶⁵⁷ Trotz des identifizierten Potentials zur Nutzung qualitativer und ökonomischer Effekte der kooperativen Vernetzungsformen im stationären Sektor nimmt diese Form der interdisziplinär-fachübergreifenden integrierten Versorgung mit nur 12 % Beteiligung der Krankenhäuser und einer Halbierung der Inanspruchnahme im Vergleich zum Jahr 2006 im Jahr 2009 einen nur geringen Umfang ein.⁶⁵⁸ Vor den bestehenden dynamischen Veränderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen verhilft das Instrument der Kooperation vor allem den damit einhergehenden Ansprüchen durch den Ausbau der stationären Machtposition. In der vorausgehenden Ausarbeitung zu der Alternativversorgung, innerhalb dessen die Krankenhäuser einen initiativen Managementimpuls zur Vernetzung übernehmen, besteht ein heterogenes Beziehungsgeflecht, in dem die Krankenkassen steigende Steuerungskompetenzen zugeschrieben bekommen haben. Dies verdeutlicht sich z.B. in der Übernahme der Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkassen in den Paragraphen 115b und 116b SGB V. Die Krankenkassen erzeugen u.a. aufgrund der festgeschriebenen Beitragserhebung durch den Gesundheitsfonds auf die stationären Leistungserbringer einen finanziellen und qualitativen Druck. Durch die notwendige Zusammenarbeit der Kliniken mit den Kostenträgern innerhalb der selektivvertraglichen Versorgungsalternativen verfügen die Kassen über ein erhebliches Machtgefüge in diesem Versorgungsbereich. Die zusätzlich verschärfenden Entwicklungen im stationären Sektor durch z.B. tarifliche Forderungen und eine hohe innersektorale Konkurrenz durch die Träger- bzw. Anbietervielfalt fordern mehr als eine Einlassung auf die Veränderungen. Eine aktive und innovativ ausgerichtete Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit wird essentiell, um Steuerungseinfluss zu generieren und zu vergrößern. Horizontale Vernetzungen stellen in der Trägerheterogenität des stationären Sektors eine Notwendigkeit dar, um die gemeinsamen innersektoralen Interessen zu vertreten und durchzusetzen. Das Vertrauen innerhalb des Netzwerkes bildet damit eine Grundlage für die sich anschließenden vertrauensbildenden Beziehung innerhalb der Leistungserbringung. Doch insbesondere trägerübergreifende Netzwerke sowie die Umwandlung durch die Privatisierung bergen ein hohes Unsicherheitspotential. Dies verdeutlicht sich z.B. in der

⁶⁵⁷Vgl. Clinotel (2010), http://www.clinotel.de/index.php?article_id=113.

⁶⁵⁸ Vgl. Blum, K./ Offermanns, M. (2009a), S. 57-59.

Studie von Schweizer und Bernhard, in deren Ergebnis die Strategie der Privatisierung stark widersprüchlich in ihrer Wirkungsweise eingeschätzt wird. Diese Widersprüchlichkeit bestätigt den bereits in Kapitel 5.4 identifizierten Trade Off zwischen der Förderung innovativer und wettbewerbsbezogener Maßnahmen aufgrund der Heterogenität im stationären Sektor und dem gleichzeitigen Hemmnis träger- und rechtsformübergreifender Zusammenschlüsse durch die forcierte Konkurrenzsituation einzugehen. Die gesundheitsbezogene Spezifität des stationären Sektors als Teil des Gesundheitswesens beeinflusst die Durchführung gesetzlicher Bestimmungen. Demnach ermöglichen die vom Markt ausgehenden Gestaltungsinstrumente zum einen die Nutzung der Vorteile durch Ressourcenersparnisse und Qualitätsverbesserungen, zum anderen bestehen damit einhergehende Verpflichtungen, die zudem auf die Besonderheiten des Gesundheitswesens angepasst werden müssen. Ein Beispiel stellt die Kontrolle von Krankenhausfusionen nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) dar. Für die Krankenhäuser ergibt sich erst mit der schrittweise realisierten Öffnung des Krankenhausmarktes im Jahr 2004 die Relevanz der Kriterien nach Paragraf 35, Absatz 1, Nr. 1 GWB zur Fusionskontrolle. Die Folgen in Form einer Untersagung einer Fusion zwischen dem Krankenhaus Eisenhüttenstadt der Rhön-AG und dem Rhön-Klinikum Landkreis Rhön-Grabfeld aufgrund des Paragrafen 36, Absatz 1, SGB V vom 10. März 2005 wurden vom Bundesgerichtshof (BGH) am 16. Januar 2008 bestätigt. Die Anwendung von Bestimmungen, die mit der Einführung der gesetzlichen Beschränkungen im Jahr 1958 auf Wirtschaftsunternehmen abzielen, bekräftigt die Entwicklung von stationären Einrichtungen hin zu wirtschaftlich orientierten Unternehmen. Zugleich schränkt der BGH die vollständige Anwendung wettbewerbsbezogener Bedingungen aufgrund der Zielbestrebungen der gesundheitspolitischen Reformen im Bereich der Leistungszusammenschlüsse von Kliniken, sog. Clustern, in ländlichen Gebieten ein.⁶⁵⁹ Bezugsgrundlage hierzu stellt der Paragraf 36, Absatz 1, GWB dar, in welchem die Nachteile der Marktbeherrschung den Vorteilen der damit einhergehenden verbesserten Wettbewerbsbedingungen unterliegen. Die Anpassung von marktbezogenen Effekten auf die Spezifität des Gesundheitswesens beschreibt einen Prozess von akteursbezogenen Steuerungsabsichten und daraus resultierenden Konsequenzen. Die Vertrauensbildung und -förderung stellt innerhalb dieses Ablaufs auf der Basis von qualitätsbezogenen Aspekten eine Durchbrechung negativer Anreizmechanismen und Regulierungen zwischen den Netzwerkpartnern dar.

⁶⁵⁹ Vgl. Sauter, H./ Ellerbrock, T. (2009), S. 339-345.

Allen kooperativen Ausgestaltungsformen ist gemein, dass ein besonderer Fokus auf die qualitative Ausrichtung gelegt wird. Dies resultiert vorwiegend auf die im Gesundheitswesen vorgegebene Beschränkung auf den Qualitätswettbewerb. Ein Preiswettbewerb im stationären Sektor wird mit der Vergütung nach den vereinheitlichten DRG-Pauschalen unterbunden. Eine qualitative Differenzierung bzw. Spezifizierung erfährt dadurch einen besonderen Stellenwert. Vor den gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung nach Paragraf 135a, 137, 137a, 137c und 137d SGB V, in denen zu erbringende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vorgaben krankenhaushübergreifend vom Gesetzgeber definiert werden, erhalten u.a. darüber hinausgehende Qualitätsbemühungen eine hohe strategische Bedeutung. Zwar verfügen die in den Paragrafen enthaltenen qualitätsfördernden Maßnahmen, wie die strukturierten Qualitätsberichte, die nach Paragraf 137, Absatz 4, SGB V alle zwei Jahre standardisiert veröffentlicht werden sowie die seit 2002 auch in diesem Abschnitt eingeführten Mindestmengen für ausgewählte planbare stationäre Leistungen über positive Effekte zur gesicherten hochwertigen Versorgung, umfassen jedoch eine qualitative Steuerung des Gesundheitswesens durch den Gesetzgeber. Der zu diesem Zweck im Jahr 2000 die Verantwortung für die Qualitätssicherung zur Vereinheitlichung der Maßnahmen von der Landes- auf die Bundesebene übertrug. Die Zunahme an standardisierten und vereinheitlichten qualitativen Ansprüchen entspricht dem aktuellen Trend nicht nur in der stationären Versorgung. Die Erfassbarkeit und Bewertung insbesondere im Bereich der Strukturqualität, die sich vor allem in den strukturierten Qualitätsberichten wiederfinden lässt und zu einem großen Teil in der Prozessqualität, die bspw. durch das KTQ-Verfahren als Managementkonzeption zur Zertifizierung von Krankenhäusern umfangreich genutzt wird, besteht durch objektivierbare Faktoren. Auch Steuerungsinstrumente, wie die evidenzbasierten Leitlinien setzen an Reduktion von Unsicherheit durch Standardisierung an. Dass es sich hierbei jedoch nur um einen Teilaspekt der Qualitätssicherung handelt, verdeutlicht die erstmals innerhalb der Gesundheitsreform im Jahr 2000 festgeschriebene Abzielung auf eine verbesserte Förderung der Ergebnisqualität. Doch eine Übertragung der ökonomischen Ausrichtung in Form des Outputs als Ergebnis der Leistungserbringung lässt sich durch die vielfältigen nicht objektivierbaren Faktoren im Gesundheitswesen nur eingeschränkt vornehmen. Das Ergebnis stellt einen Zustand dar, der von individuellen Empfindungen und nur mit Hilfe von sich annähernden Indikatoren bedingt bewertbar gemacht werden kann. Daraus ergibt sich im Gesundheitswesen die Problematik einer nicht hinreichenden Beachtung der Ergebnisqualität, trotz der durch die Gesundheitspolitik

expliziten Ausrichtung auf diese. Beispielhaft konstatierte die Begleitforschung zur Einführung der Mindestmengen gemäß Paragraf 137 SGB V durch das Deutsche Krankenhausinstitut und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, dass die Mindestmengenregelung durchaus qualitative Verbesserungen beinhaltet, jedoch nur in Abhängigkeit der Erfassung der Ergebnisqualität Aussagen bezüglich der Angemessenheit vorgenommen werden können. Dies ergab sich lediglich für den Eingriff der Kniegelenk-Totalendoprothesen-Operation (Knie-TEP). Die Studie konstatiert des Weiteren aufgrund der zahlreichen Ausnahmetatbestände divergierende Steuerungswirkungen. Jedoch ermöglichen sie Kliniken, die keine Mindestmengen erreichen durch die Befristung alternative Strategien zu planen bzw. einzugehen. Insbesondere die Kooperation mit anderen Kliniken als Strategievариante stellt im Bereich der mindestmengenrelevanten Leistungen eine wettbewerbsfördernde Option dar.⁶⁶⁰ In Kombination mit geeigneten Indikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität lassen sich daraus klinikspezifische strategische Gestaltungsalternativen ableiten. Im stationären Sektor ermöglichen die durch die DRG-Vergütung zu erfassenden Kriterien, wie Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren in Verbindung mit persönlichen Daten, Indikatoren darzustellen. Doch auch das ökonomisch ausgerichtete Vergütungsverfahren stößt innerhalb des hochkomplexen Vorgangs der stationären Leistungserbringung aufgrund der individuellen persönlichen Bestandteile an Grenzen der Erfassbarkeit. Nach Braun mindern die ökonomischen Kalküle der DRG-Vergütung die Zielerreichung einer qualitativen und ökonomischen Verbesserung. Braun benennt hierzu neben sektorenübergreifenden Schnittstellenproblematiken und innerdisziplinären und -organisatorischen Kommunikationsproblemen die Standardisierung und Strukturierung eines personalen Dienstleistungsprozesses als problematisch.⁶⁶¹ Der Gesetzgeber begründet die gesetzliche Verpflichtung zur Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung, zu denen bspw. die Neuregelungen für die notwendigen regelmäßigen Fortbildungen innerhalb von fünf Jahren von Fachärzten im Krankenhaus durch den G-BA vom 19. März 2009 zählen, mit einer hochwertigen flächendeckenden und effektiven Versorgungsqualität zum Wohle der Patienten. Dass diese Zielausrichtung u.a. vor dem Aspekt der kaum vorhandenen Einflussmöglichkeiten der Patienten und auf Basis der ungleichen Informationsverteilung bestehenden benachteiligten Stellung im Gesundheitswesen Wirkungen auf gesamtgesellschaftliche Aspekte generiert, war Bestandteil der vergangenen Ausführungen. Ein Ansatzpunkt zur Reduktion der Patientenunsicherheit

⁶⁶⁰ Vgl. Samir, R. (2008), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=59424>, Vgl. Blum, K./ Cruppé, W. de/ Ohmann, C./ Geraedts, M. (2008), S. 474-481.

⁶⁶¹ Vgl. Braun, B. (2009), S. 117-138.

erfolgt seit dem Jahr 2004 mit dem Einsatz des ersten Online-Klinikführers Rhein-Ruhr. Patienten erhalten verständlich aufbereitete stationäre Daten, die zum Teil um Patientenzufriedenheitserhebungen ergänzt werden und darauf abzielen ein passendes Krankenhaus zu finden. Die Anzahl der Angebote mit unterschiedlichen Betreibern hat sich in den vergangenen Jahren erheblich erweitert. Beispielhaft lassen sich der TK-Klinikführer der Techniker Krankenkasse, die Weisse Liste der Bertelsmannstiftung in Kooperation mit Patientenorganisationen und die Helios KlinikSuche der Helios Kliniken GmbH nennen. Die einzelnen Betreiber verfügen über entsprechende Steuerungsabsichten durch die Bereitstellung der Information. Insbesondere für Zusammenschlüsse von Kliniken ergibt sich durch eine eigene Informationsbereitstellung ein wettbewerbsförderliches Marketinginstrument. Die eingeschränkte bzw. nicht vorhandene Vergleichbarkeit mit außerkooperativer Kliniken sowie die Neutralität der Datenauskunft ist jedoch zweifelhaft. Zudem lässt sich kritisch anmerken, dass diese Form der Transparenzschaffung auf aktive Patienten mit einem Krankheitsbild, das eine Recherche zulässt und einem Zugang sowie dem Wissen über die Nutzung der internetbasierten Portale eingeschränkt ist.⁶⁶² Trotz dieser Eingrenzung auf einen spezifischen Patiententyp ist diese Form und der Umfang der Informationsbereitstellung im Gesundheitswesen einzigartig und trägt als Teil dazu bei die Qualität zu verbessern. Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung stellen jedoch insbesondere vor dem Aspekt der flächendeckenden gesamtgesellschaftlichen Qualitätsverbesserung eine weiterhin bestehende Notwendigkeit dar. Aus Sicht der Gesundheitspolitik begründet sich damit die qualitative Steuerung des Gesundheitswesens durch Zwangsmaßnahmen. Die sich hier abzeichnende und sektorübergreifende Steuerungsproblematik ergibt sich durch die mit Verpflichtungen einhergehende Beschränkung innovativer Entwicklungen und vertrauensbasierten Handelns durch die Obstruierung der Maßnahmen von „oben“ herab. Auf der Mikro-Ebene besteht die Gefahr, dass die Verpflichtungen durch die Gesundheitspolitik und zusätzliche klinikspezifische bindende Anforderungen sowie die Fülle an Maßnahmen unreflektiert und nicht akzeptiert Anwendung finden oder zu einer Überforderung des Personals führen. Die angestrebten qualitativen Verbesserungsmaßnahmen können somit stark gemindert werden bzw. machen die Bestrebungen obsolet. Mängel auf der individuellen Vertrauensebene als Basis, auf der die eigentliche Leistungserbringung erfolgt, unterbinden systemische Vertrauensprozesse. Hieraus ergibt sich für das Krankenhaus als ein eigenes komplexes System, die

⁶⁶² Auch Maßnahmen, wie die Patientenquittung nach § 305 SGB V, sind auf entsprechende Patienten mit einer Eigeninitiative angewiesen.

Herausforderung das Vertrauensgut Gesundheit innerhalb des stationären Leistungserstellungsprozesses durch innerorganisatorische Ansätze und unter Beachtung der Vorgaben von außen über qualitative Instrumente positiv zu beeinflussen. Ein Teilbereich hierzu wird durch die Kommunikationsförderung abgedeckt. Insbesondere im Krankenhaus, in dem verschiedene medizinische und nicht medizinischen Berufsgruppen sowie Abteilungen und andere Bereiche direkt oder indirekt an der komplexen stationären Gesundheitsversorgung beteiligt sind, besteht der Anspruch zur Förderung und Vernetzung der einzelnen Kommunikationsfelder. Der positive Zusammenhang von Qualität und Kommunikation bedarf darüber hinaus der Integration des gesamten Netzwerkes an Beziehungen. Qualität beschreibt aus der Vernetzungsperspektive „bereichs- und berufsübergreifend denken und handeln, an Schnittstellen Verbindungsbrücken bauen und Prozessabläufe optimieren, mit dem Ziel einer hohen Zufriedenheit der Patienten, aber auch der Mitarbeiter.“⁶⁶³ Eine Intensivierung der Vernetzungen über die Kommunikationsförderung festigt die einzelnen Beziehungsgeflechte und trägt dazu bei krankenhausspezifische Strategien zu realisieren. Die zahlreichen Versorgungskonzepte, die dem Krankenhaus durch die integrierte Versorgung im weiteren Sinne zur Verfügung stehen, stellen nicht nur eine Alternative zur Regelversorgung dar, sondern ermöglichen die gesundheitspolitischen qualitätssichernden Vorgaben um klinik-, träger-, personal-, partner- und bereichsspezifische Gegebenheiten und Anforderungen zu ergänzen. Die einzelnen Varianten der selektivvertraglichen Konzeptionen versorgen das einzelne Krankenhaus über die Breite an Gestaltungsvarianten sowie einer teilweise innerkonzeptionellen hohen Gestaltungsfreiheit, wie innerhalb der Integrationsversorgung, mit einem Handlungsspielraum für Vernetzungen. Die Voraussetzungen der erfolgreichen Nutzung der Bandbreite an Steuerungsinstrumenten basiert auf einem umfangreichen Koordinationsansatz des Krankenhauses als Netzwerkmanager. Die Anforderung beinhaltet die ganzheitliche Beachtung qualitätsverbessernder Maßnahmen, zu denen auch die Verfolgung der Ergebnisqualität zählt. Als ein funktionierendes Beispiel lassen sich an dieser Stelle die Helios Kliniken anführen, die durch die Implementierung eines eigenen Qualitätsmanagementsystems mit einer besonderen Fokussierung auf die Ergebnisqualität sowie systemergänzender Vernetzungsansätze qualitative und wirtschaftliche Erfolge generieren.⁶⁶⁴ Aus dieser erfolgreichen Umsetzung leitet sich auch die Forderung durch die Helios Kliniken ab, die Qualitätsverbesserungen mit Vergütungen über bspw. das Pay-for-

⁶⁶³ Vgl. Schaller, B./ Baller, G. (2008), S. 140-142. Vgl. Franke, D. H. (2007), S. 259-304.

