

Doktorarbeit

Ärztetzwerke als Reformansatz für den ambulanten Sektor

Eine institutionenökonomische Analyse verschiedener Netzwerkarrangements

Erster Gutachter: Professor Dr. Dieter Sadowski

Zweiter Gutachter: Professor Dr. Hans Braun

Gabriele Gotzen

Gallstrasse 10

54290 Trier

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Politische und wissenschaftliche Relevanz des Themas	8
2.1	Die politische Diskussion um Gesundheitsnetzwerke.....	8
2.2	Stand der Netzwerkforschung	10
3	Anforderungen an die medizinische Leistungserstellung und institutionelle Besonderheiten des ambulanten Sektors in Deutschland	14
3.1	Das Gut Gesundheitsdienstleistung.....	14
3.1.1	Ökonomische Besonderheiten.....	14
3.1.2	Medizinische Anforderungen.....	15
3.2	Institutionelle Besonderheiten des ambulanten Sektors und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsdienstleistung	16
3.2.1	Entwicklung der Leistungsausgaben im Gesundheitssektor	16
3.2.2	Organisation der ambulanten Leistungserstellung und institutionelle Besonderheiten.....	17
3.2.3	Folgen der institutionellen Besonderheiten.....	20
3.2.4	Reformperspektiven: Netzwerke im ambulanten Sektor	23
4	Zwischen Markt und Integration: die netzwerkliche Leistungserstellung	26
4.1	Gründe für eine Einordnung von Netzwerken in das Markt-Integration-Schema....	26
4.2	Die Idealtypen Markt versus Integration	28
4.2.1	Grundzüge der marktlichen Leistungserstellung.....	28
4.2.2	Wesentliche Strukturmerkmale integrierter Versorgungssysteme	29
4.3	Markt versus Integration: die Vorteile und Grenzen der unterschiedlichen Organisationsformen für die ambulante Gesundheitsdienstleistung	32
4.3.1	Räumliche Organisation.....	32
4.3.2	Eigentumsverhältnisse und Status der Ärzte.....	35
4.3.3	Koordination des Leistungsgeschehens	37
4.3.4	Kontrolle des Leistungsgeschehens	40
4.3.5	Transaktionskosten der Vertragsausgestaltung zwischen Leistungserbringern und Finanzierern.....	47
4.4	Zwischen Markt und Integration: Netzwerke als Synthese	51

5	Netzwerke im Gesundheitswesen: Theoretische Ausgestaltungsmöglichkeiten.....	57
5.1	Netzwerkziele und Netzwerkinstrumente.....	57
5.2	Nutzenfunktion der Netzwerkteilnehmer	59
5.3	Motivation für einen Netzwerkbeitritt	60
5.4	Anforderungen und Risiken eines Netzwerkzusammenschlusses.....	62
5.5	Opportunistisches Verhalten als Ursache des Scheiterns von Netzwerken.....	64
6	Der Einfluß der Netzwerkstruktur und unterschiedlicher Netzwerkregelungen auf das Netzwerkergebnis	68
6.1	Netzwerkregelungen.....	69
6.1.1	Formalisierungsgrad.....	69
6.1.2	Kontrollintensität und Sanktionsmechanismen.....	75
6.1.3	„Ökonomisierungsgrad“	82
6.1.4	„Selektionsgrad“.....	87
6.2	Der Einfluß der Netzwerkstruktur und externer Faktoren auf die Wirksamkeit unterschiedlicher Netzwerkregelungen	89
6.2.1	Netzwerkgröße	90
6.2.2	Zentralisierungsgrad.....	91
6.2.3	Netzwerkdichte.....	94
6.2.4	Der Wettbewerbsgrad als externer Einflußfaktor.....	95
7	Die Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerkformen	97
7.1	Ziel der Untersuchung und Forschungshypothesen.....	97
7.2	Das Schweizer Gesundheitssystem und derzeitige Netzwerkinitiativen.....	101
7.3	Empirisches Vorgehen.....	102
7.4	Ergebnisse der Fallstudienuntersuchung	109
7.4.1	Allgemeine Vorgehensweise bei der Bewertung der einzelnen Netzwerkregelungen.....	109
7.4.2	Allgemeine Charakterisierung der Ärztenetzwerke	115
7.4.3	Multifunktionalität des Netzwerkvertrags.....	116
7.4.4	Die Effizienz sozialer und informeller Kontrollen.....	120
7.4.5	Finanzielle Anreize und Netzwerkengagement.....	125
7.4.6	Gezielte Selektionskriterien als Weg zur optimalen „Netzwerkzusammensetzung“	128
7.4.7	Netzgröße: zwischen Transparenzerhöhung und Risikodiversifizierung.....	132

7.4.8 Zentralisierung: die Rolle von Vorständen und Gatekeepern	135
7.4.9 Netzwerkdichte als potentieller Einflußfaktor auf die Netzwerktransparenz	140
7.4.10 Wettbewerb als Initiator und Motivator	141
7.5 Zusammenfassung der empirischen Untersuchung	145
7.5.1 Obligatorische und optionale Netzwerkregelungen	145
7.5.2 Existieren „optimale“ Netzwerktypen?	146
7.6 Implikationen für eine Implementation von Netzwerken	147
7.6.1 Entstehungsprozesse und Ursachen des Scheiterns von Netzwerken	147
7.6.2 Die Rolle des Staates	149
7.6.3 Fazit: die Zukunft von Gesundheitsnetzwerken	152
Anhang	154
Literaturverzeichnis	173

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wahrgenommene Aufgabenbereiche	111
Tabelle 2: Auswirkungen eines Netzwerkes	113
Tabelle 3: Auswirkungen eines Netzwerkes	113
Tabelle 4: Ausmaß und Folgen formaler Verträge sowie Kosten einer Netzwerkmitgliedschaft.....	119
Tabelle 5: Ausmaß und Relevanz formeller, informeller und sozialer Kontrollen sowie von Sanktionen.....	125
Tabelle 6: Auswirkungen finanzieller Anreizsysteme innerhalb von Netzwerken.....	128
Tabelle 7: Umfang und Bedeutung von Zugangsvoraussetzungen	132
Tabelle 8: Größenstruktur der Netzwerke	134
Tabelle 9: Aufgaben und Auswirkungen eines Netzwerkvorstandes.....	137
Tabelle 10: Wettbewerbsintensität nach Ärztedichte und ihr prognostizierter Einfluß auf das Netzwerkengagement und die Netzwerkgründung	144
Tabelle 11: Höhe der Wettbewerbsintensität nach Anzahl der Konkurrenznetzwerke sowie prognostizierter bzw. festgestellter Effekt auf das Netzwerkengagement	144
Tabelle 12: Ursachen des Scheiterns von Netzwerken.....	149

1 Einleitung

„Ärztetzwerke“¹ als Reformmodell für den ambulanten Sektor? Diese Frage wird im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen. Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Feststellung, daß die institutionelle Fragmentierung des ambulanten Sektors, die aus einer organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung resultiert, zu erheblichen Qualitätseinbußen und Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung führt. Als Antwort auf diese institutionellen Schwachstellen werden in der derzeitigen Reformdebatte zwei konkurrierende Modelle diskutiert: Ärztenetzwerke und integrierte Versorgungsformen nach Vorbild der amerikanischen Health Maintenance Organizations (HMO's).

Vor diesem Hintergrund werden zwei Fragestellungen Gegenstand der folgenden Untersuchung sein. Zum einen wird näher analysiert werden, ob Ärztenetzwerke aus ökonomischer Perspektive geeignet sind, die Fragmentierung der Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor zu beheben. Wenn Ärztenetzwerke als Alternative zur derzeitigen Organisation der ambulanten Versorgung zu empfehlen sind, so muß zum anderen die Frage des effizienten Netzwerkaufbaus und -arrangements beantwortet werden. Da keine umfassenden theoretischen oder empirischen Studien über Gesundheitsnetzwerke vorliegen, ist das Vorgehen in dieser Arbeit weitestgehend explorativ (siehe auch Kapitel 2.2).

Inwiefern Netzwerke zur Verringerung der institutionellen Schwachstellen im ambulanten Sektor beitragen können, ist abhängig von den konkreten Ursachen der Leistungsverlechterungen. Daher wird zunächst eine eingehende Darstellung des ambulanten Sektors und eine Ursachenanalyse erfolgen (Kapitel 3.2). Hierauf aufbauend wird aus theoretischer Perspektive näher untersucht werden, inwiefern Netzwerke zu einer Verringerung dieser

¹ Der Begriff „Ärztetzwerke“ wird im folgenden synonym mit den Begriffen Gesundheitsnetzwerke und Hausarztnetzwerke bzw. Hausarztnetze verwendet.

In der Literatur existiert bislang keine allgemeingültige Definition von Ärztenetzwerken. Der Grund hierfür liegt vor allem darin, daß diese in vielfältiger Ausprägung auftreten und sehr unterschiedliche Ziele verfolgen. Einen ersten Einblick vermitteln jedoch Aufbau und Instrumente der derzeit existierenden Netze. Bei diesen handelt es sich entweder um Vereine, deren Mitgliedschaft besondere Voraussetzungen verlangt, oder um eine Absprache ambulant tätiger Ärzte in einer bestimmten Region zur Verfolgung gemeinsamer Ziele. Vorrangiges Ziel der Mehrzahl der Ärztenetzwerke ist die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, wobei dieses in den einzelnen Netzen mittels unterschiedlicher Instrumente angestrebt wird. Zum einen durch eine Verbesserung der Qualifikation der Teilnehmer durch interne Weiterbildungsveranstaltungen und einen intensiven Erfahrungsaustausch im Rahmen von Qualitätszirkeln. Zum anderen über den Einsatz eines Gatekeepers, der eine Lotsenfunktion für die Netzwerkpationen übernimmt und die einzelnen Versorgungsschritte zentral steuert (siehe Kapitel 4.2.2). Als weiteres Ziel steht häufig die Wirtschaftlichkeitsverbesserung der Versorgung im Vordergrund, zu deren Erreichung neue Vergütungsformen und eine netzwerkinterne EDV-Erfassung des therapeutischen Vorgehens eingesetzt werden.

Leistungsverschlechterungen beitragen können. Zu diesem Zweck wird die netzwerkliche Organisationsform aus zwei Gründen der marktlichen sowie der hierarchischen bzw. integrierten Organisation gegenübergestellt. Auf der einen Seite stellen Netzwerke aus institutionenökonomischer Sicht eine Synthese der beiden „Idealtypen“ Markt und Hierarchie bzw. Integration dar, so daß über eine netzwerkliche Organisation theoretisch jene Elemente der beiden Systeme miteinander kombiniert werden können, die für die Organisation der Gesundheitsversorgung als besonders effizient angesehen werden können (Kapitel 4). Auf der anderen Seite erfolgt ein Vergleich der Effizienz von Netzwerken und integrierten Versorgungsformen, da diese in der aktuellen Reformdiskussion als Alternative zum derzeitigen System präferiert werden (Kapitel 3.2.4). Bei der Gegenüberstellung der beiden „Idealtypen“ stehen vor allem fünf Strukturmerkmale im Vordergrund: die räumliche Organisation der Leistungserstellung, die Koordinations- und Kontrollmechanismen, die Verteilung der Eigentumsrechte und die Kosten der Vertragsausgestaltung zwischen Versicherern und Anbietern (Kapitel 4.3). Hieran anschließend wird dargestellt werden, daß über eine netzwerkliche Organisation die Vorteile der beiden idealtypischen Formen kombiniert werden können (Kapitel 4.4).

Zwar kann gezeigt werden, daß aus theoretischer Sicht für eine Implementation von Gesundheitsnetzwerken plädiert werden kann, dennoch weisen Erfahrungen mit Netzwerken in der Schweiz und in Deutschland darauf hin, daß das langfristige Überleben und der Grad der Zielerreichung entscheidend von der Ausgestaltung des Netzwerkarrangements abhängen. Bevor auf die einzelnen Elemente des Netzwerkarrangements näher eingegangen wird, erfolgt zunächst eine Vorstellung der wesentlichen Netzwerkziele und der zu ihrer Umsetzung notwendigen Netzwerkinstrumente (Kapitel 5.1). Zu einer der wesentlichen Ursachen für eine mangelnde Zielerreichung zählt die Gefahr von opportunistischem Verhalten in Form der Nichteinhaltung der Netzwerkverpflichtungen. Diese resultiert vor allem aus der Tatsache, daß das Verhalten der Netzwerkakteure und die Qualität der medizinischen Versorgung nur begrenzt kontrollierbar sind und die Umsetzung der Mitgliedsverpflichtungen maßgeblich von der intrinsischen Motivation und Kooperationsbereitschaft der beteiligten Ärzte abhängt. Daher wird in einem sich anschließenden Kapitel analysiert, welche Vorteile und Risiken sich für Ärzte aus einem Netzwerkbeitritt ergeben können und inwiefern sich diese hemmend auf die Einsatzbereitschaft ausüben können (Kapitel 5.3 und Kapitel 5.4). Hierauf aufbauend werden Ursachen und Formen opportunistischen Verhaltens innerhalb von Netzwerken näher vorgestellt werden (Kapitel 5.5).

Unter der Annahme, daß das Netzwerkarrangement, das sich aus verschiedenen Netzwerkregelungen und der Netzwerkstruktur zusammensetzt, Einfluß auf den Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkverpflichtungen und die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ausüben können, wird im weiteren Verlauf der Arbeit die Frage des effizienten Arrangements im Mittelpunkt stehen. Im Gegensatz zur ersten Fragestellung wird diese sowohl theoretisch als auch empirisch untersucht werden. Unter Berücksichtigung verschiedener soziologischer sowie institutionenökonomischer Theorieansätze werden Hypothesen über einen optimalen Netzwerkaufbau abgeleitet (Kapitel 6). Diese theoretischen Ableitungen werden in einem nächsten Schritt anhand von Gesundheitsnetzwerken in der Schweiz näher überprüft werden (Kapitel 7.1). Hierzu wurde das Netzwerkarrangement von 30 der 69 derzeit existierenden Netzwerken sowie ihr Netzwerkergebnis näher untersucht. Um Rückschlüsse auf die Effizienz unterschiedlicher Netzwerkarrangements ziehen zu können, wurden Interviews mit Netzwerkärzten geführt, in denen ihre Einschätzung über die Effizienz unterschiedlicher Netzwerkregelungen und Netzwerkstrukturen erfragt wurde (Kapitel 7.4). Von diesen Aussagen werden Thesen über ein effizientes Netzwerkarrangement sowie effiziente „Netzwerktypen“ (Kapitel 7.5) abgeleitet. Darüber hinaus werden Rückschlüsse auf den Entstehungsprozeß und die Ursachen des Scheiterns von Ärztenetzwerken gezogen (Kapitel 7.6). Hierauf aufbauend wird abschließend diskutiert werden, welche Rolle der Staat für die weitere Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken einnehmen kann (Kapitel 7.7).

2 Politische und wissenschaftliche Relevanz des Themas

2.1 Die politische Diskussion um Gesundheitsnetzwerke

Das Thema Ärztenetzwerke hat in der gesundheitspolitischen Diskussion seit 1997 erheblich an Bedeutung gewonnen, da die gesetzlichen Grundlagen für flexiblere vertragliche Regelungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgeweitet wurden und damit die Möglichkeit zur Erprobung von Modellprojekten eröffnet wurde. Infolge dieser gesetzlichen Veränderungen wurden bundesweit zahlreiche Ärztenetzwerke unter Beteiligung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen gegründet. Ziel dieser Modellprojekte war es, Möglichkeiten zur Kosteneinsparung und zur Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung zu ermitteln. Institutionelle Reformen im ambulanten Sektor sind um so notwendiger, als zum einen die Ausgaben im ambulanten Bereich zwischen 1991 und 1998 um 28 Prozent gestiegen sind (KBV-HOME PAGE) und zum anderen der steigende Anteil

chronischer Krankheiten eine stärkere Zusammenarbeit der einzelnen Leistungserbringer erfordert (CARELS 2000).

Trotz zahlreicher Netzwerkiniciativen ist die zukünftige Reformperspektive für die Neuorganisation der ambulanten Leistungserbringung derzeit uneindeutig. Einerseits gibt es Anzeichen, daß der Ausbau von Gesundheitsnetzwerken weiter vorangetrieben werden soll.² Andererseits empfiehlt der SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1994) sowie der SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2000) die Implementation integrierter Versorgungsformen nach Vorbild der amerikanischen Health Maintenance Organizations (HMO's).³ Die unklare gesundheitspolitische Ausrichtung in Bezug auf Ärztenetzwerke resultiert zu einem großen Anteil aus der Tatsache, daß weder von politischer Seite konkrete Vorstellungen über Ziele und Ausgestaltung effizienter Netzwerkstrukturen bestehen.⁴ Noch liegen trotz zahlreicher Modellprojekte eindeutige Ergebnisse über die Auswirkungen von Gesundheitsnetzwerken auf Qualität und Kosten der ambulanten Versorgung vor.

Während in Deutschland nur diffuse Vorstellungen über Gesundheitsnetzwerke existieren, deuten Reformansätze in anderen Ländern darauf hin, daß Netzwerke als alternative Organisationsform zum traditionellen „Einzelpraxensystem“, wie dies auch in Deutschland besteht, erachtet werden können. In der Schweiz sind seit 1994 zahlreiche Gesundheitsnetzwerke als Modellprojekte initiiert worden, während in England die Einführung ambulanter Netzwerke zu den Kernelementen der Gesundheitsreform von 1998 zählte (KENNEDY 1999). Selbst wenn die kurze Laufzeit der Projekte nur vorsichtige Interpretationen über die Auswirkungen von Netzwerken auf die Leistungserstellung im ambulanten Sektor zulassen, konnten in England über Netzwerke Qualitätsverbesserungen in der ambulanten Versorgung erzielt werden (KENNEDY 1999). Ebenso lassen erste Untersuchungsergebnisse aus der Schweiz darauf schließen, daß die Behandlungskosten in Netzwerken im Vergleich zu jenen in Einzelpraxen erheblich niedriger sind. So lagen die Ausgaben für die Behandlung von Netzwerkpatienten in einigen Netzen zwischen 64 und 92 Prozent unter denen des Einzelpraxensystems (BAUR 2000: 19). Jedoch muß berücksichtigt werden, daß sich dieser Kostenvergleich nur auf einige

² Nach Pressemeldungen will die Bundesregierung die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung vorantreiben (FAZ 2.4.2001: 17) und die ambulante ärztliche Versorgung stärker nach den örtlichen Erfordernissen ausrichten (FAZ 9.5.2001: 2).

³ Health Maintenance Organizations (HMO's) sind eine Integration von Finanzierung und Leistungserstellung, bei denen der Versicherer als Anbieter der Leistung auftritt. Neben dieser „finanziellen Integration“ besteht auch eine „organisatorische Integration“, indem sämtliche Leistungsgebiete und ambulante sowie stationäre Leistungen „unter einem Dach“ erbracht werden (siehe ausführlich Kapitel 4.2.2).

⁴ Obwohl mit dem 2.GKV-NOG die Möglichkeit zu ärztlichen Kooperationsformen erweitert wurde, wird der Begriff der vernetzten Praxen oder der Ärztenetzwerke gesetzlich nicht näher konkretisiert, sondern es wird von einem „Verbund von Vertragsärzten“ gesprochen. (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998A)

der bestehenden Modellnetzwerke bezog und nicht ersichtlich ist, worauf dieser zurückzuführen ist bzw. welche Leistungen und Indikationsgruppen hiervon betroffen waren.

Desweiteren sprechen mehrere Faktoren für eine Bevorzugung von Gesundheitsnetzwerken im Vergleich zu HMO's. Generell ist fraglich, ob HMO's aus ökonomischer Perspektive eine Alternative zur derzeitigen Organisation der Gesundheitsversorgung darstellen, da ein Systemwechsel zu integrierten Versorgungsformen wahrscheinlich mit erheblichen Kosten und institutionellen Veränderungen verbunden wäre.⁵ Darüber hinaus ist die unterstellte überlegene Effizienz von HMO's gegenüber Gesundheitsnetzwerken weder empirisch bewiesen noch theoretisch umfassend fundiert (siehe Kapitel 3.2.2). Die Tatsache, daß in den USA Ärztenetzwerke in Form der IPA's (Independent Practice Associations, Kapitel 4.1.2) im Vergleich zu allen anderen Organisationsformen, wie zum Beispiel den klassischen HMO's, mit 62 Prozent nicht nur den größten Marktanteil, sondern auch mit die höchsten Wachstumsraten aufweisen, deutet eher auf eine überlegene Effizienz von Ärztenetzwerken hin (SOMMER 1992: 18).

2.2 Stand der Netzwerkforschung

Die Netzwerkforschung kann in zwei voneinander relativ abgegrenzte Forschungsfelder eingeteilt werden. Auf der einen Seite in eine weitestgehend empiriefreie theoretisch-analytische Richtung und auf der anderen Seite eine empirische Forschung, die jedoch weitestgehend deskriptiven Charakter hat.

Die theoretische Forschung untergliedert sich vor allem in drei Teilbereiche, einen spieltheoretischen Zweig, der sich mit der Prognose der Entstehung von Netzwerken und ihren Ausprägungen beschäftigt (AXELROD 1984, JARILLO 1988), dem Operational Research, bei dem die Optimierung von Transport- und Investitionsnetzwerken im Vordergrund steht (DANNENBRING 1981, SHARKEY 1993) sowie der Blockmodellanalyse, bei der die Sozialstruktur oder das „organisationale Feld“ eines Netzwerkes durch Aggregation von Informationen über interne und externe Netzwerkbeziehungen ermittelt werden (BURT 1980, DIMAGGIO 1986, WHITE 1976). Da die Netzwerkanalyse im Rahmen dieser Arbeit auf anderen Theorieansätzen aufbaut, soll im weiteren auf diese Forschungsrichtungen nicht näher eingegangen werden.

⁵ So wären mit der Einführung der HMO's sowohl umfangreiche Veränderung der Eigentumsverhältnisse als auch eine Umstrukturierung in der Organisation der Leistungserstellung verbunden (siehe näher Kapitel 4).

Neben diesen skizzierten Ansätzen existiert ein breites empirisches Forschungsgebiet zu den verschiedenen Netzwerkformen, das sich aber weitestgehend durch eine theoriefreie Fallstudienforschung auszeichnet. Generell wird zwischen Unternehmensnetzwerken⁶, Policy-Netzwerken⁷, Professional Networks⁸ und sozialen Netzwerken⁹ unterschieden. Eine Vielzahl von Studien untersucht darüber hinaus strategische Allianzen (JARILLO 1988, OSBORN 1997), das Aufkommen internationaler Unternehmensnetzwerke (BUCKLEY 1988, DUNNING 1993) sowie von Regionalnetzwerken¹⁰ (ICKS 1988, KNYPHAUSEN-AUFSEß 1999) und Versicherungsnetzwerken¹¹ (SYDOW 1995b). Obwohl diese Netzwerktypen nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, sind sie von großer Relevanz, da umfassende Studien über Gesundheitsnetzwerke bislang fehlen und daher bei der Analyse der Effizienz unterschiedlicher Netzwerkregelungen und Netzwerkstrukturen auf bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse zu diesen Netzwerktypen zurückgegriffen werden kann.

Bei den einzelnen Studien stehen vor allem die Entstehungsbedingungen und Motive der Netzwerkbildung im Vordergrund (CAMAGNI 1993, DUNNING 1993). Darüber hinaus existieren einige Studien, die die gesellschaftlichen Auswirkungen von Netzwerken untersuchen, wie zum Beispiel jene von D'ASPREMONT (1988) und KATZ (1986), die die positiven externen Effekte von Forschungsk Kooperationen näher beleuchten.

Insgesamt weist die empirische Literatur zwei wesentliche Forschungsdefizite auf. Erstens existiert keine systematische Untersuchung über die Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerktypen auf das Netzwerkergebnis. Obwohl eine umfangreiche empirische Literatur

⁶ Unternehmensnetzwerke sind „eine auf Realisierung von Wettbewerbsvorteilen zielende Organisationsform ökonomischer Aktivität (.), die sich durch (...) eher kooperative denn kompetitive und relativ stabile Beziehungen zwischen rechtlich selbständigen, wirtschaftlich jedoch zumeist unabhängigen Unternehmen auszeichnet“. (SYDOW 1992: 79)

⁷ Ein Policy-Netzwerk ist ein Oberbegriff für verschiedene Arten der Zusammenarbeit zwischen Interessengruppen und Staat. (WAARDEN 1992) Erklärt wird die Existenz von Policy-Netzwerken mit der These, daß eine politische Steuerung, vor allem im Bereich der Implementation von Politik, nur noch in netzwerkartiger Zusammenarbeit realisierbar ist (GALASKIEWICZ 1979, MAYNTZ 1991).

⁸ Professional Networks setzen sich aus Vertretern einer bestimmten Berufsgruppe zusammen, die eine Durchsetzung ihrer Standesinteressen und eine Einflußnahme auf politische Prozesse anstreben. (WAARDEN 1992) Gekennzeichnet sind Professional Networks, wie der National Health Service in England, durch einen hohen Grad der gegenseitigen informellen Abhängigkeit und durch rigide Zutrittsbeschränkungen (RHODES 1992).

⁹ Soziale Netzwerke beruhen vor allem auf informellen Vereinbarungen und dem Austausch intangibler Ressourcen, wie zum Beispiel Macht, Prestige und Freundschaft (GRANDORI 1995, LIEBESKIND 1996).

¹⁰ Regionale Netzwerke, wie das Silicon Valley, bestehen aus kleineren und mittleren Unternehmen und unterliegen anderen Erfolgskriterien als regional nicht begrenzte Unternehmensnetzwerke (KNYPHAUSEN-AUFSEß 1999, LORENZONI 1988).

¹¹ SYDOW (1995b) untersucht eingehend Unternehmensnetzwerke in der Versicherungswirtschaft nach den Entstehungsbedingungen und ihrer Aufrechterhaltung im Spannungsverhältnis Autonomie versus Abhängigkeit sowie Vertrauen versus Kontrolle.

zur Charakterisierung von Netzwerken vorliegt, wird häufig kein Zusammenhang zum Netzwerkergebnis hergestellt. Systematische Studien über die Ausgestaltung von Netzwerken sowie ihrer Auswirkungen auf den Netzwerkerfolg wurden bislang nicht durchgeführt. PROVAN (1995: 7) bemerkt hierzu, daß „[d]espite the spreading insight that in networks organizational effectiveness should at least be completed by an assessment of effectiveness on the network level, comparative research on the effectiveness of organizational networks is virtually non existent. Part of the problem is that most researchers are more concerned with organizational outcomes even when the organizations studied are part of a network“.

Vorliegende Studien sind eher partielle Betrachtungen, indem sie nur den Einfluß einzelner Netzwerkregelungen oder Elemente der Netzwerkstruktur auf das Netzwerkergebnis untersuchen. Hierzu zählen vor allem Studien über F&E-Netzwerke, die entweder die Netzwerkdichte (PODOLNY 1995, SHAN 1994), den Zentralisierungsgrad (POWELL 1996), die Kooperationsintensität des Netzwerkes gegenüber externen Akteuren (WALKER 1997) oder die Anzahl der Verbindungen zwischen Netzwerk und externen Institutionen und ihren Einfluß auf den „innovativen Output“ von Netzwerken (AHUJA 2000) untersuchen. Bei diesen Studien bleiben sowohl das Netzwerk als Gesamtsystem als auch das Zusammenspiel einzelner Netzwerkregelungen unberücksichtigt.¹² Eine der wenigen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Netzwerkstruktur und Netzwerkergebnis ist jene von HUMAN (1997), der für Unternehmen in der Holzverarbeitenden Industrie feststellt, daß die Art der Netzwerkausgestaltung, wie zum Beispiel die administrative Struktur oder die Dichte der Netzwerkbeziehungen, einen Einfluß auf das Betriebsergebnis hat.

Zweitens existieren bislang nur wenige Untersuchungen über die Konzeption und die Auswirkungen von Gesundheitsnetzwerken. Zwar liegen vereinzelt Studien vor, die größtenteils aus den USA stammen; ein Bezug zum Netzwerk als Gesamtsystem wird aber auch in diesen nicht hergestellt. So bietet die Untersuchung von GABEL (1985) einen Überblick über die derzeitigen Formen von Gesundheitsnetzwerken in den USA, die aber weder die Auswirkungen unterschiedlicher Regelungen auf die in ihnen Tätigen analysiert, noch Schlußfolgerungen für die optimale Ausgestaltung von Ärztenetzwerken ableitet.

Daneben existieren zahlreiche Studien, die Gesundheitsnetzwerke nach bestimmten Strukturmerkmalen typologisieren, wie etwa nach dem Grad der formalen Integration (HOLLINGSWORTH 1996), dem Formalisierungsgrad der Kooperationsbeziehungen und nach

¹² Ähnlich bemängelt SYDOW (1998), daß der Fokus der Arbeiten entweder auf der Netzwerkstruktur, unter Vernachlässigung der einzelnen Akteure, Aktionen und Prozesse innerhalb des Netzwerkes liegt, oder die Struktur zu Gunsten der anderen Kriterien vernachlässigt wird.

der Art der Koordinationsmechanismen (GRANDORI 1995) sowie der Kooperationsintensität (KALUZYNY 1990). Diese Typologisierungen bilden zwar die Vielfalt der empirischen Erscheinungsformen von Unternehmensnetzwerken ab, bieten darüber hinaus aber keinen weiteren Erklärungsgehalt.