⁶⁶⁴ Vgl. Baberg, H. T./ De Meo, F. (2009), S. 364-378.

Performance Konzept entsprechend zu fördern bzw. zu honorieren.⁶⁶⁵ Als Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), zu der sich im 2008 Jahr sechs weitere Krankenhausträger zu einem Verein zusammenschlossen, nutzen die Helios Kliniken die Erkenntnisse aus dem im Jahr 2002 initiierten Projekt zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR).⁶⁶⁶ Bis heute profitieren die teilnehmenden Klinikketten von den Erkenntnissen aus der Projektvernetzung mit dem Bundesverband der AOK und der Universität Magdeburg über die Daten der QSR-Klinikberichte, initiierte Peer-Review Verfahren und einer wissenschaftlichen Begleitung als qualitative Marktführer. Auch für die nächsten Jahre sichern sich damit die teilnehmenden Kliniken einen Wettbewerbsvorteil, denn selbst das AQUA-Institut, das zur Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren als Qualitätssicherungsmaßnahmen vom G-BA beauftragt worden ist, rechnet mit der Übertragung ihrer Forschungsergebnisse auf die Behandlungsdaten erst im Jahr 2012. Zum einen bestätigt dieses Beispiel die positiven Effekte einer aktiven initiiierenden Rolle im Gesundheitswesen auf die Steuerungsaspekte, zum anderen bestärkt die Qualitätssicherung auf Basis der Routinedaten die Förderung ergebnisorientierter Qualitätsauswertungen. Die Beachtung der Ergebnisqualität vervollständigt den gesamten prozessübergreifenden Charakter aufgrund der Kopplung von objektivierbaren und individuellen Belangen, die den wesentlichen Bestandteil der Vertrauensgutproblematik beschreiben.

⁶⁶⁵ Mansky als Qualitätsmanager bei den Helios Kliniken führt diesen Vorschlag auf dem Kongress „Qualitätsmanagement und Qualitätsmessung“ an. Vgl. Rixin, B. (2009), S. 14f.

⁶⁶⁶ Vgl. Heller, G./ Günster, C. (2008), S. 26-33. Vgl. Rixin, B. (2008), S. 16f. Schellschmidt, H./ Mansky, T./ Heller, G./ Robra, B.-P. (2007), S. 173-197.

7 Fazit

Die Zielausrichtung auf eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit durchzieht die gesamte Ausarbeitung und dient der Orientierung im Untersuchungsverlauf. Aufgrund der seit Jahren fokussierten ökonomischen Ausrichtung leitet die gesundheitsökonomische Thematik die vorliegende Arbeit ein. Die dominierende Problematik der Informationsasymmetrie wird als Kerndefizit identifiziert. Bevor mit der Neuen Institutionenökonomik der theoretische Gestaltungsrahmen zur Überwindung der Mängel vorgestellt und als theoretische Fundierung der gesamten Ausführungen herangezogen wird, integriert die Betrachtung gesundheitsökonomischer Begriffsauffassungen der Gesundheit den subjektiven, individualisierten Bestandteil der Versorgung. Die Ergänzung um die Besonderheiten des Gesundheitswesens leitet die Forderung nach einer intensivierten Beachtung von Qualitätsanforderungen ein, die wiederum mit dem Vertrauensaspekt eng verbunden sind. Es konnte gezeigt werden, dass die integrierten Versorgungskonzepte mit einer stark marktlich ausgerichteten Orientierung eine Nische für flexible und dynamische Entwicklungen außerhalb der Regelversorgung darstellen. Aufgrund der vielfachen Besonderheiten und zahlreichen Steuerungsbestrebungen dient die vertragliche Verankerung mit der kombinierbaren Anreizgestaltung als Maßnahme zur Reduktion der Defizite aus der ungleichen Informationsverteilung zwischen den Vertragspartnern. Die Beachtung von vertrauensschaffenden und -förderlichen Maßnahmen durch ein aktives Management erweitert die positiven Wirkungen um interaktive individuelle Belange und bezieht sich über die enge Verbindung zu den Qualitätsbestandteilen auf die übergeordnete Zielerreichung. Zugleich besteht durch das Potential des Systemvertrauens eine institutionelle Ausrichtung auf übergeordnete Ebenen und gesamtgesellschaftliche Bezüge. Anhand des nachfolgenden Abschnitts werden die Erkenntnisse in der vorgenommenen Untersuchungsabfolge kapitelbezogen summiert.

Die schrittweise Erarbeitung des komplexen und vielschichtigen Gesundheitswesens hin zu einem prozessbasierten „Leistungsverlauf“, der unter Beachtung der von Qualitätsbewertungskriterien auf die komprimierten Zielaspekte der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität ausgerichtet ist, wird begleitet von versorgungsspezifischen Besonderheiten und akteursbezogenen Steuerungsinteressen. Spannungsfelder ergeben sich nicht nur aufgrund ebenen-, sektoren- oder stakeholderspezifischen Divergenzen, sondern beziehen sich auch auf Steuerungskonzepte bzw. Steuerungsausrichtungen. Eindeutige

Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen werden vor dem Hintergrund der dynamischen und heterogenen Entwicklungen im Gesundheitswesen essentiell. Dementsprechend fokussiert der zweite Teil des zweiten Kapitels die begriffliche Grenzziehung wesentlicher Bestandteile. Mit der Analyse der häufigen Aussage über den hohen Stellenwert des Gutes Gesundheit, als ein besonderes Gut, wird auf der Grundlage gesundheitsökonomischer Einschätzungen auch auf die Ergänzung um individuelle Belange eingegangen. Die Untersuchung anhand der Begriffsverwendungen aus dem gesundheitsökonomischen Feld konstatiert, dass die Besonderheit der Gesundheit in diesem Bereich Beachtung findet. An dieser Stelle deutet sich bereits an, dass eine Integration von ökonomischen Bestandteilen und Instrumenten in das Gesundheitswesen realisierbar ist. Darauf aufbauend leitet sich mit der Kopplung der wirtschaftlichen und qualitativen Zielausrichtung die notwendige Verbindung der Aspekte ab. Zusätzlich ergeben sich aus dem zweiten Kapitel ausgehend von der identifizierten Vielschichtigkeit und Heterogenität kombiniert um dynamische Entwicklungen zahlreiche Steuerungs- und Koordinationsansätze, die jedoch zugleich von Problemen und Divergenzen begleitet und geprägt werden. Die Ausrichtung auf eine Optimierung durch die Kombination von Qualität und Wirtschaftlichkeit umfasst ein zukunftsgeleitetes Potential, das mit erheblichen Herausforderungen und Ansprüchen verbunden ist.

Im dritten Kapitel wird auf der Basis der im Vorfeld für das Gesundheitswesen, als vorwiegend entscheidendes Kriterium für die zahlreichen Problematiken identifizierte Informationsasymmetrie, die Neue Institutionenökonomik als theoretische Überwindungsstrategie vorgestellt. Die miteinander in Verbindung stehenden Bestandteile der Theorie der Verfügungsrechte, der Transaktionskostentheorie und der Prinzipal-Agenten-Theorie ermöglichen die Ableitung spezifischer institutioneller und vernetzter Gestaltungsempfehlungen vor der besonderen versorgungsbezogenen Symptomatik im Gesundheitswesen. Die Vertragstheorie der relationalen Verträge nimmt die Erkenntnisse aus den Theoriebestandteilen auf und erweitert sie um eine vertragliche Stabilisierung sowie einer gleichzeitigen Beachtung flexibler Anpassungsvorgänge auch nach der Vertragsschließung hinaus. Die unterschiedliche institutionelle Ausgestaltung vertraglich basierter Vernetzungen unter Zuhilfenahme spezifischer Steuerungs- und Anreizmechanismen involviert den Vertrauensaspekt, der wie die Informationsproblematik über einen bestandteilübergreifenden Charakter in der Neuen Institutionenökonomik verfügt. Aus der sich anschließenden Betrachtung der Eigenschaftstypologie leitet sich einerseits die Kopplung des Grades der

Informationsasymmetrie mit den Qualitätsbewertungsmöglichkeiten ab und andererseits die damit in Verbindung stehenden Auswirkungen auf die Zielaspekte des Gesundheitswesens in Abhängigkeit der Gütereigenschaften. Mit der Zuordnung des Großteils der Gesundheitsleistungen zu Vertrauensgütern ergeben sich zwar Bewertungs- sowie Erfassbarkeitsschwierigkeiten, die jedoch die spezifischen Besonderheiten und Probleme im Gesundheitswesen besser darstellbar machen. Auf der Basis des theoretischen Entwicklungsverlaufs ausgehend von der Neuen Institutionenökonomik über die Vertragstheorie bis zur Erweiterung um die Vertrauensgutthematik werden anhand der Theoriefundierung die einzelnen Bestandteile der nachfolgenden Ausführungen mit einander in Verbindung gesetzt. Dementsprechend leitet sich mit der Vertrauensgutthematik die strategische Gestaltungsempfehlung zugunsten wettbewerbsbezogener Instrumente ab. Zugleich ergibt sich durch den ebenen- und netzwerkübergreifenden Charakter des Vertrauens eine qualitäts- und wirtschaftlichkeitsverbessernde Strategie zur Problembewältigung.

Die Steuerungsthematik wird im vierten Kapitel behandelt. Bevor die einzelnen Steuerungskonzepte der öffentlichen Planung, der korporativen Koordination sowie des Markt-/ Preismechanismus mit den entsprechenden Instrumenten sowie den daraus resultierenden Wirkungen anhand von Beispielen betrachtet werden, wird das Steuerungsmedium Geld als ein omnipräsentes Steuerungskriterium herausgestellt. Als stellvertretendes Konstrukt des Marktmechanismus beeinflusst das Steuerungsmedium das gesamte Gesundheitswesen und verdeutlicht die hervorzuhebende Teilhabe ökonomischer Bezüge auch innerhalb des versorgungsbezogenen Spezifikums. Auch anhand der Steuerungsausrichtung des Staates durch die öffentliche Planung wird mit der Zielausrichtung auch die ökonomische Optimierung angestrebt, indem die Defizite u.a. aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit marktlicher Mechanismen auf das Gesundheitswesen überwunden werden sollen. Dementsprechend besteht ein Steuerungskontinuum der öffentlichen Planung, das die Abstufungen staatlicher Einflussmöglichkeiten belegt. Die einzelnen staatlichen Instrumente verfügen jedoch ihrerseits über Steuerungsschwierigkeiten und Mängel. Im Bezug auf die nachgeordnete korporative Koordination, die neben einer Konkretisierungs-, auch über eine Verhandlungsfunktion verfügt, besteht die Steuerungsproblematik einer auf eigene Interessen ausgerichteten Zielausrichtung, die nur eingeschränkt durch die politische Steuerung beeinflussbar ist. Zugleich existieren durch die Handlungsfähigkeit des Meso-Bereichs Vorteile, welche die besondere Symptomatik des

Gesundheitswesens integrieren. In Anlehnung an die Auflistung der Steuerungsinstrumente durch den Staat werden die Koordinations- und Einflussmöglichkeiten der korporativen Koordination und des Markt-/ Preismechanismus in ihrer Wirkungsweise komprimiert analysiert. Neben den divergierenden und zum Teil konkurrierenden Ausrichtungen der korporativen Akteure auf der Meso-Ebene bestehen wechselseitige Einflüsse von und auf die vor- und nachgelagerten Bereiche, so dass allgemeingültige Steuerungsziele im Gegensatz zur Makro-Ebene nicht genannt werden können. Mit dem Steuerungskonzept des Markt-/ Preismechanismus wird nicht nur die Steuerungssymptomatik auch im Bezug auf die Steuerungsinstrumente vervollständigt, sondern mit der Wettbewerbsorientierung ein entscheidender Einflussfaktor und Zielbezug des Gesundheitswesens der vergangenen Jahrzehnte eingefügt. Entsprechend des omnipräsenten Charakters des stellvertretenden Steuerungsmediums Geld wirken die marktlichen Maßnahmen in Verbindung mit den Gestaltungsfunktionen der übergeordneten Ebenen akteursübergreifend. Die unmittelbare Anwendung ist jedoch vorwiegend der Leistungserbringung der Mikro-Ebene vorbehalten, wobei die Übernahme wettbewerbsbezogener Steuerungsinstrumente durch die Besonderheiten des Gesundheitswesens eingeschränkt wird. Zur Annäherung an die These, dass die Förderung und Schaffung von Vertrauen die Zielausrichtung der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, welche eine Verbindung zwischen den Steuerungskonzepten und Ebenen darstellt, unterstützt, schließt die Darlegung der Vertrauensaspekte innerhalb der Steuerungskonzepte diesen Abschnitt ab.

Die sowohl innerhalb der Steuerungsthematik, als auch im Bezug auf die Zielausrichtung des Gesundheitswesens wiederholt auftretende Polarisierung staatlicher und marktlicher Bestrebungen und Maßnahmen beendet das vierte Kapitel. Die bis an diese Stelle angedeuteten Zweifel bezüglich der Widersprüchlichkeit von Markt und Staat werden zwar aufgrund der spezifischen Rollen- und Aufgabenzuteilung und bereichsspezifischen Unterschiede nachvollzogen, jedoch aufgrund der einheitlichen Zielvorstellungen zugunsten eines optimierten Gesundheitswesens bestätigt. Ausgehend von einer beidseitigen Versagenssymptomatik in Form des Markt- und Staatsversagens bedarf es der herausfordernden Aufgabe einer flexiblen Kopplung der jeweiligen vorteilhaften Ausprägungen. Das aufgezeigte Steuerungskontinuum, das mit spezifischen Defiziten verbunden ist, gilt es entsprechend zu gestalten bzw. einzusetzen, um das Problemkontinuum zu reduzieren bzw. abzubauen.

Mit dem Managed Care Ansatz als Grundlage der integrierten Versorgungsnetzungen wird der Anspruch einer Kopplung von medizinischen und ökonomischen Ansprüchen aufgenommen und um eine patientenorientierte Prozessfokussierung und Ganzheitlichkeit auf der Basis vertraglicher Gestaltungen erweitert. Zugleich wird aus den vernetzten Verbindungen der Akteure das Potential der Vertrauensthematik abgeleitet und mit dem Verweis auf den Managed Care Backlash die Beachtung subjektiver Einflüsse durch entsprechende Steuerungsmechanismen betont. Mit der Vorstellung wesentlicher Instrumente der integrierten Versorgung als Gesamtheit der vernetzten Versorgungsstrukturen außerhalb der Regelversorgung im deutschen Gesundheitswesen wird ein Gestaltungskontinuum wettbewerblicher Elemente im Bezug auf die Zielerreichung in den Grundzügen skizziert. Kombiniert mit dem Entwicklungsprozess der Versorgungsalternativen werden die Steuerungsaktivitäten und die wechselseitige Einflussnahme von und auf die entscheidenden Akteure durch das vertragliche Konzept dargestellt. Dies erfolgt sowohl anhand der vertraglichen Ausgestaltungsmöglichkeiten, als auch innerhalb der vernetzten Finanzierungs- und Vergütungsformen. Auf der Basis der facettenreichen Einflussgrundlage und den Koordinationsbestrebungen herausragender Akteure in diesen Bereichen werden die Steuerungstätigkeiten innerhalb der Vernetzungen sektoren- und ebenenspezifisch analysiert. Mit der Ergänzung um organisatorische Gestaltungsoptionen sowie um eine europäische Ebenenerweiterung wird der vielseitige Handlungsrahmen der vernetzten Versorgungsmöglichkeiten aufgezeigt. Dieses Kontinuum an Gestaltungsvarianten innerhalb der integrierten Versorgung im weiteren Sinne generiert unter Berücksichtigung der vielseitigen Steuerungsinteressen und –kompetenzen eine Optimierung der Zielaspekte unter der stetigen Einbettung vertrauensfördernder Belange. Ein weiteres Ergebnis dieser Betrachtung stellt die Kopplung des Umfangs der Koordinationsmöglichkeit bzw. der Steuerungstätigkeit mit der Einlassung auf Reformen und der Innovationsaktivität im Bezug auf qualitäts- und wirtschaftlichkeitsfördernde Optimierungen dar. Je konzentrierter die Einflussmöglichkeiten von Stakeholdern im Gesundheitswesen, umso träger die Reaktion auf Reformen und dynamische Entwicklungen.