Einige Studien untersuchen dagegen den Zusammenhang zwischen einzelnen Netzwerkelementen. Hierzu zählen die Untersuchung von OLIVER (1996), der Determinanten für den Machteinfluß innerhalb von Mental Health Networks analysiert oder die Arbeit von ROSENTHAL (1997), der den Zusammenhang zwischen dem Formalisierungsgrad der Netzwerkbeziehungen und dem Gegenstand der Netzwerkkooperation herausstellt. Daneben untersucht BAZZOLI (1999) den Einfluß des Zentralisierungsgrades auf die Differenzierung des Produktangebotes.

Ebenso bleibt in der Forschung über Gesundheitsnetzwerke unberücksichtigt, inwieweit ihre Entstehung gefördert werden kann und welche Rolle eine staatliche Regulierung und Subventionierung von Netzwerkformen spielen könnte. Während diese Frage bei sozialen Netzwerken bereits eingehend untersucht ist (BOURDIEU 1992, BURT 1992, COLEMAN 1988, 1990), bleibt die Notwendigkeit einer staatlichen Intervention bei Gesundheitsnetzwerken gänzlich unbehandelt.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß bislang weder über die oben vorgestellten Netzwerkformen, noch über Gesundheitsnetzwerke eine systematische Untersuchung der Auswirkung unterschiedlicher Netzwerkstrukturen und Netzwerkregelungen auf das Netzwerkergebnis vorliegen. Daher werden im Rahmen dieser Arbeit die Auswirkungen unterschiedlicher „Netzwerkarrangements“ (siehe Kapitel 6) auf das Verhalten der Netzwerkakteure sowie das Netzwerkergebnis näher untersucht werden. Darüber hinaus werden mögliche Ursachen des Scheiterns von Gesundheitsnetzwerken sowie die Frage der Notwendigkeit einer staatlichen Regulierung einbezogen.

3 Anforderungen an die medizinische Leistungserstellung und institutionelle Besonderheiten des ambulanten Sektors in Deutschland

3.1 Das Gut Gesundheitsdienstleistung

3.1.1 Ökonomische Besonderheiten

Die medizinische Behandlung ist eine personenbezogene Dienstleistung, was impliziert, daß der Prozeß der Leistungserstellung nur begrenzt rationalisierbar ist.¹³ Weiterhin resultiert aus der Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsumtion (uno-actu Prinzip), daß das Endprodukt nicht lagerbar ist. Hieraus folgt für das Praxismanagement, daß eine gleichmäßige Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung sowie eine kontinuierliche Auslastung der Praxis kritische Erfolgsfaktoren darstellen, um Warteschlangen zu vermeiden (BAUMOL 1966). Aus der „Personenbezogenheit“ der Dienstleistung folgt weiterhin eine gemeinsame Ergebnisverantwortung von Arzt und Patient, da beide Einfluß auf den Erfolg der Behandlung nehmen können (MEFFERT 1997).

Darüber hinaus ist die medizinische Dienstleistung durch einen hohen Grad der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient gekennzeichnet.¹⁴ Auf der einen Seite herrscht auf Seiten des Patienten ein Informationsdefizit über die Qualität der ärztlichen Dienstleistung, da der Arzt über Expertenwissen verfügt, wodurch eine Einschätzung des Behandlungsprozesses durch den Patienten erschwert wird. Aufgrund der Immaterialität und Intangibilität der medizinischen Dienstleistung ist auch das Behandlungsergebnis nicht nach objektiven Kriterien bewertbar.¹⁵ Selbst wenn eine objektive Bewertung möglich wäre, könnte aufgrund externer Einflußfaktoren dennoch kein eindeutiger Kausalzusammenhang

¹³ Da Produktivitätsfortschritte zu einem großen Teil aus arbeitsplatzsparendem technischen Fortschritt resultieren, sind besonders bei personenbezogenen Dienstleistungen nur begrenzt Produktivitätsfortschritte zu erzielen (NAYERI 1995).

¹⁴ „Informational asymmetries“ sind nach MILGROM (1992: 600) „[d]ifferences among individuals in their information, especially when this information is relevant to determine an efficient plan or to evaluate individual performance“.

¹⁵ Die mangelnde Bewertbarkeit beruht vor allem auf der Tatsache, daß es keine Indikatoren gibt, die den Gesundheitszustand und die Lebensqualität einer Person umfassend und objektiv messen können, da sich dieser nicht nur aus psychischen, physischen und sozialen Kriterien zusammensetzt, sondern auch intersubjektiv unterschiedlich wahrgenommen wird (SCHWARTZ 1998). Zwar existieren allgemein anerkannte Definitionen von Gesundheit, wie die der WHO (MOONEY 1988: 89), die hierunter einen Zustand vollkommenen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens definiert, jedoch sind diese nicht operationalisierbar.

zwischen medizinischer Intervention und Behandlungsergebnis hergestellt werden.¹⁶ (BREYER 1997)¹⁷

Auf der anderen Seite verfügt der Patient über private Informationen, die aber maßgeblich zur Adäquanz einer ärztlichen Anordnung und zum Erfolg der medizinischen Behandlung beitragen. So kann der Patient sowohl seine Befindlichkeit und Lebensgewohnheiten als auch seine Präferenzen in Bezug auf die Wahl einer Behandlungsmethode besser bewerten als der behandelnde Arzt. Darüber hinaus besteht für den Arzt eine Ungewißheit, inwiefern seine Therapieempfehlungen vom Patienten umgesetzt werden. (LEE 1995)

3.1.2 Medizinische Anforderungen

Neben diesen ökonomischen Besonderheiten muß der institutionelle Rahmen medizinischen Anforderungen an die Leistungserstellung genügen. Es läßt sich ein eindeutiger Trend von den Akuterkrankungen zu chronisch-degenerativen Krankheiten erkennen, so daß Akuterkrankungen im Vergleich nur noch einen geringeren Teil des Krankheitsgeschehens ausmachen. (BRAUN 1992, KÜHN 1996) Eine eindeutige Abgrenzung chronischer Krankheiten zu akuten Behandlungsanlässen existiert nicht. Vielfach handelt es sich aber um Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Stoffwechselstörungen oder um Krebserkrankungen. (GERSTE 2000) Darüber hinaus geht eine chronische Erkrankung häufig mit einer Multimorbidität einher.¹⁸ Dieser Wandel des Krankheitsspektrums hat insofern erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, als für die Versorgung chronisch Kranker eine Abstimmung zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen über einzelne Behandlungsschritte sowie eine kontinuierliche Behandlung von hoher Relevanz sind.

Das Ausmaß der durch chronische Krankheiten verursachten Kosten kann nicht genau eingeschätzt werden, da sich die Gruppe der chronisch Kranken nicht exakt von Akutkranken abgrenzen läßt und selbst bei einem an einer chronischen Krankheit leidenden Patienten die einzelnen beanspruchten Leistungen nicht eindeutig zugeordnet werden können. Schätzungen aus den USA kommen zu dem Ergebnis, daß chronische Krankheiten für dreiviertel aller Gesundheitsausgaben verantwortlich sind (CARELS 2000: 185). Auf eine ähnliche Größen-

¹⁶ LEE (1995: 432) führt hierzu aus, daß „it has been greatly recognized that there is a great variation in the relation between medical treatment and health outcomes. Case by case, doctor by doctor and patient by patient the same medical treatment brings about different results and these variations are not easily explained by epidemiological factors“.

¹⁷ Hieraus resultiert, daß das Gut Gesundheitsdienstleistung nur zu einem Teil ein Erfahrungsgut ist, dessen Güte nach Inanspruchnahme bewertet werden kann. Daher besitzt dieses nennenswerten Vertrauens- und Glaubensgutcharakter. (ausführlich zu dieser Unterscheidung TOLLE 1994) Dennoch weist MCGUIRE (1991: 475), vorliegenden Studien zufolge, darauf hin, daß Patienten über rund 25 Prozent der medizinischen Leistungen ausreichend informiert sind, um die Qualität der Dienstleistung beurteilen zu können.

¹⁸ Über die Hälfte aller Krankenhauspatienten leidet an mindestens einer chronischen Krankheit, über 20 Prozent leiden an drei oder mehr chronischen Krankheiten (GERSTE 1999).

ordnung wird das Ausmaß der durch chronische Krankheiten verursachten Kosten in Deutschland geschätzt. So liegt der Anteil der chronischen Krankheiten im stationären Bereich bei 52 Prozent, was einem Kostenanteil von 63 Prozent entspricht. (GESTE 2000)¹⁹

3.2 Institutionelle Besonderheiten des ambulanten Sektors und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsdienstleistung

3.2.1 Entwicklung der Leistungsausgaben im Gesundheitssektor

Insgesamt wurden 1997 rund 15 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheit ausgegeben, womit Deutschland gemessen an den Gesundheitsausgaben innerhalb der OECD nach den USA an zweiter Stelle liegt (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1999: 431).²⁰ Zwischen 1970 und 1998 sind die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt von rund 8 Mrd. DM auf rund 200 Mrd. DM gestiegen, was vor allem auf eine Erhöhung der Leistungsausgaben je Versicherungsmitglied zurückzuführen ist (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: 1998A: 233). Gemessen an allen Gesundheitsausgaben entfallen rund 20 Prozent auf ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich, wobei zahnärztliche Behandlungen hierbei ausgeschlossen sind (KBV-HOMEPAGE). Parallel zu der oben genannten allgemeinen Ausgabenentwicklung sind die Ausgaben im ambulanten Sektor, alleine für das alte Bundesgebiet, von 1970 bis 1999 von rund 5 Mrd. DM auf rund 35 Mrd. DM gestiegen, für Arzneien und Heil- und Hilfsmittel²¹ von rund 4 Mrd. DM auf rund 29 Mrd. DM (KBV-HOMEPAGE).²²

Die hier genannten Bereiche lassen isoliert betrachtet noch keinen Rückschluß auf eine ineffiziente Leistungserstellung zu, da mit einem hohen Ressourcenaufwand auch eine entsprechende Qualitätsverbesserung in der gesundheitlichen Versorgung verbunden sein kann. Diese würde sich wahrscheinlich in hohen Werten bei den globalen Gesundheitsindikatoren widerspiegeln. Den relativ hohen Gesundheitsausgaben pro Kopf steht aber kein entsprechender Qualitätsvorsprung gegenüber; so liegen Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit in Deutschland sogar unter dem OECD-Durchschnitt (SCHNEIDER 1997: 85).

¹⁹ Einer Untersuchung der AOK Schleswig-Holstein zufolge haben chronische Krankheiten einen Anteil von 32 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben (ROTH 2000: 91).

²⁰ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrugen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsleistungen 1998 rund 231 Mrd. DM und die der privaten Krankenversicherung 1997 rund 26 Mrd. DM (STATISTISCHES BUNDESAMT HOMEPAGE, MÜLLER 1998: 184).

²¹ Allerdings muß berücksichtigt werden, daß der Ausgabenanstieg bei den Arzneimitteln zu einem großen Teil auf Preissteigerungen zurückgeführt werden kann und zwischen 1992 und 1998 weniger auf einen Anstieg des Verschreibungsumfanges (ROSENBROCK 1998: 72).

²² Alle Werte beziehen sich auf das frühere Bundesgebiet, jedoch ohne Berücksichtigung der Inflationsraten.

Ein Großteil dieses Ausgabenanstieges ist auf Entwicklungen zurückzuführen, die in allen OECD-Ländern einen wesentlichen Kostenfaktor im Gesundheitswesen darstellen. Hierzu zählen demographische Faktoren und der medizinisch-technische Fortschritt²³ sowie die gestiegenen Einkommen, die zu einer höheren Nachfrage nach superioren Gütern führen²⁴. Da diese Faktoren größtenteils für alle OECD-Länder gelten, müssen zusätzlich andere Gründe vorliegen, die die relativ höheren Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Deutschland erklären.

Der hohe Ausgabenanstieg wird daher auf Ursachen zurückgeführt, die für das deutsche Gesundheitssystem spezifisch sind. Zum einen weist Deutschland sowohl eine hohe Ärzte- und Bettendichte auf, als auch überdurchschnittlich lange Verweilzeiten im Krankenhaus (SCHNEIDER 1997). Zum anderen werden die hohen Gesundheitsausgaben auf institutionelle Besonderheiten in der Organisation der Leistungserstellung zurückgeführt. Hierauf wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

3.2.2 Organisation der ambulanten Leistungserstellung und institutionelle Besonderheiten

Der ambulante Sektor ist gekennzeichnet durch eine starke Abgrenzung der einzelnen Versorgungsstufen, die in einer organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher sowie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besteht.²⁵

Die organisatorische und rechtliche Trennung resultiert daraus, daß die überwiegende Zahl der niedergelassenen Ärzte in Einzelpraxen tätig ist, während nur 28 Prozent in Gemeinschaftspraxen arbeiten (KBV- HOMEPAGE 1998). Diese hohe Anzahl an Einzelpraxen beruht nicht zuletzt auf einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, nach dem die Gründung von

²³ Dieser führt im Gesundheitssektor weniger zu Rationalisierungsinvestitionen, als vielmehr zu einer Erweiterung des Behandlungsspektrums. Der Anteil des technologischen Fortschritts an der Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen wird von NEWHOUSE (1996: 11) für die USA auf 50 Prozent geschätzt.

²⁴ Nach dem „Engel’schen Gesetz“ steigt die Nachfrage nach Gesundheitsgütern mit steigendem Sozialprodukt und steigendem Einkommen der Privathaushalte schneller als die Nachfrage nach primären Gütern (WOLL 1990: 257). In Abhängigkeit von der Reaktion des Angebotes führt dieser Nachfrageanstieg wiederum zu einem Preisanstieg für Gesundheitsgüter.

²⁵ Hausärzte sind nach §73I SGB V wie folgt definiert: „An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung können wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (...)“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998B: 381). Derzeit sind im ambulanten Bereich rund 124.000 Ärzte tätig, wovon rund 40 Prozent Allgemeinmediziner und etwa 60 Prozent Spezialisten sind (KBV- HOMEPAGE).

Gruppenpraxen lange Zeit verboten war bzw. rechtliche Zusammenschlüsse von Arztpraxen in Form von Betriebsgesellschaften derzeit noch verboten sind.²⁶

Weiterhin wird in diesem Urteil auf die Notwendigkeit der wirtschaftlichen Selbstbestimmung verwiesen, die jedoch auch zu einer finanziellen Abgrenzung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen im ambulanten Sektor führt. Verursacht wird diese Abgrenzung auf der einen Seite durch das derzeitige System der Einzelleistungshonorierung²⁷, bei dem der Arzt pro geleistete Tätigkeit vergütet wird. Hierdurch wird im Gegensatz zu einem Globalbudget²⁸ keine finanzielle Gesamtverantwortung für die Leistungsausgaben im ambulanten Sektor erzeugt. Auf der anderen Seite ist mit Einzelpraxen auch eine finanzielle Eigenverantwortung des Arztes verbunden, so daß sowohl die Betriebsgewinne als auch das wirtschaftliche Risiko auf ihn entfallen.²⁹

Eine weitere Besonderheit in der ambulanten Gesundheitsversorgung liegt darin, daß trotz der grundsätzlichen rechtlichen Anerkennung des Arztberufes als freier Beruf die ärztliche Berufsausübung erheblichen staatlichen Restriktionen unterliegt. Diese betrifft sowohl die wirtschaftliche Handlungsfreiheit als auch die Regulierung des Behandlungsangebotes.

²⁶ Begründet wird dies damit, daß der Arztberuf kein gewerblicher sondern ein freier Beruf ist, der „Dienstleistungen höherer Art anbietet“ und dementsprechend in „freier wirtschaftlicher Selbstbestimmung, unabhängig von Weisungen und Direktiven anderer ausgeübt werden soll“ (EHMANN 1994: 141).

²⁷ Die Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt entsprechend einer Einzelleistungsvergütung, wobei sich der Preis der einzelnen Leistung nach der relevanten Punktzahl und dem Punktwert richtet. Die Punktzahlen werden auf Bundesebene von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt und als Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), der Leistungskomplexe zusammenfaßt, herausgegeben. Der Punktwert wird erst nach Ablauf einer Leistungsperiode ermittelt, indem die zur Verfügung stehende Gesamthonorarsumme auf die Summe der im EBM festgelegten Punktzahlen verteilt wird. Da der einzelne Arzt vor Ende der Abrechnungsperiode den Wert seiner Leistungen nicht kennt, ist es für ihn rational möglichst viele Leistungen zu erbringen. Neben der Einzelleistungsvergütung führt dieser spezielle Abrechnungsmodus zusätzlich zu einem Anreiz zur individuellen Leistungsausweitung. (MAUS 1996) Um diese Entwicklung zu begrenzen, wurden 1997 arztgruppenbezogene Praxisbudgets eingeführt, die eine Obergrenze für die Gesamthonorarsumme definieren. Bei Überschreitung des Budgets wird die Gesamtvergütung seitdem gekürzt, was zu einem sog. kollektiven Regress für die ambulanten Ärzte führt. (HAJEN 2000, SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 1998, KBV-AUSKUNFT FEBRUAR 2002)

²⁸ Bei einem Globalbudget erhalten alle an einem Versorgungsauftrag beteiligten Ärzte für eine bestimmte Abrechnungsperiode und für ein Versichertenkollektiv einen bestimmten Fixbetrag (BARNUM 1995).

²⁹ Besonders für jene Patientengruppen, an deren Behandlung Ärzte verschiedener Fachrichtungen beteiligt sind, kann die organisatorische und rechtliche Trennung mit erheblichen Nachteilen verbunden sein. So erfordern zum Beispiel die regelmäßigen Konsultationen des Haus- und Facharztes sowie die stationären Behandlungen für Onkologiepatienten ein höherer Zeit- und Kostenaufwand, als dies bei einer Gemeinschaftspraxis, bei der alle Leistungen „unter einem Dach“ angeboten werden, der Fall wäre. Werden infolge der organisatorischen Trennung Informationen über bereits durchgeführte Untersuchungen, vorherige Erkrankungen oder Therapieanordnungen zwischen den am Behandlungsprozeß beteiligten Ärzten nicht ausgetauscht, so kann dies zu Doppeltuntersuchungen und zu einer mangelnden Abstimmung der einzelnen Behandlungsschritte führen. Beides könnte sowohl negative finanzielle Konsequenzen nach sich ziehen, als auch zu einer erheblichen Verringerung des Therapieerfolges führen. So weist WORMS (2000: 18) zum Beispiel darauf hin, daß Diabetes, wenn Patienten medikamentös falsch eingestellt sind, zu nennenswerten gesundheitlichen Risiken und einem zusätzlichen Kostenaufwand von rund 20.000 DM führen kann. Eine

Die unternehmerische Handlungsfreiheit wird dadurch eingeschränkt, daß das derzeitige Vergütungssystem der Einkommenserzielung Grenzen setzt. Durch die seit 1997 geltende Budgetdeckelung, die sich auch auf die einzelnen Praxisbudgets bezieht, können ärztliche Leistungen nur bis zu einer bestimmten Obergrenze abgerechnet werden. (KBV-HOMEPAGE) Zu dieser Einkommensrestriktion tritt als finanzielles Risiko hinzu, daß dem Arzt bei Verdacht auf unwirtschaftliche Mittelverwendung eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit potentiellen Regreßforderungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) drohen kann.

Weiterhin wird die Freiberuflichkeit dadurch begrenzt, daß die Niederlassungsfreiheit aufgehoben wurde, so daß in einem Gebiet eine neue Praxis nur dann eröffnet werden kann, wenn eine zu geringe Ärztedichte besteht.³⁰

Darüber hinaus wird der unternehmerische Handlungsspielraum dadurch begrenzt, daß der einzelne Anbieter weder eine Preissetzungsmacht³¹ besitzt, noch das Angebotspektrum selbst definieren kann. Sowohl die Gebühren³² für die medizinischen Dienstleistungen ebenso wie der Katalog der Leistungen³³, die von den Krankenkassen übernommen werden bzw. vom Arzt angeboten werden dürfen, werden auf Bundesebene festgelegt.

Zwar stehen Ärzte aufgrund der grundsätzlichen Wahlfreiheit der Patienten³⁴ in Konkurrenz zueinander, aufgrund der staatlichen Regulierung scheiden jedoch der Preis und größtenteils auch der Leistungskatalog als Wettbewerbsparameter aus.

Wie im folgenden Kapitel näher beschrieben wird, können sowohl die institutionelle Trennung zwischen den einzelnen Leistungsbereichen als auch die Einschränkung der Freiberuflichkeit und der wettbewerblichen Beziehung zwischen den einzelnen Leistungsanbietern zu Leistungsverschlechterungen in der ambulanten Versorgung führen.

falsche Medikamenteneinstellung sei häufig auf eine nmangelnde Therapieabsprache zwischen Hausarzt und Krankenhaus bzw. Hausarzt und Facharzt zurückzuführen.

³⁰ Mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) gilt eine zentrale Bedarfsplanung im ambulanten Bereich, nach der ein Gebiet für neue Praxen gesperrt wird, wenn ein bestimmtes Verhältnis Einwohnerzahl-Ärzte überschritten wird.

³¹ Diese bestünde darin, daß der Arzt seine Leistungen zu einem Preis entsprechend seiner Grenzkosten anbieten kann.

³² Auf Bundesebene wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und der Wert der Leistungen in Punkten (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) festgelegt. Die Gesamtvergütung für alle Vertragsärzte wird auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung bestimmt, welche auf Grundlage des EBM auf die Vertragsärzte verteilt wird. (ARNOLD 1995, NEUFFER 1997)

³³ Der Leistungskatalog wird auf Bundesebene durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, der die einzelnen Leistungen entsprechend des therapeutischen und diagnostischen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit beurteilt, festgelegt (KNAPPE 2000).

³⁴ Grundsätzlich hat der Patient das Recht zur freien Arztwahl und seit Abschaffung der Überweisungspflicht ist grundsätzlich ein direkter Zugang zu einem Facharzt möglich, ohne daß der Patient vorher einen Hausarzt konsultieren muß (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998B).

3.2.3 Folgen der institutionellen Besonderheiten

Die institutionelle Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und die hieraus resultierende Fragmentierung der Angebotsstrukturen können zu einer erheblichen Qualitätsverschlechterung sowie Kostensteigerung in der ambulanten Versorgung führen. Diese Nachteile können zum einen durch eine Diskontinuität der Behandlung und durch eine Verzögerung beim Übergang der Patienten von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung hervorgerufen werden. Zum anderen können Verschlechterungen in der medizinischen Versorgung aus einer mangelnden Abstimmung der am Behandlungsprozeß beteiligten Ärzte und aus einer unzureichenden Therapieabsprache resultieren.³⁵ Eine Abstimmung der auf den einzelnen Behandlungsstufen angewandten Therapien ist um so notwendiger, als die Leistungs- und Behandlungsstandards aufgrund der Vielfalt möglicher Therapieanordnungen nicht nur zwischen Haus- und Fachärzten, sondern auch zwischen Allgemeinmedizinern erheblich variieren. Besonders für die Behandlung chronischer Krankheiten kann eine stärkere Zusammenarbeit zu einer Reduktion der Behandlungskosten und einer Erhöhung der Behandlungsqualität führen.

Insgesamt wird das Einsparpotential, das durch eine Aufhebung institutioneller Grenzen oder durch eine bessere Kooperation der Leistungserbringer erzielt werden kann, vom SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1995: 83) auf 4-25 Mrd. DM geschätzt. Wenn berücksichtigt wird, daß, einer regionalen Untersuchung zufolge, der Anteil der Doppeltuntersuchungen an allen diagnostischen Maßnahmen auf rund 46 Prozent geschätzt wird, machen wahrscheinlich alleine diese Doppeltuntersuchungen bereits einen erheblichen Anteil an dem vom Sachverständigenrat geschätzten Betrag aus (DOERFERT 1999: 14).³⁶

Obwohl über die Auswirkungen der institutionellen Schnittstellen auf die Qualität der Versorgung und den Gesundheitsstatus der Patienten keine derart konkreten Untersuchungsergebnisse vorliegen, läßt das Ergebnis der Studie von KRAUTH (1998: 18), nach der durch eine intensivere Abstimmung der einzelnen Therapieschritte bei Diabetespatienten und eine regelmäßige Überprüfung der Stoffwechseleinstellung die durch Diabetes bedingten

³⁵ In ähnlicher Form bestehen Kooperationsmängel zwischen ambulantem und stationärem Sektor, die zu teilweise erheblichen zeitlichen Verzögerungen in der Weiterbehandlung und einer unabgestimmten Behandlung beitragen (KLEMM 2000).

³⁶ Wenn dieser Anteil wahrscheinlich auch als zu hoch geschätzt sein dürfte, so weist er doch eine generelle Tendenz auf. Hierauf deuten auch die Ergebnisse der Untersuchung von MÄNNER (1997: 94) hin, nach denen ein erhebliches Einsparpotential bei der Behandlung chronischer Krankheiten besteht. So variieren die Behandlungskosten zum Beispiel bei der Diabetesversorgung pro Fall um rund 12.000 DM jährlich. Diese Variation ist nach MÄNNER in erster Linie auf den „verschwenderischen Einsatz von Leistungen“ sowie auf eine schlechte Diabeteseinstellung zurückzuführen.

Arbeitsunfähigkeitstage um bis zu 84 Prozent gesenkt werden können, bereits auf ein erhebliches „Verbesserungspotential“ schließen.

Aus den oben genannten Gründen bedarf es einer erhöhten Kooperation der Leistungserbringer, wobei verschiedene Faktoren im derzeitigen Gesundheitssystem hemmend auf die Kooperationsbereitschaft wirken.

Geringe Kooperationsanreize entstehen dadurch, daß eine verstärkte Absprache zwischen den behandelnden Ärzten mit einem Kostenaufwand verbunden ist, dem kein direkter Nutzen gegenübersteht. Therapieabsprachen, die Übermittlung von Patientendaten oder die Angleichung von Behandlungsstandards produzieren zwar positive externe Effekte, allerdings werden die Kosten zu ihrer Herstellung nicht von den Nutzern getragen.³⁷ Zum einen kann der Mehraufwand aufgrund der Preisregulierung nicht an die Krankenkassen bzw. Patienten weitergeben werden. Zum anderen kann diese Kooperationsleistung aufgrund der hohen Intransparenz auf dem Gesundheitsmarkt und aufgrund des ärztlichen Werbeverbotes nicht werbewirksam genutzt werden.

Darüber hinaus wirkt das derzeitige Vergütungssystem in Form der Einzelleistungsvergütung und der Budgetdeckelung hemmend auf die Abstimmungsbereitschaft der Leistungserbringer. Eine Einzelleistungsvergütung setzt vielmehr den Anreiz zu einer individuellen Leistungsmaximierung als zu einer stärkeren Leistungsabsprache und Einschränkung der Doppeluntersuchungen. Verstärkt wird dieser Effekt durch eine umfangreiche medizinisch-technische Ausstattung, zu deren Amortisation eine hohe Anzahl diagnostischer Leistungen notwendig ist.³⁸ Darüber hinaus übt die Budgetdeckelung einen negativen Effekt auf eine kontinuierliche Versorgung aus, da der Anreiz besteht, Patienten bei Erreichen des Praxisbudgets an Kollegen zu verweisen und somit einen Arztwechsel herbeizuführen.

Ein weiterer Einflußfaktor ist die im internationalen Vergleich hohe Wettbewerbsintensität, die aus einer hohen Ärztedichte³⁹ resultiert. Ein hoher Wettbewerbsgrad kann die Gefahr einer

³⁷ Bei positiven externen Effekten steigert das Handeln eines Akteurs das Nutzenniveau eines anderen, ohne daß jener eine Kompensation hierfür erhält (WOLFF 1995). Theoretisch und empirisch belegt ist, daß selbst bei einer hohen Nachfrage inkompatible Produkte hergestellt werden, wenn die Kosten der Koordination der unterschiedlichen Produktionsstandards hoch sind und der Aufwand für die positiven Netzwerkeffekte von den Unternehmen getragen werden müssen (CHURCH 1992, ECONOMIDES 1994).

³⁸ Der SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1996: 185) schätzt unter Bezug auf Daten aus den USA, daß der Anteil der als nicht notwendig erachteten diagnostischen Gesundheitsleistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben rund 30 Prozent beträgt. Die Ursache dieser Leistungsausweitung wird vor allem auf eine hohe Großgerätedichte (definiert als die Anzahl der Großgeräte je 1 Mio. Einwohner) zurückgeführt. Diese gilt in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD-Staaten und gemessen an der Morbidität und der Bevölkerungszahl als relativ hoch. Bei der Großgerätedichte liegt Deutschland nach den USA und Italien an dritter Stelle (ARNOLD 1995: 133).

³⁹ Die Ärztedichte beschreibt das Verhältnis zwischen der Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner. Diese nimmt in Deutschland innerhalb der OECD-Staaten einen oberen Platz ein und lag 1994 im ambulanten Sektor bei

angebotsinduzierten Nachfrage⁴⁰ verstärken und damit eine weitere Leistungsausweitung induzieren.