Das thematisch abschließende sechste Kapitel fasst einerseits die gewonnenen Erkenntnisse der vorangegangenen Ausführungen zusammen und ermöglicht aufgrund gewählter Beispiele eine vertiefende Analyse. Hierzu wird mit dem Abschnitt über die Patienten bzw. Versicherten als bislang nur mäßig berücksichtigte und involvierte Stakeholdergruppe im

Gesundheitswesen der eigentliche Fokus der Leistungserstellung herausgestellt. Aus den nur unzureichend bestehenden Einflussmöglichkeiten und den damit verbundenen mangelhaft ausgeprägten Steuerungsmaßnahmen der Patienten resultieren zu einem großen Teil die Defizite aufgrund der Informationsasymmetrie. Mit Hilfe der Vertrauensthematik in Verbindung mit den vernetzten Versorgungsstrukturen lassen sich positive Effekte über eine Annäherung der ungleichen Informationsverteilung in Form der Unterstützung eines eigenverantwortlichen Vernetzungspartners ziehen. Die integrierte Versorgung eröffnet hierzu als patientenorientierte Versorgungsalternative im Vergleich zur Regelversorgung einerseits durch die Vielzahl an Gestaltungsoptionen zahlreiche bedarfsorientierte Ansatzpunkte und ist andererseits aufgrund der Vernetzung auf einen aktiven und souveränen Vertragspartner angewiesen. Die Ausarbeitungen zu den Wahlтарifen und der Adhärenz zwischen Arzt und Patient spezifizieren die patientenbezogene Perspektive und damit in Verbindung stehende Steuerungsproblematiken innerhalb der integrierten Versorgung. Neben der Herausstellung des Expertentums des Patienten dienen die Ausführungen der Konkretisierung der Vertrauensthematik sowie der Erkenntnisgewinnung, indem darauf verwiesen wird, dass die Kopplung der Zielausrichtung durch die wirtschaftliche und insbesondere qualitative Optimierung mit dem Vertrauensaspekt essentiell ist. Die These, dass die Berücksichtigung und aktive Förderung vertrauensschaffender Maßnahmen die Erreichung der Zielaspekte unterstützt, lässt sich um die Feststellung erweitern, dass die Verbindung mit der Vertrauensthematik eine gegenseitige Förderung generiert. Auf der Grundlage der Feststellung, dass der Patient trotz der vom Gesetzgeber und innerhalb der vernetzten Versorgung intensivierten Berücksichtigung keinen gleichgewichtigen Partner darstellt, erhalten die Krankenkassen in der Sachwalterfunktion eine herausragende Bedeutung. Bestätigt wird die einflussreiche Position dieser Akteursgruppe auch durch das transaktionsstabilisierende Potential mit Hilfe des Systemvertrauens als institutionalisierte Reduktion der Problematiken aus der Informationsasymmetrie innerhalb der integrierten Versorgungskonzepte. Steuerungsprobleme treten jedoch analog zu den Stakeholdern im stationären und ambulanten Sektor durch die Bestrebungen des Ausbaus der eigenen Einfluss- und Koordinationsfähigkeit auf. Die Vernetzungsinstrumente der integrierten Versorgung implementieren zwar wettbewerbliche Maßnahmen, die jedoch zum einen auf die Besonderheiten des Gesundheitswesens angepasst werden müssen und zum anderen in Form eines Steuerungskontinuums eine Vielzahl von Abstufungen marktlicher Bezüge offerieren. Der Markt als Eindämmung der Problematiken aus dem Informationsgefälle durch den

Ausbau der akteursbezogener Steuerungsfähigkeit wird somit eingeschränkt. Die Auswirkungen der vielseitigen Steuerungsproblematiken zeigen sich u.a. in den identifizierten Trade-Offs. Dementsprechend zeugt der Widerspruch zwischen wettbewerbsbezogenen Zielansprüchen eines möglichst ungeschränkten Marktes und den solidarischen Bestrebungen der Gesundheitspolitik zugunsten einer flächendeckenden Versorgung durch die Populationsorientierung, die mit der Gefahr einer Monopolbildung einhergeht, von den Reibungspunkten zwischen den Steuerungskonzepten kombiniert mit den gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen. Die Besonderheiten des Versorgungssektors beeinflussen die Steuerungsmaßnahmen und erweitern den Gestaltungs- und Managementanspruch, insbesondere vor dem Hintergrund sektorenübergreifender Konzepte bzw. Instrumente. Der vielseitige Maßnahmenkatalog, der den einzelnen Akteuren auf der Mikro-Ebene durch die integrierten Versorgungskonzepte zur Verfügung steht, erweitert den Handlungs- und Gestaltungsspielraum in dem vom Gesetzgeber ermöglichten Rahmen und stellt damit ein Potential zum Ausbau der eigenen Einflussmöglichkeiten dar. Zugleich implementiert die Spielraumerweiterung auch eine sektorenübergreifende Konkurrenzverschärfung, die einen Innovationsdruck erzeugt. Vernetzungen lassen sich als eine Strategie zur Reduktion der Problematiken begreifen. Doch auch diese Ausrichtung ist mit Steuerungsproblemen und Einschränkungen verbunden. Durch den Einsatz vertrauensschaffender und –fördernder Maßnahmen durch ein Vertrauensmanagement lassen sich transaktionsstabilisierende Vorteile unter Beachtung versorgungsbezogener und vertragspartnerschaftlicher Herausforderungen generieren, die durch die Erweiterungsmöglichkeit in das Systemvertrauen über das Potential einer zusätzlichen Festigung der vernetzten Beziehungen verfügen.

Literatur

- Adam, H./ Henke, K.-D. (1998):
Gesundheitsökonomie, in: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch
Gesundheitswissenschaften, Neuausgabe, Weinheim/ München: Juventa, S. 779-797.
- Ärzttekammer Niedersachsen (2008):
Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen, [http://www.aekn.de/web_aekn/bibliothek.nsf/WebDocumentView/45CAEC94E385F76FC12575540047555A/\\$FILE/Berufsordnung_031208.pdf](http://www.aekn.de/web_aekn/bibliothek.nsf/WebDocumentView/45CAEC94E385F76FC12575540047555A/$FILE/Berufsordnung_031208.pdf), 06.05.2009.
- Ahrens, D. (2007):
Ökonomisierung und Gesundheitsförderung, in: Schmidt, B./ Kolip, P. (Hrsg.),
Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat, Präventionskonzepte zwischen
Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, Weinheim/ München:
Juventa, S. 45-55.
- Akerlof, G. A. (1970):
The Market for „Lemons“: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *The
Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, No. 3, pp. 488-500.
- Alber, J. (1992):
Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Entwicklung, Struktur und
Funktionsweise, Frankfurt am Main/ New York: Campus.
- Alchian, A. A. (1987):
Property Rights, in: Eatwell, J./ Milgate, M./ Newman, P. (Eds.), (1987), *The New
Palgrave: a Dictionary in Economics*, London: Macmillan, pp. 1031-1034.
- Amelung, E./ Sydow, J./ Windeler, A. (2009):
Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und
Kooperation, in: Amelung, E./ Sydow, J./ Windeler, A. (Hrsg.), (2009), *Vernetzung im
Gesundheitswesen, Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 9-24.
- Amelung, V. (2003):
Managed Care, in: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.), (2003), *Das Public-Health-Buch,
Gesundheit und Gesundheitswesen, Gesundheit fördern – Krankheit verhindern*, 2.
Aufl., München/ Jena: Urban & Fischer, S. 707-713.
- Amelung, V./ Zippan, N./ Zahn, T. (2009):
Prämie für den Heilerfolg, *Gesundheit und Gesellschaft*, Ausgabe 4/09, 12. Jg., S. 21-
26.
- Amelung, V. E. (2007a):
Managed Care, *Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 4. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Amelung, V. E. (2007b):
Nicht nur für Berlin ein zukunftsweisendes Modell – das POLIKUM Friedenau, in:
Weatherly, J. N./ Seiler, R./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Lägell, R./ Amelung,
V. E. (Hrsg.), (2007), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische
Versorgungszentren, Innovative Modelle der Praxis*, Schriftenreihe des
Bundesverbandes Managed Care, Berlin: MWV, S. 225-234.
- Amelung, V. E./ Janus, K. (2006):
Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und
Politik, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2006), *Krankenhaus-
Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration*, Stuttgart/ New York: Schattauer, S.
13-25.
- Amelung, V. E./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Seiler, R./ Weatherly, J. N. (2006):
Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, *Von der Idee zur
Umsetzung*, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, Berlin: MWV.

- Amelung, V. E./ Schumacher, H. (2004):
 Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 3. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Amelung, V./ Zippan, N./ Zahn, T. (2009):
 Pay for Performance: Prämie für den Heilerfolg, Gesundheit und Gesellschaft,
 Ausgabe 4/09, 12. Jg., S. 21-26.
- AOK Baden-Württemberg (2009a):
 Ein Jahr AOK-HausarztProgramm in Baden-Württemberg: Erfolgreicher Einstieg in
 eine neue hausärztliche Versorgungswelt, 28.07.2009, http://www.presseportal.de/pm/51195/1447549/aok_baden_wuerttemberg, 08.03.2010.
- AOK Baden-Württemberg (2009b):
 AOK-Hausarztvertrag ist Vorbild, 06.11.2009, <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/aok-hausarztvertrag-ist-vorbild-104311.php>, 08.03.2010.
- AOK Baden-Württemberg (2009c):
 Neuer AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg, 20.04.2009, <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/neuer-aok-hausarztvertrag-68930.php>, 08.03.2010.
- AOK-Bayern (2009a):
 AOK Curaplan Brustkrebs der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Evaluation von
 strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), Auswertungshalbjahre: 2004-1 bis
 2008-1, Abgabedatum: 30. September 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/dmp/evaluation/berichtbksept_09/by_eval_bk_30092009.pdf, 24.02.2010.
- AOK-Bayern (2009b):
 Brustkrebs: DMP-Vertrag mit der KV Bayerns, http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/by/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bayern/arztundpraxis/dmp/vertragliche_gesetzliche_grundlagen/brustkrebs/kvb_090909/090909_kv_vertrag_bk_mit_unterschriftseite.pdf, 24.02.2010.
- AOK-Bundesverband (2008):
 Kompetenz für den Wettbewerb, Bilanz 2007/2008, http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/info/nonperodika/bilanz_2007_2008.pdf, 30.07.2009.
- Arrow, K. J. (1985):
 The Economics of Agency, in: Pratt, J. W./ Zeckhauser, R. J. (Eds.), (1985), Principals
 and Agents: The Structure of Business, Boston: Harvard Business School Press, pp. 37-
 51.
- Arrow, K. J. (1969):
 The Organization Of Economic Activity: Issues Pertinent To The Choice Of Market
 Versus Nonmarket Allocation, in: The Analysis And Evaluation Of Public
 Expenditures: The PPB System, A Compendium Of Papers, Submitted To The
 Subcommittee On Economy In Government Of The Subcommittee On Economy In
 Government Of The Joint Economic Committee, Congress Of The United States, Vol.
 1, pp. 47-64.
- Arrow, K. J. (1963):
 Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic
 Review, Vol. 53, No. 5, pp. 941-973.
- AWMF (2009):
 3-Stufen-Prozess der Leitlinien-Entwicklung: eine Klassifizierung, http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_s1-s3.htm, 26.01.2010.

- Baberg, H. T./ De Meo, F. (2009):
 Qualität zahlt sich aus! Wie sich Qualität und wirtschaftlicher Erfolg vereinbaren lassen – am Beispiel der HELIOS Kliniken, in: Klusen, N./ Fließgarten, A./ Nebling, T. (Hrsg.), (2009), *Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 24*, Baden-Baden: Nomos, S. 364-378.
- Bäcker, G. et al. (2008):
 Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, 4. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Badelt, C./ Österle, A. (2001):
 Grundzüge der Sozialpolitik, Allgemeiner Teil, Sozialökonomische Grundlagen, 2. Aufl., Wien: MANZ.
- Bandelow, N. C. (2006):
 Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden, in: Schmidt, M. G./ Zohlnhöfer, R. (Hrsg.), (2006), *Regieren in der Bundesrepublik Deutschland: Innen- und Außenpolitik seit 1949*, Wiesbaden: VS, S. 159-176.
- Bandelow, N. C. (1998):
 Gesundheitspolitik, Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen: Leske + Budrich.
- Bandelow, N. C./ Schade, M. (2009):
 Wettbewerbliche Transformation im ambulanten Sektor: Governancereformen und gesundheitspolitische Zielpräferenzen im Wandel, in: Böckmann, R. (Hrsg.), (2009), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*, Wiesbaden: VS Verlag, S. 91-116.
- Barmer (2009):
 Viel Geld, wenig Qualität, Hausärzterverband missbraucht Monopolstellung in Sachen Hausärzterverträge, Wuppertal, 18.09.2009, http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/PresseCenter/Pressemitteilungen/090918_20Hausarztvertrag/content_20hausarztvertrag.html?w-cm=LeftColumn_t94252, 02.03.2010.
- Barr, N. (2004):
 Economics of the Welfare State, fourth edition, New York: Oxford University Press.
- Barzel, Y. (1982):
 Measurement Cost And The Organization Of Markets, *The Journal of Law and Economics*, Vol. XXV, April 1982, pp. 27-48.
- Bauer, U. (2008):
 Polarisierung und Entsolidarisierung, Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen, in: Hensen, G./ Hensen, P. (Hrsg.) (2008), *Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*, Wiesbaden: VS, S. 141-163.
- Bauer, U. (2007):
 Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld, in: Essers, M. et al. (Hrsg.), (2007), *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 44, *Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen*, Hamburg: Argument, S. 98-119.
- Baumberger, J. (2001):
 So funktioniert Manged Care, Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Stuttgart: Thieme.
- Becker-Berke, S./ Lautwein-Reinhard, B. (2007):
 Stichwort: Gesundheitswesen, Ein Lexikon für Einsteiger und Insider, 3. Aufl., Bonn/Frankfurt am Main: KomPart.

- Benz, A. (2008):
Der moderne Staat, Grundlagen der politologischen Analyse, 2. Aufl., München: Oldenbourg.
- Benz, A. (1991):
Umverteilung durch Verhandlung? Kooperative Staatspraxis bei Verteilungskonflikten, Staatswissenschaften und Staatspraxis, 2. Jg., Heft 1, S. 46-75.
- Berger, H./ Stock, C. (2008):
Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie, in: Schmidt-Rettig, B./ Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre, Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart: Kohlhammer, S. 3-34.
- Beske, F. (2006):
Verschiebebahn – die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Griff politischer Entscheidungen, in: Rebscher, H. (Hrsg.), (2006): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: Economica, S. 181-190.
- Bingler, K./ Bosbach, G. (2007):
Der Mythos von einer Kostenexplosion, Wie mit statistischen Tricks ein Zerrbild erhalten wird – und wie die Fakten sind, Soziale Sicherheit, 9/2007, S. 299-305.
- Birkmeyer, J. D. et al. (2002):
Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States, The New England Journal of Medicine, Vol. 346, No. 15, April 11, 2002, pp. 1128-1137.
- Blanke, B. (2005):
Vom Sozialversicherungsstaat zum „sozialen Dienstleistungsstaat“, Ein Essay über eine andere Perspektive auf den deutschen sozialpolitischen Diskurs, in: Hitzel-Cassagnes, T./ Schmidt, T.(Hrsg.), (2005), Demokratie in Europa und europäische Demokratie, Festschrift für Heidrun Abromeit, Wiesbaden: VS, S. 31-55.
- Blanke, B. (2001):
Verantwortungsstufung und Aktivierung im Sozialstaat – Steuerungsfragen der Modernisierung, in: Burth, H.-P./ Görlitz, A. (Hrsg.), (2001), Politische Steuerung in Theorie und Praxis, Schriften zur Rechtspolitik, Band 12, Baden-Baden: Nomos, S. 147-166.
- Blanke, B. et al. (2000):
Sozialstaat im Wandel, Herausforderungen, Risiken, Chancen, neue Verantwortung, Eine wissenschaftliche Untersuchung, Wissenschaftliche Eingangsuntersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Blanke, B./ Kania, H. (1996):
Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik, Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen, Diskussionspapier Nr. 1, Okt. 1996, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung.
- Blum, K./ Cruppé, W. de/ Ohmann, C./ Geraedts, M. (2008) :
Umsetzung der Mindestmengenregelung im Krankenhaus, das Krankenhaus, 5.2008, S. 474-481.
- Blum, K./ Offermanns, M. (2009a):
Krankenhäuser zwischen Innovations- und Kostendruck, Die stationäre Versorgung seit dem Jahr 2000, das Krankenhaus, 4.2009, 101. Jg., S. 295-302.

- Blum, K./ Offermanns, M. (2009b):
Krankenhaus Barometer, Umfrage 2009, Deutsches Krankenhausinstitut e.V.,
Düsseldorf, Dezember 2009, <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202009.pdf>, 06.04.2010.
- BMVZ (2009):
Neue Koalition errichtet wieder höhere Mauern zwischen den Versorgungssektoren,
Berlin, 21. Oktober 2009, <http://www.bmvz.de/pdf/Mitgliederinformation/2009-10/Pressemitteilung%2011-2009.pdf>, 25.03.2010.
- Böcken, J./ Braun, B. (2006):
Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen, Effekte bei Versicherten und
Leistungsanbietern, Chartbook, Universität Bremen, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Böckernförde, E.-W. (2009):
Woran der Kapitalismus krankt, Die Krise liegt im System, Eigentum muss dem
Gemeinwohl dienen, Süddeutsche Zeitung, Nr. 94, 24.04.2009, S. 8.
- Böhm-Bawerk, E. v.(1961):
Kapital und Kapitalzins – Zweite Ableitung: Positive Theorie des Kapitals,
Meisenheim: Anton Hain.
- Bölt, U. (2009):
Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2006, in:
Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2009), Krankenhaus-Report
2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Stuttgart/ New York: Schattauer, S.
241-273.
- Bohsem, G. (2008):
Krankenkassen fordern noch zusätzliches Geld, Spitzenverband hält höhere Beiträge
angesichts steigender Kosten von Ärzten und Kliniken für nicht ausreichend,
Süddeutsche Zeitung, Nr. 231, 4./5. Oktober 2008.
- Boniakowsky, D. (2005):
Disease Management Programme und ihre Bedeutung für Krankenhäuser, efh-papers,
Hannover: Blumhardt.
- Bosbach, G./ Bingler, K. (2008):
Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen?, Irrtümer und Fakten zu den Folgen
einer alternden Gesellschaft, Soziale Sicherheit, 1/2008, S. 5-12.
- BQS (2009a):
Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach
Versorgungsregion, Stichtag 31.12.2008, <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20081231.pdf>, 01.09.2009.
- BQS (2009b):
Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung des § 140d SGB V, Bericht zur
Entwicklung der integrierten Versorgung 2004-2008, <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140.pdf>, 03.09.2009.
- BQS (2009c):
Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung, Stichtag:
31.12.2008, <http://www.bqs-register140.de/dokumente/20050331.pdf>, 12.11.2009.
- BQS (2005):
Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach
Versorgungsregion, Stichtag 31.03.2005, <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20050331.pdf>, 01.09.2009.