Ein weiterer Faktor, der sich hemmend auf die Kooperationsbereitschaft auswirkt, besteht darin, daß aufgrund der Preisregulierung im Gesundheitswesen die Konkurrenz zwischen Ärzten in Form eines Nichtpreiswettbewerbs ausgetragen wird. Dieser hat zum einen zur Folge, daß tendenziell ein geringerer Anreiz zur Weitergabe wichtiger Informationen an Fachkollegen besteht. Zum anderen führt ein Nichtpreiswettbewerb dazu, daß Qualitätsindikatoren zu entscheidenden Wettbewerbsparametern werden. Hierzu zählen einerseits eine technologisch hochwertige Praxisausstattung, andererseits ein umfangreiches Leistungsangebot der Ärzte.⁴¹ (SCHÖNBACH 1991) Darüber hinaus hat sich der Wettbewerb zwischen Ärzten in den letzten Jahren durch eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und insbesondere seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 intensiviert, da Leistungsübernahmen und Kostenerstattungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen restriktiver geworden sind.

Neben Kosten- und Wettbewerbsfaktoren können die Ursachen für eine mangelnde Kooperation zwischen Ärzten nach Meinung des SACHVERSTÄNDIGENRATES FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1994) zusätzlich in einem professionsspezifischen Selbstverständnis der Ärzte liegen, so daß „Teamarbeit manchmal als Gefährdung professioneller Verantwortlichkeit und damit der Berufsidentität empfunden wird“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 1994: 100).

Neben den hier genannten Gründen, die vor allem die angebotsseitigen Ursachen einer mangelnden Kooperation zwischen Ärzten behandeln, ist zu berücksichtigen, daß der einzelne Arzt aufgrund der Wahlfreiheit des Patienten und der Intransparenz über das Leistungsgeschehen keine Informationen über mögliche Parallelinanspruchnahmen des Patienten hat. Da hierdurch eine Abstimmung der einzelnen Ärzte, um zum Beispiel Wechselwirkungen oder Doppeltuntersuchungen auszuschließen, erschwert wird, können auch aus einem unkooperativen Verhalten der Patienten Qualitätsverschlechterungen resultieren.

2,5 Ärzten je 1.000 Einwohner (SCHNEIDER 1997: 181). Da bis 1993 keine Zulassungsbeschränkung für neue Praxen galt, hat sich die Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1980 fast verdoppelt, was zu einer im internationalen Vergleich hohen Ärztedichte geführt hat (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998B).

⁴⁰ Diese wird in erster Linie auf die hohe Informationsasymmetrie bei Gesundheitsgütern zurückgeführt und liegt dann vor, wenn „the physician influences a patient’s demand for care against the physician’s interpretation of the best interest of the patient“ (MCGUIRE 1991: 504).

⁴¹ Zum Beispiel können eine großzügige Verschreibung von Medikamenten oder umfangreiche Untersuchungen dazu dienen, Patientenwünschen zu entsprechen und einer Abwanderung von Klienten vorzubeugen.

3.2.4 Reformperspektiven: Netzwerke im ambulanten Sektor

Aufgrund dieser institutionellen Besonderheiten und der hieraus resultierenden Risiken für die Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung der ambulanten Organisation in den letzten Jahren zunehmend in das Blickfeld gesundheitspolitischer Reformbemühungen gerückt. Während die Gesundheitsreformen in den 80er und 90er Jahren in erster Linie noch darauf ausgerichtet waren, über globale finanzielle Beschränkungen einer expansiven Ausgabenentwicklung entgegenzuwirken⁴², wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993)⁴³ und dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997) erste Schritte zu einer Strukturreform des Gesundheitswesens und zur Einführung marktwirtschaftlicher Elemente unternommen. Hierzu zählte unter anderem die Möglichkeit zur Erprobung neuer Versorgungsformen in Form von Modellvorhaben und Strukturverträgen. Nach §§ 63 ff. SGB V und § 73a SGB V werden die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen dazu ermächtigt, Modellprojekte zur Erprobung besonderer Versorgungs- und Vergütungsverträge zu initiieren.

Strukturverträge erlauben die Erprobung eines Gatekeepingsystems sowie ein Abweichen vom derzeitigen Vergütungssystem. Im Unterschied zu Strukturverträgen unterscheiden sich Modellvorhaben dadurch, daß sie zeitlich begrenzt sind, Satzungsregelungen erfordern, einen Prämiennachlaß für Versicherte bei Teilnahme an diesen Modellvorhaben erlauben und eine wissenschaftliche Evaluierung erfordern (RENZEWITZ 1998).

Infolge dieser gesetzlichen Veränderungen wurden bundesweit zahlreiche Pilotprojekte und Ärztenetzwerke initiiert, wobei die Schätzungen über die Anzahl der Projekte zwischen 100 und 400 schwanken (BAUSCH 2000A: 22). Der Schwerpunkt liegt hierbei weniger auf der Erprobung neuer Vergütungsformen als vielmehr auf der Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Leistungserbringung.

Bei den meisten Netzwerken handelt es sich um eigeninitiierte Projekte einiger niedergelassener Ärzte ohne vertragliche Grundlage und weniger um Projekte, die auf Strukturverträgen basieren oder Modellvorhaben, bei denen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen als Vertragspartner auftreten. Aufgrund dessen liegen nur zu wenigen der derzeit

⁴² Hierzu diene vor allem das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977, das das Ziel einer Beitragssatzstabilität und die Fixierung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BSP verfolgte und das Gesundheitsreformgesetz, das das Selbstkostendeckungsprinzip für Krankenhäuser änderte. (KANIA 1998)

⁴³ Durch die Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen wurde der Versuch unternommen, Wettbewerb zwischen den Krankenkassenanbietern einzuführen. Neue Finanzierungsformen für Krankenhausleistungen wie Fallpauschalen und Sonderentgelte führten zusätzlich zu höheren Wirtschaftlichkeitsanreizen im stationären Sektor. (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998B)

existierenden Netzwerke ausführliche Informationen über Aufbau, Funktionsweise sowie Ergebnisse der Netzwerkbildung vor.⁴⁴

Demzufolge ist eine eindeutige Aussage über die Auswirkungen dieser Netzwerke auf Qualität und Kosten der Versorgung oder über die Wirksamkeit unterschiedlicher Netzwerkregelungen nicht möglich. Die ersten Einschätzungen der Beteiligten sind uneindeutig. Einerseits wird von den Netzwerkteilnehmern immer wieder auf den Erfolg der Netzwerke hingewiesen, wobei hierbei vor allem die umfangreichen Netzwerkaktivitäten als Evidenz angeführt werden. Andererseits bezeichnen viele diese ersten Reformmodelle, vor allem mit Verweis auf fehlende Nachweise für Netzwerkerfolge, als gescheitert.⁴⁵

Die Tatsache, daß Netzwerke noch nicht flächendeckend erprobt werden und derzeit keine empirische Evidenz für den Erfolg von Netzwerken vorhanden ist, bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, daß diese nicht geeignet sind, Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen zu erzeugen. Für die Implementierung von Gesundheitsnetzwerken sprechen, neben den bereits in Kapitel 2.1 vorgestellten Reform Erfahrungen in anderen Ländern, mehrere Faktoren. Zum einen können die bislang fehlenden Erfolgsnachweise darauf zurückgeführt werden, daß die Evaluation der bestehenden Netzwerke nicht umfassend genug war, um ein endgültiges Urteil über die Effizienz von Gesundheitsnetzwerken fällen zu können. Zum anderen sind trotz des Fehlens erfolgreicher Ärztenetzwerke weiterhin zahlreiche Netzwerkgründungen sowohl auf informeller Basis als auch auf der Grundlage von Modellvorhaben oder Strukturverträgen unter Beteiligung der Krankenkassen zu beobachten.⁴⁶

Vor allem ist zu berücksichtigen, daß die Umsetzung von Reforminitiativen und die konkrete Ausgestaltung von Modellprojekten maßgeblich durch Handlungsaufträge, Ziele und Befugnisse der einzelnen Interessenparteien im Gesundheitswesen geprägt und begrenzt werden.

Einen zentralen Stellenwert nehmen hierbei die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Kassenärztliche Vereinigung ein. Die gesetzliche Krankenversicherung⁴⁷ ist neben der

⁴⁴ Einen kurzen Überblick über einige der Netzwerke, die sowohl auf einem Strukturvertrag beruhen als auch ohne vertragliche Grundlage arbeiten, gibt eine Zusammenstellung der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG (1999B). Eine detaillierte wissenschaftliche Untersuchung existiert bislang nur zum Netzwerk in Ried (SZECSENYI 1999).

⁴⁵ Daß es bislang an eindeutigen „Erfolgsmodellen“ fehlt, beweist auch die Tatsache, daß bisher noch keine Modellversuche der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen in die vertragsärztliche Regelversorgung aufgenommen wurden.

⁴⁶ Beispiele hierfür sind die Netzwerke in Weilheim, Ingolstadt und Nürnberg-Nord (RYCHEL 2001).

⁴⁷ Diese ist in mehrere Kassenarten gegliedert, die sich nach berufsständischen, regionalen oder branchenspezifischen Ausrichtungen unterscheiden (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998B: 142). Da das GSG den rechtlichen Rahmen für Zusammenschlüsse erweiterte, hat seit 1992 ein Konzen-

privaten Krankenversicherung und anderen Sicherungssystemen der Hauptfinanzierer medizinischer Leistungen. Da alle Personen bis zu einer bestimmten Beitragsbemessungsgrenze versicherungspflichtig sind, gehören fast 90 Prozent der Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung an (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1998B: 159). Mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (1996) besteht für die Versicherten aber unbeschränkte Kassenwahlfreiheit, so daß die Kassen seitdem im Wettbewerb um Versicherte stehen (SCHÖFFSKI 1996).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte mit Pflichtmitgliedschaft sind, treten zum einen als Verhandlungspartner der Krankenkassen auf Bundesebene auf. Zum anderen obliegt ihnen der gesetzliche Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung (NEUFFER 1997).⁴⁸ Bei der Implementierung von Gesundheitsnetzwerken nimmt die Kassenärztliche Vereinigung darüber hinaus einen besonderen Stellenwert ein. Verträge über Modellvorhaben und Strukturverträge, die zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern abgeschlossen werden, sind nur unter Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung rechtskräftig (BÖHLERT 1997). Damit verfügen die Kassenärztlichen Vereinigungen quasi über ein Vetorecht gegen den Abschluß von Netzwerkverträgen. Die Erprobung von Modellprojekten oder einzelnen Regelungen wird zusätzlich dadurch erschwert, daß die Krankenkassen derzeit gesetzlich nicht befugt sind, Direktverträge mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen.⁴⁹

Aus den unterschiedlichen Handlungsaufträgen und Befugnissen der beiden Verbände resultieren spezifische Interessen, die einen entscheidenden Einfluß auf die Reformansätze und –bestrebungen im ambulanten Sektor ausüben. Auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen besteht ein starkes Interesse an institutionellen Reformen, die es ihnen ermöglichen würden, Direktverträge mit ambulanten Leistungserbringern abzuschließen und neue Versorgungsmodelle zu erproben. Über diese Reformen könnte nicht nur der Versuch unternommen werden, einer Leistungsausweitung zu begegnen, sondern kasseneigene alternative Versorgungsformen würden auch die Möglichkeit bieten, sich im Wettbewerb um Patienten gegen-

trationsprozeß innerhalb der GKV stattgefunden. Von den 1.354 Kassen, die 1992 bestanden, existieren derzeit noch 603 gesetzliche Krankenkassen (KV-HOMEPAGE).

⁴⁸ Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bereitstellung einer genügenden Anzahl von Ärzten, mit der den Versicherten eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung innerhalb einer zumutbaren Entfernung ermöglicht wird (ARNOLD 1995).

⁴⁹ Die Krankenkasse tritt nur in vertragliche Beziehung zur Kassenärztlichen Vereinigung, während diese wiederum Verträge mit den niedergelassenen Ärzten abschließt (WIGGE 1996).

über anderen Kassen abzugrenzen. Hierdurch läßt sich auch das tendenziell hohe Engagement der Krankenkassen bei der Initiierung und Umsetzung von Modellprojekten erklären.⁵⁰

Hierzu im Gegensatz stehen die Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die durch die Reformbestrebungen der Krankenkassen, besonders bei Einführung von Direktverträgen, ihre Legitimationsgrundlage verlieren würden. Derzeit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen noch in die Umsetzung von Modellvorhaben eingebunden, indem sie bei der Ausarbeitung von Netzwerkverträgen beteiligt sind und letztlich der Implementation zustimmen müssen. Ihre eher zögerliche Haltung gegenüber Gesundheitsnetzwerken, die sowohl von den Krankenkassen als auch von den ambulanten Ärzten bemängelt wird, sowie der relativ häufige Gebrauch ihres Vetorechts könnten darauf hinweisen, daß der Bestandssicherung Vorrang vor der Erprobung neuer Modelle gegeben wird. (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 1999A)⁵¹

4 Zwischen Markt und Integration: die netzwerkliche Leistungserstellung

4.1 Gründe für eine Einordnung von Netzwerken in das Markt-Integration-Schema

Soll für eine netzwerkliche Organisation der Leistungserstellung im Gesundheitswesen plädiert werden, steht grundsätzlich die Frage im Mittelpunkt, woraus aus ökonomischer Perspektive ihre Vorteilhaftigkeit vor allem gegenüber der integrierten Organisationsform resultiert. Eine eingehende Analyse ist um so notwendiger, als weder aus theoretischer noch aus empirischer Perspektive überzeugende Belege für die überlegene Effizienz einer der beiden Formen für die Organisation der Gesundheitsversorgung vorliegen.

Zwar existieren theoretische Untersuchungen, die einzelne Aspekte der beiden Formen miteinander vergleichen, wie die spezifischen Kontrollmechanismen und Anreizinstrumente (POWELL 1990, TSEBELIS 1993) sowie die Art der Austauschbeziehungen innerhalb beider Systeme (OUCHI 1980, THORELLI 1984). Ebenso existieren Darstellungen der allgemeinen

⁵⁰ Die AOK war im Jahr 2000 an zwölf Ärztenetzen beteiligt (BAUSCH 2000B), die BKK alleine in Bayern an fünf Netzwerken (RYCHEL 2001).

⁵¹ Die Furcht vor einem Funktionsverlust infolge neuerer gesetzlicher Entwicklungen wird auch anhand der Stellungnahme der KV zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2000 deutlich, nach der zukünftig Modellvorhaben auch ohne Genehmigung der KV durchgeführt werden können. In dieser Stellungnahme heißt es: „Künftig sollen Hausärzte, wenn sie es denn ‚in hinreichend großer Zahl wollen‘, das Recht erhalten eigene Modellvorhaben auch ohne Genehmigung der KV zu implementieren. (...) Man muß hierin einen meisterlichen taktischen Schachzug sehen, dessen Ziel die Minimierung des organisierten kassenärztlichen Widerstandes sein dürfte“ (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 1999A: 6).

Eigenschaften der beiden Systeme (POWELL 1990, WILLIAMSON 1991). Dagegen wird ein Bezug zur Organisation der Gesundheitsversorgung bei diesen Studien nicht hergestellt. Demgegenüber beziehen sich zwar einzelne empirische Studien auf die verschiedenen Formen der Organisation von Gesundheitsdienstleistungen, dennoch erfolgt bei diesen wiederum kein Vergleich zwischen integrierter und netzwerklicher Leistungserstellung. Vielmehr handelt es sich bei diesen Arbeiten um eine Untersuchung von Teilkomponenten der Systeme sowie ihrer Auswirkungen auf Qualität und Kosten der medizinischen Behandlung. In Bezug auf integrierte Versorgungsformen zählen hierzu Untersuchungen über die Konsequenzen finanzieller Anreize (CUTLER 1997, HUBER-STEMICH 1996, WARE 1986) oder die Folgen hierarchischer Strukturen und einer höheren Kontrollintensität auf die Qualität und Kosten der medizinischen Behandlung (KÜHN 1997, NEWHOUSE 1992). Aber auch in diesen Studien werden die Ergebnisse über integrierte Versorgungsformen nicht zu netzwerklichen Systemen in Beziehung gesetzt.⁵²

Aus theoretischer Perspektive spricht für eine netzwerkliche Organisation vor allem die Tatsache, daß insbesondere aus institutionenökonomischer Sicht Netzwerke gegenüber integrierten Organisationen als die effizientere Organisationsform angesehen werden. Nach WILLIAMSON (1996: 212) läßt sich eine eindeutige Rangfolge in der Effizienz alternativer Koordinationsformen aufstellen. Grundsätzlich ist eine marktliche Koordination allen anderen Formen überlegen. Nur wenn Marktunvollkommenheiten zu nennenswerten Ineffizienzen führen, ist eine netzwerkliche Organisation vorzuziehen und erst wenn sich diese als inadäquat herausstellt, wird die hierarchische Organisationsform empfohlen. Diese theoretische Beurteilung kann für das Gesundheitswesen bislang nicht empirisch belegt werden, da keine ausreichende Datenbasis vorliegt, die eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Systeme ermöglichen würde.⁵³

Da Netzwerke aus institutionenökonomischer Sicht als intermediäre Form zwischen Markt und Hierarchie angesehen werden und damit Charakteristika beider Systeme aufweisen, werden im folgenden eine kurze Darstellung der beiden Idealtypen Markt und Hierarchie erfolgen sowie eine Untersuchung, welche Elemente beider Formen für das deutsche Gesundheitswesen als geeignet für die Lösung der in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Strukturmängel

⁵² Studien über die Auswirkungen einer netzwerklichen Leistungserstellung im Gesundheitswesen wurden bereits in Kapitel 2.2 vorgestellt. Allerdings wurde auch in diesen kein Vergleich zu integrierten Versorgungsformen hergestellt.

⁵³ Ein weiteres Indiz für die Vorteilhaftigkeit von netzwerklichen gegenüber hierarchischen bzw. integrierten Strukturen besteht in der Tatsache, daß in vielen Industriebranchen eine Reorganisation großer, vertikal integrierter Unternehmen in einzelne, selbständige Unternehmen, die netzwerkartig organisiert sind, festzustellen ist (HARRIGAN 1985, LORENZONI 1982, SAXENIAN 1991, WOMACK 1990).

erscheinen. In einem sich anschließenden Kapitel wird gezeigt werden, daß Ärztenetzwerke theoretisch eine verbesserte Organisationsform für das Gesundheitswesen darstellen könnten, weil sie die Vorteile beider Systeme miteinander zu kombinieren vermögen.

4.2 Die Idealtypen Markt versus Integration

In der klassischen Institutionenökonomie⁵⁴ werden die marktliche Koordination und die hierarchische Organisation⁵⁵ oder die „Integration“, wie sie vor allem in der anglamerikanischen Literatur bezeichnet wird (TIROLE 1988), als Extrempole gegenübergestellt (COASE 1937, WILLIAMSON 1975). Zwar ist der Unterschied zwischen der hierarchischen Koordination und dem marktlichen Austausch von Gütern und Dienstleistungen, wie er nach der ökonomischen Theorie vorgenommen wird, stilisiert. Dennoch bietet diese Klassifizierung die Möglichkeit, die Adäquanz der unterschiedlichen Organisationsformen für die Gesundheitsversorgung abwägen zu können. Entsprechend dieser idealtypischen Einteilung kann auch die Gesundheitsversorgung theoretisch über verschiedene institutionelle Arrangements organisiert werden.

4.2.1 Grundzüge der marktlichen Leistungserstellung

Bei der marktlichen Leistungserstellung verfügen die Anbieter über alle Eigentumsrechte. Infolge dessen treten sie als selbständige Anbieter auf dem Markt auf, wobei die einzelnen Leistungsanbieter rechtlich, organisatorisch und finanziell voneinander unabhängig sind. Die Koordination der einzelnen Handlungen und die Abstimmung der Einzelinteressen erfolgt dezentral über den Preismechanismus, wobei primär pekuniäre Ziele handlungsleitend sind. Unter den Bedingungen einer vollständigen Konsumentensouveränität⁵⁶ und einer polypolistischen Marktstruktur wird die Kontrolle über das Leistungsgeschehen dezentral über den Wettbewerbsmechanismus ausgeübt. (SCOTT 1986)⁵⁷

⁵⁴ „Die Institutionenökonomik [behandelt] diejenigen Koordinationsprobleme, die bei der Abstimmung von Einzelplänen auftreten, wenn die rechtlich restriktiven Bedingungen der neoklassischen Welt gelockert werden“ (CEZANNE 1998: 1345).

⁵⁵ Der Begriff der „Organisation“ wird in der Organisations- und Industrieökonomie häufig synonym mit den Begriffen Unternehmung, Hierarchie und Integration gebraucht (TIROLE 1988). Dies wird zum Beispiel durch die Definition der Unternehmung von KALDOR (1996: 30) deutlich, der diese als eine „productive combination possessing a given unit of coordinating ability“ charakterisiert- was theoretisch auch auf andere Organisationen und Institutionen zutrifft. Ebenso ist für WILLIAMSON (1985) eine Organisation „im eigentlichen Sinne“ entweder eine Hierarchie oder ein Betrieb.

⁵⁶ Eine Konsumentensouveränität impliziert, daß die Nachfrager sowohl die Art und den Umfang der nachgefragten Güter und Dienstleistungen frei wählen können, als auch die Anbieter der Leistungen (FRITSCH 1993: 8).

⁵⁷ Auf dem idealtypischen Versicherungsmarkt besteht jeweils ein Vertragsverhältnis zwischen Patient, Leistungserbringer und Krankenkasse. Der Patient erhält gegen eine risikoäquivalente Prämie einen Versicherungsschutz entsprechend seiner individuellen Präferenzen, so daß er den Leistungskatalog und den

Die ambulante Leistungserstellung in Deutschland weist in vielen Bereichen Züge eines marktlichen Systems auf, was zum Beispiel in der Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte, der wettbewerblichen Beziehung der Leistungserbringer oder der Arztwahlfreiheit der Versicherten zum Ausdruck kommt. Dennoch unterliegt der Marktmechanismus in vielen Bereichen staatlichen Restriktionen, die sich zum Beispiel in einer begrenzten Preissetzungsmacht der Anbieter oder einer nur geringen Konsumentensouveränität der Patienten ausdrücken (Kapitel 3.2.2).

Wie im folgenden näher beschrieben wird, könnten die im vorangegangenen Kapitel vorgestellten negativen Folgen der institutionellen Trennung in einem rein marktwirtschaftlichen System abgemildert werden, da der Marktmechanismus Anreize zu ihrer Überwindung setzen würde. Dieser Ausgleichsmechanismus kann jedoch im ambulanten Sektor nicht vollständig wirksam werden, da der staatliche Eingriff die Funktionsfähigkeit des marktlichen Koordinationsmechanismus begrenzt.

4.2.2 Wesentliche Strukturmerkmale integrierter Versorgungssysteme

Im Rahmen dieser Arbeit wird eine „Organisation“ bzw. „Integration“ definiert als „an der Verfolgung relativ spezifischer Ziele orientierte Kollektivität mit einer relativ starken formalisierten Sozialstruktur“ (SCOTT 1986: 45).⁵⁸ Darüber hinaus werden generell zwei Formen der Integration unterschieden, die organisatorische sowie die rechtliche Integration (ausführlich KESSLER 1959). Mit einer organisatorischen Integration ist eine Veränderung des Produktionsprozesses und der Organisationsstrukturen verbunden, indem alle Teilleistungen, die für die Herstellung eines Produktes oder einer Dienstleistung notwendig sind, innerhalb einer organisatorischen Einheit erbracht werden. (PERRY 1989) Eine rechtliche Integration dagegen führt zu einer Veränderung der Eigentumsverhältnisse, da Leistungen nicht mehr extern beschafft werden, sondern intern hergestellt werden. Erfolgt eine rechtliche Integration mehrerer, ehemals selbständiger Organisationseinheiten, werden alle Verfügungsrechte (siehe Kapitel 4.3.2) auf eine zentrale Instanz übertragen.⁵⁹ Da hierdurch sowohl die organisatori-

zuständigen Arzt selber bestimmen kann. Zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen werden sowohl das Leistungsangebot als auch die Vergütungsmodalitäten direkt ausgehandelt, wobei für die Krankenkassen Kontrahierungsfreiheit besteht. (STILLFRIED 1997)

⁵⁸ Es sei darauf hingewiesen, daß in der Organisationsökonomie der Organisationsbegriff uneinheitlich und häufig sehr vage definiert ist. Zum Beispiel sieht WILLIAMSON (1975) eine Organisation als jedes soziale Gefüge oder Gruppierung an, in dem eine Transaktion stattfindet.

⁵⁹ Ab welchem Grad der Übertragung von Eigentumsrechten eine Integration bereits als solche angesehen werden kann, wird in der theoretischen Diskussion uneinheitlich bewertet. Zum einen wird eine vertikale Integration nur dann als solche bezeichnet, wenn die direkte Verfügungsgewalt und Kontrolle über alle Vermögensgegenstände auf eine Instanz übergeht. Zum anderen wird diese bereits durch den partiellen vertraglichen Erwerb von Eigentumsrechten über vertragliche Arrangements erreicht. (MAHONEY 1992, TIROLE 1988) Da es sich bei den noch näher zu untersuchenden integrierten Gesundheitssystemen, den klassischen

sche als auch die rechtliche Voraussetzung für eine unmittelbare Beobachtung und Kontrolle des Behandlungsgeschehens gegeben ist, wird die Kontrolle in der klassischen Organisation unmittelbar vom Eigentümer ausgeübt. (DIMAGGIO 1983) Die Koordination innerhalb integrierter Systeme erfolgt zentral über Weisungen, eindeutig definierte Aufgabenzuständigkeiten sowie über eine Standardisierung des Leistungsprozesses.

Durch die Konzentration aller Verfügungsrechte auf eine Person und die ihr zustehenden Weisungsbefugnisse tragen integrierte Systeme in ihrer idealtypischen Form Merkmale von Bürokratien, die sich durch einen hierarchischen Aufbau, formalisierte Entscheidungsprozesse und eindeutige Autoritätsstrukturen auszeichnen.^{60 61}

Ein Beispiel für integrierte Versorgungssysteme im Gesundheitssektor sind Managed Care Organisationen in den USA.⁶² Eine einheitliche Begriffsdefinition für Managed Care existiert derzeit nicht, da es sich hierbei um einen Oberbegriff für verschiedene Organisationsprinzipien in der amerikanischen Gesundheitsfinanzierung und –versorgung handelt.⁶³ Zu den Strukturprinzipien von Managed Care zählen im wesentlichen ein integriertes Angebot von Versicherungs- und Gesundheitsleistungen, indem die Versicherungsgesellschaften selbst Eigentümer von Gesundheitszentren sind und selber medizinische Dienstleistungen anbieten. Zusätzlich impliziert Managed Care in seiner ursprünglichen Form eine organisatorische Integration verschiedener Fachrichtungen. (AMELUNG 2000, PHELPS 1997)

Health Maintenance Organizations (HMO's) sind die konkrete Ausgestaltung dieser Prinzipien, wobei auch dies ein Sammelbegriff für die unterschiedlichen Formen von

HMO's, um eine vollständige Übertragung von Verfügungsrechten auf den Versicherer handelt, wird im folgenden die vertragliche Übertragung von Verfügungsrechten nicht weiter berücksichtigt.

⁶⁰ Der Idealtyp der „Bürokratie“ wird im Sinne von WEBER (1972: 124 ff.) verstanden als eine Organisation mit klar spezifizierten Aufgabenbereichen, Organisation der Ämter entsprechend des Hierarchieprinzips, Amtsausführung aufgrund formaler Regeln, kein Eigentum an Produktionsmitteln, Auswahl der Beamten aufgrund fachlicher Qualifikation und Weisungsgebundenheit der Beamten.

⁶¹ Im Gegensatz zum klassischen Versicherungsverhältnis, sondern ein Versicherungsvertrag besteht nur zwischen Patient und Leistungserbringer sowie zwischen ihm und der Krankenkasse in Form eines Angestelltenvertrages. Im Gegensatz zur marktlichen Organisation herrscht eine eingeschränkte Konsumentensouveränität, da die Versicherung die ihm zustehende Therapieform definiert und nur jene Leistungsanbieter in Anspruch genommen werden können, die Angestellte der Versicherung sind. (BREYER 1997)

⁶² Generell weist das amerikanische Gesundheitssystem verschiedene Versicherungsformen auf. Hierzu zählen die staatlichen Versorgungssysteme wie Medicaid und Medicare für die ältere Bevölkerung oder einkommensschwache Personen, konventionelle Versicherungen, Self-Insurance und Health Maintenance Organizations. (TOEPFFER 1999) Davon haben Managed Care Organisationen einen Marktanteil von 80 Prozent im amerikanischen Gesundheitssystem. (FRANK 1994: 132). Rund 80 Prozent der Amerikaner waren 1997 in einer Managed Care Organisation versichert, während dies 1978 nur 25 Prozent waren (ZELMAN 1998: 11).

⁶³ Hierzu im Vergleich die Definition von INGELHART (1992: 742): „Most definitions characterise managed care as a system that integrates the financing and delivery of appropriate medical care“. Demgegenüber weist KÜHN (1997: 17) darauf hin, daß „Managed Care“ zum einen die Integration der Funktionen Versicherung

Managed Care Organizations ist. Prinzipiell lassen sich diese in vier Typen untergliedern, die sich nach dem rechtlichen Verhältnis zwischen Versicherung und Ärzten sowie nach der Vergütung der Leistungserbringer unterscheiden. Den Merkmalen der oben dargestellten idealtypischen Form entspricht in erster Linie die klassische HMO oder das „Staff Model“, das dadurch charakterisiert ist, daß die Versicherungen eigene Einrichtungen unterhalten, die Ärzte Angestellte der Versicherungen sind und diese über ein Fixgehalt vergütet werden. (Amelung 2000)⁶⁴

Neben diesen institutionellen Charakteristika zeichnen sich HMO's dadurch aus, daß spezifische Koordinations- und Kontrollinstrumente zur Leistungssteuerung, sogenannte „Managed Care Instrumente“ angewandt werden. Hierzu zählen eine Standardisierung des Leistungsprozesses durch Behandlungsleitlinien, eine zentrale Steuerung des Behandlungsprozesses durch Gatekeeping⁶⁵ und ein Case Management⁶⁶, eine Kontrolle des Behandlungsgeschehens über Utilization Reviews⁶⁷ sowie eine Beteiligung der Ärzte am finanziellen Risiko der medizinischen Dienstleistung über Kopfpauschalen (siehe Kapitel 6.1.3) (OBERENDER 1998). Diese Instrumente werden an dieser Stelle nicht ausführlich behandelt, weil sie keine Organisationsmerkmale einer typischen integrierten Versorgungsform sind, sondern eher organisationale Regelungen oder Managementmethoden darstellen. Daher

und Versorgung beinhaltet und zum anderen eine Anwendung von Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung impliziert.

⁶⁴ Darüber hinaus existieren noch weitere Formen der HMO's; da diese Formen jedoch zum Teil mit Ärztenetzwerken vergleichbar sind und der vorgestellte theoretische Idealtypus einer integrierten Versorgungsform der klassischen HMO ähnelt, werden diese Alternativformen nur kurz skizziert. Bei den „Independent Practice Associations“ (IPA) besitzen die Versicherungsträger keine eigenen Einrichtungen, sondern sie schließen mit einzelnen Ärzten oder Gruppenpraxen Verträge ab, wobei die Ärzte vorwiegend mit einem festen Gehalt vergütet werden. Eine neuere Form sind die „Preferred Provider Organizations“ (PPO), bei denen Versicherer Exklusivverträge mit ausgewählten Anbietern abschließen, die Sonderkonditionen, zum Beispiel eine bessere Qualität oder Preisabschläge, anbieten. Die Versicherten verpflichten sich im Gegenzug, nur PPO-Ärzte zu konsultieren. Die „Prepaid Group Practice“ ist ein Zusammenschluß von Ärzten, die Verträge mit dem Versicherungsunternehmen abschließen und für jeden Versicherten eine feste monatliche Prämie erhalten. Darüber hinaus gibt es noch das „Network Model“, bei der eine zentrale HMO mit anderen HMO's Verträge abschließt und damit ein HMO-Netz aufbaut. (NEUFFER 1997)

IPA's haben hierbei einen Marktanteil von 62 Prozent, während auf das Group Model 13 Prozent, auf das Staff Model 10 Prozent und auf das Network-Model 15 Prozent entfallen (SOMMER 1992: 19).

⁶⁵ Beim Gatekeeping ist der Patient dazu verpflichtet, im Krankheitsfall zuerst einen Hausarzt aufzusuchen, der den Patienten bei Bedarf an einen Facharzt oder einen Spezialisten überweist.

⁶⁶ Das Case Management ist ein sektorübergreifendes Management für behandlungsintensive Indikationsgruppen, bei dem der Behandlungsprozeß von einem hierfür eigens von der Versicherung angestellten Arzt organisiert und begleitet wird (GEBERT 1989).

⁶⁷ Beim Utilization Review ist der Arzt verpflichtet, vor der Durchführung umfangreicher Therapiemaßnahmen die Zweitmeinung des Versicherers oder eines anderen Arztes einzuholen. PAULY (1992: 72) definiert Utilization Review als „... the collection of techniques in which a third party determines the appropriateness of medical services suggested or provided to the patient by the attending physician“. Ziel dieses Zweitmeinungsverfahrens ist in erster Linie eine Begrenzung medizinisch nicht indizierter Maßnahmen und eine Überprüfung des Behandlungsverhaltens von Ärzten. Theoretisch können diese jedoch auch in dezentral organisierten Systemen angewandt werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß eine entsprechende rechtliche Verpflichtung für Ärzte zu einer Auskunftspflicht besteht und das Vorhandensein einer geeigneten technischen Infrastruktur gegeben ist.

können diese theoretisch auch auf andere Organisationsformen übertragen werden und, wie noch näher beschrieben wird, in Netzwerken angewandt werden (siehe Kapitel 5.1).

4.3 Markt versus Integration: die Vorteile und Grenzen der unterschiedlichen Organisationsformen für die ambulante Gesundheitsdienstleistung

Im folgenden werden die Auswirkungen beider Organisationsformen auf die ambulante Versorgung näher vorgestellt. Dabei werden beide Organisationstypen zum einen daraufhin überprüft, welche Anreize von den jeweiligen organisationalen Regelungen ausgehen. Zum anderen werden die Transaktionskosten der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Organisationsformen miteinander verglichen. Im Mittelpunkt der Betrachtung wird vor allem ein Vergleich der folgenden fünf Strukturmerkmale stehen: räumliche Organisation der Leistungserstellung, Koordinations- und Kontrollmechanismen, Verteilung der Eigentumsrechte und Kosten der Vertragsausgestaltung zwischen Versicherern und Anbietern.

Ziel der folgenden Analyse ist nicht ein umfassender oder globaler Systemvergleich, sondern eine Darstellung einzelner Systemelemente, die speziell für die Organisation der ambulanten Gesundheitsversorgung von Relevanz sind, sowie die Abwägung ihrer Adäquanz für das deutsche Gesundheitssystem. Über diesen Vergleich sollen jene Elemente aus beiden Systemen identifiziert werden, die aus theoretischer und empirischer Perspektive für die Organisation der Gesundheitsdienstleistung als besonders geeignet erscheinen. Im Anschluß hieran wird gezeigt werden, daß diese Merkmale innerhalb von Gesundheitsnetzwerken kombiniert werden können. Da ein Systemvergleich nicht im originären Interesse dieser Arbeit liegt, sondern dieser nur als Instrument dient um jene Regelungen herauszufinden, die zu einer optimalen Netzwerkausgestaltung dienen, wird im folgenden keine eingehende eigene Analyse erfolgen. Vielmehr wird auf bereits vorliegende Ergebnisse theoretischer Arbeiten und empirischer Studien zurückgegriffen.

4.3.1 Räumliche Organisation

Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Idealtypen besteht darin, daß die Leistungserstellung in einem marktlichen, dezentral organisierten System in organisatorisch voneinander unabhängigen Einzelpraxen erbracht wird, während die Integration zu einer Aufhebung der interorganisationalen Grenzen führt. Die räumliche Integration beeinflusst zum einen die Höhe der Koordinationskosten zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten haben und zum anderen hat diese Auswirkungen auf die Produktionskosten der Leistungserstellung.

Im derzeitigen Einzelpraxensystem entstehen sowohl für den Patienten „Übergangskosten“ beim Wechsel des behandelnden Arztes als auch für die Leistungserbringer infolge eines Daten- und Informationsaustauschs. Im Gegensatz dazu entfallen diese „Schnittstellenkosten“ bei einer integrativen Versorgung, in der alle medizinischen Leistungen „unter einem Dach“ erbracht werden. Zwar wird aus diesen Gründen eine integrative Versorgung als vorteilhafter angesehen, es ist allerdings zu untersuchen, ob diese angenommenen Kostenunterschiede nicht auch durch eine entsprechende technologische Vernetzung der einzelnen Anbieter nivelliert werden können. Darüber hinaus ist fraglich, ob die Kosten der Datenübermittlung in einem dezentral organisierten System derart erheblich sind, daß eine Umgestaltung des ambulanten Sektors in Deutschland, die wiederum wahrscheinlich mit nennenswerten Kosten verbunden wäre, rechtfertigt werden kann.⁶⁸

Neben den Kosten der interorganisatorischen Kooperation kann die Organisation der Leistungserstellung darüber hinaus einen entscheidenden Einfluß auf die Produktionskosten der Leistungserstellung ausüben. Vor allem in der theoretischen Diskussion wird hierbei auf die Überlegenheit integrierter Produktionsformen hingewiesen, indem diese in stärkerem Maße geeignet sind Größenvorteile (economies of scale) und Synergieeffekte (economies of scope) auszunutzen (TIROLE 1989).⁶⁹ Theoretisch könnten daher integrierte Versorgungssysteme, je nach Angebotspalette und Anzahl der Nutzer, zu einer Reduktion der Behandlungskosten pro Patient führen. Diese könnten aus einer besseren Auslastung medizinischer Geräte, einem Wissenstransfer zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen und aus einer Aufteilung administrativer Kosten auf mehrere Fachgebiete resultieren.⁷⁰

Entgegen diesen Annahmen sprechen mehrere Gründe gegen eine räumliche und rechtliche Integration. Zunächst ist nicht eindeutig, warum die Ausnutzung von Größenvorteilen auf Unternehmensgrenzen beschränkt ist, da Economies of Scale und Scope nach TIROLE (1989)

⁶⁸ Der hohe Kostenaufwand bei einer Umstellung des Systems ist auch ein Grund dafür, daß in den USA eher eine Vernetzung bestehender Einzelpraxen und die Gründung von IPA's angestrebt wird, als die Gründung von integrierten Formen, wie den HMO's. Hierbei kann mit einem geringeren Kostenaufwand auf bestehende Strukturen aufgebaut werden, als dies bei einer HMO der Fall ist (SOMMER 1992). Das bedeutet im Umkehrschluß jedoch auch, daß die Vorteile einer Integration die Kosten einer Systemumgestaltung nicht übersteigen. Ebenso läßt die Tatsache, daß in den USA im Verlauf der letzten Jahre die Gründung von Gesundheitsnetzen (sogenannte IPA's) im Vergleich zu der klassischen HMO, die eine organisatorische Integration verschiedener Fachrichtungen beinhaltet, erheblich zugenommen hat, den Rückschluß zu, daß die Kooperationskosten nicht so hoch ausfallen wie oben angenommen bzw. die Vorteile von IPA's gegenüber diesen Kosten überwiegen.

⁶⁹ Economis of scale resultieren aus einer Umverteilung aller Transaktions- und Produktionskosten auf eine größere Outputmenge, so daß die Produktionskosten einer Einheit mit steigendem Output fallen. Economies of scope entstehen dagegen aus einem effizienten Inputmix. (PORTER 1987)

⁷⁰ POPE (1992) weist zum Beispiel auf mehrere Studien hin, die positive Economies of Scale und Economies of Scope bei Gruppenpraxen im Vergleich zu Einzelpraxen nachweisen, jedoch werden keine Angaben über die

auch über vertragliche Arrangements erzielt werden können.⁷¹ Im Gegensatz zu einer vertraglichen Dienstleistungskooperation besteht bei integrierten Versorgungsformen, bei denen das gesamte Behandlungsspektrum angeboten wird und dementsprechende Investitionen in eine medizinisch-technische Ausstattung erforderlich sind, das Risiko von Überkapazitäten, wenn die mindestoptimale Versichertenanzahl nicht erreicht wird. (BUZZELL 1982)⁷²

Neben diesen Faktoren weisen HMO's bürokratieähnliche Nachteile auf, wie zum Beispiel hohe administrative Kosten.⁷³ Da diese mit der Organisationsgröße zunehmen, besteht die Gefahr, daß die Kosten der internen Koordination die Abnahme der Produktionskosten übersteigen (WILLIAMSON 1975).⁷⁴ Typisches Merkmal bürokratischer Organisationen ist zudem eine mangelnde Flexibilität und geringe Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Umweltanforderungen (PFEFFER 1978, WILLIAMSON 1975). Werden alle Leistungen intern erbracht, wie es das Konzept der integrierten Versorgung vorsieht, besteht die Gefahr, daß Investitionen bei sich ändernden Konsumentenpräferenzen und einer Anpassung der Produktion an diese zu „sunk cost“ werden. (KESSLER 1959) Eine mangelnde Flexibilität könnte nicht zuletzt auch aus einer unternehmensinternen Resistenz gegen die Umsetzung von Prozeß- und Produktinnovationen resultieren, vor allem wenn diese zu Arbeitsplatzersparungen führen könnten. Ein Indiz hierfür könnten die Ergebnisse der Studien aus den USA sein, die einen entscheidenden Einfluß von Managed Care Organisationen auf den medizinisch-technischen Fortschritt und die Diffusion neuer Technologien nachweisen. In einer Untersuchung über die Kostenentwicklung amerikanischer HMO's wurde festgestellt, daß die Reduzierung stationärer Kosten vor allem auf geringere Investitionen in neue Technologien zurückgeführt wurde (CUTLER 1997).⁷⁵

Größe der Gruppenpraxen oder ihren Angebotskatalog gemacht. Ähnlich weist KAZAHAYA (1988) positive Auswirkungen eines effizienten Casemixes auf die langfristigen Durchschnittskosten von HMO's nach.

⁷¹ Zum Beispiel kann die gemeinsame Nutzung von Geräten oder eine gemeinsame Administration auch vertraglich vereinbart werden, wie dies inzwischen bereits in Deutschland geschieht oder für die Schweizer Netze in Planung ist (LÖHR 1998, WAGNER 1997).

⁷² Zum Beispiel führt die Ausstattung mit technischen Geräten zu irreversiblen Fixkosten, während Netzwerke die entsprechenden Leistungen je nach Bedarf über Verträge bei externen Anbietern beziehen können (SOMMER 1992).

⁷³ Nach Aussage von KÜHN (1996: 36) werden in den USA zwischen 19 Prozent und 24 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Verwaltung eingesetzt; so habe sich zwischen 1986 und 1993 der Anteil des Verwaltungspersonals am gesamten Personal, das im Gesundheitssektor tätig ist, von 18 Prozent auf 27 Prozent erhöht.

⁷⁴ COASE (1996: 46) führt hierzu aus, daß „as a firm gets larger, there may be decreasing returns to the entrepreneur function, that is the cost of organizing additional transactions within the firm may rise. Naturally, a point must be reached where the cost of organizing an extra transaction within the firm are equal to the cost involved in carrying out the transaction in the open market (...)“.

⁷⁵ Jedoch können die geringeren Ausgaben für neue Technologien auch durch das Ziel einer Kostenreduzierung motiviert sein.

Darüber hinaus ist anzunehmen, daß in HMO's ebenso wie in Bürokratien eine Tendenz zur Besitz- und Bestandswahrung besteht, so daß Leistungen, die zwar ineffizient oder nicht nachfrageadäquat sind, aus Machtgründen nicht aufgegeben werden. (D'AVENI 1994)⁷⁶

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß, wenn eine eindeutige Vorteilhaftigkeit integrativer Modelle gegenüber dem jetzigen System der Einzelpraxen nicht gegeben ist, bzw. diese sogar die Gefahr „bürokratietyperischer“ Ineffizienzen bergen, nicht uneingeschränkt für integrierte Versorgungsformen plädiert werden kann. Ähnlich führt WILLIAMSON (1975) aus, daß „where integration does not have this physical or technical aspect (...) the case for cost savings from integration is generally much less clear“.

4.3.2 Eigentumsverhältnisse und Status der Ärzte

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Organisationsformen besteht in der Allokation von Verfügungsrechten⁷⁷, die insofern einen großen Einfluß auf das Ergebnis der Leistungserstellung haben können, als daß mit diesen spezifische Verhaltensanreize verbunden sind und damit indirekt Einfluß auf die Qualität und Kosten der Leistungserstellung genommen werden kann.

Sind die Leistungsanbieter als Selbständige in Privatpraxen tätig, verfügen sie über alle Eigentumsrechte, so daß sie über Investitionen in die eigene Praxis und den Einsatz von Behandlungsmitteln im Rahmen des gesetzlich erlaubten Leistungskataloges ebenso selber bestimmen können wie über das residuale Praxiseinkommen.⁷⁸ Die Zuweisung aller Handlungsrechte zu einer Person setzt vor allem den Anreiz zur Minimierung des Betriebsrisikos bzw. zur Maximierung des Betriebsgewinns. Dennoch werden pekuniäre Anreize für den Gesundheitsmarkt vielfach als wenig empfehlenswert erachtet, da aufgrund hoher Infor-

⁷⁶ Nach WILLIAMSON (1975) liegt der Nachteil hierarchischer Organisationen besonders darin, daß diese an Selbsterhalt interessiert sind, so daß Tätigkeiten selten aufgegeben werden, auch wenn sie nicht mehr den Bedürfnissen der Klienten oder der Prozeß der Leistungserstellung nicht mehr den Anforderungen der Umwelt entsprechen. Hierzu stellt D'AVENI (1994: 1173) fest, daß „vertical integration may also raise production or overhead cost (...) because management may wish to protect one subsidiary's domain, it may wish to create internal exit barriers to deter divestiture and trap firms into keeping obsolescent technologies and manufacturing strategies“.

⁷⁷ Bei Eigentums- oder Verfügungsrechten (Property Rights) werden vier Arten unterschieden, die je nach Zuweisung einen unterschiedlichen Einfluß auf die Effizienz der Leistungserstellung ausüben können: das Recht der Eigentümerschaft (usus), das Recht den Ertrag aus einer Sache einzubehalten (usus fructus), das Recht eine Sache zu verändern (abusus) und das Veräußerungsrecht (FURUBOTN 1974: 4). Grundlegende These der Verfügungsrechtstheorie ist, daß, je vollständiger alle Rechte an einem Gut einer Person zugeordnet sind, desto größer ist der Anreiz zu einem effizienten Gebrauch dieses Gutes (WOLFF 1995: 79). Jedoch ist anzumerken, daß dieser Anreiz auf dem Gesundheitsmarkt maßgeblich von der Ausgestaltung des Vergütungssystems abhängt.

⁷⁸ Wobei angenommen wird, daß Ärzte nicht nach einem Fixgehalt vergütet werden.

mationsasymmetrien die Gefahr einer Qualitätsausdünnung oder einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung droht. (VAN DE VEN 1992)

Trotz dieser Risiken sprechen zwei Faktoren für die Beibehaltung von Privatpraxen und damit für eine Konzentration von Verfügungsrechten. Besteht das Recht auf Einbehaltung des Betriebsgewinnes, werden nicht nur Anreize zu einem effizienten Umgang mit Betriebsmitteln gesetzt, sondern auch zum Aufbau eines großen Patientenstammes. Hierdurch steigt auch das Interesse an einer patientenorientierten Versorgung, was nicht nur die Gefahr einer Qualitätsausdünnung verringern würde, sondern auch den Anreiz zu einer stärkeren Therapieabstimmung mit weiter behandelnden Ärzten erhöhen würde.

Darüber hinaus könnte mit der Zuweisung aller Verfügungsrechte und des finanziellen Risikos zu den Leistungserbringern eine positive Selektion verbunden sein, da sich tendenziell leistungsstärkere und qualifiziertere Ärzte in privaten Praxen niederlassen, während risikoaverse Ärzte eher ein Angestelltenverhältnis bevorzugen.⁷⁹

Im Gegensatz zur marktlichen Organisation verfügt der Eigentümer bei der „klassischen“ Organisation über alle Eigentumsrechte, wobei er das Gebrauchs- und Veränderungsrecht an betrieblichen Mitteln an die in der Organisation Tätigen überträgt. Demgegenüber verpflichtet sich der in einer HMO tätige Arzt zur Aufgabe aller Verfügungsrechte, womit auch eine Aufgabe der Privatpraxis und des Selbständigenstatus verbunden ist. (WILLIAMSON 1975)⁸⁰

Befürworter integrierter Versorgungsformen sehen vor allem in dem damit verbundenen Berufsstatus einen Vorteil integrierter Versorgungsformen für die medizinische Dienstleistung. Zum einen treten mit dem Verzicht auf das residuale Einkommen pekuniäre Interessen tendenziell in den Hintergrund, was entsprechend den obigen Argumenten qualitätssichernde Effekte haben kann. (MCMANUS 1967) Zum anderen erlaubt die Befreiung des angestellten Arztes von administrativen Tätigkeiten eine Konzentration auf ärztliche Kernaufgaben. Darüber hinaus bieten hierarchische Organisationsformen gegenüber marktlichen Systemen den Vorteil alternativer Leistungsanreize, die in der Eröffnung von Auf-

⁷⁹ Ein Indiz für diese These ist die Studie von POPE (1992), der feststellt, daß vor allem weniger produktive Ärzte Gruppenpraxen beitreten, weil diese eine Risikodiversifizierung und einen konstanten Einkommensstrom ermöglichen. Es sei angemerkt, daß eine Risikoaversion nicht identisch ist mit einer geringen Qualifikation, jedoch kann davon ausgegangen werden, daß hoch qualifizierte und engagiertere Ärzte in einer Privatpraxis wahrscheinlich erfolgreicher sind und damit mit einer eigenen Praxis ein geringeres finanzielles Risiko eingehen.

⁸⁰ Nach OUCHI (1996: 447) ist dieses Angestelltenverhältnis dadurch charakterisiert, daß „in accepting an employment relation a worker agrees to receive wages in exchange for submitting to the legitimate right to appoint superior officers who can direct the work (...) and closely monitor the employees performance thus minimizing the problem of opportunism.“

stiegschancen oder dem Erhalt bzw. drohenden Verlust des Arbeitsplatzes bestehen. (KALDOR 1996, SIMON 1991)

Entgegen diesen Vorteilen weisen integrierte Versorgungssysteme erhebliche Risiken für die Gesundheitsversorgung auf. Zum einen führt eine mangelnde finanzielle Erfolgsbeteiligung zu einem geringen Anreiz, Betriebsmittel effizient einzusetzen. Besonders wenn pekuniäre Ziele nicht realisiert werden, besteht das Risiko, daß, bei gleicher Nutzenfunktion, diese durch ein „consumption on the job“ ersetzt werden.⁸¹ Zwar bestünde theoretisch die Möglichkeit, mangelnde finanzielle Anreize zum Beispiel durch Aufstiegschancen zu kompensieren, gerade dies könnte aber zu einem innerorganisatorischen Wettbewerb und schließlich zur Verringerung eines fachlichen Informationsaustausches führen.⁸² Zudem ist fraglich, ob HMO's ausreichende Positionen bieten, um Aufstiegschancen zu ermöglichen und ob diese im Vergleich zu den unmittelbar finanziellen Vorteilen einer Privatpraxis hinreichende Leistungsanreize darstellen.

Da die Vorteile eines integrierten Systems im Gegensatz zu einer marktlichen Organisation nicht überwiegen oder sogar dysfunktionale Effekte zu erwarten sind, kann nicht eindeutig für eine Veränderung der Eigentumsverhältnisse oder für eine fixe Vergütung der ambulant tätigen Ärzte, was eine Implementierung von HMO's implizieren würde, plädiert werden.

4.3.3 Koordination des Leistungsgeschehens

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen der marktlichen und hierarchischen Organisation liegt in den Mechanismen, die zu einer Koordination des Leistungsgeschehens beitragen. Wie bereits in Kapitel 3.2.3 dargestellt, findet im derzeitigen System weder eine Ab-

⁸¹ Dieser würde sich in einer überhöhen Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten oder einer Präferenz für Freizeit niederschlagen. Zum Beispiel weist GÄFGEN (1990) darauf hin, daß Krankenhausärzte tendenziell auf eine umfangreiche Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten hinwirken, da diese ihr Prestige und ihren Status erhöhen. MILGROM (1988) nannte dies „Influence Cost“ der Organisation, die durch unerwünschte Arbeitnehmeraktivitäten innerhalb einer Unternehmung hervorgerufen werden.

⁸² Nach der Auffassung von ALCHIAN (1972) und WILLIAMSON (1975) sind hierarchische Strukturen sogar ein eindeutiges Hemmnis für eine kooperative Zusammenarbeit und führen damit zu einer Verringerung des Informationsflusses. Die Begründung hierfür liege darin, daß eine Informationsweitergabe an Kollegen den eigenen Karriereweg innerhalb einer hierarchischen Organisation verengen könnte oder die Weitergabe kritischer Informationen an Vorgesetzte die eigenen Aufstiegschancen verringern könnte. (POWELL 1990) Die Gefahr, daß der eigene Aufstieg über die „Ausschaltung der Konkurrenten“ errungen wird, kann bei Gesundheitsleistungen in besonderem Maße auftreten, da es für die Qualität der Behandlung keinen objektiven Bewertungsmaßstab gibt und somit auch die fachliche Qualifikation nicht eindeutig bewiesen werden kann.

stimmung der einzelnen am Behandlungsprozeß beteiligten Ärzte, noch eine Ausrichtung des Behandlungsangebotes an den Konsumentenpräferenzen statt.⁸³

Auf dem idealtypischen Markt würde diese Koordination über den Preismechanismus erfolgen, der den Patienten die Möglichkeit eröffnen würde ihre Präferenzen und Zahlungsbereitschaft für alternative Behandlungsmodelle zu offenbaren. Ebenso wären die Ärzte in der Lage, die Kosten für eine intensivere Abstimmung des Behandlungsgeschehens über die Preise an die Konsumenten weiterzugeben, woraus wahrscheinlich eine höhere Kooperationsbereitschaft resultieren würde.⁸⁴

Aufgrund der Regulierung des Gesundheitsmarktes kann der Preismechanismus nicht wirksam werden, um eine derartige Koordination herbeizuführen. Zum einen besteht nur eine beschränkte Konsumentensouveränität⁸⁵ der Patienten, indem diese nur ein gesetzlich vorgeschriebenes Versicherungspaket kaufen können. Zum anderen handelt es sich bei den Leistungspreisen um administrierte Preise, die den erhöhten Kooperationsaufwand nicht widerspiegeln. Darüber hinaus können die Kassen derzeit keine Direktverträge mit den Leistungserbringern abschließen, in denen eine Aufwandsentschädigung für eine bessere Koordination und für eine Initiierung neuer Versorgungsmodelle angeboten werden könnte.

In hierarchischen Organisationen erfolgt die Koordination zentral über den Eigentümer, da dieser aufgrund der Zuteilung aller Verfügungsrechte Weisungsbefugnisse erhält.⁸⁶ Damit ist ein Eingreifen in den ärztlichen Handlungsspielraum und eine zentrale Steuerung des Behandlungsprozesses möglich, so daß eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsstufen herbeigeführt werden kann. Zu den Instrumenten, die innerhalb von HMO' s zur Steuerung des

⁸³ Hierbei wird unterstellt, daß Patienten, zumindest chronisch Kranke, eine höhere Präferenz für einen abgestimmteren und kontinuierlicheren Behandlungsprozeß haben.

⁸⁴ Diese könnten theoretisch von den Nachfragen aufgebracht werden, in diesem Fall von den Versicherern oder den Patienten, da eine Koordination der Anbieter zu positiven externen Effekten führt, deren Kosten derzeit jedoch nicht von den Nutznießern getragen werden.

⁸⁵ Im Gegensatz zu einem vollkommenen Markt ist die Konsumentensouveränität auf dem Gesundheitsmarkt dadurch eingeschränkt, daß nur ein Paketkauf in Form einer gesetzlich definierten Versicherungsleistung möglich ist, nicht aber auf die individuellen Präferenzen ausgerichtete medizinische Leistungen. Darüber hinaus erfolgt keine unmittelbare Vergütung der Leistung durch den Patienten, wie dies bei einem Kostenerstattungsverfahren der Fall wäre, sondern mittelbar über die zuständige Krankenkasse. Der Grund für die Einschränkung liegt in der Annahme der eingeschränkten Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen, der Mindereinschätzung zukünftiger Bedürfnisse, der unvollkommenen Bewertungsmöglichkeit von Gesundheitsleistungen und externer Effekte der Leistungsansprüchen. (BREYER 1997)

⁸⁶ Ähnlich führt COASE (1996: 44) aus, daß „the contract is one whereby the employee, for a certain remuneration, agreed to obey the directions of an entrepreneur within certain limits“. Dadurch kann der Eigentümer zum Beispiel die Weitergabe von Behandlungsdaten, die Einhaltung einheitlicher Behandlungsstandards oder die Abstimmung der am Behandlungsprozeß Beteiligten als verpflichtend anordnen.

Behandlungsprozesses eingesetzt werden (sog. Managed Care-Instrumente), zählen vor allem das Gatekeeperprinzip, das Case Management sowie der Einsatz von Behandlungsleitlinien⁸⁷. Prinzipiell ist aber fraglich, inwieweit personenbezogene, individualisierte Dienstleistungen überhaupt formal gesteuert werden können (OUCHI 1980). Einer zentralen Steuerung sind dadurch Grenzen gesetzt, daß die Produzenten dieser Leistungen tendenziell über mehr Informationen als das „Steuerungsobjekt“ verfügen und damit eher in der Lage sind ihrerseits den Kontrollvorgang zu manipulieren (HIRSCH 1976).⁸⁸ Ebenso ist nicht eindeutig, inwieweit bürokratische Regelungen und eine Standardisierung des Behandlungsprozesses zu einer Leistungsverbesserung beitragen können. So können Behandlungsleitlinien oder zentrale Regelungen auf der einen Seite, wenn diese als Handlungsempfehlungen angesehen werden, zu einer Verringerung der Varianz der Behandlungsstands und als Informationsquelle für neue Therapiemöglichkeiten dienen. Würden diese aber als Behandlungsvorschrift verwendet, so könnte dies auf der anderen Seite zu einer erheblichen Einengung des Behandlungsspektrums führen. Wenn durch Leitlinien auf die von einem „normalen“ Krankheitsverlauf abweichenden Fälle nicht mehr adäquat medizinisch reagiert werden könnte, wären wahrscheinlich Qualitätsverschlechterungen die Folge. Zusätzlich würde das Risiko einer Qualitätsverschlechterung infolge einer zentralen Steuerung und Standardisierung dadurch verstärkt werden, daß sich die Begrenzung der ärztlichen Therapiefreiheit negativ auf die Motivation und Einsatzbereitschaft der angestellten Ärzte auswirken kann.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß, wenn den Koordinationsmöglichkeiten in einem hierarchischen System Grenzen gesetzt werden bzw. sogar negative Konsequenzen für das Organisationsergebnis drohen, eine prinzipielle Vorteilhaftigkeit integrierter Systeme gegenüber der derzeitigen dezentralen Koordination bezweifelt werden kann. Ähnlich führt KALDOR (1996: 30) aus, daß „it is the [coordinating ability] which in the long run is rigidity attached to the firm which, so to speak, lives and dies with it“. Demgegenüber erscheint eine Koordination über den Preismechanismus als geeignetes Instrument zur Überwindung der institutionellen Schwachstellen.