- Braun, B. (2009):
Krankenhaus unter DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation, in: Böckmann, R. (Hrsg.), (2009), Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Wiesbaden: VS-Verlag, S. 117-139.
- Braun, D. (2001):
Steuerungstheorie als Staats- und Gesellschaftstheorie, Diskurse zur staatlichen Steuerung. Übersicht und Bilanz, in: Burth, H.-P./ Görlitz, A. (Hrsg.), (2001), Politische Steuerung in Theorie und Praxis, Schriften zur Rechtspolitik, Band 12, Baden-Baden: Nomos, S. 101-131.
- Braun, D./ Giraud, O. (2003):
Steuerungsinstrumente, in: Schubert, K./ Bandelow, N. C. (Hrsg.), (2003), Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München: Oldenbourg, S. 147-174.
- Brechtel, T./ Zöll, R. (2006):
Einzelpraxis oder Gruppenpraxis – ein anderer Typ Arzt? Untersuchung von Strukturen und Einstellungen in unterschiedlichen Praxistypen, in: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R./ Schnee, M. (Hrsg.), (2006), Gesundheitsmonitor 2006, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 98-115.
- Breton, A./ Wintrobe, R. (1982):
The logic of bureaucratic conduct, An economic analysis of competition, exchange, and efficiency in private and public organizations, Cambridge et al.: Cambridge University Press.
- Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005):
Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Brinkmann, A./ Jung, J./ Pfaff, H. (2007):
Wie bewerten Patienten die Qualität in der ambulanten Versorgung?, in: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R. (Hrsg.), (2007), Gesundheitsmonitor 2007, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 35-53.
- Bruhn, M. (2008):
Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Grundlagen, Konzepte, Methoden, 7. Aufl., Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Bühler, E. (2006):
Durch Kooperationen fit für die Zukunft, in: Bühler, E. (Hrsg.), (2006), Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung, Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung, Stuttgart: Kohlhammer, S. 11-28.
- Bundesärztekammer (2006):
Ärztliche Ausbildung in Deutschland, Stand: 14.07.2006, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169&all=true#approbation>, 09.03.2009.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009a):
Versicherungspflicht, http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/V/Glossarbereich-Versicherungspflicht.html?__nnn=true, 16.03.2009.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009b):
Wolfgang Zöllner als neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung ernannt, Berlin, 19.11.2009, <http://www.patientenbeauftragte.de/>, 03.02.2010.

- Bundesministerium für Gesundheit (2008a):
 Beitragsbemessungsgrenze – 16. Juni 2008, http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168258/sid_11AB5609780A608681F7475153EEF916/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/B/Glossar-begriff-Beitragsbemessungsgrenze.html?__nnn=true, 22.08.2008.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008b):
 Zahl der Nichtversicherten mehr als halbiert – gemeinsame Initiative zur Rückkehr in die Krankenversicherung gestartet, Gesundheit – 13. Februar – Pressemitteilung, http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2008/pm-13-2-08.html?__nnn=true, 18.11.2008.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008c):
 Der Spitzenverband Bund nimmt Arbeit auf, http://www.bmg.bund.de/cln_153/nn_1168258/sid_E2CF7954024AA63E04B2145BE766741F/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/S/Glossar-Spitzenverband-Bund-der-Krankenkassen/Spitzenverband-Bund-der-Krankenkassen-nimmt-Arbeit-auf.html?__nnn=true, 22.04.2009.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006):
 Unterrichtung über Schwerpunkte der Gesetzgebung und weitere wichtige Vorhaben der Bundesregierung anlässlich der 83. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) am 16./17. November 2006 in Perl/Nennig (Saarland), Stand: 1. November 2006, http://www.saarland.de/dokumente/ressort_justiz_gesundheit_und_soziales/Bericht_BMG.pdf, 26.03.2010.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005):
 Patientenbeteiligung im medizinischen Alltag aktiv fördern, http://www.bmg.de/cln_151/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-BMGS-2-2005/pdf-Charite-XIII-Transferprojekt-pdf,templateID=raw,property=publicationFile.pdf/pdf_Charite-XIII-Transferprojekt-pdf.pdf, 03.08.2009.
- Bundessozialgericht (2008):
 06. Februar 2008, AZ.: B 6 KA 2707 R, http://www.medicinrecht-ra-mohr.de/pdfs/B%206%20KA%2027_07%20R-20070606.pdf, 02.03.2010.
- Bundesverfassungsgericht (2009a):
 1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, 1 BvR 832/08, 1 BvR 837/08, Urteil verkündet am 10. Juni 2009, http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20090610_1bvr070608.html, 17.02.2010.
- Bundesverfassungsgericht (2009b):
 Verfassungsbeschwerde in Sachen Private Krankenversicherung erfolglos, Pressemitteilung Nr. 59/2009 vom 10. Juni 2009, <http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg09-059.html>, 17.02.2010.
- Bundesversicherungsamt (2010):
 Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA), http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046648/DE/DMP/dmp_node.html?__nn=true, 23.02.2010.
- Bundesversicherungsamt (2007):
 Pressemitteilung Nr. 05/2007, Wahltarife, http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1047250/DE/Presse/Archiv__Standardartikel/07-11-07__PE.html, 27.02.2010.
- Bürger, C. (2003):
 Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, Wiesbaden: DUV.
- Burr, W./ Stephan, M. (2006):
 Dienstleistungsmanagement, Innovative Wertschöpfungskonzepte für Dienstleistungsunternehmen, Stuttgart: Kohlhammer.

- Burth, H.-P./ Görlitz, A. (2001):
Politische Steuerung in Theorie und Praxis. Eine Integrationsperspektive, in: Burth, H.-P./ Görlitz, A. (Hsrg.) (2001), Politische Steuerung in Theorie und Praxis, Schriften zur Rechtspolitologie, Bd. 12, Baden-Baden: Nomos, S. 7-15.
- Burth, H.-P./ Starzmann, P. (2001):
Der Beitrag des Theoriemodells Strukturelle Kopplung zur instrumententheoretischen Diskussion in der Policyanalyse, in: Burth, H.-P./ Görlitz, A. (Hsrg.) (2001), Politische Steuerung in Theorie und Praxis, Schriften zur Rechtspolitologie, Bd. 12, Baden-Baden: Nomos, S. 49-75.
- Busse, R. (2002):
Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen; Hintergründe, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme, GGW, 2/2002, April, 2. Jg., S. 7-14.
- Butterwegge, C. (2006):
Krise und Zukunft des Sozialstaates, 3. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Cassel, D. (2005):
Wege zur nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 1-32, <http://www.uni-duisburg.de/FB5/VWL/ALLGWIPO/pdf/ca-in-akadem.pdf>, 02.10.2008.
- Cassel, D. (2001):
Das deutsche Gesundheitswesen in der Dauerkrise – fehlt der Mut zu radikalen Reformen?, Das deutsche Gesundheitswesen braucht weniger Regulierung und mehr Wettbewerb, ifo Schnelldienst, 54. Jg., 16, S. 3-6.
- Cassel, D./ Jacobs, K. (2008):
Wo Rauch ist, ist auch Feuer, Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform, GGW, Jg. 8, Heft 3, S. 7-15.
- Cezanne, W. (2005):
Allgemeine Volkswirtschaftslehre, 6. Aufl., Wien/ München: Oldenbourg.
- Charles, C./ Gafni, A./ Whelan, T. (1999):
Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model, Social Science and Medicine, 49, pp. 651-661.
- Clinotel (2010):
Kennzahlen, http://www.clinotel.de/index.php?article_id=113, 08.04.2010.
- Coase, R. H. (1960):
The Problem Of Social Cost, The Journal of Law & Economics, Vol. III, October 1960, pp. 1-48.
- Coase, R. H. (1937):
The Nature of the Firm, *Economica*, New Series, Vol. 4, No. 16, November 1937, pp. 386-405.
- Coleman, J. S. (1990):
Foundations of Social Theory, Cambridge/ London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Corsten, H./ Gössinger, R. (2007):
Dienstleistungsmanagement, 5. Aufl., München, Wien: R. Oldenbourg.
- Cortekar, J./ Hugenothe, S. (2006):
Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, Marburg: Metropolis.
- Czada, R. (1994):
Konjunkturen des Korporatismus: Zur Geschichte eines Paradigmenwechsels in der Verbändeforschung, PVS, Sonderheft 25, Staat und Verbände, S. 37-64.

- Czada, R. (1983):
Konsensbedingungen und Auswirkungen neokorporatistischer Politikentwicklung, *Journal für Sozialforschung*, 23. Jg., Heft 4, S. 421-439.
- Dahl, R. A./ Lindblom, C. E. (1953):
Politics, Economics, and Welfare, Planning and Politico-Economic Systems Resolved into Basic Social Processes, New York et al.: Harper & Row.
- Darby, M. R./ Karni, E. (1973):
Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, *Journal of Law and Economics*, Vol. 16, No. 1, April 1973, pp. 67-88.
- Daubenbüchel, R. (2007):
Wahltarife – Wettbewerbselement im Solidarsystem aus aufsichtsrechtlicher Sicht, in: Oberender, P./ Straab, C. (Hrsg.), (2007), Auf der Suche nach der besseren Lösung, Festschrift zum 60. Geburtstag von Norbert Klusen, *Gesundheitsökonomische Beiträge*, Band 52, Baden-Baden: Nomos, S. 65-80.
- DAZ.online (2009):
Therapieadhärens: Non-Compliance kostet Milliarden, <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/apothekertag/news/2009/09/25/non-compliance-kostet-milliarden.html>, 11.02.2010.
- DCZ (2009a):
Das Deutsche Cochrane Zentrum, <http://www.cochrane.de/de/index/html>, 01.09.2009.
- DCZ (2009b):
Das Deutsche Cochrane Zentrum, Evidenzbasierte Medizin, Definition und Hintergrund, <http://www.cochrane.de/de/ebhc.html>, 01.09.2009.
- Debreu, G. (1959):
Theory of Value, An Axiomatic Analysis of Economic Equilibrium, Cowles Foundation, New York: Wiley.
- Deh, U./ Dralle, R. (2009) :
Zentrenbildung im Krankenhaus – ein ungesteuerter Großversuch, in : Klauber, J./ Geraedts, M./ Friedrich, J. (Hrsg.), (2010), Krankenhaus-Report 2010, Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 61-73.
- DKG (2010) :
Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V – Klage der KBV gegen Beschlüsse des G-BA zur Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen bzw. Multiple Sklerose/ Tuberkulose, 05. Februar 2010, <http://www.kdgev.de/dkg.php/aid/6868/cat/74>, 02.04.2010.
- Demsetz, H. (1967) :
Towards A Theory Of Property Rights, *The American Economic Review*, Vol. 57, No. 2, May 1967, pp. 347-359.
- De Oliveira, R. M. M. (2002) :
Leitlinien für Reformen im ambulanten deutschen Gesundheitswesen, Institutionen- und industrieökonomische Aspekte einer Deregulierung, Bayreuth : P.C.O.
- Deutsche Krebshilfe (2009):
Partnerschaftliche Entscheidungen gewünscht, Bonn 08.10.2009, [http://www.krebshilfe.de/aktuelle-presse-meldungen.html?&tx_ttnews\[backPid\]=104&tx_ttnews\[tt_news\]=2768&cHash=f2aa0a8edc](http://www.krebshilfe.de/aktuelle-presse-meldungen.html?&tx_ttnews[backPid]=104&tx_ttnews[tt_news]=2768&cHash=f2aa0a8edc), 26.02.2010.
- Deutsche Sozialversicherung (2009):
Europäischer Jahresbericht 2008, Mai 2009, Brüssel.
- Deutsche Sozialversicherung (2008):
Intensivierung der Offenen Methode der Koordinierung, *Eureport social*, 7-8/2008, 16. Jg., S. 9-10.

- Deutscher Bundestag (2003):
15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525, 08.09.2003, Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen, Entwurf zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz.
- Deutscher Bundestag (2007):
16. Wahlperiode, Drucksache 16/6794, 24.10.2007, Antrag der FDP GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur Kostenerstattung ersetzen.
- Deutscher Hausärzterverband et al. (2009):
Fragen und Antworten (FAQs), „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) bei der AOK Baden-Württemberg, Stand 16.04.2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bw/arztundpraxis/imperia/md/content/gesundheitspartner/baden-wuerttemberg/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_faq_allg_16042009.pdf, 04.04.2010.
- Deutscher Landkreistag (2007):
Künftige Rolle der Landkreise in der Krankenhausversorgung, Beschluss des Präsidiums vom 30./31.08.2007, Berlin.
- Dierks, M.-L./ Seidel, G. (2009):
Angebot und Nachfrage nach kritischer Gesundheitsbildung – Erfahrungen aus der ersten Patientenuniversität in Deutschland, in: Klusen, N./ Fließgarten, A./ Nebling, T. (Hrsg.), (2009), Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 24, Baden-Baden: Nomos, S. 379-393.
- Dietrich, A. (2007):
Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 37, 14. September 2007, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=56904>, 02.02.2009.
- DIN Deutsches Institut für Normung (2006):
Qualitätsmanagement und Statistik, Begriffe, Normen, DIN-Taschenbuch 223, 4. Aufl., Berlin/ Wien/ Zürich: Beuth.
- DKG (2009):
Katalog der Krankenhaus-Fallpauschalen für 2010 verabschiedet, Gemeinsame Pressemitteilung, 30. September 2009, <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/6414>, 21.10.2009.
- Döhler, M. (1995):
The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care, Governance, Vol. 8, No. 3, pp. 380-404.
- Döhler, M./ Manow-Borgwardt, P. (1992):
Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, Staatswissenschaften und Staatspraxis, Heft 1, 3. Jg., S. 64-106.
- Donabedian, A. (1982):
The Criteria and Standards of Quality, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. II, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1966):
Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Fund quarterly, Vol. 44, No. 3,2, pp. 166-203.
- Draper, D. A./ Hurley, R. E./ Lesser, C. S./ Strunk, B. C. (2002):
The Changing Face of Managed Care, Health Affairs, Jan.-Febr., S. 11-23.
- Drumm, S./ Achenbach, A. (2005):
Integrierte Versorgung mit Klinischen Pfaden erfolgreich gestalten, Praktische Tipps zum Prozess-, Kosten- und Erlösmanagement, Landsberg/ Lech: ecomed.

- Dudley, A. R./ Johansen, K. L./ Brand, R./ Rennie, D. J./ Milstein, A. (2000):
Selective Referral to High-Volume Hospitals, Estimating Potentially Avoidable Deaths, *The Journal of American Medical Association*, Vol. 283, No. 9, March 1, 2000, pp. 1159-1166.
- Dulleck, U./ Kerschbamer, R. (2006):
On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economic of Credence Goods, *Journal of Economic Literature*, Vol. XLIV, March 2006, pp. 5-42.
- Ebsen, I. (2000):
Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrecht? Probleme materiellrechtlicher und kompetenzrechtlicher Koordinierung, *Zeitschrift für Sozialreform*, 46. Jg., Heft 4, S. 298-314.
- Eichhorn, S. (1998):
Strukturmodell der Krankenhausqualität, in: Matschke, M. J./ Schildbach, T. (Hrsg.), (1998), *Unternehmensberatung und Wirtschaftsprüfung, Festschrift für Professor Dr. Günter Sieben zum 65. Geburtstag*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 161-173.
- Emanuel, E. J./ Emanuel, L. L. (1992) :
Four Models of the Physician-Patient Relationship, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1992, 267 (16), pp. 2221-2226.
- Emons, W. (2000):
Competitive Experts: A Solution to the Credence Goods Problem, in: Franz, W./ Hesse, H./ Ramser, H. J./ Stadler, M. (Hrsg.), (2000), *Ökonomische Analyse von Verträgen*, Tübingen: Mohr Siebeck, S. 148-180.
- Emons, W. (1997):
Credence goods and fraudulent experts, *The RAND Journal of Economics*, Vol. 28, No. 1, Spring 1997, pp. 107-119.
- Etgeton, S. (2009):
Perspektiven der Sicherung und Entwicklung von Qualität und der Einbezug der Patientensicht – ein Zukunftsmodell?, in: Bandelow, N. C./ Eckert, F./ Rüsenberg, R. (Hrsg.), (2009), *Gesundheit 2030, Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft*, Wiesbaden: VS, S. 97-106.
- Felder, S. (2008):
Im Alter krank und teuer?, *Gesundheitsausgaben am Lebensende*, *GGW*, Jg. 8, Heft 4, S. 23-30.
- Felder, S./ Fetzer, S./ Wasem, J. (2008):
„Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2008), *Krankenhaus-Report 2007, Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?*, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 143-153.
- Fetzer, S. (2005):
Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierung- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt, *Diskussionsbeiträge*, 130/05, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.
- Fimreite, A. L./ Læg Reid, P. (2009):
Reorganizing the welfare state administration, Partnership, networks and accountability, *Public Management Review*, Vol. 11, Issue 3, pp. 281-297.
- Fleßa, S. (2007):
Gesundheitsökonomik, Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner, 2. Aufl., Berlin et al.: Springer.