⁸⁷ Bei Behandlungsrichtlinien handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um intern erarbeitete Richtlinien, die Medikationsempfehlungen geben. Über Therapierichtlinien soll sowohl die Varianz in der Anwendung der verschiedenen Behandlungsformen reduziert werden, als auch dem einzelnen Arzt Informationen über die neuesten Behandlungsstandards geboten werden.

⁸⁸ Diese These wird auch durch die Aussagen von RIORDAN (1987) bestätigt, nach der sich die Ziele der Akteure alleine durch eine vertikale Integration nicht ändern, sondern ihre Realisation auch unter veränderten Rahmenbedingungen angestrebt wird. Wenn angenommen wird, daß Ärzte ein hohes Interesse an einer möglichst uneingeschränkten Freiheit der Berufsausübung haben, werden sie diese selbst in einer HMO und bei einer Standardisierung des Leistungsprozesses umzusetzen versuchen.

4.3.4 Kontrolle des Leistungsgeschehens

Ein wesentliches Unterscheidungskriterium zwischen der marktlichen und der hierarchischen Organisation besteht in den Kontrollmechanismen, die sicherstellen, daß das Leistungsangebot an den Präferenzen der Konsumenten ausgerichtet ist.

In einem marktlichen System erfolgt diese Sicherstellung über den Wettbewerbsmechanismus, der dazu beiträgt, daß der Anreiz zu einer Qualitätsverschlechterung, zur Erbringung eines nicht nachfrageorientierten Angebotes und einer monopolistischen Preissetzung unterbunden werden.⁸⁹ Dieser Mechanismus ist im deutschen Gesundheitswesen insofern unwirksam, als die Leistungsanbieter nicht über den Preis und nur begrenzt über die Leistungsqualität und das Leistungsangebot konkurrieren können.⁹⁰ Durch die Reduzierung der Wettbewerbsintensität wird vor allem eine Eingrenzung der Risiken verfolgt, die aus der hohen Informationsasymmetrie auf dem Gesundheitsmarkt resultieren, wobei von einem Qualitäts- und Preiswettbewerb unterschiedliche Auswirkungen ausgehen können.⁹¹ Während die Folgen eines Qualitätswettbewerbs auf die Qualität und die Kosten der medizinischen Dienstleistung hinreichend belegt sind, bleiben die Untersuchungen über die Folgen eines Preiswettbewerbs uneindeutig.

Ein Qualitätswettbewerb kann, empirischen Studien zufolge, zum einen zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führen, indem sowohl die Anzahl der Arztkontakte, als auch der Leistungsumfang das medizinisch indizierte Niveau übersteigen (DRANOVE 2000, MCGUIRE 2000).⁹² Zum anderen besteht die Gefahr, daß ein Qualitätswettbewerb zu Überinvestitionen und zu einem „Medical Arms Race“ führt, da eine umfangreiche medizinisch-technische Ausstattung Wettbewerbsvorsprünge gegenüber Konkurrenten ermöglicht. Während beide

⁸⁹ Generell liegen die nutzen- und wohlfahrtssteigernden Funktionen des Wettbewerbs theoretisch darin, daß dieser zum einen die Anzahl der Wahlmöglichkeiten für den Patienten erhöht und zum anderen dem Arzt, im Gegensatz zu einer zentralen Koordination oder staatlichen Lenkung, einen größeren Handlungsspielraum einräumt. Darüber hinaus übt der Wettbewerb eine Kontrollfunktion aus, indem nur Anbieter mit einer hohen Produktivität und guten Leistungsqualität langfristig am Markt auftreten können. Ebenso wird sichergestellt, daß das Angebot stärker als bei der jetzigen zentralen Planung an den individuellen Patientenpräferenzen ausgerichtet ist (zu den verschiedenen Wettbewerbsfunktionen siehe OLTEN 1995).

⁹⁰ Streng genommen zeichnet sich der Gesundheitsmarkt durch eine monopolistische Konkurrenz und, bis zu einem gewissen Grad, durch eine geringe Qualitätselastizität aus. Der einzelne Arzt hat aufgrund der individuellen Arzt-Patientenbeziehung, deren Aufbau für den Patienten mit einem Investitionsaufwand verbunden ist, einen monopolistischen Spielraum.

⁹¹ Die Gründe für eine Regulierung des Gesundheitsmarktes liegen in der Vermeidung eines Marktversagens und in Wohlfahrtsargumenten, da der Konsum von Gesundheitsleistungen positive externe Effekte erzeugt. Daher unterliegt sowohl der Versicherungsmarkt staatlichen Eingriffen als auch die Organisation des Leistungsangebotes. Auf die verschiedenen Ursachen und möglichen Formen des Marktversagens auf Gesundheitsmärkten wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. Ausführlich hierzu MCGUIRE (1991) und TOEPFFER (1999).

⁹² Obwohl dies auch darauf zurückgeführt werden kann, daß eine Unterversorgung abgebaut wird oder geringere Wartezeiten dazu führen, daß Arztkonsultationen mit geringeren Opportunitätskosten verbunden sind und damit vermehrt in Anspruch genommen werden.

Effekte zwar tendenziell zu einer Verbesserung der medizinischen Leistungsqualität führen, kann ein Qualitätswettbewerb gleichzeitig höhere Kosten für die medizinische Versorgung verursachen. (DRANOVE 1993, EVANS 1974)

Im Gegensatz dazu kann ein Preiswettbewerb theoretisch sowohl eine Kosten- und Preisreduzierung als auch eine Qualitätsausdünnung und Patientenselektion induzieren. Während empirische Studien die kostensenkende Wirkung eines Preiswettbewerbs bei Gesundheitsdienstleistungen eindeutig nachweisen (SULLIVAN 1996, ZWANZIGER 1988, 1996), wird der Einfluß auf die Leistungsqualität unterschiedlich beurteilt. Auf die Gefahr einer Qualitätsausdünnung wird zwar in der theoretischen Literatur eingehend hingewiesen, jedoch unterbleiben hierbei empirische Belege (KÜHN 1997).⁹³ Demgegenüber finden LUFT (in: ZWANZIGER 1993)⁹⁴, SHORTELL (1990)⁹⁵ und ZWANZIGER (2001)⁹⁶ in ihren empirischen Untersuchungen kein eindeutiges Indiz für eine Qualitätsverschlechterung infolge eines erhöhten Preiswettbewerbs. Entgegen den theoretischen Annahmen plädieren BRENNER (1996) und ROCHAIX (1989) sogar für eine stärkere Konkurrenz zwischen Ärzten, weil diese sicherstelle, daß ein notwendiges medizinisches Versorgungsniveau nicht unterschritten werde.⁹⁷

Obwohl theoretisch eher gegen den Wettbewerbsmechanismus als Steuerungs- und Kontrollinstrument im Gesundheitswesen plädiert wird, kann diese Empfehlung damit durch die vorliegenden empirischen Studien nicht gestützt werden. Entgegen den angenommenen adversen Effekten wird sogar festgestellt, daß Wettbewerb zwischen Ärzten positive Qualitäts- und Preiseffekte haben kann.

⁹³ So weist DRANOVE (1993) theoretisch nach, daß ein Preiswettbewerb besonders dann zu einer Qualitätsausdünnung führt, wenn die Transparenz über die Preise höher ist als über die Qualität der medizinischen Dienstleistung.

⁹⁴ LUFT (1990) untersucht die Auswirkungen eines erhöhten Kosten- und Konkurrenzdruckes infolge gesetzlicher Veränderungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung in US-amerikanischen Krankenhäusern. Als Qualitätsindikator dienten Mortalitätsraten ausgewählter Indikationsgruppen. Ergebnis dieser Untersuchung war, daß sich die Mortalitätsraten in Krankenhäusern mit einem hohen und niedrigen wettbewerblichen Umfeld nicht signifikant unterscheiden.

⁹⁵ Nach der Studie von SHORTELL (1988) gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Wettbewerbsintensität zwischen Krankenhäusern und der Mortalität von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern. Eine hohe Wettbewerbsintensität führte bei den untersuchten Krankenhäusern auf der einen Seite zu einer Verschiebung von Investitionen und Streichung zusätzlich angebotener Serviceleistungen, auf der anderen Seite wurden neue Leistungen angeboten, wodurch sich das Leistungsspektrum differenzierte.

⁹⁶ ZWANZIGER (2001) untersucht den Einfluß eines erhöhten Wettbewerbs zwischen HMO's und fee-for-service Versicherungen auf die Mortalität in einer bestimmten Region und stellt einen positiven Zusammenhang fest.

⁹⁷ Gegen die These einer qualitätsvermindernden Auswirkung des Wettbewerbs spricht auch die Studie von GLAZER (1994), nach der ein Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern eher zu einer Segmentierungsstrategie führt, bei der die Krankenhäuser keinen Preiswettbewerb verfolgen, sondern unterschiedliche Preis-Qualitätspakete anbieten. Ähnliches belegen auch die Umfragen von ANDERSEN (1990), nach denen Ärzte einen zunehmenden Wettbewerb für Patienten als wohlfahrtssteigernd einstufen, da hierdurch der Anreiz zur Erbringung einer besseren Leistungsqualität und einer besseren Information des Patienten steige.

Wird dennoch das Risiko einer Leistungsverschlechterung infolge freien Wettbewerbs als zu hoch eingeschätzt, bestünde eine Alternative in reguliertem Wettbewerb („managed competition“). Durch diesen könnten die beschriebenen Vorteile freien Wettbewerbs ausgenutzt werden und das Risiko einer Qualitätsausdünnung oder Leistungsausweitung im Gesundheitswesen begrenzt werden (GLENDINNING 1999, MULLEN 1990).⁹⁸

Im Gegensatz zur marktlichen Organisation zeichnen sich integrierte Organisationsformen durch ein zentralisiertes Kontrollsystem aus, bei dem der Eigentümer eine direkte Kontrolle über das Produktionsgeschehen ausübt. Aufgrund der räumlichen Integration verschiedener Fachgebiete und der Bündelung aller Verfügungsrechte ist eine Kontrolle des Behandlungsgeschehens rechtlich bzw. organisationsintern leichter durchsetzbar. Darüber hinaus ist eine direkte Überwachung aufgrund der räumlichen Nähe eher möglich und mit weniger Transaktionskosten (siehe Kapitel 4.3.5) verbunden, da der Eigentümer im Vergleich zu dezentral organisierten Systemen einen direkten Zugang zu allen Unternehmensdaten hat. (WILLIAMSON 1971) In integrierten Versorgungsformen unterliegt der Behandlungsprozeß einer rigiden Kontrolle, indem dem behandelnden Arzt durch den Gatekeeper oder dem Case Manager bestimmte Therapieschritte vorgeschrieben werden oder indem die Adäquanz ärztlichen Handelns anhand der Dokumentation des Behandlungsablaufes ex-post kontrolliert werden, wie durch das Utilization Review. Durch diese Maßnahmen wird nicht nur der Behandlungsprozeß kontrolliert, sondern auch die in einer integrierten Versorgungsform tätigen Ärzte.

Wird der verbesserte Zugang zu Informationen und die Verringerung der Kontrollkosten prinzipiell als wesentlicher Vorteil hierarchischer Strukturen und auch als eines der Hauptmotive für Unternehmenszusammenschlüsse angesehen (ARROW 1974, CROCKER 1983), ist im Fall der medizinischen Dienstleistung jedoch fraglich, inwieweit eine Kontrolle des Behandlungsgeschehens überhaupt möglich ist.

Wie bereits in Kapitel 3.1.1 beschrieben, zeichnet sich die Gesundheitsdienstleistung durch ein hohes Maß an Informationsasymmetrie aus, die einer Bewertung des Leistungsgeschehens

⁹⁸ Regulierter Wettbewerb ist dadurch gekennzeichnet, daß „it uses rules for competition (...) [which] must be designed and administered so as not to reward health plans for selecting good risks, segmenting markets or otherwise defeating the objectives of managed competition such as improving quality, cutting cost and satisfying patients. Its goal is to divided providers in each community into competing economic units and to use market forces to motivate them to develop efficient delivery systems“. (ENTHOVEN 1993: 29) Ein Beispiel hierfür ist der National Health Service in England, der durch einen dreigliedrigen hierarchischen Verwaltungsaufbau gekennzeichnet ist. Auf der dritten, lokalen Ebene sind sogenannte „executive councils“ als Vertretung des Gesundheitsministeriums angesiedelt, die Direktverträge mit den Allgemeinmedizinern und Ärztenetzwerken abschließen. (DÖHLER 1990)

durch eine dritte Partei erhebliche Grenzen setzt. Daher beruht ein besserer Informationszugang zu einem großen Teil auf der Auskunftsbereitschaft der Beteiligten. Eine erhöhte Informationsweitergabe ist aber nur dann wahrscheinlich, wenn sich mit Eintritt in eine hierarchische Organisation auch die Interessen der Akteure ändern. Werden Ärzte nicht am Betriebsgewinn beteiligt, wie dies bei der klassischen HMO der Fall ist, oder besteht weiterhin eine hohe Präferenz für eine weitestgehende Handlungsautonomie bzw. geringe Fehleraufdeckung, ist auch in hierarchischen Formen keine verbesserte Auskunftsbereitschaft zu erwarten.⁹⁹

Zwei weitere Risiken einer hierarchischen Kontrolle resultieren daraus, daß sich mit der Anzahl der in einer Organisation Beschäftigten auch das Risiko des Informations- und Kontrollverlustes erhöht, womit die Kosten der direkten Überwachung ebenso wie die Wahrscheinlichkeit der Falschmessung steigen (MILES 1992, WILLIAMSON 1967). Zudem besteht die Gefahr, daß sich, ähnlich wie bei einer zentralen Steuerung, Kontrollen kontraproduktiv auf die Motivation der Mitglieder auswirken und somit Qualitätsverschlechterungen bewirken (WILLIAMSON 1975).¹⁰⁰

Zudem ist zu erwägen, ob eine hohe Kontrollintensität, zum Beispiel in Form eines preadmission certificates¹⁰¹ nicht zu Verzögerungen im Behandlungsprozeß und damit wiederum zu Qualitätsverschlechterungen. Ein Indiz für diese These könnte der Befund von GREENWALD (1987 in: LUFT 1991) sein, der für die Behandlung von Krebspatienten feststellt, daß das Intervall zwischen Diagnose und Behandlung bei HMO's länger ist als bei traditionellen Angebotsformen.¹⁰²

Ähnlich wie bei einer zentralen Koordinierung des Behandlungsprozesses liegt ein wesentlicher Nachteil direkter Kontrollen in den hohen administrativen Kosten, die ten-

⁹⁹ Ähnlich beschreibt dies GROSSMAN (1986: 695): „we assume that integration in itself does not make any new variable observable to both parties. Any audits an employer can have of his subsidiary are also feasible when the subsidiary is a separate company“. Ein Indiz für diese These sind die neuen Verfahren des Utilization Review, bei denen die Kriterien, aufgrund derer Therapien abgelehnt werden, nicht mehr offengelegt werden. Dieses Resultat entspricht der These von ARROW (1975), nach der das Interesse an Informationsaufdeckung nicht zwangsläufig mit dem Wechsel der Organisationsform steigt.

¹⁰⁰ Mit Verweis auf mehrere Studien berichtet KÜHN (1997: 35), daß die Motivation bei HMO-Ärzten aufgrund erheblichen Einschränkungen der Therapiefreiheit signifikant geringer sei als bei Ärzten in konventionellen Versicherungen und dies, obwohl HMO-Ärzten größere finanzielle Anreize geboten werden. Einer Studie von 1993 zufolge, sagten 30 Prozent der befragten HMO-Ärzte aus, daß sie bereit wären auf einen Teil ihres Einkommens zu verzichten, wenn administrative Anforderungen oder Einmischungen in klinische Entscheidungen vermindert würden (KÜHN 1997: 35).

¹⁰¹ Hierbei muß der behandelnde Arzt vor umfangreichen medizinischen Eingriffen die Zustimmung der zuständigen Krankenkasse einholen.

denziell mit der Anzahl der Mitglieder und der Komplexität des Herstellungsprozesses zunehmen (D'AVENI 1992, 1994).¹⁰³ Nach Aussage von KÜHN (1996: 36) werden in den USA zwischen 19 Prozent und 24 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Verwaltung ausgegeben, während diese in Deutschland rund 8 Prozent betragen. Diese sind nach Aussagen von TOEPFFER (1999) vor allem auf Managed Care Regelungen wie dem Utilization Review zurückzuführen, für das mindestens eine Vollzeitkraft pro Gruppenpraxis notwendig sei.

Während die obigen Ausführungen in erster Linie die Folgen hierarchischer Kontrollen auf das Leistungsverhalten der angestellten Ärzte aufzeigten, untersuchen zahlreiche Studien darüber hinaus die Auswirkungen von HMO's auf die Qualität und Kosten der medizinischen Behandlung.

Hinsichtlich der finanziellen Leistungsfähigkeit scheinen, den derzeit existierenden Studien aus den USA und der Schweiz zufolge, HMO's konventionellen Versicherungsformen überlegen zu sein. So weist SORKIN (1992: 214) auf zahlreiche Untersuchungen aus den USA hin, nach denen die jährlichen Gesamtkosten von HMO's mit bis zu 40 Prozent unter denen der konventionellen Versicherungen liegen. Ähnliche Ergebnisse wie in den USA weisen auch Untersuchungen aus der Schweiz auf, die bis zu 45 Prozent geringere Behandlungskosten im Vergleich zu traditionellen Angebotsformen feststellten (SOMMER 1992: 47, ebenso CUTLER 1997, NEWHOUSE 1993). Trotz dieser auf den ersten Blick offenkundigen größeren finanziellen Leistungsfähigkeit von HMO's verweist SCHULENBURG (1982) auf Studien, die für beide Systeme gleiche Behandlungskosten nachweisen.

Zudem ist zu berücksichtigen, daß die Faktoren, die zu den oben genannten Kostenunterschieden geführt haben, nur teilweise identifiziert werden können. Ein Großteil des „Kostenvorsprunges“ wird auf eine effizientere Organisation des Behandlungsprozesses und Managed Care Instrumente, wie das Gatekeeping oder das Utilization Review, zurückgeführt, durch welche Einsparungen im stationären Sektor¹⁰⁴ und bei den Arzneimittelausgaben erzielt

¹⁰² Jedoch kann das Untersuchungsergebnis nach LUFT auch durch Selbstselektion verzerrt sein, wenn Patienten, die tendenziell eine ärztliche Behandlung vermeiden, in HMO's eintreten. Der Mechanismus dieser Selbstselektion wurde von LUFT (1991) jedoch nicht näher beschrieben.

¹⁰³ Ebenso sieht KALDOR (1996: 30) Grenzen in der Organisierbarkeit einer Vielzahl unternehmensinterner Aktivitäten indem er ausführt, daß „the firms long run cost-curve is determined by the fixity of supply of the coordinating ability“.

¹⁰⁴ So liegt die Einweisungsrates in den stationären Bereich bei HMO's um rund 30 Prozent unter der des traditionellen Versicherungssystems, wobei diese bei einigen Eingriffen wie etwa bei Bypassoperationen, Herzkatheterisierung oder Leistenbrüche bei HMO's sogar um 50 Prozent geringer ist. (SOMMER 1992: 49). Ebenso war die Verweildauer bei HMO-Patienten im Durchschnitt um 25 Tage geringer als bei den Patienten des traditionellen Versicherungssystems (SCHULENBURG 1982: 638).

werden konnten.¹⁰⁵ (SCHULENBURG 1982)¹⁰⁶ Zudem haben Managed Care Instrumente zur Folge, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sinkt. So weist AMELUNG (2000) auf Studien von LUFT (1994) und ROBINSON (1998) hin, nach denen bei HMO's eine signifikant geringere Inanspruchnahme von Leistungen festgestellt wurde als bei konventionellen Versicherungsformen. Trotz der durch zahlreiche Studien belegten Wirtschaftlichkeitsvorsprünge von HMO's ist in den letzten Jahren wieder ein erheblicher Anstieg der Versorgungskosten bei HMO's zu beobachten. Dies wird zum einen auf die bereits erwähnten hohen administrativen Kosten zurückgeführt, zum anderen auf einen Anstieg bei den Arzneimittelausgaben um rund 15 Prozent. (WECHSLER 2001)¹⁰⁷

Darüber hinaus ist bei der angenommenen wirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit von HMO's zu berücksichtigen, daß nicht eindeutig ist, ob und inwieweit die Kostenunterschiede auf eine Patientenselektion oder auf eine Ausdünnung der Behandlungsqualität zurückgeführt werden können. So schreibt KÜHN (1997) der günstigeren Versichertenstruktur zumindest einen Teil der Kostenvorteile zu. Diese Vermutung belegt auch eine Untersuchung über die Schweizer HMO's, die zu dem Ergebnis kommt, daß die Kostenvorteile in HMO's in erster Linie durch eine günstige Morbiditätsselektion innerhalb der einzelnen Altersgruppen erzielt wird. (HUBER-STEMICH 1996)¹⁰⁸ ¹⁰⁹ Ein weiteres Indiz für die Selektion „guter“ Risiken bzw. eine Abweisung kostenintensiver Fälle könnte der Befund sein, daß in den USA jene Patienten, die eine HMO verließen, häufig eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und höhere Kosten in der Periode nach dem Austritt verursachten als während der Mitgliedschaft.

¹⁰⁵ Die Arzneimittelausgaben als Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben sind in den USA im Vergleich zu anderen Ländern die niedrigsten und betragen 1994 rund 7 Prozent während diese in Deutschland etwa 14 Prozent betragen. (SCHNEIDER 1994: 146) Ebenso waren die Arzneimittelausgaben bei einigen HMO's in der Schweiz um rund 60 Prozent geringer als die Ausgaben im traditionellen Versicherungssystem. (HUBER-STEMICH 1996: 1137)

¹⁰⁶ Nach neueren Studien werden die niedrigeren Behandlungskosten darüber hinaus auf eine geringere Investitionstätigkeit bei medizinischen Großgeräten zurückgeführt. (CUTLER 1997)

¹⁰⁷ Jedoch muß berücksichtigt werden, daß dieser Anstieg auch auf einen Preisanstieg und weniger auf eine geringe Effizienz von HMO's zurückgeführt werden kann. Dieser Kostenanstieg hat zu einem Anstieg der Versicherungsprämien um rund 11 Prozent im Jahr 2000 geführt (WECHSLER 2001: 10).

¹⁰⁸ Im Vergleich zu den traditionellen Formen ist die Altersklasse der 21-40-jährigen in den HMO's deutlich überrepräsentiert, während die obersten Altersklassen, Patienten über 61 Jahren, unterrepräsentiert sind. Die Behandlungskosten und der finanzielle Deckungsgrad unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen erheblich. Während die Kosten pro Patient bei der Gruppe der über 60-jährigen am Höchsten sind, ist ihr finanzieller Deckungsgrad am Niedrigsten. Dementsprechend konnte festgestellt werden, daß die Erkrankungshäufigkeit in den HMO's geringer ist und deutlich mehr ‚Bagatellfälle‘ abgerechnet wurden als bei den konventionellen Versicherungen.

¹⁰⁹ Über eine Patientenselektion könnten auch die Zahl der Austritte aus HMO's und die Wechselgründe Auskunft geben. In der Schweiz traten im Durchschnitt 17 Prozent der Mitglieder jährlich aus, wobei 36 Prozent angaben eine Behinderung zu haben und weitere 37 Prozent unter einer chronischen Krankheit litten. Als Austrittsgründe nannten 30 Prozent der Befragten einen Wohnortwechsel, wobei dies vor allem jüngere Patienten betraf, während weitere 30 Prozent entweder unzufrieden mit der Behandlung oder mit administrativen Aspekten waren. Jene Patienten, die Mängel in der Versorgung anmahnten, kritisierten in erster Linie die Verweigerung von Tests oder ‚lebenswichtiger‘ Medikamente, die Verordnung billiger, weniger wirksamer Arzneimittel und längere Wartezeiten für einen Behandlungstermin. (BAUR 1997)

Inwiefern die geringeren Behandlungskosten bei HMO's auf eine Ausdünnung der Behandlungsqualität zurückgeführt werden können, ist anhand vorliegender Studien nicht eindeutig zu beantworten. Zwar weisen SCHULENBURG (1982), SOMMER (1992) und ZELMAN (1998) auf Studien hin, nach denen HMO's mehr Vorsorgeuntersuchungen anbieten. Dieser intensivere Einsatz an präventiven Maßnahmen spiegelt sich jedoch nicht in einem entsprechend höheren Gesundheitszustand von HMO-Versicherten wider. Die bislang umfangreichste Untersuchung über die Auswirkungen von HMO's auf den Gesundheitszustand der Versicherten, die RAND-Studie von WARE et al. (1986), findet keine signifikanten Unterschiede zwischen HMO-Versicherten und den Patienten in konventionellen Versicherungsformen. Allerdings zeigt eine nach Einkommensklassen differenzierte Betrachtung, daß die unteren Einkommensgruppen einen erheblich schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Morbiditätsrate aufweisen als Patienten der oberen Einkommensgruppen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Meta-Studie von ROBINSON (1998), auf die AMELUNG (2000) verweist und die insgesamt 25 Untersuchungen über die Auswirkungen von HMO's auf die Qualität der Versorgung zusammenfaßt. Nach dieser wiesen in 5 Prozent der untersuchten Fälle konventionelle Versicherungsformen die besseren Ergebnisse auf, in 11 Prozent der Fälle wurden HMO's als qualitätssteigernd bewertet und in 84 Prozent aller Fälle wurden keine Unterschiede zwischen beiden Systemen festgestellt (AMELUNG 2000: 179).¹¹⁰

Während in Bezug auf die Kosten und die Qualität der Versorgung aufgrund der vorliegenden Studien keine eindeutige Bewertung von HMO's möglich ist, sind die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich des Zufriedenheitsgrades der Mitglieder weitestgehend einheitlich. Dieser ist bei HMO-Patienten signifikant geringer als bei Patienten in konventionellen Versicherungen, was sowohl für die USA als auch für die Schweiz zutrifft. Auch aktuelle Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse. Nach BENEKO (2001: 17) ist die Zahl derjenigen, die die medizinische Versorgung in HMO's als mangelhaft bewerteten von 27 Prozent im Jahr 2000 auf 46 Prozent im Jahr 2001 gestiegen, während einer anderen Studie zufolge nur 30 Prozent der Befragten die Qualität der medizinischen Dienstleistungen als

¹¹⁰ Darauf, daß durch Managed Care die Gesundheitsversorgung nicht nachhaltig verbessert werden kann, deuten auch die globalen Gesundheitsdaten hin. Die Gesundheitsausgaben am BIP betragen in den USA 1994 etwa 13 Prozent und damit an erster Stelle innerhalb der OECD Länder (SCHNEIDER 1997: 135). Den hohen Gesundheitsausgaben stehen jedoch keine entsprechend hohen Werte in den Qualitäts- und Leistungsindikatoren gegenüber. So liegen nicht nur die globalen Gesundheitsindikatoren wie die Mortalität und Morbidität im internationalen Vergleich im Mittelfeld (SCHNEIDER 1997), sondern rund ein Viertel der Bevölkerung ist entweder nicht oder nur unzureichend versichert (TOEPFFER 1999: 278).

„gut“ bezeichneten (ANONYMUS 2001: 8). Die Gründe für eine geringere Zufriedenheit liegen vor allem in einer Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten, die sich in einem restriktiveren Zugang zu Spezialisten und stationären Leistungen und einem eingeschränkten Leistungsspektrum ausdrückt. (SOMMER 1992, TOEPFFER 1999)¹¹¹

Zusammenfassend resultiert aus den obigen Ausführungen, daß einer direkten Kontrolle der medizinischen Dienstleistungen enge Grenzen gesetzt sind. Selbst wenn sich die oben genannten Maßnahmen zur Kontrolle des Behandlungsprozesses und damit auch der Leistungserbringer als effektiv erweisen, so könnten diese auch in einem dezentral organisierten System eingesetzt werden, wobei zusätzlich die negativen Auswirkungen von Hierarchien vermieden werden können.

Generell ist aber zu erwägen, ob ein intensiverer Qualitäts- und Preiswettbewerb nicht einen interorganisatorischen Austausch und die Implementierung konsumentenorientierter Angebotsformen begünstigen würde. Eine stärkere wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen ist insofern zu erwägen, da diese zu erheblichen Leistungsverbesserungen im Gesundheitswesen führen kann und die theoretischen Einwände bislang empirisch nicht gestützt werden konnten. Ähnlich urteilt auch SULLIVAN (1996: 259), der feststellt, daß „competition has not failed in health care because it has not really been tried“.

4.3.5 Transaktionskosten der Vertragsausgestaltung zwischen Leistungserbringern und Finanzierern

Die Wahl der effizienten Organisationsform ist aus organisationsökonomischer Perspektive unter anderem von der Höhe der Transaktionskosten¹¹² abhängig. Diese lassen sich in Kosten des Vertragsabschlusses und Kosten der Koordination und Kontrolle des Produktionsgeschehens unterteilen. Während auf letztere bereits eingegangen wurde (siehe Kapitel 4.3.4), wird im folgenden eine Abwägung der unterschiedlichen Transaktionskosten, die beim

¹¹¹ Jedoch muß berücksichtigt werden, daß diese Beurteilung nicht zwangsläufig auf eine objektiv schlechtere Versorgungsqualität schließen läßt. So waren nach der Studie von WARE (1986) selbst jene Patientengruppen unzufriedener mit den Leistungen der HMO's, die einen signifikant besseren Gesundheitszustand aufwiesen als die Kontrollgruppe.

¹¹² Die Transaktionskostentheorie werden vor allem auf COASE (1937) und WILLIAMSON (1967, 1975, 1979) zurückgeführt, deren wesentliche Aussagen ist, daß die Benutzung der Koordinationsformen Markt und Hierarchie nicht kostenneutral ist. Transaktionskosten sind Kosten, die bei der Benutzung des Marktsystems und beim Abschluß eines Rechtsgeschäftes (Suchkosten, Verhandlungskosten, Vertragsabschlußkosten) sowie bei seiner Durchführung (Koordinierungskosten sowie Kontrollkosten) entstehen (WILLIAMSON 1985: 18f.). Wobei RICHTER (1994: 6) noch zwischen festen und variablen Transaktionskosten unterscheidet. Während feste Transaktionskosten durch die Errichtung von Investitionen entstehen können, werden variable Transaktionskosten durch die Anzahl der getätigten Transaktionen determiniert.

Abschluß von Versorgungsverträgen zwischen Versicherern und Leistungsanbietern bei den unterschiedlichen Organisationsformen entstehen würden, vorgenommen.

Da kein System der „Transaktionskostenrechnung“ (ALBACH 1993: 31) mit eindeutigen Meßkriterien existiert, kann die genaue Höhe der Transaktionskosten, die beim Abschluß von Versorgungsverträgen in einem stärker dezentralisierten System oder innerhalb einer Organisation entstehen, nicht exakt beziffert werden.¹¹³ Die Höhe der Vertragsabschlußkosten wird durch die Merkmale Häufigkeit, Faktorspezifität und Unsicherheit bestimmt. Wird ein Rechtsgeschäft regelmäßig durchgeführt und sind häufige Vertragsverhandlungen notwendig, ist eine Integration von Leistungserstellung und Nachfrage effizient, da damit eine Reduzierung der Vertragsabschlußkosten erzielt werden kann. Faktorspezifität bezieht sich auf das Ausmaß der beziehungsspezifischen Investitionen, die für die Durchführung des Rechtsgeschäftes notwendig sind.¹¹⁴ Je höher diese Investitionen sind, desto effizienter ist eine Integration, da hierdurch eine höhere Absicherung der investierenden Partei erfolgt. „Unsicherheit“ in einem Rechtsgeschäft wird durch den Vollständigkeitsgrad des Kooperationsvertrages determiniert, welcher maßgeblich durch die Bewertbarkeit des individuellen Produktions- bzw. Kooperationsbeitrages und des Produktionsergebnisses sowie durch zukünftige Umweltbedingungen beeinflusst wird. Lassen diese Faktoren keine vollständige Spezifizierung aller Vertragsinhalte zu oder sind diese mit prohibitiv hohen Transaktionskosten verbunden, könnte über eine Integration Einsparungen von Vertragsabschlußkosten erzielt werden. (MILGROM 1992, PICOT 1982)

Im derzeitigen System werden Versorgungsverträge, innerhalb derer der zu erbringende Leistungskatalog, die Vergütungsform und die Vergütungshöhe festgelegt werden, zentral zwischen den Krankenkassen und den Ärzten bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt (siehe Kapitel 3.2.2).¹¹⁵

Würde eine stärkere Orientierung an marktlichen Prinzipien erfolgen bzw. die Zentralisierung der Vertragsverhandlungen aufgehoben werden, könnten Leistungskatalog und Preise im

¹¹³ Dies würde auch der Zielsetzung der Transaktionskostentheorie gerecht werden, die, wie Williamson betont, weniger eine Handlungsanleitung, sondern vielmehr eine Handlungsorientierung sein soll. (WILLIAMSON 1991)

¹¹⁴ Beziehungsspezifische Investitionen sind dadurch charakterisiert, daß sie im Falle eines Scheiterns der Kooperation keiner anderen Verwendungsmöglichkeit mehr zugeführt werden können (siehe Kapitel 6.1.1).

¹¹⁵ Es sei darauf hingewiesen, daß diese Betrachtung stark vereinfacht ist, da der Leistungskatalog auf Bundesebene festgelegt wird und in getrennten Verträgen die Vergütungsmodalitäten zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen ausgehandelt werden. Jedoch ist diese Unterscheidung für die prinzipielle Abwägung der Höhe der Transaktionskosten bei unterschiedlichen Organisationsformen irrelevant.

Rahmen bilateraler Verträge zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Krankenkassen festgelegt werden. Im Vergleich zum derzeitigen System würde dies wahrscheinlich zu einem Anstieg der Transaktionskosten führen, da die Anzahl der zu verhandelnden Verträge und die Anzahl der Vertragsverhandlungen steigen würde. Die Vertragsabschlußkosten würden auch dann steigen, wenn das System der administrierten Preise und des gesetzlich fixierten Leistungskataloges aufgegeben und über diese individuell verhandelt werden würde.¹¹⁶ Würde eine stärkere marktliche Orientierung eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges implizieren, so wäre die Amortisation der beziehungspezifischen Investitionen, die im derzeitigen System in Form der fachärztlichen Ausbildung und Investition in die Praxisausstattung von den Ärzten getragen werden, nicht mehr über das allgemeine Vergütungssystem abgedeckt. Müßte über ihre Finanzierung gesondert verhandelt werden, würde auch dies einen Anstieg der Vertragsabschlußkosten bedeuten.¹¹⁷

Im Gegensatz zum marktlichen System würden bei der integrierten Lösung, bei der die Krankenkassen als Eigentümer des Sachkapitals auftreten und die medizinische Leistung intern erstellen, Direktverträge mit den Leistungserbringern durch Angestelltenverträge ersetzt werden. Da diese in der Regel ein längerfristigeres Vertragsverhältnis begründen als Leistungsverträge, würden Vertragsverhandlungen in integrierten Systemen weniger häufig stattfinden als in einem marktlichen System.¹¹⁸ Damit wären auch die Transaktionskosten für die Vertragsverhandlungen in einem integrierten System niedriger als in einem marktlichen System.

Indem die Leistungen intern hergestellt werden, bieten integrierte Versorgungsformen darüber hinaus die Möglichkeit, Verhandlungen über die vom Arzt angebotenen Leistungen auszuschließen. Ebenso kann der Eigentümer selber über Art und Umfang der Investitionen entscheiden. Damit werden sowohl die Häufigkeit der Vertragsverhandlungen, als auch die zu verhandelnden Vertragsinhalte auf die Höhe des Angestelltegehaltes reduziert. Im Vergleich

¹¹⁶ Hierbei muß berücksichtigt werden, daß Kosten auch dadurch entstehen, daß die Preise nicht unter Wettbewerbsbedingungen festgelegt werden, sondern in einem bilateralen Monopol, was zu überhöhten Honorarforderungen führen könnte. Daher könnten wiederum in einem dezentralisierten Verhandlungssystem Kosten durch Preissenkungen eingespart werden.

¹¹⁷ Darüber hinaus ist eine geringere Investitionstätigkeit in Sach- und Humankapital zu erwarten, da es sich auf der einen Seite um „beziehungspezifische“ Investitionen handelt, die die Leistungserbringer von der Finanzierungsbereitschaft der Krankenkassen abhängig machen. Auf der anderen Seite wäre die Amortisation der Investitionen nicht mehr über den Kontrahierungszwang und den Einschluß in das allgemeine Vergütungssystem gesichert, sondern von der Finanzierungsbereitschaft der Krankenkassen abhängig.

¹¹⁸ Es kann angenommen werden, daß in beiden Systemen die Anzahl der Leistungserbringer, mit denen Verträge abgeschlossen werden, die gleiche ist, da wahrscheinlich nur so viele Ärzte unter Vertrag genommen werden, wie für eine ausreichende Versorgung der eigenen Patienten notwendig sind.

zum derzeitigen System oder einer stärker dezentralen Organisation resultieren hieraus wahrscheinlich auch geringere Transaktionskosten der Vertragsfestlegung.

Lassen die geringeren Kosten der Vertragsverhandlung zunächst auf eine Vorteilhaftigkeit integrierter Systeme schließen, eröffnen dezentral organisierte Systeme demgegenüber die Möglichkeit, Effizienzpotentiale im ambulanten Sektor auszuschöpfen. Ein System von Direktverträgen würde eine größere Flexibilität sowohl in Bezug auf die Vertragsinhalte als auch hinsichtlich der Laufzeit der Verträge bedeuten. Im Gegensatz zu der derzeitigen Organisation, in dem ein bundesweit geltender Leistungsvertrag besteht, könnten in Einzelverträgen zum Beispiel stärker regionale Erfordernisse berücksichtigt werden. Ebenso wäre im Vergleich zu einem integrierten System ein leichter Wechsel der Vertragspartner möglich, da bei der Kündigung von Direktverträgen im Gegensatz zu Angestelltenverträgen keine arbeitsrechtlichen Anforderungen zu berücksichtigen wären.

Vertragsabschlußkosten würden in einem dezentral organisierten System auch dadurch erheblich reduziert werden, daß Versorgungsverträge mit Ärztegruppen, zum Beispiel mit einem Ärztenetzwerk, abgeschlossen würden.

Unabhängig von einem Transaktionskostenvergleich würde darüber hinaus ein System von Direktverträgen die Möglichkeit eröffnen, Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern zu etablieren, wenn diese um den Abschluß von Versorgungsverträgen konkurrieren müßten. Eine stärkere wettbewerbliche Orientierung im ambulanten Sektor ist insofern zu erwägen, da diese, wie bereits in Kapitel 4.3.4 beschrieben, zu einer Leistungsverbesserung und Überwindung der institutionellen Ineffizienzen beitragen könnte.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß eine integrierte Versorgung als nicht eindeutig vorteilhafter gegenüber der marktlichen Koordination zu bewerten ist. Da mit ihrer Implementierung aber wahrscheinlich eine umfassende Systemveränderung verbunden wäre, ist zumindest die flächendeckende Einführung integrierter Systeme im deutschen Gesundheitssystem nicht zu präferieren. Demgegenüber bietet eine stärkere marktliche Orientierung die Möglichkeit, Effizienzpotentiale im ambulanten Sektor auszunutzen, die aber einer weniger einschneidenden Umgestaltung des ambulanten Sektors bedürften. Wenn auch die Auswirkungen marktlicher Elemente im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel von Direktverträgen oder eines stärkeren Anbieterwettbewerbes, nicht eindeutig prognostizierbar sind, da bislang wenige empirische Studien hierzu vorliegen, wäre eine Erprobung dieser Elemente dennoch zu erwägen. Wie im folgenden näher beschrieben wird, eröffnen Gesundheitsnetzwerke die Möglichkeit der Aufnahme dieser Elemente in das bestehende System, während gleichzeitig

über netzwerkspezifische Mechanismen die Risiken einer stärkeren marktlichen Orientierung eingeschränkt werden könnten.

4.4 Zwischen Markt und Integration: Netzwerke als Synthese

In Abgrenzung zu Markt und Hierarchie gibt es zwei Auffassungen über das „Wesen“ von Netzwerken. Während WILLIAMSON (1991) Netzwerke als „intermediäre“ oder „hybride“ Form der Organisation ökonomischer Aktivität bezeichnet, die Anteile beider Organisationsformen aufweisen, sieht POWELL (1990) Netzwerke als dritten „Idealtypus“ der ökonomischen Organisation an, die eigenen Regeln und Gesetzmäßigkeiten unterliegen.¹¹⁹

Im Gegensatz zur theoretischen Diskussion um die Positionierung von Netzwerken innerhalb organisationsökonomischer Modelle, erweisen sich die theoretischen Unterscheidungen in der Praxis jedoch als weniger relevant. Wie im weiteren Verlauf der Arbeit gezeigt wird, sind beide Definitionen miteinander vereinbar. Netzwerke tragen Charakteristika der marktlichen und der hierarchischen Organisation, wobei ihre Funktionsfähigkeit darüber hinaus durch eigene Regeln und Mechanismen stabilisiert wird.¹²⁰ Da Netzwerke damit quasi eine „Synthese“ aus der hierarchischen und marktlichen Organisation darstellen, bieten sie auch die Möglichkeit, die Vorteile der jeweiligen Formen für die Organisation der Gesundheitsdienstleistung zu nutzen.

Da Netzwerke in vielfältigen Ausprägungen auftreten, gibt es zwar eine Charakterisierung einzelner Netzwerktypen, jedoch keine allgemeingültige Definition. Die allgemeinste Definition bieten KNOKE/KULINSKI (1982), nach denen Netzwerke aus Akteuren und deren Beziehungen zueinander bestehen.¹²¹ Spezifischer ist die Beschreibung von SYDOW (1995a: 629) der eine Netzwerkorganisation dann als solche definiert, wenn „in der Regel mehr als zwei Akteure (Organisationen, gegebenenfalls auch Individuen oder Gruppen) in rechtlicher

¹¹⁹ Ebenso wie es keine einheitliche Definition von Netzwerken gibt, ist die Netzwerktheorie sehr weitläufig und komplex. Im Grunde kann sie nur bedingt als Theorie im originären Sinn verstanden werden. Wenn an eine Theorie der Maßstab gelegt wird, daß Hypothesen und Zusammenhänge zwischen empirischen oder „logischen“ Sachverhalten aufgestellt werden können (SCHNELL 1999), so wird die Netzwerktheorie diesem insofern nicht gerecht, als keine Kausalzusammenhänge beschrieben werden können. Die Netzwerktheorie kann vielmehr zum einen als *Methode* zur Beschreibung interorganisationaler oder interpersoneller Verflechtungen betrachtet werden. (HARARY 1965, MITCHELL 1969) Zum anderen bietet sie eine Vielzahl von Erklärungsansätzen, um das Entstehen von Netzwerken, ihre Ausgestaltung, Funktionsweise sowie die Prozesse näher zu bestimmen, die zu einem Konsens und kooperativen Handeln zwischen den Teilnehmern beitragen.

¹²⁰ Ausführlich zu den Motiven von Unternehmenszusammenschlüssen GAL-OR (1992) und TIROLE (1989).

¹²¹ In ähnlicher Weise beschreibt MITCHELL (1969:39) Netzwerke: „a network is generally defined as a specific type of relation linking a defined set of persons, events or objectives“. Vergleichbar die Definition von SIMON (1991: 37), der Netzwerke als „koordinierte Zusammenarbeit zwischen rechtlich selbständigen und formal unabhängigen Akteuren, welche durch Tauschverhältnisse miteinander verbunden sind“, ansieht.

wie wirtschaftlicher Hinsicht über viel Autonomie verfügen, dabei aber über strukturierte Beziehungen miteinander verknüpft sind“.

Anhand dieser Definition ist eine erste Einordnung innerhalb des Markt-Hierarchieschemas möglich. Zwar sind die einzelnen Leistungsanbieter formal weiterhin rechtlich, organisatorisch und finanziell eigenständig, jedoch sind die Austauschrelationen im Gegensatz zu einer dezentralen Organisation weniger flüchtig und weisen einen größeren Grad gegenseitiger Abhängigkeit auf (COOK 1977).¹²² Je nach Koordinationsmechanismus und Netzwerktyp können die Netzwerkbeziehungen auf formellen oder informellen Regelungen beruhen, wobei sie aber eine weitaus geringere Regelungsdichte und geringeren Formalisierungsgrad aufweisen als ein hierarchischer Austausch (POWELL 1990).

Da die Akteure trotz eines Netzwerkzusammenschlusses weiterhin finanziell und rechtlich selbständig bleiben können, bieten Gesundheitsnetzwerke die Möglichkeit, die bereits beschriebenen Vorteile einer Privatpraxis zu nutzen, die vor allem in der Erzeugung größerer Wirtschaftlichkeits- und Leistungsanreize im Vergleich zu integrierten Formen liegen. Gleichzeitig können auch spezifisch hierarchische Anreizinstrumente Anwendung finden, ohne die dysfunktionalen Auswirkungen einer bürokratischen Organisation auf die Motivation der Mitglieder tragen zu müssen. So kann zum Beispiel in Analogie zu einer Kündigung des Angestelltenvertrages ebenso bei Netzwerken mit einem Ausschluß gedroht werden, sollten Netzwerkregelungen verletzt werden.

Aufgrund der rechtlichen Selbständigkeit bieten Netzwerke, trotz eines zumeist formalen Rahmens und eindeutig definierter Mitgliedschaftsbedingungen, darüber hinaus einen großen individuellen Aktionsraum und damit eine im Gegensatz zu hierarchischen Systemen bessere Organisationsfähigkeit differenzierter Interessen (CAMAGNI 1993, GRANDORI 1995).¹²³

Ebenso kann die Koordination innerhalb von Netzwerken theoretisch auf jenen Mechanismen beruhen, die auch in Hierarchien und in der marktlichen Organisation Anwendung finden, wie über eine zentrale Instanz, die weisungsbefugt ist, und über finanzielle Anreize (siehe Kapitel

¹²² TRAXLER (1990) grenzt Netzwerke von Marktbeziehungen dadurch ab, daß im Gegensatz zu Marktbeziehungen die Vertragsautonomie ebenso wie die Versachlichung des Austauschverhältnisses gebrochen werden.

¹²³ Besonders im Hinblick auf die bereits dargestellten Gründe einer zögerlichen Kooperationsbereitschaft von Ärzten, die unter anderem auf ein Streben nach großer professioneller Autonomie zurückgeführt wird, kann die Organisation in Netzwerken zu einer größeren Kooperationsbereitschaft führen als ein hierarchisches System. Nach TEUBNER (1992: 201) sind Netzwerke dadurch charakterisiert, daß eine Koexistenz von gemeinschafteten Zwecken und Individualzwecken besteht, so daß "das Handeln der Akteure gleichzeitig ‚korporativ‘ am gemeinsamen Zweck und ‚vertraglich‘ an den Individualzielen der Systemmitglieder orientiert ist“.

6.1). Besteht auch in Netzwerken eine zentralisierte Organisationsstruktur, so weisen diese gegenüber Hierarchien den Vorteil auf, daß die Resistenz gegen einen Eingriff in die Handlungsfreiheit der Mitglieder abgemildert werden kann. Der Grund hierfür liegt darin, daß Netzwerkvorstände im Gegensatz zum HMO-Eigentümer „demokratisch legitimiert“ sind und in den meisten Gesundheitsnetzwerken ein Konsens der Netzwerkmitglieder für die Umsetzung von Beschlüssen erforderlich ist.

Neben dieser zentralen Koordination bieten Netzwerke theoretisch die Möglichkeit, finanzielle Anreize zur Abstimmung der einzelnen am Behandlungsprozeß beteiligten Ärzte und zur Ausrichtung des Behandlungsangebotes an den Konsumentenpräferenzen zu setzen. Hierzu können zum Beispiel eine Vernetzung finanziell gefördert oder dem Netzwerk pro eingeschriebenem Patienten eine Behandlungspauschale geboten werden.

Die Kontrolle von Netzwerken kann sich auf zwei Bereiche beziehen, zum einen auf die interne Überprüfung der Einhaltung der Netzwerkvereinbarungen durch die einzelnen Mitglieder. Zum anderen kann das Netzwerk als Gesamtsystem betroffen sein, indem die Übereinstimmung des Leistungsangebotes mit den Präferenzen der Nachfrager oder die Ausgabenentwicklung des Netzwerkes überprüft werden. Der Vorteil einer netzwerklichen Organisation liegt darin, daß, bezogen auf beide Bereiche, sowohl die unmittelbare Überprüfung des Netzwerkgeschehens durch eine autorisierte Instanz als auch der Wettbewerb als Kontrollmechanismen eingesetzt werden können.

Bei der internen Überprüfung der einzelnen Netzwerkmitglieder kann theoretisch eine zentrale Instanz wie der Netzwerkvorstand dazu ermächtigt werden, die Kontrolle über das Netzwerkgeschehen zu übernehmen. Im Gegensatz zu integrierten Versorgungsformen bieten Netzwerke zusätzlich die Möglichkeit, den Wettbewerbsmechanismus als Kontrollinstrument einzusetzen. Intern ist seine Aufrechterhaltung insofern möglich, als im Gegensatz zu HMO's, bei denen die Ärzte Angestellte der Versicherung sind, Netzwerkärzte weiterhin in Privatpraxen tätig sind und in Konkurrenz um Patienten stehen. Trotz dieser wettbewerblichen Beziehung kann eine partielle Kooperation in einigen Leistungsbereichen erzielt werden, die die originären Konkurrenzfelder nicht berührt, wie zum Beispiel der Austausch relevanter Patientendaten oder der Informationsaustausch in gemeinsamen Qualitätszirkeln.

Bei der Kontrolle des Gesamtsystems ist es theoretisch ebenso möglich, beide Sicherungsmechanismen anzuwenden. So kann eine dritte Instanz, wie zum Beispiel Krankenkassen oder die Kassenärztliche Vereinigung, autorisiert werden, eine regelmäßige Überprüfung bestimmter Parameter vorzunehmen, die Aufschluß über Kostenentwicklung oder Behandlungsqualität des Netzes geben würden.

Unter der Voraussetzung, daß der Kontrahierungszwang aufgehoben wird und Versicherer mit den Leistungsanbietern ihrer Wahl Direktverträge abschließen können, besteht darüber hinaus die Möglichkeit, Wettbewerb zwischen einzelnen Netzwerken zu etablieren. Damit können die kosten- und qualitätssteigernden Auswirkungen des Wettbewerbs weiterhin ausgenutzt werden und Anreize gesetzt werden, Anstrengungen zur Überwindung der institutionellen Schnittstellen zu unternehmen (siehe Kapitel 6.2.4).¹²⁴

Wie noch näher beschrieben wird, bieten Netzwerke darüber hinaus den Vorteil, über netzwerkspezifische Instrumente, wie soziale Normen und Vertrauen, eine Koordination und Kontrolle des Netzwerkgeschehens herbeiführen zu können.¹²⁵ Sind diese netzwerkspezifischen Kontroll- und Koordinierungsfaktoren wirksam und geeignet formale Kontrollen zu ersetzen, können sowohl die angenommenen dysfunktionalen Folgen formaler Kontrollen vermieden, als auch administrative Kosten verringert werden.

Im Gegensatz zu integrierten Versorgungsformen weisen Netzwerke darüber hinaus eine größere Flexibilität in Bezug auf Organisationsgröße, Anpassung an veränderte Umweltbedingungen und Weitergabe von Informationen auf. Wie noch näher beschrieben wird, spielen diese Kriterien besonders für Gesundheitsnetzwerke eine elementare Rolle.

Da Netzwerke dezentral organisiert sind und zum Teil nur auf wenigen formalen Regelungen beruhen, können tendenziell mehr Akteure miteinander koordiniert werden als in hierarchischen Organisationen (WILLIAMSON 1979).¹²⁶ Mit einer größeren Anzahl an teilnehmenden Ärzten und eingeschriebenen Patienten ist im Vergleich zu einer dezentralen Organisation vor allem der Vorteil verbunden, daß die Rentabilitätsschwelle des Netzwerkes steigt, wodurch eine Annäherung an die Produktionskostenvorteile der HMO's ermöglicht wird.¹²⁷ Zusätzlich kann Patienten innerhalb von Ärztenetzwerken eine größere Wahlfreiheit und ein breiteres Angebotsspektrum geboten, als dies innerhalb integrierter Systeme möglich wäre.

¹²⁴ Zusätzlich eröffnet eine netzwerkliche Organisation die Möglichkeit, die Transaktionskosten für den Abschluß von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern, im Gegensatz zu einem dezentralen System, dadurch zu verringern, daß nicht mit den individuellen Leistungsanbietern verhandelt wird, sondern zentral mit dem jeweiligen Netzwerkvorstand.

¹²⁵ Diese Multidimensionalität möglicher Kontrollinstrumente macht nach SYDOW (1998: 267) auch das Wesen von Netzwerken aus: „(..) networks operate on a ‘logic of exchange’ that is very different from both the logic of markets and hierarchies, not least with respect to how this logic combines cooperative and competitive elements, autonomy and dependence, trust and control”.

¹²⁶ Dementsprechend führt auch GRANDORI (1995: 187) aus, daß „[a]n increasing number of sub-units to be coordinated poses limits to firm size of hierarchies but through networks, firms can expand their activities beyond those limits”.

¹²⁷ NEIPP (1986) verweist auf Studien aus den USA, nach denen Ärztenetzwerke mit geringeren Durchschnittskosten arbeiten als HMO's, da Netze einen größeren Patientenstamm bedienen können. Dies ist darauf zurückzuführen, daß sie weniger schnell an Kapazitätsgrenzen stoßen und ein Netz mit verschiedenen Versicherungsanbietern Verträge abschließen kann. Jedoch muß berücksichtigt werden, daß mit der

Eine größere Flexibilität gegenüber HMO's resultiert darüber hinaus aus der weniger formellen Organisationsstruktur und flexibleren Anbindung der Mitglieder an das Netzwerk, wodurch zum Beispiel eine leichtere Umgestaltung der Organisationsstruktur möglich ist.¹²⁸ (VOLBERDA 1996)

Steht die Übertragung von Informationen und der Austausch von Expertenwissen im Mittelpunkt der Transaktion, wie dies bei Gesundheitsnetzwerken der Fall ist, so sind Netzwerke sowohl einer hierarchischen als auch marktlichen Organisation theoretisch überlegen. Nach FRITSCH (1992: 26) verbreiten sich Innovationen in Netzwerken dadurch schneller, daß „weich kontrahierte kooperative Arbeitsteilungen Lerneffekte induzieren“ und „offene Netzwerkbeziehungen durch ein hohes Maß an kooperativem Lernen geprägt“ sind. Die schnellere Diffusion von Innovationen ist nach GRANOVETTER (1985) darauf zurückzuführen, daß lose Bindungen zu verschiedenen Transaktionspartnern die Möglichkeit des Zugangs zu vielen Informationsnetzwerken bieten. Bei festen Bindungen an bestimmte Transaktionspartner sei die Homogenisierung des Informationsstandes der Beteiligten bereits derart hoch, daß keine neuen Informationen zu erfahren seien.

Die Schwierigkeit bei einer marktlichen Transaktion intangible Ressourcen monetär bewerten zu müssen kann ebenso umgangen werden wie eine regelhafte und autoritativ angeordnete Übertragung von Wissen innerhalb von Hierarchien.¹²⁹ Damit sind, nach Ansicht von POWELL (1990), die übertragenen Informationen nicht nur gehaltvoller, sondern es kann auch eine schnellere Diffusion von Wissen erfolgen.

Neben diesen Vorteilen einer netzwerklichen Organisation resultieren gerade aus der dezentralen Organisation und dem im Vergleich zu einer hierarchischen Organisation relativ geringeren Kontroll- und Formalisierungsgrad Risiken für die Leistungserstellung. Diese liegen nach SYDOW (1995b) vor allem in einer partiellen Systembeherrschung und mangelnden ganzheitlichen Steuerung des Systems. Darüber hinaus verweist er auf das Risiko einer im zur hierarchischen Organisation nur schwach ausgeprägten Identifikation mit den Systemzielen und damit nur geringen Integration der Mitglieder (SYDOW 1995A).

Netzwerkgröße, ähnlich wie in Hierarchien, auch der Koordinationsaufwand sowie der administrative Aufwand steigen.

¹²⁸ Diese resultiert daraus, daß die Mitglieder nicht wie bei einer HMO in einem Angestelltenverhältnis stehen und der Angestelltenvertrag sowohl für den Eigentümer als auch für den einzelnen Arzt weitreichendere Verpflichtungen hat als eine Vereinsmitgliedschaft in einem Netzwerk. Dadurch ergibt sich aber auch für Mitglieder die Möglichkeit, über „exit and voice“ einen Einfluß auf die Netzwerkorganisation und -politik nehmen zu können, während diese Option in hierarchischen Organisationen nur in Grenzen angewandt werden kann bzw. diese mit größeren Wechselkosten verbunden ist.

¹²⁹ Hierzu führt POWELL (1990: 304) aus, daß „networks are particularly apt for circumstances in which there is a need for efficient, reliable information. The most useful information is rarely that which flows down the formal chain of command in an organization or that which can be inferred by price signals.“

Wie im folgenden näher beschrieben wird, basiert daher die Funktionsfähigkeit einer netzwerklichen Organisation maßgeblich auf der effizienten Ausgestaltung der Netzwerkregelungen und der Netzwerkstruktur.