- Fließ, S. (2006):
 Prozessorganisation in Dienstleistungsunternehmen, Stuttgart: Kohlhammer.
- Flintrop, J. (2008):
 Wahltarife: Die Grenze überschritten, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 11, S. A-541.
- Flintrop J./ Rieser, S. (2009):
 Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung: Einblicke in eine unfaire Welt, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 12, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/63831/>, 02.04.2010.
- Flintrop, J./ Rieser, S. (2006):
 Einflussnahme auf die Versorgung: Gestalten statt verwalten – die Kassen meinen es ernst, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 5, 3. Februar 2006, S. 221-226.
- Focke, A./ Höppner, K./ Schillo, S./ Hessel, F./ Schulz, S./ Wasem, J. (2005):
 Evaluation der integrierten Versorgung aus ökonomischer Perspektive, in: Badura, B./ Iseringhausen, O. (Hrsg.), (2005), Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, Bern: Hans Huber, S. 132-144.
- Franke, D. H. (2007):
 Krankenhaus-Management im Umbruch, Konzepte-Methoden-Projekte, Stuttgart: Kohlhammer.
- Frey, B. S./ Kirchgässner, G. (2002):
 Demokratische Wirtschaftspolitik, 3. Aufl., München: Franz Vahlen.
- Fries, J. F. (1983):
 The Compression of Morbidity, The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, Vol. 61, No. 3, Special Issue: Aging: Demographic, Health, and Social Prospects, S. 397-419.
- Fürst, D. (2006):
 Der Beitrag der Regionalplanung zur nachhaltigen Entwicklung, Eine steuerungstheoretische Perspektive, in: Walkenhaus, R./ Machura, S./ Nahamowitz, P./ Treutner, E. (Hrsg.) (2006), Staat im Wandel, Festschrift für Rüdiger Voigt zum 65. Geburtstag, Stuttgart: Franz Steiner, S. 177-196.
- Furubotn, E. G./ Richter, R. (2005):
 Institutions & Economic Theory, The Contribution of the New Institutional Economics, second edition, the University of Michigan Press.
- Gäfigen, G. (1990):
 Gesundheitsökonomie, Grundlagen und Anwendungen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 8, Baden-Baden: Nomos.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009):
 Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenvereinbarung), zuletzt geändert am 17. Dezember 2009 (Anlage 1), veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S. 4582, in Kraft getreten am 01. Januar 2010, http://www.g-ba.de/downloads/62-492-394/Mindestmengenvb_2009-12-17.pdf, 06.04.2010.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005):
 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren vom 18. Oktober 2005 (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung), veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329.

- Gerber, A. (2006):
Die Begriffe Gesundheit und Krankheit, in: Lauterbach, K. W./ Stock, S./ Brunner, H. (Hrsg.), (2006): Gesundheitsökonomie, Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, Bern: Hans Huber, S. 23-28.
- Gerber, A./ Lungen, M./ Lauterbach, K. W. (2006):
Gerechtigkeitsüberlegungen in der Gesundheitsökonomie, in: Lauterbach, K. W./ Stock, S./ Brunner, H. (Hrsg.), (2006): Gesundheitsökonomie, Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, Bern: Hans Huber, S. 55-61.
- Gerhardt, U. (1991):
Gesellschaft und Gesundheit, Begründung der Medizinsoziologie, Frankfurt am Main: suhrkamp.
- Gerlinger, T. (2009):
Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Böckmann, R. (Hrsg.), (2009), Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Wiesbaden: VS Verlag, S. 19-41.
- Gerlinger, T./ Urban, H.-J. (2006):
Gesundheitspolitik in Europa, Über die Europäisierung und Ökonomisierung eines wohlfahrtsstaatlichen Politikfeldes, in: Wendt, C./ Wolf, C. (Hrsg.), (2006), Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46/2006, Wiesbaden, S. 343-363.
- Gethmann, C. F. et al. (2004):
Gesundheit nach Maß?, Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Forschungsberichte, Bd. 13, Berlin: Akademie Verlag.
- Geuther, G. (2006):
Der Patient als Co-Therapeut, Partizipative Entscheidungsfindung, Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis, Wirtschaft und Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung; 2006; 11, Heft 5, S. 274-278.
- GKV Spitzenverband (2009a):
Der GKV-Spitzenverband – Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ihrer 70 Millionen Versicherten, https://www.gkv-spitzenverband.de/Wir_ueber_uns.gkvnet, 21.04.2009.
- GKV Spitzenverband (2009b):
Aufgaben GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Aufgaben_GKV-Spitzenverband_-Liste-_1321.pdf, 24.04.2009.
- GKV Spitzenverband (2009c):
Kassen unterstützen Konvergenzphase bei der Umstellung der Ärzte-Vergütung, Pressemitteilung, 16.01.2009, http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2009-01-15_Konvergenzphase_Aerzte-Verguetung_4591.pdf, 14.10.2009.
- GKV Spitzenverband (2008):
Spitzenverbände der Krankenkassen, https://www.gkv-spitzenverband.de/Spitzenverbaende_der_Gesetzlichen_Krankenkassen.gkvnet, 09.09.2008.
- Göpfarth, D./ Henke, K.-D. (2006):
Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?, Diskussionspapier 2006/4, Berlin.
- Görlitz, A. (1995):
Politische Steuerung, Ein Studienbuch, Opladen: Leske + Budrich.

- Goodwin, N. (2009):
 Risk stratification and experiences with nurse-led approaches and telecare in the United Kingdom, Paper to Versorgung chronisch Kranker, AOK-Bundersverbandes, Berlin, 29th June, 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/dmp/evaluation/konferenzberlinjuni2009/dmp_konf29_30_06_09_goodwin_engl.pdf, 01.03.2010.
- Greiner, W./ Schumacher, H. K./ Honsel, K./ Sandmann, D. (2008):
 Preissystem, Finanzwirtschaftliche Prozesse in Unternehmen im Gesundheitswesen, in: Greiner, W./ Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Vauth, C. (Hrsg.), (2008), Gesundheitsbetriebslehre, Management von Gesundheitsunternehmen, Bern: Huber, S. 265-302.
- Gruenberg, E. M. (1977):
 The Failures of Success, The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 55, No. 1, pp. 3-24.
- Günster, C. (2008):
 Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2008), Krankenhaus-Report 2007, Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 185-194.
- Härter, M. (2004):
 Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen: ZaeFQ, 98, S. 89-92.
- Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H. (2008):
 Gesundheitsökonomik, Strukturen – Methoden – Praxis, 4. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Haller, S. (1998):
 Beurteilung von Dienstleistungsqualität, Dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Hansen, L. (2009):
 Eine empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2009), Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 35-47.
- Hanusch, H. (1983):
 Inefficiencies in the Public Sector: Aspects of Demand and Supply, in: Hanusch, H. (Ed.), (1983), Anatomy of Government Deficiencies, Springer: Berlin et al., S. 1-14.
- Haubrock, M./ Hagmann, H./ Nerlinger, T. (2000):
 Managed Care – Integrierte Versorgungsformen, Bern u.a.: Hans Huber.
- Hauser, A. (2008):
 Neues zur Integrierten Versorgung, das Krankenhaus, 8.2008, S. 799-809.
- Hausner, K. H. (2006):
 Theorie der öffentlichen Güter, Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 35. Jg., Heft 7, S. 395-397.
- Hegner, F. (1985):
 Solidarity and Hierarchy: Institutional Arrangements for the Coordination of Actions, in: Kaufmann, F. X./ Majone, G./ Ostrom, V. (Ed.), (1985), Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector, Berlin/ New York: de Gruyter, pp. 407-429.

- Heil, T./ Amelung, V. (2008):
 Positionspapier zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV), Bundesverband Managed Care (BMC), Berlin, Februar 2008, http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Presse/Positionspapier/_DGIV_BMC_AF_IV_02.2008.pdf. 28.09.2009.
- Heinze, R. G. (2008):
 Wohlfahrtsstaat und wirtschaftliche Innovationsfähigkeit: Zur Neujustierung eines angespannten Verhältnisses, in: Evers, A./ Heinze, R. G. (Hrsg.), (2008), Sozialpolitik – Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS, S. 208-228.
- Heller, G./ Günster, C. (2008):
 Mit Routinedaten Qualität in der Medizin sichern, Aktuelle Entwicklungen und weitere Perspektiven, GGW 2008, Jg. 8, Heft 1 (Januar), S. 26-34.
- Hellmann, W. (2002):
 Einführung von Klinischen Pfaden in deutschen Krankenhäusern – Nutzen, Hemmnisse und terminologische Problematik, in: Hellmann, W. (Hrsg.), (2002), Klinische Pfade, Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, Landsberg am Lech: ecomed, S. 11-18.
- Henke, K.-D. (1993):
 Gesundheitswesen, in: Dichtl, E./ Issing, O. (Hrsg.), Vahlens Großes Wirtschaftslexikon, Band 1, A-K, 2. Aufl., München: C.H.Beck, S. 809.
- Hensen, G./ Hensen, P. (2008):
 Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten, in: Hensen, G./ Hensen, P. (Hrsg.) (2008), Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS, S. 13-38.
- Hensen, P. (2008):
 Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen, Der lange Weg zur Leistungstransparenz und Nutzerkompetenz, in: Hensen, G./ Hensen, P. (Hrsg.) (2008), Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS, S. 165-193.
- Herder-Dorneich, P. (1994):
 Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens, Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden: Nomos.
- Herder-Dorneich, P. (1986):
 Theorie der sozialen Steuerung, Die Theorie der Scheine, Baden-Baden: Nomos.
- Hermann, C. (2009):
 Hausärztliche Versorgung ohne die Kassenärztliche Vereinigung – Vorteil von Selektivverträgen mit neuen Partnern, in: Gellner, W./ Schmöller, M. (Hrsg.), (2009), Solidarität und Wettbewerb, Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme, Baden-Baden: Nomos, S. 153-165.
- Hilke, W. (1984):
 Dienstleistungs-Marketing aus der Sicht der Wissenschaft, Betriebswirtschaftliches Seminar der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Diskussionsbeiträge, Freiburg.
- Hof, B. (2001):
 Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungsgesellschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

- Hoischen, O. (2009):
Abschied vom Tante-Emma-Doktor, Immer mehr Ärzte schließen sich zu Gemeinschaftspraxen zusammen. Die niedergelassenen Kollegen aber fürchten die Konkurrenz, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 5. April 2009, Nr. 14, S. 9.
- Hölzer, S. (2004):
Nutzung von ökonomischen Anreizen in einem wettbewerblichen, sozialen Gesundheitswesen, Fallpauschalen und Integrierte Versorgungsstrukturen: Strategien für Leistungserbringer, Schweizerische Ärztezeitung, 85/ Nr. 16, S. 835-839.
- Hösel, U. (2008):
Die Konzepte öffentlicher und meritokratischer Güter: Darstellung, Diskussion und Vergleich mithilfe von Transaktionskosten und positiven externen Effekten, in: Gruševaja, M. et al. (Hrsg.), Quo vadis Wirtschaftspolitik?, Festschrift für Norbert Eickhof, Schriften zur Politischen Ökonomik, Evolutorische und ökologische Aspekte, Bd. 7, Frankfurt am Main et al.: Peter Lang, S. 279-299.
- Huber, W. (2009):
Die Wirtschaft muss sich ihrer Verantwortung stellen, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 1/09, 12. Jg., S. 3.
- Hucke, D./ Kuntz, L./ Wuttke, R. (2008):
Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2008), Krankenhaus-Report 2007, Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 107-119.
- InEK (2009):
Fallpauschalenkatalog 2010, G-DRG-Version 2010, Stand: 30.09.2009, http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2010/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2010, 21.10.2009.
- Jacobs, K./ Schulze, S. (2006):
Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2006), Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 81-97.
- Jansen, D. (2007):
Theoriekonzepte in der Analyse sozialer Netzwerke, Entstehung und Wirkungen, Funktionen und Gestaltung sozialer Einbettung, FÖV 39, Discussion Papers, Speyer.
- Janus, K. (2007):
Teil 1: Neue Versorgungsformen als „Allheilmittel“?, in: Böcken, J./ Janus, K./ Schwenk, U./ Zweifel, P. (Hrsg.), (2007): Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen – Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenz im internationalen Vergleich, Gütersloh: Bertelsmann, S. 12-35.
- Janus, K. (2003):
Managing Health Care in Private Organizations, Transaction Costs, Cooperation and Modes of Organization in the Value Chain, Frankfurt am Main et al.: Peter Lang.
- Jensen, M. C./ Meckling, W. H. (1976):
Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, Journal of Financial Economics, Vol. 3, No. 4, October 1976, pp. 305-360.
- Kaas, K. P. (1992):
Kontraktgütermarketing als Kooperation zwischen Prinzipalen und Agenten, zfb, 44, 10/1992, S. 884-901.

- Kaiser, C. (2006):
Korporatismus in der Bundesrepublik Deutschland, Eine politikfeldübergreifende Übersicht, Marburg: Metropolis.
- Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (2008):
Employer Health Benefits, 2008 Summary of Findings, <http://ehbs.kff.org/images/abstract/7791.pdf>, 27.07.2009.
- Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (2005):
Employer Health Benefits, 2005 Summary of Findings, <http://www.kff.org/insurance/7315/sections/upload/7316.pdf>, 27.07.2009.
- Kania, H./ Blanke, B. (2000):
Von der „Korporatisierung“ zum „Wettbewerb“, Gesundheitspolitischer Kurswechsel in den Neunzigerjahren, in: Czada, R./ Wollmann, H. (Hrsg.), Von der Bonner zur Berliner Republik, 10 Jahre Deutsche Einheit, Sonderdruck, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 567-591.
- Kaufmann, F.-X. (1982):
Steuerungsprobleme im Wohlfahrtsstaat, in: Matthes, J. (Hrsg.), (1982), Krise der Arbeitsgesellschaft?, Verhandlungen des 21. Deutschen Soziologentages in Bamberg 1982, Frankfurt/ New York: Campus, S. 474-490.
- Kaufmann, F.-X./ Rosewitz, B. (1983):
Typisierung und Klassifikation politischer Maßnahmen, in: Mayntz, R. (Hrsg.), (1983) Implementation politischer Programme, Ansätze zur Theoriebildung, Bd. 2, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 25-49.
- KBV (2010):
Praxen / MVZ, Anzahl der vertragsärztlichen Einrichtungen, <http://www.kbv.de/24853.html>, 26.03.2010.
- KBV (2009a):
Integrierte Versorgung, Die Rolle der KVen, <http://www.kbv.de/koop/8803.html>, 28.09.2009.
- KBV (2009b):
Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung, Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, MVZ im 2. Quartal 2009, 30.06.2009, <http://www.daris.kbv.de/daris/dccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&Logo.nID=5512383cd89bed32cd3276a80da0f2fa&DocId=003759713&Page=1>, 05.11.2009.
- KBV (2009c):
Medizinische Versorgungszentren aktuell, 3. Quartal, 30.09.2009, <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=75a263d84d68fa5636505294af632d1d&DocId=003761099&Page=1>, 01.03.2010.
- KBV (2008):
Streitgespräch mit Martin Grauduszus und Dr. med. Andreas Köhler: Sind Vertragsärzte noch Freiberufler?, Presseecho 2008, <http://www.kbv.de/presse/print/13443.html>, 01.12.2008.
- KBV (2005):
Klartext, Die Mehrheit stimmte für KV-Consult, <http://www.kbv.de/publikationen/969.html>, 22.04.2009.
- Kersting, W. (2000):
Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: Kersting, W. (Hrsg.), (2000), Politische Philosophie des Sozialstaates, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft, S. 467-507.

- Kickbusch, I. (2006):
Die Gesundheitsgesellschaft, Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kirchgässner, G. (1997):
Auf der Suche nach dem Gespenst des Ökonomismus: Einige Bemerkungen über Tausch, Märkte, und die Ökonomisierung der Lebensverhältnisse, Diskussionspapier Nr. 9703, April 1997, Universität St. Gallen.
- Klas, C. (2000):
Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, ebs, Bd. 21, Wiesbaden: DUV.
- Klemm, A.-K. (2009a):
Vom Eintarif- zum Mehrtarifanbieter: Die neuen Wahltarifmöglichkeiten der GKV, in: Gellner, W./ Schmöller, M. (Hrsg.), (2009), Solidarität und Wettbewerb, Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme, Baden-Baden: Nomos, S. 199-220.
- Klemm, A.-K. (2009b):
Mehr Versichertensouveränität durch Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Klusen, N./ Fließgarten, A./ Nebling, T. (Hrsg.), (2009), Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 24, Baden-Baden: Nomos, S. 329-346.
- Klemperer, D. (2003):
Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen, Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation, WZB, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Oktober 2003, Berlin.
- Klenk, T. (2008):
Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung, Universitäten, Krankenkassen und andere öffentliche Körperschaften, Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 15, Frankfurt, New York: campus.
- Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH (2010):
Belegärzte und Konsiliarärzte, http://www.dkd-wiesbaden.de/rka/cms/meg_2/deu/65636.html.de, 02.04.2010.
- Knappe, E. (1988):
Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen?, in: Gäfgen, G. (Hrsg.), (1988), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos, S. 271-294.
- Knieps, F. (2006):
Perspektiven der integrierten Versorgung in Deutschland – Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgaben der Integration aus Sicht der Politik, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2006), Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 27-36.
- Knieps, F. (2002):
§ 11 Neue Versorgungsformen, in: Schnapp, F. E./ Wigge, P. (Hrsg.), (2002), Handbuch des Vertragsarztrechts, Das gesamte Kassenarztrecht, München: C.H Beck, S. 268-289.
- Köhler, A. (2007):
Der abhängige Freiberufler: Vertragsärzte zwischen ärztlicher Verantwortung und SGB V- Korsett, in: Ulrich, V./ Ried, W. (Hrsg.), (2007), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden: Nomos, S. 959-963.