5 Netzwerke im Gesundheitswesen: Theoretische Ausgestaltungsmöglichkeiten

5.1 Netzwerkziele und Netzwerkinstrumente

Aus den in Kapitel 3.2.3 vorgestellten Ursachen einer Leistungsver schlechterung in der ambulanten Versorgung wurden für die Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz und in Deutschland im wesentlichen folgende fünf Netzwerkziele abgeleitet, zu deren Erreichung bestimmte Netzwerkinstrumente (s.u.) eingesetzt werden.¹³⁰

Zu den Netzwerkzielen zählen

1. Eine schnellere und umfassendere Informationsübertragung und Weitergabe von Patientendaten, um Doppeluntersuchungen und Mehrfachinanspruchnahmen zu vermeiden und um einzelne Therapieschritte und Verordnungen aufeinander abzustimmen.¹³¹
2. Eine gezielte Steuerung des Behandlungsprozesses, sowohl um zeitliche Verzögerungen im Behandlungsablauf zu verringern, als auch um die Leistungserstellung dort zu verstärken, wo sie mit einem komparativen Vorteil erbracht werden kann.
3. Eine stärkere Angleichung der Behandlungsstandards und eine Aktualisierung des bestehenden Fachwissens.
4. Die Implementierung innovativer Versorgungskonzepte und eine Verbesserung der medizinischen Behandlung für unterversorgte Diagnosegruppen.
5. Eine stärkere Beachtung von Wirtschaftlichkeitsprinzipien und Kosteneinsparungen in der medizinischen Versorgung.

Zur Erreichung dieser Netzwerkziele stehen verschiedene „Netzwerkinstrumente“ zur Verfügung, die in den untersuchten Gesundheitsnetzwerken in unterschiedlicher Intensität Anwendung finden. Im folgenden werden Instrumente vorgestellt, die in der Mehrzahl der Netze anzutreffen sind:

1. Die Einrichtung einer netzwerkspezifischen EDV-Infrastruktur zur schnelleren Datenübermittlung und besseren Abgleichung der Behandlungsstandards.
2. Der Einsatz eines Gatekeepers zur gezielten Steuerung der einzelnen Behandlungsschritte und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen.

¹³⁰ Wie in Kapitel 7.2 noch näher erläutert wird, besteht eine große Ähnlichkeit zwischen den Strukturen und institutionellen Besonderheiten der beiden Gesundheitssysteme, so daß auch die hieraus resultierenden Lösungsansätze auf Deutschland übertragbar sind.

¹³¹ Obwohl angemerkt werden soll, daß die Weitergabe der Patientendaten an weiter behandelnde Ärzte auch im derzeitigen System praktiziert wird, jedoch ist dies nicht gesetzlich vorgeschrieben.

3. Die Erarbeitung von Behandlungsleitlinien sowie regelmäßige Fallbesprechungen innerhalb gemeinsamer Qualitätszirkel, die der internen Fortbildung und der Angleichung der einzelnen Behandlungsstandards dienen sollen.
4. Die Einführung eines Capitationsystems und von Bonus-Malusregelungen (Kapitel 6.1.3) sowie eine Verpflichtung zum Einsatz von Generika.

Aus den spezifischen Netzwerkaufgaben und Netzwerkinstrumenten wird deutlich, daß vor allem die Übertragung von Informationen sowie die Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter „Netzwerkregelungen“, wie zum Beispiel die Umsetzung von Behandlungsrichtlinien, das Unterlassen nicht erforderlicher medizinischer Leistungen oder die Teilnahme an Qualitätszirkeln im Vordergrund stehen. Aus der Immaterialität des Austauschgegenstandes und den bereits vorgestellten spezifischen Merkmalen von Gesundheitsdienstleistungen folgt, daß die Einhaltung der Netzwerkregelungen und die Umsetzung der Netzwerkinstrumente nur in Grenzen kontrollierbar sind. Damit beruht der Netzwerkerfolg¹³² wesentlich auf der intrinsischen Motivation und individuellen Kooperationsbereitschaft der einzelnen Netzwerkteilnehmer. Da sich aber, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, bei den derzeitigen Rahmenbedingungen im ambulanten Sektor verschiedene Faktoren nachteilig auf eine Kooperationsbereitschaft der Beteiligten auswirken können, sind ein hohes individuelles Engagement und eine Beachtung der Netzwerkziele selbst bei einem Netzwerkbeitritt nicht zwangsläufig.

Eine mangelnde Einsatzbereitschaft einzelner Netzwerkteilnehmer kann im wesentlichen auf zwei Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen auf eine Diskrepanz zwischen der individuellen Intention für einen Netzwerkbeitritt und der Netzwerkausrichtung. Zum anderen kann eine mangelnde Einhaltung der Mitgliedsverpflichtungen aus einer ineffizienten Ausgestaltung der Netzwerkregelungen resultieren, die keine ausreichenden Anreize setzen, Netzwerkinstrumente umzusetzen und Netzwerkziele zu verfolgen. Wie in Kapitel 5.5 noch näher beschrieben wird, können beide Faktoren zu opportunistischem Verhalten und zu einem Scheitern des Netzwerkes führen, wobei diese Risiken theoretisch durch eine spezifische Ausgestaltung der Netzwerkregelungen und der Netzwerkstruktur beeinflußt werden können (siehe Kapitel 6).

¹³² Im weiteren wird unter „Netzwerkerfolg“ nicht die Erreichung konkreter Zielvorgaben verstanden, sondern dieser wird daran gemessen, inwiefern die Netzwerkmitglieder Mitgliedsverpflichtungen einhalten, indem sie die Netzwerkziele verfolgen und Netzwerkinstrumente umsetzen. Siehe hierzu näher Kapitel 7.1.

5.2 Nutzenfunktion der Netzwerkteilnehmer

In den meisten Modellen ärztlichen Verhaltens wird angenommen, daß sich die Nutzenfunktion sowohl aus finanziellen Motiven als auch aus nichtpekuniären Aspekten, wie zum Beispiel berufsethischen Interessen, zusammensetzt, wobei die Gewichtung der einzelnen Ziele unterschiedlich vorgenommen wird.¹³³ Vorherrschend ist allerdings eine höhere Bewertung finanzieller Interessen, so daß die Befriedigung pekuniärer Wünsche als das vorrangige Ziel ärztlichen Handelns angesehen wird (Einkommensmaximierungshypothese).¹³⁴ Die Vorrangigkeit finanzieller Ziele ist bei Einzelpraxen insofern wenig strittig, als daß der Arzt in seiner Funktion als Unternehmer keine Handlungsalternative hat und er bei Vernachlässigung dieser Ziele Gefahr liefe, aus dem Markt gedrängt zu werden (GÄFGEN 1982). Der Unterschied zwischen den Nutzenfunktionen drückt sich daher eher in der Gewichtung der einzelnen Ziele aus, sobald das finanzielle Existenzminimum erreicht ist.¹³⁵

Nach der Einkommensmaximierungshypothese treten nichtpekuniäre Ziele in den Vordergrund bzw. substituieren finanzielle Ziele, wenn individuelle Einkommensvorstellungen erreicht wurden oder nicht realisiert werden können (BREYER 1997, GÄFGEN 1990). Zu diesen nichtpekuniären Zielen zählt in erster Linie ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Freizeit und Arbeitszeit.¹³⁶ Darüber hinaus wird vor allem die intrinsische Berufsmotivation des Arztes hervorgehoben, eine qualitativ gute Versorgung zu bieten und damit einen wohlfahrtssteigernden Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Mit dieser intrinsischen Motivation eng

¹³³ Wobei von den folgenden drei Annahmen ausgegangen wird. Alle Akteure versuchen entsprechend ihren individuellen Präferenzen ihren persönlichen Nutzen zu maximieren (Nutzenmaximierungsannahme). Sie verhalten sich rational; da aber unvollkommene Informationen und Unsicherheiten über zukünftige Umweltzustände herrschen, ist nur begrenzt rationales Verhalten möglich. Darüber hinaus werden Organisationen, in diesem Fall Netzwerke, als Aggregat von Handlungen der in ihnen Handelnden betrachtet und aus Sicht der Betroffenen analysiert. Dabei hat die Organisation keine eigene Identität, wie dies zum Beispiel in einem einheitlichen Organisationsziel zum Ausdruck kommen würde, sondern es existieren individuelle Ziele der Beteiligten und Interessenkonflikte (methodologischer Individualismus). (FURUBOTN 1991, WILLIAMSON 1990)

¹³⁴ Es existieren wenige formale Modelle, die immaterielle Aspekte höher einstufen. Eines ist das von MA (1997), der von der Annahme ausgeht, daß das ethische Bewußtsein des Arztes zu einer freiwilligen Einkommenseinschränkung führt. Vor allem verhaltenswissenschaftliche Ansätze nehmen an, daß Ärzte ihr Einkommen nicht in jedem Fall maximieren, sondern zugunsten von Wohlfahrtseffekten bei Preissetzungsmacht Preise konstant halten oder auf einen Teil ihres Einkommens verzichten. (SIMON 1958) Eine ähnlich These vertritt auch SCHULENBURG (1987), der sich vor allem aufgrund empirischer Untersuchungen gegen diese Einkommensmaximierungshypothese wendet.

¹³⁵ Bezogen auf den deutschen Gesundheitsmarkt ist eine eindeutige Festlegung auf eine der beiden Ansätze aus zwei Gründen auch nicht zwingend geboten. Auf der einen Seite kann unter den derzeitigen Vergütungsregelungen insofern von einer gleichwertigen Bedeutung pekuniärer und nichtpekuniärer Ziele ausgegangen werden, womit dem Ziel der Einkommensmaximierung Grenzen gesetzt sind und damit zwangsläufig andere Motive an Bedeutung gewinnen werden. Das Ausmaß der Einkommenserzielung ist für in Einzelpraxen tätige Ärzten auf der anderen Seite insofern begrenzt, als der einzelne Arzt nicht die Preissetzungsmacht besitzt und je nach Vergütungssystem sein Praxisbudget gedeckelt ist.

¹³⁶ Manche Modelle gehen sogar von einer Gleichwertigkeit der Faktoren Einkommen und Freizeit aus, auf die aber nicht weiter eingegangen wird; einen Überblick über die Modelle bietet ADAM (1983).

verbunden ist das Interesse an einer guten Reputation und an einer maximalen Freiheit der Berufsausübung.

Obwohl nach vorherrschender Meinung die Einkommensmaximierungs-Hypothese als die wahrscheinlichere Verhaltensannahme angesehen wird, weisen viele Indizien darauf hin, daß bei der Gründung von Gesundheitsnetzwerken auch nichtpekuniäre Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Die Tatsache, daß Netzwerke gebildet werden, obwohl hiermit ein erheblicher Kooperationsaufwand verbunden ist, dem zunächst kein finanzieller Nutzen gegenübersteht, läßt auf einen erheblichen Einfluß nichtpekuniärer Motive auf das professionelle Verhalten schließen. Gestützt wird diese These durch die Tatsache, daß mit einer Mitgliedschaft sogar eine Aufgabe der individuellen Handlungsautonomie und eine Eingrenzung der Berufsfreiheit verbunden ist.

5.3 Motivation für einen Netzwerkbeitritt

Die Motivation für einen Netzwerkbeitritt ist insofern von Interesse, als eine Diskrepanz zwischen individuellen Interessen und der Netzwerkintention theoretisch zu einem Verfehlen des Netzwerkzieles und einem Scheitern des Netzwerkes führen kann. In Analogie zu den oben vorgestellten Elementen einer ärztlichen Nutzenfunktion kann auch die Motivation für einen Netzwerkbeitritt von unterschiedlichen Gründen geleitet sein. Hierzu zählen im wesentlichen Produktionskostenaspekte, strategische Erwägungen, ideelle Ziele und die Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen.

Produktionskostenvorteile in Form von economies of scale können zum Beispiel durch ein entsprechendes Netzwerkmanagement und eine gezielte Steuerung von Patientenströmen erreicht werden, so daß Praxen besser ausgelastet oder Warteschlangen abgebaut werden können. Ebenso kann eine gemeinsame Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte oder ein gemeinsamer Einkauf medizinischer Hilfsmittel zu Kosteneinsparungen beitragen (DUNNING 1993, ECCLES 1981).

Zu den strategischen Motiven können die Beeinflussung der Wettbewerbsverhältnisse, der Zugang zu wichtigen Ressourcen und Informationen sowie die Verbesserung der eigenen Reputation zählen (ECONOMIDES 1994, SALOP 1983). So besteht nach MCGUIRE (2000) bei niedergelassenen Ärzten tendenziell ein Interesse an der Reduktion der Wettbewerbsintensität und an einer partiellen Kooperation, nicht nur um die negativen Effekte eines Nichtpreiswettbewerbs zu minimieren, sondern auch um eine Marktaufteilung zu gewähren, die die

relative Inelastizität der Nachfrage auf Gesundheitsmärkten aufrechterhält. Darüber hinaus können durch eine netzwerkliche Zusammenarbeit Marktzugangsbarrieren für neue Anbieter errichtet werden, die den etablierten Ärzten eine Monopolstellung einräumen würden.¹³⁷

Ein anderer strategisch motivierter Grund für einen Netzwerkbeitritt kann darüber hinaus, entsprechend der „Resource Dependence Theory“¹³⁸, darin liegen, Zugang zu wichtigen Informationen oder Ressourcen zu erhalten (DiMaggio 1986, PFEFFER 1978). Von elementarem Interesse können zum Beispiel Patientendaten und Behandlungsprotokolle von anderen Ärzten sein. Informationen über die Diagnosestellung und die Therapieanordnung von Fachkollegen tragen sowohl zur Absicherung der eigenen medizinischen Vorgehensweise und zur Verringerung des Haftungsrisikos bei als auch zur Erleichterung des eigenen Praxisablaufes. Darüber hinaus kann die Mitgliedschaft in einem Gesundheitsnetz dazu dienen, den Zugang zu wichtigen Ressourcen und damit die eigene Existenzgrundlage zu sichern. So bestünde für Spezialisten der Vorteil einer engen Zusammenarbeit mit Gate-keepern darin, daß diese ihnen einen kontinuierlichen „Patientenstrom“ garantieren können.¹³⁹ Da eine Netzwerkzugehörigkeit gesellschaftliche Erwartungen erfüllt und einen reputationsfördernden Effekt hat, kann die Zugehörigkeit zu einem Netzwerk darüber hinaus auch als Marketinginstrument dienlich sein.¹⁴⁰

In Analogie zur Zielsetzung von Policy-Netzwerken (siehe Kapitel 2.2) kann auch mit Gesundheitsnetzwerken die Intention verbunden sein, eine bessere Durchsetzung ärztlicher Standesinteressen und Einflußnahme auf politische Entscheidungen zu erreichen (CAMAGNI 1993). Dementsprechend könnten Netzwerke auch eine Antizipation gesetzlicher Verände-

¹³⁷ Marktzugangsbarrieren für neue Anbieter entstehen beispielsweise dadurch, daß alle Hausärzte einer Region einem Netz angehören und nur mit Spezialisten des Netzes kooperieren. Da der Aufbau eines Patientenstammes maßgeblich von der Zuweisung der Patienten durch Hausärzte bestimmt wird, würde eine Niederlassung besonders für Spezialisten ohne die Kooperationsbereitschaft der Hausärzte erschwert. Eine monopolistische Stellung in einem Gebiet kann auch dadurch aufgebaut werden, daß alle Spezialisten einer speziellen Fachrichtung und eines Gebietes in das Netzwerk eingebunden sind und die Netzwerkzugehörigkeit des Patienten Voraussetzung einer Behandlung durch Spezialisten wäre oder Netzwerkpatienten von den Fachärzten bevorzugt behandelt würden.

¹³⁸ Nach der Resource Dependence Theory nehmen Organisationen an einem interorganisationalen Austausch teil, um den Zugang zu strategisch wichtigen Ressourcen und Informationen zu vergrößern. Da Organisationen häufig elementare Ressourcen nicht alleine generieren können, müssen sie in Interaktion mit ihrer Umwelt treten. Der Grad der Abhängigkeit von anderen Organisationen wird dabei durch die Verfügbarkeit und Verteilung von Ressourcen bestimmt. (FENNELL 1987)

¹³⁹ Besonders die Sicherung eines umfangreichen Patientenstammes, der das Überleben der Organisation garantiert, war für die Gründung neuer Gesundheitsnetzwerke in den USA ausschlaggebend (ALTER 1990).

¹⁴⁰ Die Gründe für die Bildung von Gesundheitsnetzwerken in den USA lagen nach Befragung der Ärzte zu einem großen Teil in den gesellschaftlichen Erwartungen an Ärzte, sowohl Maßnahmen zu einer Optimierung des Leistungsprozesses als auch zur Kostenreduktion zu ergreifen (ALTER 1990). Als Marketinginstrument sind Netzwerke in Deutschland insofern interessant, als zwar ein ärztliches Werbeverbot gilt, eine Netzwerkzugehörigkeit aber werbewirksam ausgenutzt werden kann (MÜNNICH 1984).

rungen und der Einführung von HMO's sein, durch die niedergelassene Ärzte ihre wirtschaftliche und rechtliche Autonomie verlieren würden.

Im Gegensatz zu diesen strategischen Erwägungen kann ein Beitritt auch von ideellen Vorstellungen geleitet und mit dem Wunsch verbunden sein, einer sozialen Verantwortung gerecht zu werden und zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beizutragen. Ein Beleg für diese These sind die Ergebnisse der Untersuchung von WESTEBBE (1999), der unter den verschiedenen derzeit existierenden Netzwerktypen unter anderem jenes der „sozial Engagierten“ identifiziert, das sich im Vergleich zu den anderen Netzwerken durch eine große persönliche Einsatzbereitschaft der Teilnehmer und eine hohe Patientenorientierung auszeichnet.

Wie noch näher beschrieben wird (Kapitel 5.5), spielen die Motive der einzelnen Netzwerkmitglieder bei einem Netzwerkzusammenschluß eine entscheidende Rolle für den Erfolg von Gesundheitsnetzwerken. Entsprechend der unterschiedlichen Präferenzstruktur und der individuellen Motivation für einen Netzwerkbeitritt können auch verschiedene Netzwerkregelungen und Netzwerkstrukturen effizient sein oder sich kontraproduktiv auf die Einsatzbereitschaft einzelner Ärzte auswirken.

5.4 Anforderungen und Risiken eines Netzwerkzusammenschlusses

Zwar bietet ein Netzwerkbeitritt, wie im vorangegangenen Kapitel erläutert, zahlreiche Vorteile für den einzelnen Netzwerkarzt, jedoch stellt eine Mitgliedschaft ebenso spezifische Anforderungen an die Mitglieder. Zu diesen zählen zum einen ein hohes persönliches Engagement und zum anderen die Bereitschaft, zusätzliche Kosten und Risiken zu übernehmen.

Netzwerkspezifische Kosten resultieren zum Beispiel aus einem erhöhten Kooperations- und Anpassungsbedarf. So verursachen gemeinsame Netzwerkaktivitäten, wie Qualitätszirkel oder der Austausch von Patientendaten, sowohl direkte als auch indirekte Kosten. Zudem entstehen Anpassungskosten infolge der Angleichung der unterschiedlichen Behandlungsstandards und der Ausrichtung der medizinisch-technischen Ausstattung an die spezifischen Netzwerkerfordernisse.

Die Risiken eines Netzwerkzusammenschlusses resultieren vorrangig aus einer Kollision zwischen Netzwerkzielen und Anforderungen, die die Organisation einer Einzelpraxis an den einzelnen Netzwerkarzt stellen.

Im wesentlichen treten konfligierende Anforderungen bei der Aufteilung des zeitlichen Dispositionsspielraums auf, da sowohl das eigene Praxismanagement als auch die Partizipation am Netzwerkgeschehen bei erfolgreichen Netzwerken zeitintensiv sind.

Darüber hinaus können sich Netzwerkanforderungen dadurch nachteilig auswirken, daß sie nicht mit den Patientenpräferenzen in Einklang stehen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn netzwerkspezifische Behandlungsleitlinien eine Änderung der Therapieanordnung erfordern, diese aber Patientenwünschen zuwiderlaufen. Ebenso könnten Patienten eine umfangreiche fachärztliche Behandlung präferieren, während diese bei einem Gatekeeperprinzip nur eingeschränkt gewährt wird. Bei einem Netzwerkbeitritt ist die Berücksichtigung dieser Faktoren insofern von hoher Relevanz, als daß für den Patienten intangible Faktoren, wie Vertrauen oder eine Entsprechung seiner Präferenzen, wesentliche Kriterien für die Leistungsbewertung des Arztes darstellen. Wird den Vorstellungen des Patienten nicht entsprochen, droht eine Abwanderung.¹⁴¹

Neben konkurrierenden Anforderungen zwischen Einzelpraxis und Netzwerk besteht für den einzelnen Netzwerkarzt das Risiko, daß Konflikte mit Netzwerkkollegen oder externen Ärzten auftreten.¹⁴² Interne Netzwerkkonflikte können zum Beispiel durch Differenzen in der Aufgabenzuteilung und der Übernahme von Verantwortlichkeiten entstehen. Darüber hinaus kann die Steuerungs- und Delegationsbefugnis eines Gatekeepers als Einschränkung des individuellen Handlungsspielraumes angesehen werden.

Wesentlicher Grund für die distanzierte Haltung vieler Ärzte gegenüber einem Netzwerkbeitritt liegt schließlich darin, daß eine Mitgliedschaft zu einer hohen Abhängigkeit zwischen den Netzwerkpartnern führen kann. Nach SYDOW (1995b) besteht die Gefahr einer netzwerklichen Kooperation darin, daß Teilkompetenzen externalisiert werden und damit der Verlust individueller Autonomie droht. So wird innerhalb von Gesundheitsnetzwerken Dritten der Zugang zu Praxisdaten erleichtert, da Therapieprotokolle ausgetauscht oder die Praxiskosten veröffentlicht werden. Aus einer Offenlegung der eigenen Behandlungspraxis

¹⁴¹ Die Untersuchungen von ANDERSEN (1990: 105) zeigen, daß Ärzte nicht autonom und frei von den Wünschen des Patienten handeln können. Immerhin gaben 35 Prozent an, daß sie häufiger in Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeitsgebot und Patientenwünschen stehen und nur 14 Prozent verneinten einen Konflikt. Diese Kollision zwischen ärztlichem Selbstverständnis und Forderungen der Patienten bewerteten viele sogar als „patienteninduzierte Nachfrage“.

¹⁴² Wie POWELL (1990: 305) ausführt „it is inaccurate to characterize networks solely in terms of collaboration and concord. Each point of contact in a network can be a source of conflict as well as harmony“.

können schließlich Sanktionen resultieren, wie zum Beispiel Regreßansprüche bei einer zu umfangreichen Gewährung medizinischer Mittel.¹⁴³

Eine weiteres Risiko besteht darin, daß einige Netzwerkakteure opportunistisch handeln und ihren Netzwerkverpflichtungen nicht gerecht werden, wodurch der Kooperationsaufwand für die anderen Teilnehmer steigen würde. Betrifft dieses Verhalten darüber hinaus die medizinische Behandlung, könnte die schlechte Leistungsqualität eines einzelnen Mitgliedes von den Patienten auf das gesamte Netzwerk projiziert werden, wodurch das Netzwerk eine Rufschädigung erleiden würde.

5.5 Opportunistisches Verhalten als Ursache des Scheiterns von Netzwerken

Wie bereits in Kapitel 5.1 erwähnt, basiert aufgrund der mangelnden Kontrollierbarkeit des medizinischen Behandlungsprozesses und des Netzwerkgeschehens der Netzwerkerfolg maßgeblich auf der intrinsischen Motivation der einzelnen Mitglieder. Zwar kann die Umsetzung einiger Netzwerkinstrumente, wie zum Beispiel die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder die prinzipielle Weitergabe von Patientendaten, überprüft werden. Dennoch sind wesentliche Parameter nicht oder nur mit erheblichem Kostenaufwand zu kontrollieren, die aber einen entscheidenden Beitrag zum Netzwerkerfolg und dem Grad der Zielerreichung leisten. Hierzu zählen die Einhaltung der Behandlungsstandards, die Güte der übertragenen Patientendaten, das persönliche Engagement innerhalb der Arbeitsgruppen. Eine mangelnde Umsetzung der Netzwerkinstrumente kann dabei vor allem auf eine Diskrepanz zwischen individueller Motivation für einen Netzwerkbeitritt sowie Zielen der „Netzwerkführung“ zurückgeführt werden.

Im übertragenen Sinn kann das Verhältnis zwischen dem Netzwerk als Gesamtsystem oder dem Netzwerkvorstand und dem einzelnen Netzwerkmitglied als Principal-Agent-Problem dargestellt werden. Auch hierbei handelt es sich um die Frage der optimalen Steuerung von dezentralen Aktivitäten, wenn nennenswerte Informationsasymmetrie zwischen Auftraggeber und Ausführenden herrscht und diese daher maßgebliche Handlungsfreiheit besitzen.¹⁴⁴ Das Netzwerk als Gesamtsystem oder der Vorstand können dabei als Prinzipal angesehen werden, die die Verpflichtung zur Umsetzung der Netzwerkinstrumente oder zur Erbringung einer

¹⁴³ Ähnlich sind auch die Erfahrungen mit Gesundheitsnetzwerken in Deutschland. Nach BAUSCH (2000A) stellen diese hohe Anforderungen an die jeweiligen Ärzte, da ein Netzwerkzusammenschluß die Bereitschaft zur Offenlegung der eigenen Behandlungspraxis und zur Verhaltensänderung erfordert.

¹⁴⁴ Wobei angemerkt werden muß, daß es sich hierbei quasi um eine Beziehung zwischen mehreren Prinzipalen und einem Agenten handelt. Jedoch soll im folgenden angenommen werden, daß die Interessen des Netzwerkvorstandes oder, wenn dieser nicht existiert, dem Netzwerk als Kollektiv identisch sind und in der möglichst hohen Erreichung des Netzwerkzieles liegen.

guten Behandlungsqualität an die einzelnen Netzwerkärzte delegieren und deren Nutzen mit dem Grad der Umsetzung und Zielerreichung steigt. Demgegenüber handeln die einzelnen Netzwerkärzte als Agenten, indem sie bei gegebenem Auftrag und unter der Annahme verschiedener Handlungsalternativen jene auswählen, die ihren Nutzen maximieren. (MILGROM 1992, WILLIAMSON 1979)¹⁴⁵ Eine Verfehlung des Netzwerkzieles kann dann eintreten, wenn eine Interessendivergenz zwischen Agent und Prinzipal vorliegt und der Agent, aufgrund der hohen Informationsasymmetrie, den ihm zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum ausnutzt, um seinen individuellen Nutzen zu maximieren. Dabei kann die Interessendivergenz durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden und verschiedene Arten opportunistischen Verhaltens¹⁴⁶ verursachen, für dessen Beseitigung die Agency-Theory spezifische institutionelle Instrumente anbietet.

Die unterschiedlichen Arten opportunistischen Verhaltens können danach unterschieden werden, zu welchem Zeitpunkt die Interessendivergenz auftritt bzw. vermieden werden kann. Herrscht asymmetrische Informationsverteilung vor Vertragsabschluß bzw. vor Netzwerkeintritt, so besteht das Risiko eines vorvertraglichen Opportunismus. Dieser kann dann eintreten, wenn eine Diskrepanz zwischen der individuellen Motivation für einen Netzwerkbeitritt und der Netzwerkausrichtung vorliegt (hidden intention).¹⁴⁷ Wie bereits beschrieben, können die Gründe für einen Netzwerkbeitritt vielfältig sein, wobei diese im wesentlichen in der Verfolgung von Einkommenssteigerungen, strategischen Vorteilen oder in eher „altruistischen“ Zielen liegen können. Wäre ein Netzwerkbeitritt zum Beispiel maßgeblich altruistisch motiviert, so könnte sich die Einführung umfassender Kontrollsysteme oder auch eine Ausrichtung des Netzwerkes an rein ökonomischen Zielen dysfunktional auf die Motivation und Kooperationsbereitschaft des Einzelnen ausüben. Eine Reduktion der Behandlungskosten wäre dann nicht wahrscheinlich, wenn die Überzeugung der Netzwerkteilnehmer dem entgegen stünde.

¹⁴⁵ Dabei setzt die normative Principal-Agency-Theorie an diesem Punkt an, indem sie nach institutionellen Arrangements wie Anreizverträgen oder Kontrollen sucht, um diese Interessendivergenz zu minimieren. (FAMA 1983) Im weiteren soll nicht weiter auf die einzelnen Ansätze und Weiterentwicklungen der Theorie eingegangen werden; einen umfassenden Überblick bietet NILAKANT (1994).

¹⁴⁶ Opportunistisches Verhalten ist definiert durch „die Verfolgung von Eigeninteresse unter Zuhilfenahme von List. (...) Allgemeiner gesagt bezieht sich Opportunismus auf die unvollständige oder verzerrte Weitergabe von Informationen (...)“ (WILLIAMSON 1990: 54).