- Kooiman, J. (1999):
Social-Political Governance, Overview, reflections and design, Public Management: an international journal of research and theory, Vol. 1, Number 1, March 1999, pp. 67-92.
- Kopp, I. B./ Selbmann, H.-K./ Koller, M. (2007):
Konsensusfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationalen Strategie, Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. (ZaeFQ), 101, S. 89-95.
- Korenke, T. (2001):
Innovativer Wettbewerb infolge integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Sozialer Fortschritt, 11/2001, S. 268-277.
- Krämer, W. (1989):
Die Krankheit des Gesundheitswesens, Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Kuchinke, B. (2000):
Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter?, Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, Diskussionspapier Nr. 19, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, September 2000.
- Kühn, H. (2004):
Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, G./ Gerlinger, T./ Stegmüller, K. (Hrsg.), (2004), Markt versus Solidarität, Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: VS, S. 25-41.
- Kühn, H. (1998a):
Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Hungeling, G./ Knoche, M. (Hrsg.), Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main: Mabuse, S. 208-220.
- Kühn, H. (1998b):
„Selbstverantwortung“ in der Gesundheitspolitik, in: Gerlinger, T. et al. (Hrsg.), (1998), Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 30, Zwischenzeiten, Hamburg: Argument, S. 7- 20.
- Kühn, H. (1997):
Managed Care, Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung, Am Beispiel USA, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P97-202, Berlin.
- Kuhne, H. (2001):
Rechtliche und vertragsrechtliche Grundlagen für die integrierte Versorgung im Gesundheitssystem, in: Blanke, B./ Lutter, H. (2001), BMBF-Projekt, Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Integrierte Versorgungsstrukturen, Dokumentation des Workshops, Hannover, S. 39-50.
- Kuntz, L./ Wittland, M. (2009):
Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2009), Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 87-100.
- KVB (2009):
Schiedsamtentscheidung zur Bereinigung, 18.08.2009, http://www.kbv.de/fileadmin/data/dokumente/1_Uuber_uns/1.1_Organisation/RS_Hausaerzte-Schiedsamtentscheidung-20090818_pdf.pdf, 30.10.2009.

- KV Sachsen-Anhalt (2008):
Ansprechpartner KV-M-GmbH, <http://www.kvsa.de/index.php?id=116027000047>,
22.04.2009.
- Laschet, H. (2008):
02.06.2008, Das Barmer-Hausarztmodell scheidert an Unverbindlichkeit,
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/497592/barmer-hausarztmodell-scheidert-unverbindlichkeit.html, Barmer lässt ihren Hausarzt-Vertrag
Ende 2008 auslaufen, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/497586/barmer-laesst-ihren-hausarzt-vertrag-ende-2008-auslaufen.html,
02.03.2010.
- Lauterbach, K. W. (1997):
Die Abhängigkeit von Kostenkontrolle, Qualitätssicherung und der ärztlichen Ethik in
Managed Care, in: Arnold, M./ Lauterbach, K. W./ Preuß, K.-J. (Hrsg.), (1997),
Managed Care, Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Beiträge zur
Gesundheitsökonomie, Band 31, Stuttgart: Schattauer, S. 317-324.
- Lee, R. I./ Jones, L. W. (1933):
The fundamental of good medical care, an outline of the fundamental of good medical
care and an estimate of the service required to supply the medical needs of the United
States, Chicago (Ill.): The University of Chicago Press.
- Lehmbruch, G. (1996):
Der Beitrag der Korporatismusforschung zur Entwicklung der Steuerungstheorie,
Politische Vierteljahresschrift, Band 37, Heft 4, S. 735-751.
- Leibfried, S. (2000):
Nationaler Wohlfahrtsstaat, Europäische Union und „Globalisierung“: Erste
Annäherungen, in: Allmendinger, J./ Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.), (2000),
Soziologie des Sozialstaates, Gesellschaftliche Grundlagen, historische
Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen, Weinheim/ München: Juventa,
S. 79-108.
- Leienbach, V./ Schulze Ehring, F./ Weber, C. (2007):
Ökonomische und politische Risiken von Wahlтарifen in der GKV, in: Oberender, P./
Straab, C. (Hrsg.), (2007), Auf der Suche nach der besseren Lösung, Festschrift zum
60. Geburtstag von Norbert Klusen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 52,
Baden-Baden: Nomos, S. 227-251.
- Lente, E. J. van/ Willenborg, P. (2009):
Programme, die wirken, Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 9/09, 12. Jg., S. 4-6.
- Leopold, D. (2010):
Fusionen in der Sozialversicherung: Gesetzliche Kassen sind im Fusionsrausch,
Soziale Sicherheit, 1/2010, S. 27-29.
- Liebig, R. (2005):
Wohlfahrtsverbände im Ökonomisierungsdilemma, Analysen zu
Strukturveränderungen am Beispiel des Produktionsfaktors Arbeit im Licht der
Korporatismus- und der Dritte Sektor-Theorie, Freiburg: Lambertus.
- Linnenbürger, J./ Paulus, T. (2009):
Disease Management: Initialzündung für mehr Qualität, Gesundheit und Gesellschaft,
Ausgabe 5/09, 12. Jg., S. 41-44.
- Löffler, E. (2003):
Die Ökonomisierung des Staates – Versuch einer Begriffserklärung, in: Harms, J./
Reichard, C. (Hrsg.) (2003), Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors:
Instrumente und Trends, Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft,
Heft 50, Baden-Baden: Nomos, S. 19-26.

- Long, A. F. (1985)
Effectiveness: Definitions and Approaches, in: Long, A. F./ Harrison, S. (1985),
Health Services Performance, Effectiveness and Efficiency, London et al.: Croom
Helm, pp. 10-56.
- Loss, J./ Nagel, E. (2004):
Ansätze für ein gerechtes Gesundheitssystem unter den gegebenen ökonomischen
Rahmenbedingungen, in: Graumann, S./ Grüber, K. (Hrsg.), (2004) Patient-Bürger-
Kunde, soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens, Münster: Lit, S. 213-
231.
- Luhmann, N. (2006):
Organisation und Entscheidung, 2. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Luhmann, N. (2000):
Vertrauen, Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, 4. Aufl., Stuttgart:
Lucius & Lucius.
- Luhmann, N. (1971):
Politische Planung, Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung, Opladen:
Westdeutscher Verlag.
- Mack, E. (2001):
Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem,
Ethik in der Medizin, Heft 13, Nr. 1-2, Mai 2001, S. 17-32.
- Maier, J./ Heusinger, R. v. (2009):
Interview mit Rhön-Klinik-Chef, „Keine Alternativen zu privaten Kliniken“,
Frankfurter Rundschau online, 04.12.2009, [http://www.fr-online.de/in_und_ausland/
wirtschaft/aktuell/?em_cnt=2119738&em_loc=31](http://www.fr-online.de/in_und_ausland/wirtschaft/aktuell/?em_cnt=2119738&em_loc=31), 23.03.2010.
- Maleri, R. (1997):
Grundlagen der Dienstleistungsproduktion, 4. Aufl., Berlin et al.: Springer.
- Maleri, R. (1973):
Grundzüge der Dienstleistungsproduktion, Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer.
- Marburger Bund (2009):
Tarifrunde 2009 für Universitätsärzte, [http://www.marburger-bund.de/
marburger_bund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/tdl/tarifrunde_2009/forderungen.php](http://www.marburger-bund.de/marburger_bund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/tdl/tarifrunde_2009/forderungen.php),
30.01.2009.
- Marstedt, G. (2008):
Begleitendes Case-Management durch Arzthelferinnen verbessert den Therapieerfolg
bei Arthrose-Patienten, [http://www.forumgesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?
artikel=1176](http://www.forumgesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1176), 11.12.2008.
- Marstedt, G. (2003):
Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel
der Patientenrolle, in: Böcken, J./ Braun, B./ Schnee, M. (Hrsg.), (2003),
Gesundheitsmonitor 2003, Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und
Ärzeschaft, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 117-135.
- Mayntz, R. (1997):
Soziale Dynamik und politische Steuerung, Theoretische und methodologische
Überlegungen, Frankfurt/ New York: Campus.
- Mayntz, R. (1983):
Implementation von regulativer Politik, in: Mantz, R. (Hrsg.) (1983), Implementation
politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen: Westdeutscher
Verlag, S. 50-74.

- Mayntz, R. (1980):
Die Entwicklung des analytischen Paradigmas der Implementationsforschung, in: Mayntz, R. (Hrsg.) (1980), Implementation politischer Programme, Empirische Forschungsberichte, Königstein: Anton Hain Meisenheim, S. 1-19.
- Mayntz, R. (1979):
Regulative Politik in der Krise?, in: Matthes, J. (Hg.) (1979), Sozialer Wandel in Westeuropa, Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages, Berlin 1979, Frankfurt/ Main: campus, S. 55-81.
- Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (1995):
Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (Hrsg.), (1995): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Frankfurt am Main: Campus, S. 9-38.
- Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (1995):
Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (Hrsg.), (1995): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Frankfurt am Main: Campus, S. 39-72.
- MEDI Verbund (2010):
Wir über uns - Was ist der MEDI Verbund?, <http://www.medi-deutschland.de/seite.php?hauptmenu=43>, 08.03.2010.
- Meffert, H./ Bruhn, M. (2006):
Dienstleistungsmarketing, Grundlagen-Konzepte-Methoden, Mit Fallstudien, 5. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Merten, M. (2008):
Wahltarife: FDP will Kostenerstattung kippen, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 30, 25. Juli 2008, S. A 1588-1589.
- Merten, M. (2006):
Medizinische Versorgungszentren: Ist die Einzelpraxis bald ein Auslaufmodell?, Der Kassenarzt, Nr. 18, Oktober 2006, S. 12-14.
- Merten, M./ Gerst, T. (2007):
Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich: „Der Sinn erschließt sich erst mit dem Praktizieren“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 24, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/56022/>, 26.03.2010.
- Merten, M./ Rieser, S. (2008):
Streitgespräch mit Martin Grauduszus und Dr. med. Andreas Köhler: Sind Vertragsärzte noch Freiberufler?, Deutsches Ärzteblatt, 105 (40), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=61693>, 19.03.2010.
- Meynhardt, T. (2008):
Public Value – oder: was heißt Wertschöpfung zum Gemeinwohl? dms – der moderne Staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, Heft 2/2008, S. 457-468.
- Mitchell, J. C. (1969):
The Concept and Use of Social Networks, in: Mitchell, J. C. (Ed.), (1969), Social networks in urban situations: analysis of personal relationships in Central African towns, Manchester: Manchester University Press, pp. 1-50.
- Möller, J./ Heib, K. (2008):
Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen, in: Greiner, W./ Schulenburg, Graf v. d. J.-M./ Vauth, C. (Hrsg.), (2008), Gesundheitsbetriebslehre, Management von Gesundheitsunternehmen, Bern: Hans Huber, S. 241-263.

- Mühlbacher, A. (2002):
Integrierte Versorgung, Management und Organisation, eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, Bern: Hans Huber.
- Mühlbacher, A. C. (2007):
Integrierte Versorgung: Zur Liberalisierung der Gesundheitsmärkte, in: Adam, H./ Behrens, C./ Göppfarth, D./ Jochimsen, B., Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, Festschrift zum 65. Geburtstag von Professor Dr. Klaus-Dirk Henke, Baden-Baden: Nomos, S. 337-364.
- Mühlbacher, A. C./ Ekert, S. (2009):
Finanzierung in der Integrierten Versorgung: Vergütungsformen und Risikomanagement, in: Goldschmidt, A. J. W./ Hilbert, J./ Schauerte, H. (Hrsg.), (2009), Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Die Zukunftsbranche, Wagscheid: WIKOM, S. 106-136.
- Mühlenkamp, H. (2006):
Ökonomische Überlegungen zur Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen, in: Braun, G. E./ Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.) (2006), Liberalisierung im Gesundheitswesen, Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, Heft 53, Baden-Baden: Nomos, S. 165-193.
- Münzel, H./ Zeiler, N. (2008):
Ambulante Leistungen in und an Krankenhäusern, Grundlagen und praktische Umsetzung, Stuttgart: Kohlhammer.
- Musgrave, R. A./ Musgrave, P. B./ Kullmer, L. (1994):
Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis, Bd. 1, 6. Aufl., Tübingen: Mohr (Paul Siebeck).
- Musgrave, R. A. (2005):
Merit Goods, in: Bagchi, A. (Ed.), Readings in Public Finance, Oxford: University Press, pp. 126-131.
- Musil, A. (2003):
Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Eine agency-theoretische Betrachtung, Wiesbaden: DUV.
- Nagel, E. (Hrsg.), (2007):
Das Gesundheitswesen in Deutschland, Strukturen, Leistungen, Weiterentwicklung, 4. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nagel, G. (2009):
„Gefühl des Vertrauens aufbauen“, Ein Interview mit Prof. Gerd Nagel, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 1/09, 12. Jg., S. 23.
- Nebling, T./ Fließgarten, A. (2009):
Wollen Patienten mündig sein?, in: Klusen, N./ Fließgarten, A./ Nebling, T. (Hrsg.), (2009), Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 24, Baden-Baden: Nomos, S. 80-96.
- Nelson, P. (1970):
Information and Consumer Behavior, The Journal of Political Economy, Vol. 38, No. 2, pp. 311-329.
- Neubauer, G. (2007):
Von der Sozialversicherung zur Gesundheitswirtschaft, in: Adam, H./ Behrens, C./ Göppfarth, D./ Jochimsen, B., Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, Festschrift zum 65. Geburtstag von Professor Dr. Klaus-Dirk Henke, Baden-Baden: Nomos, S. 200-211.

- Neubauer, G. (2006):
 Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize: Braucht integrierte Versorgung integrierte Vergütung?, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2006), Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 37-54.
- Neubauer, G. (2002):
 Wie viel Marktwirtschaft für das deutsche Gesundheitswesen?, Generelle Marktfähigkeit von Gesundheitsleistungen, ifo Schnelldienst, 55. Jg., 17, S. 3-7.
- Neubauer, G./ Beivers, A. (2008):
 Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2008), Krankenhaus-Report 2007, Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 63-80.
- Neubauer, G./ Ujlaky, R. (2004):
 DRG-gerechte Strategien zur Markteinführung medizinisch-technischer Innovationen in der Orthopädie, in: Wirtz, D. C./ Michel, M. D./ Kolling, E. W. (Hrsg.), (2004), DRG's in Orthopädie und Unfallchirurgie – Spannungsfeld zwischen High-Tech und Low Cost, Heidelberg: Springer, S. 297-303.
- Neuffer, A. B. (1997):
 Managed Care, Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitswesen, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 21, Bayreuth: P.C.O.
- Neumann, P. (2009a):
 Barmer & Gmünder: Mega-Fusion soll größte Krankenkasse schaffen, Die Welt – Welt Online, <http://www.welt.de/wirtschaft/article4599297/Mega-Fusion-soll-groesste-Krankenkasse-schaffen.html>, 29.09.2009.
- Neumann, P. (2009b):
 Alle Ärzte unter einem Dach, Zahl der „Medizinischen Versorgungszentren“ wächst rasant – Niedergelassene Mediziner sehen ihre Existenz bedroht, 27. Juni 2009, Die Welt – Welt Online, <http://www.welt.de/die-welt/article4010177/Alle-Aerzte-unter-einem-Dach.html>, 16.03.2010.
- Niechoj, T. (2003):
 Kollektive Akteure zwischen Wettbewerb und Steuerung, Effizienz und Effektivität von Verhandlungssystemen aus ökonomischer und politikwissenschaftlicher Sicht, Marburg: Metropolis.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2008):
 Niedersächsischer Krankenhausplan 2008, http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C46687012_L20.pdf. 10.03.2009.
- Niehaus, F./ Schulze Ehring, F. (2008):
 Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, Zur Debatte über die Auswirkungen der Demografie und die Finanzentwicklung in der GKV, Soziale Sicherheit, 3/2008, S. 95-101.
- Niehoff, J.-M. (2008):
 Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement; Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven, Berlin: MWV.
- Nienhaus, L. (2008a):
 Reiche Ärzte, arme Ärzte; Radiologen verdienen doppelt so viel wie Hausärzte. Mit Leistung hat das wenig zu tun, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 24. August 2008, Nr. 34, S. 41.

- Nienhaus, L. (2008b):
Auf in schöne, neue Ärztehaus, Klinikketten kaufen Arztpraxen auf und schließen sich zu großen Gesundheitszentren zusammen. Patienten profitieren. Ärzte fühlen sich bedroht, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 13. Juli 2008, Nr. 28, S. 33.
- North, D. C. (1994):
Economic Performance Through Time, The American Economic Review, Vol. 84, No. 3, June 1994, pp. 359-368.
- Nullmeier, F. (2007):
Vermarktlichung des Sozialstaates?, in: Aufderheide, D./ Dabrowski, M. (Hrsg.), (2007), Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft, Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor, Berlin: Duncker&Humblot, S. 97-108.
- Oberender, P. (2008a):
Die Gesundheitswirtschaft – ein regionaler Wachstumsmarkt, Aktuelle Beiträge zur Fachdiskussion: Dreiteilige Serie „Regionale Netzwerke“ (1), Mittelbayerische Zeitung, 05.04.2008, <http://www.medipark-regensburg.de/?mid=17&gid=2&ansicht=detail>, 26.09.2008.
- Oberender, P. (2008b):
Die Gesundheitswirtschaft als neuer Standortfaktor, Aktuelle Beiträge zur Fachdiskussion: Dreiteilige Serie „Regionale Netzwerke“ (3), Mittelbayerische Zeitung, 14.06.2008, <http://www.medipark-regensburg.de/?mid=17&gid=5&ansicht=detail>, 26.09.2008.
- Oberender, P. (1992):
Ordnungspolitik und Steuerung im Gesundheitswesen, in: Andersen, H. H./ Henke, K.-D./ Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1, Einführende Texte, Berlin: Ed. Sigma, S. 153-172.
- Oberender, P./ Hebborn, A. (1994):
Wachstumsmarkt Gesundheit, Therapie des Kosteninfarkts, Frankfurt am Main: Fischer.
- Oberender, P./ Zerth, J. (2009):
Ein nachfragegesteuertes Gesundheitswesen – Konditionen und gesundheitspolitische Maßnahmen, in: Klusen, N./ Fließgarten, A./ Nebling, T. (Hrsg.), (2009), Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 24, Baden-Baden: Nomos, S. 349-363.
- Oberender, P./ Zerth, J. (2007):
Gesundheitsökonomie und die Frage der Legitimation: Warum es einer gesundheitsökonomischen Orientierung in der Gesundheitspolitik bedarf, in: Oberender, P./ Klusen, N. (Hrsg.), (2007): Auf der Suche nach der besseren Lösung, Festschrift zum 60. Geburtstag von Norbert Klusen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 52, Baden-Baden: Nomos, S. 95-107.
- Obst, L. (2009):
Öffentliche Krankenhäuser: Die Grenzen der Privatisierung, Deutsches Ärzteblatt, 106 (19), S. A 924-6.
- Offe, C. (1975):
Berufsbildungsreform, Eine Fallstudie über Reformpolitik, Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Offermanns, M. (1990):
Bürokratie und Vertrauen, Die Institution Vertrauen in der Ökonomischen Theorie der Bürokratie, Baden-Baden: Nomos.

- O'Rourke, P. J. (2008):
Über Adam Smith, Vom Wohlstand der Nationen, München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Orlowski, U./ Wasem, J. (2007):
Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick, Heidelberg et al.: C. F. Müller.
- Ossen, P. (2008):
Perspektiven des Krankenhausmanagements, Interview mit Holger Strehlau-Schwoll, das Krankenhaus, 5.2008, S. 470-472.
- Ouchi, W. G. (1980) :
Markets, Bureaucracies, and Clans, Administrative Science Quarterly, Vol. 25, No. 1, March 1980, pp. 129-141.
- Paetow, H. (2002):
Ökonomisierung der Gesundheit, Über die Rolle der Gesundheitsökonomie, spw, 3/2002, Heft 125, S. 17-21.
- Palmer, S./ Torgerson, D. J. (1999):
Definitions of efficiency, BMJ, Vol. 318, p. 1136.
- Paquet, R. (2007):
Der Abschied von der Sozialversicherung beginnt, Zur aktuellen Gesundheitsreform – Versuch einer Einordnung, Gesundheitspolitischer Informationsdienst, Analyse – Berichte – Kommentare, 3. Jg., Nr. 1, Berlin.
- Parsons, T. (2003):
Das System moderner Gesellschaften, 6. Aufl., Weinheim/ München: Juventa.
- Parsons, T. (1978):
Action Theory and the Human Condition, New York/ London: The Free Press.
- Parsons, T. (1958):
Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure, in: Jaco, E. G. (Ed.), (1958): Patients, Physicians and Illness, Sourcebook in Behavioral Science and Medicine, New York: The Free Press, pp. 165-187.
- Patienten Universität (2010):
Zielgruppe der Patientenuniversität, Ziele der Patientenuniversität,
<http://www.patienten-universitaet.de/wir-ueber-uns/ziele/>, 11.02.2010.
- Pauly, M. V. (1968):
The Economic of Moral Hazard: Comment, The American Economic Review, Vol. 58, No. 3, Part 1, pp. 531-537.
- Penter, V./ Arnold, C. (2009) :
Zukunft deutsches Krankenhaus, Thesen, Analysen, Potenziale, Kulmbach : Baumann Fachverlage.
- Pfaff, B. A. et al. (2006) :
Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung, Hans-Böcker-Stiftung, Band 76, Berlin: edition sigma.
- Pfaff, H. (2003):
Versorgungsforschung- Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff, H. et al. (Hrsg.), (2003): Gesundheitsversorgung und Disease Management, Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern et al.: Hans Huber, S. 13-23.
- Pfaff, M. (2006):
Zur Effizienz und Effektivität eines solidarischen Gesundheitswesens, in: Rebscher, H. (Hrsg.) (2006), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg: Economica, S. 83-100.

- Picot, A./ Dietl, H. (1990):
 Transaktionskostentheorie, Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 4, April 1990, S. 178-183.
- Picot, A./ Dietl, H./ Franck, E. (2008):
 Organisationen, Eine ökonomische Perspektive, 5. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Picot, A./ Franck, E. (1993):
 Vertikale Integration, in: Hauschildt, J./ Grün, O. (Hrsg.), (1993), Ergebnisse empirischer betriebswirtschaftlicher Forschung, Zu einer Realtheorie der Unternehmung, Festschrift für Eberhard Witte, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Pihl, C./ Ott, N. (2006):
 Die Gesundheitsreform im Spagat zwischen Theorie und Praxis, in: Brink, A. et al. (Hrsg.), (2006), Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Sozialpolitische Schriften, Heft 88, Berlin: Duncker&Humblot, S. 127-147.
- Pimpertz, J. (2001):
 Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln, Köln.
- Polikum (2010):
 Willkommen bei den Polikum Gesundheitszentren!, Übersicht, <http://www.polikum.de>, 13.03.2010.
- Prantl, H. (2009):
 Die Bergpredigt des Verfassungsgerichts, Was Arcandor mit den Krankenkassen zu tun hat: Es gibt eine soziale Pflicht privater Unternehmer, Süddeutsche Zeitung, Nr. 132, 12.06.2009, S. 4.
- Preusker, U. K. (2008) :
 Das deutsche Gesundheitswesen verstehen, Strukturen und Funktionen im Wandel, Heidelberg : Economica.
- Preusker, U. K. (2007) :
 Medizinische Versorgungszentren : Frischer Spross fürs Ambulante, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 2/07, 10. Jg., S. 30.
- Promberg, K./ Piazzolo, F. (2009):
 Franchising zur Sicherstellung effektiver Leistungserbringung im Gesundheitswesen, in: Amelung, E./ Sydow, J./ Windeler, A. (Hrsg.), (2009), Vernetzung im Gesundheitswesen, Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 297-310.
- Räbiger, J. et al. (2002) :
 Konzept für eine standardisierte Evaluation Managed-Care-orientierter Versorgungsmodelle in Deutschland : ein Werkstattbericht, in : Managed Care, Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, Stuttgart et al.: Schatttauer, S. 116-131.
- Rasch, A. (2008):
 Organisationsformen für Gesundheitsunternehmen, in: Greiner, W./ Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Vauth, C. (Hrsg.), (2008), Gesundheitsbetriebslehre, Management von Gesundheitsunternehmen, Bern: Hans Huber, S. 415-436.
- Rausch, A./ Kurlemann, U. (2008):
 Casemanagement als Zauberformel?, Das Krankenhaus, Oktober 2008, 100. Jg., S. 1023-1026.

- Reiners, H. (2006a):
 Daten, Fakten, Ideologien – Anmerkungen zur Informationsverarbeitung in der Politik, in: Kuhn, J./ Busch, R. (Hrsg.) (2006), Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichtserstattung, Frankfurt am Main: Mabuse, S. 31-39.
- Reiners, H. (2006b):
 Der homo oeconomicus im Gesundheitswesen, in: Rebscher, H. (Hrsg.), (2006): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: Economica, S. 101-125.
- Reiners, H. (2002):
 Ökonomische Dogmen und Gesundheitspolitik, Anmerkungen zur Gesundheitsökonomie, in: Deppe, H.-U./ Burkhardt, W. (Hrsg.), (2002), Solidarische Gesundheitspolitik, Alternativen zur Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg: VSA, S. 36-56.
- Reintjes, R./ Reiche, R./ Wenk-Lang, A. (1997):
 Das Gesundheitssystem: Der Markt und/ oder staatliche Steuerung, in: Abholz, H.-H. et al. (Hrsg.), (1997), Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 27, Gesundheit, Bürokratie, Managed Care, Hamburg: Argument, S. 71-81.
- Reschke, J. (2010):
 Beurteilung des Krankenhauspotenzials aus Sicht einer privaten Klinikette, in: Klauber, J./ Geraedts, M./ Friedrich, J. (Hrsg.), (2010), Krankenhaus-Report 2010, Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 149-162.
- Reschovsky, J. D./ Hargraves, J. L./ Smith, A. F. (2002):
 Consumer Beliefs and Health Plan Performance: It's Not Whether You Are in an HMO but Whether You Think You Are, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 27, No. 3, June 2002, pp.353-377.
- Rexin, B. (2009):
 Qualität messen und steigern, Kongress, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/09, 12. Jg., S. 14-15.
- Rexin, B. (2008):
 Die Klinik-Qualität durchleuchten, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 10/08, 11. Jg., S. 16-17.
- Rhodes, R. A. W. (2003) :
 Understanding governance : policy networks, governance, reflexivity and accountability, reprinted, Buckingham et al. : Open University Press.
- Richter, R./ Furubotn, E. G. (2003):
 Neue Institutionenökonomik, Eine Einführung und kritische Würdigung, 3. Auflage, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Rieser, S. (2010):
 Vertreterversammlung der KBV: Friedensangebot an die Hausärzte, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Januar 2010, Seite 10, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/67333/>, 04.04.2010.
- Riordan, M. H. (1990):
 What Is Vertical Integration?, The firm as a nexus of treaties, London et al.: Sage, pp. 94-111.

- Robinson, J. C. (1999) :
The Future of Managed Care Organization, Health care may be a local business, but managing that care is a national enterprise, Health Affairs, March/ April 1999, Vol.18, No. 2, pp. 7-24.
- Robra, B.-P. (2005):
Qualitätstransparenz – von der Ebene der Individualmedizin zur Ebene des Gesundheitswesens, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2005), Krankenhaus-Report 2004, Schwerpunkt: Qualitätstransparenz, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 3-15.
- Roeder, N./ Günnewig, M./ Franz, D. (2009):
Wettbewerb und Kooperation – (k)ein Widerspruch (!)?, das Krankenhaus, 10.2009, S. 918-928.
- Rölle, D. (2009):
Vertrauen in die öffentliche Verwaltung – Zwischen Systemstabilität und Modernisierungsdruck, dms – der moderne Staat, Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, Heft 1/2009, S. 219-242.
- Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2006):
Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung, 2. Aufl., Bern u.a.: Hans Huber.
- Rosenbrock, R. (1998):
Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Neuausgabe, Weinheim/ München: Juventa, S. 707-751.
- Rosenwitz, B./ Schimank, U. (1988):
Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Mayntz, R./ Rosewitz, B./ Schimank, U./ Stichweh, R. (Hrsg.) (1988), Differenzierung und Verselbständigung, Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt/ New York: Campus, S. 295-329.
- Rothgang, H./ Preuss, M. (2008):
Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik, in: Evers, A./ Heinze, R. G. (Hrsg.), Sozialpolitik, Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS, S. 31-48.
- Rothschild, M./ Stiglitz, J. (1976):
Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, The Quarterly Journal of Economics, Vol. 90, No. 4, pp. 629-649.
- Rousseau, D. M./ Sitkin, S. B./ Burt, R. S./ Camerer, C. (1998):
Not So Different After All: A Cross-Discipline View Of Trust, Introduction to Special Topic Forum, The Academy of Management Review, Vol. 23, No. 3, pp. 393-404.
- Rück, H. R. G. (2000):
Dienstleistungen in der ökonomischen Theorie, Wiesbaden: Gabler.
- Rürup, B. (2008):
Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 12. März 2008, Berlin.
- RWI (2008):
Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009, Gutachten im Auftrag der deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Abschlussbericht, Essen.
- Rychlik, R. (1999):
Gesundheitsökonomie, Grundlage und Praxis, Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003):
Jahresgutachten 2003, Finanzierung, Nutzerorientierung, Qualität, <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurz-f-de03.pdf>, 30.10.2008.

- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001a):
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Zielbildung, Prävention,
Nutzerorientierung und Partizipation, Gutachten, Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001b):
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und
Fehlversorgung, Gutachten, Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1996):
Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I,
Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung,
Sondergutachten, Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):
Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung, Gutachten, Kurzfassung, Bonn, <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>, 05.02.2010.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (2006):
Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Band 1,
Korporative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und
Gesundheit, Strategien der Primärprävention, Stuttgart: Kohlhammer.
- Sackett, D./ Rosenberg, W. C./ Gray, J./ Haynes, B. R./ Richardson, W. S. (1996):
Evidence based medicine: what it is and what it isn't, It's about integrating individual
clinical expertise and the best external evidence, *British Medicine Journal*, Vol. 312,
7069, pp. 71-72.
- Samir, R. (2009):
Honorarreform: Köhler: "Eine Milliarde Euro fehlt", *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe
März 2009, S. 104, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id:63713>,
14.10.2009.
- Samir, R. (2008) :
Studie : Bessere Qualität durch Mindestmengen, *Deutsches Ärzteblatt*, 21.03.2008,
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=59424>, 04.04.2008.
- Samuelson, P. A. (1954):
The Pure Theory of Public Expenditure, *The Review of Economics and Statistics*, Vol.
36, No. 4, pp. 387-389.
- Samuelson, P. A. (1955):
Diagrammatic Exposition of a Theory of Public Expenditure, *The Review of
Economics and Statistics*, Vol. 37, No. 4, pp. 350-356.
- Sauter, H./ Ellerbrock, T. (2009):
Krankenhausfusionen und ihre Kontrolle nach dem Gesetz gegen
Wettbewerbsbeschränkungen (GWB), *das Krankenhaus*, 4.2009, S. 339-345.
- Schade, C./ Schott, E. (1993):
Kontraktgüter im Marketing, *Marketing ZFP*, Heft 1, I. Quartal 1993, S. 15-25.
- Schaefer, H./ Blohmke, M. (1978):
Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie
und Sozialmedizin, Mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog, 2. Aufl., Stuttgart:
Thieme.
- Schäg, M./ Herrmann, M./ Klement, A./ Lichte, T./ Robra, B.-P. (2009):
Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung, in:
Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2009), *Krankenhaus-Report
2008/2009*, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Stuttgart/ New York: Schattauer, S.
75-86.

- Schaller, B./ Baller, G. (2008):
Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität, Konsequenzen für eine erfolgreiche Unternehmensstrategie, das Krankenhaus, 2.2008, S. 140-142.
- Scharpf, F. W. (2000):
Interaktionsformen Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen: Leske+Budrich.
- Scharpf, F. W. (1999):
Regieren in Europa, Effektiv und demokratisch?, Frankfurt/ New York: Campus.
- Scharpf, F. W. (1976):
Theorie der Politikverflechtung, in: Scharpf, F. W./ Reissert, B./ Schnabel, F. (Hrsg.), (1976), Politikverflechtung: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik, Regensburg: Scriptor, S. 13-70.
- Schell, W. (1995):
Das deutsche Gesundheitswesen von A-Z, Ein Nachschlagewerk für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und interessierte Laien, Stuttgart/ New York: Thieme.
- Schellschmidt, H./ Klauber, J./ Robra, B.-P. (2006):
Wege zur Integration – Die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven, in: Klauber, J./ Robra, B.-P./ Schellschmidt, H. (Hrsg.), (2006), Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 1-9.
- Schellschmidt, H./ Mansky, T./ Heller, G./ Robra, B.-P. (2007):
Indikatoren und Messinstrumente zur Bewertung der medizinischen Ergebnisqualität im Krankenhaus, in: Stock, J./ Szecsenyi, J. (Hrsg.), (2007), Stichwort: Qualitätsindikatoren, Erste Erfahrungen in der Praxis, Bonn/ Frankfurt am Main: KomPart, S. 173-200.
- Scherff, A. (2005):
Zusammenschlüsse und Kooperationen als Instrument der Zukunftssicherung für freigemeinnützige Krankenhausträger, in: Braun, G. E./ Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.), (2005), Gesundheitsunternehmen im Umbruch, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft 33, Baden-Baden: Nomos, S. 28-35.
- Schmacke, N. (2009):
Das Ende der Folgsamkeit, Adherence: Therapietreue neu gedacht, Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 5/09, 12. Jg., S. 4-5.
- Schmacke, N. (2007):
Meine Pillen ess‘ ich nicht, Gesundheit und Gesellschaft, 11/07, 10. Jg., S. 33-37.
- Schmeinck, W. (2006):
Medizinisch-technischer Fortschritt – Fluch oder Segen?, in: Rebscher, H. (Hrsg.), (2006): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: Economica, S. 223-240.
- Schmid, H. (2004):
Integrierte Versorgung – Möglichkeiten und Grenzen, in: Burk, R./ Hellmann, W. (Hrsg.), Krankenhaus-Management für Ärztinnen und Ärzte, Grundwerk 2001, Landsberg/ Lech: ecomed, S. 1-8.
- Schmidt, B. (2008):
Eigenverantwortung haben immer die Anderen, Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern: Hans Huber.
- Schmidt, U. (2007):
Schwerpunkte einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik, in: Oberender, P./ Straub, C., Auf der Suche nach der besseren Lösung, Baden-Baden: Nomos, S. 11-25.

- Schmitt, N. (2007):
 Von 0 auf 100 – der Vertrag der BARMER zur Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken, in: Weatherly, J. N./ Seiler, R./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Läger, R./ Amelung, V. E. (Hrsg.), (2007), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, Innovative Modelle der Praxis, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, Berlin: MWV, S. 201-207.
- Schmitz, U./ Büll, C. F. (2007):
 Werbung in der Arztpraxis: Marketing hat Grenzen, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 6, S. 95.
- Schmitz, U./ Oerter, R. (2008):
 Braucht unser Krankenhaus ein MVZ?, das Krankenhaus, 2.2008, 100. Jg., S. 136-139.
- Schnee, M. (2006):
 Vertrauen in die Gesundheitsversorgung, in: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R./ Schnee, M. (Hrsg.), (2006), Gesundheitsmonitor 2006, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 171-186.
- Schneider, M. (1995):
 Productivity, Efficiency, Effectiveness, and Quality of Health Care, Bericht über die Tagung zur Beurteilung von Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen, Institut für Gesundheitssystemforschung, 22.-25. November 1994, Kiel, S. 145-153.
- Schneider, U. (2002):
 Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 71 (2002), 4, DIW Berlin, S. 447-458.
- Schneider, W. L. (2005):
 Grundlagen der soziologischen Theorie, Band 1: Weber – Parsons – Mead – Schütz, 2. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Schoder, J./ Zweifel, P. (2009):
 Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze – Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht, in: Amelung, E./ Sydow, J./ Windeler, A. (Hrsg.), (2009), Vernetzung im Gesundheitswesen, Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 149-166.
- Schönbach, K.-H. (2008):
 Großer Kuchen, gut verteilt?, Reform der Ärztevergütung, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 10/08, 11. Jg., S. 29-31.
- Schrappe, M. (2004):
 Qualitätsmanagement – Terminologie und Verständnis, in: Lauterbach, K./ Schrappe, M. (Hrsg.) (2004), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Eine systematische Einführung, Stuttgart/ New York: Schattauer, S. 267-276.
- Schreiber, W. (2004[1955]):
 Die Existenzsicherheit in der industriellen Gesellschaft, unveränderter Nachdruck des “Schreiber-Planes” zur dynamischen Rente aus dem Jahr 1955, Diskussionsbeiträge Nr. 28, Bund Katholischer Unternehmer (BKU), <http://www.bku.de/html/img/pool/disk28schreiber.pdf>, 14.04.2010.
- Schrijvers, G./ Boonekamp, F. (2009):
 Integrated care and disease management in Holland with an example about diabetes,

- Paper, Berlin 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/dmp/evaluation/konferenzberlinjuni2009/dmp_konf29_30_06_09_schrijvers_engl.pdf, 01.03.2010.
- Schroeder, W. (2008):
Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Kasseler Konzept, edition der Hans Böckler Stiftung, Bd. 222, Düsseldorf.
- Schroeder, W./ Burau, B. E. (2008):
Soziale Selbstverwaltung – eine demokratische Beteiligungsinstitution unter Druck, Vorschläge zur Revitalisierung der Selbstverwaltung in der GKV, Soziale Sicherheit, 8/2008, S. 251-255.
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Greiner, W. (2007):
Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Mittendorf, T./ Volmer, T./ Lützelberger, U./ Greiner, W. (2005):
Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Unterschleißheim: adis.
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d./ Wagner, T. O. F. et al. (2009):
Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland, Leibniz Universität Hannover, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Hannover, 09. Juni 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/ambulantebehandlungen/bmg_forschungsbericht_seltene_erkrankungen_09_06_2009.pdf, 02.04.2010.
- Schwarz, K. (2008):
Was ist beim Abschluss von Kooperationsverträgen mit niedergelassenen Ärzten zu beachten?, das Krankenhaus, 6.2008, S. 590-595.
- Schweizer, L./ Bernhard, B. (2009):
Strategische Optionen öffentlicher Krankenhäuser zwischen Markt und Hierarchie – Eine empirische Studie, in: Amelung, E./ Sydow, J./ Windeler, A. (Hrsg.), (2009), Vernetzung im Gesundheitswesen, Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 369-383.
- Seibel, W. (1994):
Funktionaler Dilettantismus, Erfolgreich scheiternde Organisationen im „Dritten Sektor“ zwischen Markt und Staat, 2. Aufl., Baden-Baden: Nomos.
- Sell, S. (2005):
Disease-Management-Programme – von der Idee zum Gesetz, in: Tophoven, C./ Sell, S. (Hrsg.), (2005), Disease-Management-Programme, Die Chance nutzen, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 1-18.
- Short, J. M. (1973):
Is Health Care an Economic Commodity?, Intermountain economic review, Vol. 4, No. 1, pp. 14-22.
- Simon, D./ Härter, M. (2009):
Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Zeitraubender Luxus im Praxisalltag? in: Klusen, N./ Fließgarten, A./ Nebling, T. (Hrsg.), (2009), Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 24, Baden-Baden: Nomos, S. 156-169.
- Simon, M. (2008):
Das Gesundheitssystem in Deutschland, Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2. Aufl., Bern: Hans Huber.

- Smith, A. (1976[1776]):
An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, in: Campbell, R. H./ Skinner, A. S., (Eds.), (1976), Volume 1, Oxford: Clarendon Press.
- Sozialgericht Gotha (2006):
Urteil vom 06. März 2006, AZ.: S 7 KA 2784/05.
- Specke, H. K. (2005):
Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Daten-Fakten-Akteure, 3. Aufl., Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Hans Huber.
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2006):
Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006, http://www.gkv.info/gkv/fileadmin/user_upload/Positionen/Stellungnahme_20061106.pdf, 28.09.2000.
- Spremann, K. (1990):
Asymmetrische Information, Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Heft 5/6, 60. Jg., S. 561-586.
- Statistisches Bundesamt (2009a):
Krankenhäuser, Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml>, 10.03.2009.
- Statistisches Bundesamt (2009b):
Krankenhäuser, Eckdaten der Krankenhausstatistik 2008, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content/PmTabGrunddatenKH,templateId=renderPrint.psml>, 03.11.2009.
- Statistisches Bundesamt (2008a):
Gesundheitsausgaben, Ausgaben in Millionen Euro, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Content50/Ausgabentraeger,templateId=renderPrint.psml>, 12.08.2008.
- Statistisches Bundesamt (2008b):
Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal), <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/Nominal,templateId=renderPrint.psml>, 26.09.2008.
- Statistisches Bundesamt (2008c):
Entwicklung der Gesundheitsausgaben, Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/AnteilBIP,templateId=renderPrint.psml>, 01.10.2008.
- Statistisches Bundesamt (2008d):
Pressekonferenz „Krankenhauslandschaft im Umbruch“, am 10. Dezember 2008 in Berlin, Statement von Vizepräsident Peter Weigl, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/sites/destatis/Internet/De/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/Statement_Weigl_property=file.pdf, 03.11.2009.
- Statistisches Bundesamt (2007a):
Gesundheit, Personal 1997 bis 2006, <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1021368>, 26.09.2008.

- Statistisches Bundesamt (2007b):
 Statistisches Jahrbuch 2007, Für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden:
 Statistisches Bundesamt.
- Stern (2007):
 Krankenkassen und Gesundheitsreform 2007, Trendprofile August 2007, Hamburg:
 Gruner + Jahr, http://www.gujmedia.de/_content/20/10/201058/STE_TP_Krankenkassen_270807.pdf, 18.02.2010.
- Stock, S./ Plamper, E./ Redaelli, M./ Gerber, A./ Lauterbach, K. W. (2005):
 Versorgungspolitische Ziele der Integrierten Versorgung, in: Badura, B./
 Iseringhausen, O. (Hrsg.), (2005), Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation,
 Beiträge aus der Versorgungsforschung, Bern: Hans Huber, S. 85-98.
- Straub, C./ Nebling, T./ Mueller, H. (2008):
 Translating research into practice: A German sickness fund supporting patient
 participation, Patient Education and Counseling, 73 (2008), pp. 544-550.
- Straubhaar, T. et al. (2006):
 Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen, Beschäftigungswirkungen eines
 modernen Krankenversicherungssystems, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd.
 14, Baden-Baden: Nomos.
- Strodtholz, P. (2005):
 Das Solidarsystem im Umbau, Entwicklungsbedarf und Gestaltungsoptionen für die
 Gesundheitspolitik, Weinheim/ München: Juventa.
- Streeck, W. (1995):
 German Capitalism: Does It Exist? Can It Survive?, MPIFG Discussion Paper, 95/5,
 Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung, Köln.
- Stüwe, H. (2008):
 Aesulap-Stiftung: Vertragsärzte sollen in MVZ das Sagen haben, Deutsches
 Ärzteblatt, 105 (19), A 982.
- Szecenyi, J. (2009):
 Ergebnisse der ELSID-Studie, Vergleich von DMP und Regelversorgung,
 Universitätsklinikum Heidelberg, Versorgung chronisch Kranker – Nationale und
 internationale Perspektiven, Einladungskonferenz des AOK-Bundesverbandes,
http://www.aokgesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/dmp/evaluation/konferenzberlinjuni2009/dmp_konf29_30_06_09_elsid.pdf, 25.02.2010.
- Thom, N./ Ritz, A. (2008):
 Public Management: Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor, 4.
 Aufl., Wiesbaden: VS.
- Thorenz, A./ Seiler, R. (2007):
 Optimierte Brustkrebbsversorgung – das mammaNetz Augsburg, in: Weatherly, J. N./
 Seiler, R./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Lägell, R./ Amelung, V. E. (Hrsg.),
 (2007), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische
 Versorgungszentren, Innovative Modelle der Praxis, Schriftenreihe des
 Bundesverbandes Managed Care, Berlin: MWV, S. 45-53.
- Töpfer, Ä. (2008):
 Vernetzung braucht Zukunft, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 10/08, 11. Jg., S.
 18-19.

- Tretter, F. (2008):
Gesundheitsökonomie zwischen Politik und Wissenschaft, Gestaltungsansprüche und Erkenntnisdefizite, in: Hensen, G./ Hensen, P. (Hrsg.), (2008), Gesundheitswesen und Sozialstaat, Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS, S. 107-140.
- Ullmann-Margalit, E. (1977):
The Emergence of Norms, Oxford: At the Clarendon Press.
- Ullrich, W./ Marschall, U./ Graf, C. (2007):
Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen, Ein Vergleich von in die DMP eingeschriebenen und nichteingeschriebenen Versicherten mit Diabetes, Diabetes, Stoffwechsel und Herz, Sonderdruck, Band 16, Nr. 6, S. 407-414.
- Ulrich, V. (2006):
Ökonomische Aspekte des technischen Fortschritts in der Medizin, in: Rebscher, H. (Hrsg.), (2006): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: Economica, S. 191-207.
- Verbrugge, L. M. (1984):
Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older People, The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, Vol. 62, No. 3, S. 475-519.
- Virchow, R. (1854):
Handbuch Pathologie und Therapie, Erster Band: Allgemeine Störungen der Ernährung und des Blutes, Krankheiten des Bewegungsapparates, Erlangen: Ferdinand Enke.
- Volkmer, F. (2009):
Die Vergütung ambulanter Leistungen ab dem Jahr 2009, das Krankenhaus, 1.2009, S. 21-25.
- Vosteen, K. (2001):
Rationierung im Gesundheitswesen und Patientenschutz, Zu den rechtlichen Grenzen von Rationierungsmaßnahmen und den rechtlichen Anforderungen an staatliche Vorhaltung und Steuerung im Gesundheitswesen, Recht & Medizin, Band 47, Frankfurt am Main et al.: Peter Lang.
- VZBV (2008):
Bei den Wahltarifen den Versicherten nicht die Wahl nehmen, Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverband zum Antrag der FDP Bundestagsfraktion (BT-Drs. 16/6794), 9. Juni 2008.
- Weatherly, J. N./ Seiler, R./ Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Lägel, R./ Amelung, V. E. (2007):
Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, Innovative Modelle der Praxis, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, Berlin: MWV.
- Weber, M. (2001):
Max Weber, Wirtschaft und Gesellschaft, Die Wirtschaft und die gesellschaftlichen Ordnungen und Mächte, Nachlaß, in: Mommsen, W. J. (Hrsg.), (2001), Teilband 1: Gemeinschaften, in: Baier, H./ Lepsius, M. R./ Mommsen, W. J./ Schluchter, W./ Wickelmann, J. (Hrsg.), Max Weber Gesamtausgabe, im Auftrag der Kommission für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, Abteilung I: Schriften und Reden, Band 22-1, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), S. 77-107.

- WHO (1986):
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung,
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German,
16.10.2008.
- WHO (1948):
WHO definition of Health, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>,
15.10.2008.
- Wieland, J. (2000):
Kooperationsökonomie, Über das Verhältnis von Ökonomie und Gesellschaft, in: (?),
(2000), Der bewegte Staat: Formen seiner ReForm, Notizen zur „new governance“,
Marburg: Metropolis, S. 55-82.
- Wille, E. (2007):
Wie wird sich das GKV-WSG auf die Versorgung chronisch Kranker auswirken?,
Referat im Rahmen der Veranstaltung der AG Zukunft des Gesundheitswesens „Die
Versorgung chronisch Kranker“ am 02.05.2007, [http://www.kvwl.de/politik/bp/
gesundheitsreform/pdf/2007_5_2agzukunft/wille.pdf](http://www.kvwl.de/politik/bp/gesundheitsreform/pdf/2007_5_2agzukunft/wille.pdf), 28.07.2009.
- Wille, E. (2006):
Steuerungskonzepte für die GKV: Korporativismus versus Wettbewerb, Die
Krankenversicherung, 2006, Nr. 1, S. 7-11.
- Wille, M./ Koch, E. (2007):
Die Gesundheitsreform 2007, München: C.H. Beck.
- Williamson, O. E. (1996):
The Mechanism of Governance, New York, Oxford: Oxford University Press.
- Williamson, O. E. (1995):
Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations, in: Medama,
S. G. (Hrsg.), (1995), The Legacy of Ronald Coase in Economic Analysis, Volume I,
Cambridge: University Press, pp. 130-158.
- Williamson, O. E. (1990):
Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus, Unternehmen, Märkte,
Kooperationen, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Williamson, O. E. (1989):
Transaction Cost Economics, in: Schmalensee, R./ Willig, R. D. (Eds.), (1989),
Handbook of Industrial Organization, Vol. I, S. 135-182.
- Williamson, O. E. (1975):
Markets and Hierarchies, Analysis and Antitrust Implications, New York: Free Press.
- Willke, H. (2006):
Systemtheorie I: Grundlagen, 7. Aufl., Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Willke, H. (2001):
Systemtheorie III: Steuerungstheorie, 3. Aufl., Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Wilson, C. (1977):
A Model of Insurance Markets with Incomplete Information, Journal of Economic
Theory, Vol. 16, pp. 167-207.
- Wirthner, A./ Ulrich, V. (2003):
Managed Care, in: Zenger, C. A./ Jung, T. (Hrsg.), (2003), Management im
Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, Kontext-Normen-Perspektiven, Bern
et al.: Hans Huber, S. 255-267.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2000):
Aktuelle Formen des Korporatismus, Berlin. [http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/
PDF/A/aktuelle-formen-des-korporatismus,property=pdf,bereich=bmwi,sprache=de,
rwb=true.pdf](http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/A/aktuelle-formen-des-korporatismus,property=pdf,bereich=bmwi,sprache=de,rwb=true.pdf), 08.04.2009.

- Wittmann, W. (1983):
 Öffentliche Finanzen, Einführung in die Finanzwirtschaft, 2. Aufl., Opladen:
 Westdeutscher Verlag.
- Wolfstetter, E. (2000):
 Korreferat zum Referat W. Emons, in: Franz, W./ Hesse, H./ Ramser, H. J./ Stadler,
 M. (Hrsg.), (2000), Ökonomische Analyse von Verträgen, Tübingen: Mohr Siebeck, S.
 185-189.
- Wolinsky, A. (1995):
 Competition in Markets for Credence Goods, Journal of Institutional and Theoretical
 Economics (JITE), Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 151/1, 1995, pp.
 117-131.
- Zdrowomyslaw, N./ Dürig, W. (1999):
 Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., München/ Wien: Oldenbourg.
- Zelman, W. A. (1996):
 The Changing Health Care Marketplace, Private Ventures, Public Interests, San
 Francisco: Jossey-Bass.
- Zieres, G./ Stockdreher, K. (2005):
 Krankenhausfinanzierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen, in: Weibler,
 U./ Zieres, G. (Hrsg.), (2005), Diagnosis Related Groups (DRGs), Diagnosebezogene
 Fallgruppen, Praxis und Erfahrungen, Standpunkte – Daten – Fakten, Schriftenreihe
 des MDK Rheinland Pfalz, Nierstein: Iatros, S. 9-52.
- Zimmermann, D. A. (2008):
 Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen, Kritische Analysen, Alternativen und
 Potenziale, Bad Homburg: VAS.
- Zorn, U. (2009):
 Zukunft eines qualitätsorientierten Gesundheitswesens aus Sicht der Ärzteschaft, in:
 Bandelow, N. C./ Eckert, F./ Rüsenberg, R. (Hrsg.), (2009), Gesundheit 2030,
 Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und
 Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verlag, S. 150-163.
- Zweifel, P./ Zysett-Pedroni, G. (1992):
 Was ist Gesundheit und wie läßt sie sich messen?, in: Andersen, H. H./ Henke, K.-D./
 Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.), (1992): Basiswissen Gesundheitsökonomie,
 Band 1: Einführende Texte, Berlin: edition sigma, S. 39-62.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, dass alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen entnommen wurden, als solche kenntlich gemacht sind und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Hannover, den 03.05.2010