¹⁴⁷ Bei hidden intention handelt es sich um verborgene Absichten des Agenten, die in diesem Fall in der Motivation für einen Netzwerkbeitritt liegen kann. Hidden intention wird in den Agency-Modellen häufig mit hidden action gleichgesetzt, da die Umsetzung der „intention“ nach Vertragsabschluß erfolgt. Jedoch soll diese in Anlehnung an BREID (1995) in diesem Zusammenhang gesondert betrachtet werden, da ihre Vermeidung vor Vertragsabschluß über die gleichen Instrumente wie die Vermeidung von hidden characteristics erfolgen kann. Es bleibt jedoch im folgenden unberücksichtigt, ob das Nichtaufdecken

Hidden intention liegt auch vor, wenn Netzwerkteilnehmer weniger aus eigenem Antrieb einem Netzwerk beitreten, als vielmehr aus der Neigung, dem sozialen Druck oder dem Drängen der Kollegen nachzugeben.¹⁴⁸

Eine weitere Form von vorvertraglichem Opportunismus besteht darin, daß die Netzwerkanforderungen mit den fachlichen oder persönlichen Voraussetzungen eines Bewerbers nicht übereinstimmen (hidden characteristics).¹⁴⁹ Dieser würde dann auftreten, wenn der Bewerber nur eine geringe fachliche Qualifikation aufweist, aber eine gehobene Behandlungsqualität für Netzwerkpatienten angeboten werden soll.¹⁵⁰ Zwar kann die formale Qualifikation eines Arztes zum Beispiel über Zeugnisse überprüft werden, für die tatsächlichen persönlichen und medizinischen Fähigkeiten eines Arztes sind diese dagegen häufig nur wenig aussagefähig.

Würde im Fall des vorvertraglichen Opportunismus ein Netzwerkbeitritt dennoch stattfinden, so könnte dies zu einem erheblichen „Mismatch“ zwischen der netzwerklichen Ausrichtung und der individuellen Intention führen, was wiederum einen individuellen Motivationsverlust zur Folge haben könnte.¹⁵¹ Die Gefahr eines „Mismatch“ steigt zum einen mit den Informationsdefiziten des Bewerbers über die Netzwerkziele und über die Anforderungen an das einzelne Netzwerkmitglied. Zum anderen kann ein „Mismatch“ dann auftreten, wenn den Netzwerkmitgliedern ungenügende Informationen über die Motivation und Qualifikation des jeweiligen Bewerbers zur Verfügung stehen.

Liegt ein Informationsdefizit über das Handeln der Netzwerkakteure nach Netzwerkeintritt vor, besteht das Risiko eines nachvertraglichen Opportunismus. In diesem Fall stimmen die Akteure zwar prinzipiell mit den Netzwerkzielen und der Netzwerkausrichtung überein, jedoch besteht ein Anreiz, den durch eine hohe Informationsasymmetrie verursachten diskretionären Handlungsspielraum zu Gunsten der eigenen Nutzenmaximierung auszunutzen.

relevanter Eigenschaften oder der wahren Motivation für einen Netzwerkbeitritt wissentlich erfolgt oder unbeabsichtigt ist.

¹⁴⁸ Hierauf verweisen auch die Aussagen von Netzwerkärzten, die als Motivation für einen Netzwerkbeitritt die Angst vor Ausgrenzung und Ärger mit den Kollegen angeben (WESTEBBE 1999: 85).

¹⁴⁹ Hidden characteristics liegt dann vor, wenn dem Prinzipal vor Eingehen der Vertrags- oder Netzwerkbeziehung relevante Eigenschaften des Agenten, wie zum Beispiel persönliche Eigenschaften, die Qualifikation und fachliche Kenntnisse, verborgen bleiben.

¹⁵⁰ Nach Aussage vieler Netzwerkärzte ist die fachliche Qualifikation der Netzwerkpartner das entscheidende Auswahlkriterium, weil diese letztlich für den Ruf und Erfolg des Netzwerkes ausschlaggebend ist.

¹⁵¹ Aussagen von Netzwerkärzten belegen, daß jene, die vor allem von einer intrinsischen Motivation geleitet wurden und in einem Netzwerk eine Chance für eine Verbesserung der Versorgungsqualität sahen, eine zu starke Ausrichtung des Netzwerkes an ökonomischen Zielen als demotivierend empfanden (Aussage eines Netzwerkarztes).

Nachvertraglicher Opportunismus kann in zwei Formen auftreten. Zum einen in Form eines bewußten Zurückhaltens relevanter Informationen (hidden information).¹⁵² In diesem Fall würden zum Beispiel Patientendaten nur unvollständig an Netzwerkkollegen weitergegeben oder das eigene Behandlungsverhalten bei Fallbesprechungen nur verzerrt wiedergegeben werden. Die Gründe hierfür können zum Beispiel darin liegen, daß, wie bereits in Kapitel 5.4 dargestellt, mit der Offenlegung der eigenen Behandlungspraxis auch eine Fehlerrückmeldung möglich ist und diese Sanktionen nach sich ziehen könnte.

Zum anderen kann nachvertraglicher Opportunismus darin bestehen, daß die Netzwerkinstrumente nicht umgesetzt werden, wie etwa in Form einer unzureichenden Anwendung der Behandlungsleitlinien oder mangelnden Berücksichtigung von Kostenaspekten (hidden action). Ebenso würde die verzögerte Rücküberweisung von Patienten aus der fachärztlichen in die hausärztliche Praxis eine Verletzung des Gatekeepingprinzips und damit der Mitgliedsverpflichtungen bedeuten.

Wie in den folgenden Kapiteln näher beschrieben wird, existieren aus institutionenökonomischer Sicht spezifische Instrumente, die zu einer Verringerung opportunistischen Verhaltens¹⁵³ beitragen können. Hierzu zählen zum einen Signaling- und Screening-Instrumente, über die eine gezieltere Auswahl der Netzwerkteilnehmer und damit eine Vermeidung von vorvertraglichem Opportunismus ermöglicht wird. Zum anderen können eine spezifische Ausgestaltung des vertraglichen Arrangements, spezielle Kontrollinstrumente und finanzielle Anreize dazu dienen, nachvertraglichen Opportunismus zu verringern.

¹⁵² Bei hidden information verfügt der Agent über einen Informationsvorsprung, den er zu eigen-nutzmaximierenden Entscheidungen ausnutzen kann. Im Gegensatz zu hidden action kann die Handlung des Agenten vom Prinzipal zwar beobachtet, nicht aber bewertet werden. Bei hidden action kann der Prinzipal dagegen die Handlungen des Agenten nicht beobachten. (BREID 1995)

¹⁵³ Wenn im weiteren Verlauf der Arbeit generell der Begriff „opportunistisches Verhalten“ benutzt wird, soll dieser zur Vereinfachung verstanden werden als die „Nichtverfolgung der Netzwerkziele und Nichtbeachtung der hierzu notwendigen Netzwerkinstrumente“.

6 Der Einfluß der Netzwerkstruktur und unterschiedlicher Netzwerkregelungen auf das Netzwerkergebnis

6.1 Der Zusammenhang zwischen Netzwerkstruktur und Netzwerkergebnis

Wie in den nachfolgenden Kapiteln näher ausgeführt wird, können Netzwerke theoretisch durch hierarchische, marktnahe oder netzwerktypische Koordinations- und Kontrollmechanismen ausgestaltet und gelenkt werden. Gehören zu den marktnahen Mechanismen finanzielle Anreize und Wettbewerb, sind eine zentrale Koordination und formale Kontrollen typisch hierarchische Formen der Organisationsgestaltung. Wie noch näher beschrieben wird, können Netzwerke darüber hinaus durch netzwerkspezifische Steuerungsmechanismen, wie Vertrauen und informelle Regelungen, stabilisiert werden. Konkret soll im folgenden untersucht werden, inwieweit diese Netzwerkregelungen geeignet sind, die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens zu beeinflussen und Anreize zu einer Umsetzung der Netzwerkinstrumente zu setzen.¹⁵⁴

Im folgenden werden die Gesamtheit aller Netzwerkregelungen und die Netzwerkstruktur eines Gesundheitsnetzwerkes als Netzwerkarrangement bezeichnet. Ein Überblick über die einzelnen Regelungen findet sich in Tabelle I (siehe Anhang).¹⁵⁵

Grundlegende Annahme bei den weiteren Ausführungen ist darüber hinaus, daß die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Akteure agieren, Einfluß auf das Verhalten der Einzelnen und damit das Gesamtergebnis haben können. In Analogie zum Structure-Conduct-Performance Konzept aus der Industrieökonomie, das von einem Kausalzusammenhang zwischen der Wirtschaftsstruktur, dem Verhalten der Wirtschaftsakteure und dem wirtschaftlichen Ergebnis ausgeht (CARLTON 2000, MARTIN 1994, SCHERER 1990), kann theoretisch auch ein Einfluß des Netzwerkarrangements auf das Netzwerkergebnis angenommen werden. Wird die Wirtschaftsstruktur beim industrieökonomischen Unter-

¹⁵⁴ Theoretisch hängt die effektive Ausgestaltung der Netzwerkregeln unter anderem davon ab, ob es sich um eine horizontale Kooperation („Ressourcenpooling“) oder eine vertikale Kooperation („Ressourcenübertragung“) handelt (PFEFFER 1978). Der Unterschied zwischen beiden Formen besteht darin, daß sich eine horizontale Kooperation auf die Zusammenarbeit von Unternehmen gleicher Wertschöpfungsstufen bezieht, während bei einer vertikalen Kooperation eine Zusammenarbeit von Unternehmen unterschiedlicher Wertschöpfungsstufen erfolgt (SYDOW 1991). Während horizontale Kooperationsbeziehungen vor allem durch „associational agreements“ geregelt werden, basieren vertikale Kooperationen auf relationalen Verträgen (REVE 1988). Übertragen auf Gesundheitsnetzwerke kann es sich sowohl um eine vertikale als auch horizontale Übertragung von „Ressourcen“ handeln. Zum einen werden Patienten zur Weiterbehandlung an Spezialisten oder das Krankenhaus verwiesen und im Zuge dessen Patientendaten übertragen, zum anderen findet ein Austausch von Informationen bei gemeinsamen Arbeitstreffen statt.

¹⁵⁵ Es sei darauf hingewiesen, daß bei den folgenden Ausführungen Aspekte der einzelnen Regelungen, die sich nicht auf den Zusammenhang zwischen Netzwerkarrangement und opportunistischem Verhalten beziehen,

suchungsschema weitestgehend durch die Anzahl der Marktteilnehmer, die Marktzutrittskriterien und das Produktangebot bestimmt, kann dieses bezogen auf Netzwerke ebenfalls durch die Anzahl weiterer Anbieter oder anderer Netzwerke, die Zutrittskriterien zum Netz und das medizinische Angebot anderer Netzwerke charakterisiert werden. Die Analyse der Auswirkungen der Netzwerkstruktur unterscheidet sich in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zum klassischen industrieökonomischen Ansatz jedoch dadurch, daß das Marktverhalten und das Marktergebnis nicht durch spezifische Indikatoren getrennt voneinander betrachtet werden. Bei der Untersuchung dient vielmehr das Verhalten der Akteure, ausgedrückt in der Befolgung der Netzwerkregelungen oder dem Grad opportunistischen Verhaltens, als Maßstab für das Ergebnis der spezifischen Netzwerkstruktur.

6.2 Netzwerkregelungen

6.2.1 Formalisierungsgrad

Der Formalisierungsgrad stellt ein Maß dafür dar, inwieweit die Mitgliedschaftsbedingungen und die Beschreibung des Netzwerkaufbaus in Form eines formalen Vertrages, der zwischen dem Netzwerk und dem einzelnen Arzt abgeschlossen wird, schriftlich niedergelegt sind oder auf informellen Regelungen beruhen.¹⁵⁶

Bevor eine Bewertung der vorliegenden Netzwerkverträge nach dem Ausmaß seiner Formalisierung erfolgen kann, ist zu untersuchen, inwiefern innerhalb von Gesundheitsnetzwerken die Erstellung vollständiger, formaler Verträge überhaupt realisierbar ist.¹⁵⁷ Zwar kann der Netzwerkaufbau, der die Zusammensetzung des Netzwerkes und die Einrichtung von Netzwerkinstitutionen umfaßt, explizit vertraglich niedergelegt werden, jedoch ist diese Konkretisierung bei vielen Netzwerkregelungen und den Mitgliedschaftsbedingungen nur partiell möglich. Vollständige Verträge mit expliziter Festlegung der Mitgliedschaftsanforderungen sind nur dann zu realisieren, wenn es sich um den Austausch tangibler Güter handelt, der individuelle Beitrag zum Produktionsergebnis gemessen werden kann und vollkommene

weitestgehend unberücksichtigt bleiben. So werden die unmittelbaren Folgen des Gatekeepings für die Behandlungsqualität ebensowenig einbezogen wie die originären Aufgaben eines Vorstandes.

¹⁵⁶ Im folgenden soll keine umfassende Darstellung der Vertragstheorie erfolgen; die einzelnen Vertragsformen und ihre Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens werden nur grob skizziert.

¹⁵⁷ Bei dem klassischen Vertragstyp handelt es sich um einen vollständigen Vertrag, bei dem der Wille der Vertragsparteien sowie alle zukünftigen Umweltzustände vollständig erfaßt werden und symmetrische Informationen über das Rechtsgeschäft vorliegen. Darüber hinaus werden Preis und Qualität eines Gutes von einer Vertragspartei ohne vorherige Vertragsverhandlungen festgelegt, so daß die Identität der Personen unerheblich für das Rechtsgeschäft ist (OUCHI 1996, WILLIAMSON 1991).

Informationen über zukünftige Umweltzustände vorliegen.¹⁵⁸ Ist der Austauschgegenstand weitestgehend intangibel und kann aufgrund der Komplexität des Produktions- bzw. des Netzwerkgeschehens der individuelle Einsatz nicht vollständig bewertet werden, ist die vertragliche Erfassung aller Optionen entweder nicht möglich oder sie würde zu prohibitiv hohen Transaktionskosten führen. (WILLIAMSON 1981) Unter diesen Voraussetzungen ist anzunehmen, daß ein großer Teil der Vertragsinhalte nicht explizit festgelegt werden kann und daher vollständige, formale Verträge nicht zu erzielen sind.¹⁵⁹ So kann zwar die Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätszirkeln, zur Weitergabe von Daten, zur Einrichtung einer entsprechenden Infrastruktur sowie die Beachtung von Behandlungsleitlinien vertraglich aufgenommen werden. Jedoch erlauben es Netzwerkverträge nicht, intangible Faktoren, wie die Güte der übertragenen Informationen und die Motivation der Netzwerkteilnehmer, die letztlich über den Netzwerkerfolg entscheiden, justiziabel festzulegen. Ebenso ist es vertraglich nicht möglich, ein bestimmtes medizinisches Qualitätsniveau in der ärztlichen Behandlung inhaltlich derart zu konkretisieren, daß dieses rechtswirksam eingefordert werden kann.

Die mangelnde Konkretisierbarkeit wesentlicher Vertragsinhalte ist vor allem darauf zurückzuführen, daß Bewertungsmaßstäbe für ein persönliches Engagement nur vage formuliert werden können, individuelles Verhalten nicht direkt beobachtbar ist und aufgrund hoher Informationsdefizite auch nicht vom Behandlungsergebnis auf den persönlichen Einsatz geschlossen werden kann. Aus diesen Gründen können Verträge innerhalb von Gesundheitsnetzwerken, selbst wenn ein hoher Formalisierungsgrad von den Beteiligten angestrebt wird, nur unvollständig spezifiziert werden. (WILDEMAN 1997)¹⁶⁰

¹⁵⁸ Hierbei handelt es sich um einen neoklassischen Vertrag, der dadurch gekennzeichnet ist, daß dieser unter Unsicherheit abgeschlossen wird und begrenzte Rationalität angenommen wird (CEZANNE 1998).

¹⁵⁹ Im Kern weichen Netzwerkverträge von „traditionellen“ Dienstleistungsverträgen dadurch ab, daß es sich nicht um einen Produktionsauftrag handelt, sondern, wie bereits in Kapitel 5.1 beschrieben, um die Verpflichtung zur kooperativen Zusammenarbeit. Juristisch handelt es sich bei Verträgen, in denen ein Produkt oder eine Dienstleistung in Auftrag gegeben wurde und bei denen der Erfolg geschuldet wird, um Werkverträge, während Dienstverträge nur den Arbeitseinsatz an sich schulden (SADOWSKI 1999). Theoretisch könnten Netzwerkverträge, die zwischen Netz und dem einzelnen Mitglied bestehen, als Dienstleistungsverträge angesehen werden, bei denen der Netzwerkauftrag, neben der Teilnahme an begleitenden Netzwerkveranstaltungen, in der Einhaltung bestimmter Behandlungsstandards und der Weitergabe von Informationen besteht.

¹⁶⁰ Aus diesen Gründen basieren nach den Studien von KREINER (1993) F&E-Netzwerke, deren Erfolg ebenfalls maßgeblich auf intrinsischer Motivation und individueller Bereitschaft zur Kooperation und Weitergabe von Wissen beruht, vor allem auf informellen Vereinbarungen. Hierzu führt KREINER (1993: 198) aus „the lack of rational foundation of many research venues and the very ‘frontier’ of biotech may explain the lack of formalization; the intensity of commitment, sentiments etc. may explain the possibility of survival and success in spite of harsh environmental conditions“. Da F&E-Netzwerke eine starke Ähnlichkeit zu Gesundheitsnetzwerken aufweisen, können die Erkenntnisse aus den Forschungsergebnissen über Forschungsk Kooperationen für eine Auswahl der optimalen Netzwerkform genutzt werden. Basis der gemeinsamen Kooperation ist bei beiden die Übertragung von Informationen und das Poolen von Expertenwissen. Und ebenso wie bei F&E-Netzwerken herrscht in Gesundheitsnetzwerken ein hoher Grad an

Über den Stellenwert und Einfluß formaler Regelungen herrschen unterschiedliche Auffassungen. Während MILGROM (1992) die Bedeutung formaler Verträge für die Ausgestaltung und Stabilisierung von Vertragsbeziehungen hervorhebt, weisen mehrere Studien über Forschungsk Kooperationen nach, daß ein hoher Formalisierungsgrad einen relativ unbedeutenden Einfluß auf die Verhaltenssteuerung von ökonomischen und sozialen Austauschbeziehungen hat (exemplarisch KREINER 1993, MACAULAY 1996).¹⁶¹

Die Vertragsform kann insofern einen Einfluß auf die Einhaltung von Netzwerkregelungen und die Effizienz des Netzwerkes haben, als mit unvollständigen Verträgen und impliziten Vereinbarungen offene Handlungsspielräume eröffnet werden, die zu opportunistischem Verhalten führen können.

Demgegenüber könnte sich ein hoher Formalisierungsgrad unterstützend auf die Einhaltung von Netzwerkregelungen auswirken, da sich die Kooperationspartner bei opportunistischem Verhalten eines Netzwerkakteurs auf diese Regelungen berufen können. Hierdurch können explizit niedergelegte Mitgliedschaftsanforderungen bindende Wirkung entfalten und zur Vermeidung ex-post opportunistischen Verhaltens beitragen.

Werden in einem formalen Vertrag die Netzwerkausrichtung und die mit einer Mitgliedschaft verbundenen Verpflichtungen offengelegt, kann dies zu einer Verringerung der Verhaltensunsicherheit und im Umkehrschluß zu einem positiven Netzwerkergebnis führen.¹⁶²

Informationsasymmetrie über die Kooperationsneigung der Netzwerkteilnehmer und über das Kooperationsergebnis. Zum einen ist der Beitrag der einzelnen Partner zu einem hohen Grad individualisiert und opportunistisches Verhalten weitestgehend nicht beobachtbar. Zum anderen ist der Netzwerkerfolg selbst bei kooperativem Verhalten unsicher, nicht meßbar und nicht individuell zurechenbar. (LIEBESKIND 1996)

Aufgrund dieses hohen Grades an Informationsasymmetrie sind F&E-Netzwerke durch wenige bürokratische Regelungen und formale Vereinbarungen charakterisiert (EVAN 1990, OUCHI 1988). Darüber hinaus produzieren Forschungsk Kooperationen maßgeblich positive externe Effekte, deren Kosten aber, solange diese nicht über den Preis kompensiert werden können, von den Netzwerkakteuren getragen werden. Der Unterschied liegt darin, daß am Ende der Kooperation mit hoher Wahrscheinlichkeit ein gemeinsamer Output steht. Dieses Ergebnis ist bei Gesundheitsnetzwerken unsicher, da es sich vor allem um intangible Erfolgsfaktoren handelt. Darüber hinaus besteht unter Umständen ein regelmäßigerer Kontakt innerhalb der F&E-Netze als in Gesundheitsnetzwerken.

¹⁶¹ So auch SAKO (1998: 106), der durch Unternehmensbefragungen feststellt, daß „written contracts were found not to have any significant impact on opportunism or trust. One of the reasons for this may be that when other mechanisms are present contracts in themselves fail to be a sufficient enhancer of trust or a safeguard to attenuate opportunism“. Ähnlich stellte ALTER (1990) für Gesundheitsnetzwerke in den USA fest, daß die Stabilität von Netzwerken vor allem durch den gleichwertigen Austausch von Technologie, Geld, Klienten, Informationen und der Investition in Zeit und Energie hergestellt wird und weniger durch formale Regelungen und Kontrollen.

¹⁶² Die Reduktion der Verhaltensunsicherheit kann auf zwei Faktoren zurückgeführt werden. Zum einen, je formalisierter die Netzwerkbeziehungen und je vollständiger die Verträge sind, desto konkreter sind nicht nur die Pflichten des einzelnen Netzwerkmitgliedes festgelegt, sondern auch die ihm zustehenden Rechte und die Verteilung der Risiken. Vor allem letzteres ist besonders für risikoaverse Akteure von Relevanz. Zum Beispiel ist anzunehmen, daß die Bereitschaft zur Erprobung verschiedener Netzwerkregelungen dann steigt, wenn die initiiierende Krankenkasse das Risiko eines Scheiterns trägt oder finanzielle Mittel für netzwerkunterstützende Maßnahmen, wie Weiterbildung oder Controlling, bietet. Zum anderen steigt mit dem Vorhandensein eines formalen Rahmens und justiziabler Zugeständnisse das subjektive Sicherheits-

Ebenso kann durch klare Netzwerkverträge und durch Offenlegung der Netzwerk-anforderungen ein Mismatch zwischen den allgemeinen Netzwerkzielen und der Intention der einzelnen Netzwerkmitglieder vermieden werden. Dieses würde zu einer Reduzierung von hidden characteristics sowie hidden intention beitragen.

Entgegen diesen Überlegungen muß ein geringer Formalisierungs- oder Vollständigkeitsgrad nicht zwangsläufig zu opportunistischem Verhalten und einer Verletzung der Netzwerkregelungen führen. Theoretisch können Verträge trotz ihrer Unvollständigkeit dann effizient sein, wenn sie „selbstdurchsetzend“ sind und das Risiko opportunistischen Verhaltens durch entsprechende Sicherungsmechanismen reduziert wird („self enforcing contracts“).¹⁶³ Selbstdurchsetzend ist ein Vertrag dann, wenn es für die Vertragsparteien unattraktiv ist, den Vertrag zu brechen, weil der abdiskontierte Wert der zu erwartenden Quasi- Renten der Vertragserfüllung den durch Vertragsbruch zu erwartenden Gewinn übersteigt. (KLEIN 1985, TELSER 1980) In diesem Fall kommt die Einhaltung der Netzwerkregelungen weniger aufgrund eines vertraglich explizit festgelegten Auftrages an das einzelne Netzwerkmitglied zustande, als vielmehr aufgrund impliziter Vereinbarungen¹⁶⁴ oder eines „common sense“ (HART 1987, OUCHI 1988, WILLIAMSON 1985).

Zu einer der Sicherungsmechanismen, die in selbstdurchsetzenden Verträgen zu einer Einhaltung informeller Abmachungen und einer Verringerung opportunistischen Verhaltens beitragen, zählen beziehungspezifische Investitionen.¹⁶⁵ Eine beziehungspezifische Investition zeichnet sich dadurch aus, daß diese nur im Rahmen einer bestimmten Geschäftsbeziehung Wert besitzt, da sie nach Beendigung des Rechtsgeschäftes keiner anderen Verwendung mehr zugeführt werden kann und damit irreversibel verloren geht (sog. „sunk cost“). (FRITSCH 1992)¹⁶⁶ Je höher die sunk cost beziehungspezifischer, bzw. bezogen auf Gesundheitsnetzwerke netzwerkspezifischer Investitionen sind, desto größer sind die Verluste beim

empfinden und die wechselseitige Verhaltenssicherheit, da eine höhere Kooperationsneigung der Netzwerkpartner angenommen wird.

¹⁶³ Nach der Definition von CARMICHAEL (1989: 67) sind „self-enforcing contracts (.) collections of promises that, while they might not be legally binding, are nonetheless credible“.

¹⁶⁴ Nach MILGROM (1992: 599) sind implizite Vereinbarungen „shared understandings that are not legally enforceable but that the parties consider to be binding on one another’s conduct“.

¹⁶⁵ Darüber hinaus können eine öffentliche Regulierung, „tit-for-tat-Strategien“, Geiseln, Integration, freiwillige Selbstverpflichtungen sowie relationale Verträge alternative Sicherungsmechanismen in unvollständigen Verträgen darstellen. (RICHTER 1999, WILLIAMSON 1985) Im Rahmen dieser Arbeit wird nur auf relationale Verträge ausführlicher eingegangen (Kapitel 6.1.2).

¹⁶⁶ Über den Zusammenhang zwischen beziehungspezifischen Investitionen und der Kooperationsneigung führt COMBS (1999: 869) aus, daß „[w]hen both firms in a cooperative agreement must invest in specific assets, the assets form a reciprocal dependency that reduces each partners incentive to engage in opportunism (...)“.

Austritt aus einem Netzwerk für die investierende Partei. Sunk cost verursachen damit einen „log-in-Effekt“, der darin besteht, daß beziehungsspezifische Investitionen zu gegenseitigen Abhängigkeiten führen und beide Parteien aneinander bindet. Netzwerkspezifische Investitionen können damit als Sicherungsmechanismus gegen opportunistisches Verhalten wirken, da dem Vertragsbrechenden bei Abbruch der Beziehung irreversible Verluste drohen. (SHAPIRO 1989)

Spezifische Investitionen können sowohl in materiellen als auch immateriellen Gütern bestehen (KLEIN 1978, PERRY 1989). Bei Gesundheitsnetzwerken könnten materielle Investitionen zum Beispiel in Form einer spezifischen technischen Infrastruktur, von zusätzlichem Personal zur Netzwerkverwaltung und von Büroräumen zur Netzwerkadministration vorliegen. Demgegenüber bestünden immaterielle netzwerkspezifische Investitionen in der Identifikation eines entsprechenden Kooperationspartners sowie der Etablierung gemeinsamer Netzwerkregeln. Ebenso kann der Aufbau guter, vertrauensvoller Netzwerkbeziehungen oder die Umstellung der eigenen Behandlungspraxis auf veränderte Behandlungsstandards und Therapieanforderungen als spezifische Investition gewertet werden. Bei einem Scheitern des Netzwerkes oder einem Wechsel in ein anderes Netzwerk müßten diese Investitionen wahrscheinlich erneut aufgebracht werden.

Eine besondere Form der netzwerkspezifischen Investition besteht in der Reputation eines Netzwerkakteurs. Diese kann innerhalb von Gesundheitsnetzwerken auf zwei Arten kooperationsfördernd wirken. Auf der einen Seite wird die Erwartungsbildung innerhalb von Kooperationsbeziehungen stabilisiert, was sich im allgemeinen positiv auf die Kooperationsneigung auswirkt. Auf der anderen Seite kann der drohende Verlust der netzwerkinternen und externen Reputation disziplinierend wirken, da zu ihrem Aufbau eine längere Investitionsphase und Aufwendungen vorangehen, die bei Netzwerkausschluß verloren gingen.¹⁶⁷ Selbst wenn kein Netzwerkausschluß drohen würde, würde die netzwerkinterne Reputation bei opportunistischem Verhalten und hinreichender Transparenz beschädigt werden, so daß die Netzwerkpartner in Zukunft ebenfalls nicht kooperativ handeln würden. Eine verringerte

Wenn die Investitionskosten jedoch ungleichmäßig verteilt sind, steigt die Gefahr opportunistischen Verhaltens.

¹⁶⁷ Die Reputation nimmt auf Gesundheitsmärkten eine elementarere Signalwirkung ein als auf Industriegütermärkten, da die Qualität der Leistung nur unzureichend vom Patienten bewertet werden kann und der Preis nur einen unzulänglichen Qualitätsindikator darstellt. Daher suchen Patienten aktiv nach Ersatzsignalen, wobei die Reputation als eines der validesten Signale angesehen wird. ROCHAIX (1989) weist nach, daß nur wenige „informed consumers“ ausreichen, um ein bestimmtes Qualitätsniveau auf dem Gesundheitsmarkt aufrechtzuerhalten. Wenn einige Patienten informiert sind und tatsächlich nennenswert zu einer schnellen Informationsverbreitung beitragen, kann auch davon ausgegangen werden, daß sich Informationen über einen Netzwerkausschluß und seine Gründe schnell verbreiten.

Kooperationsneigung könnte zum Beispiel dazu führen, daß der jeweilige Netzwerkarzt nicht mehr von Kollegen empfohlen wird. Dieses könnte zu erheblichen finanziellen Einbußen führen, da aufgrund der hohen Informationsasymmetrie bei Gesundheitsdienstleistungen Empfehlungen von Kollegen von elementarer Bedeutung für das Nachfrageverhalten der Patienten sind.¹⁶⁸

Die Wirksamkeit beziehungsspezifischer Investitionen hängt maßgeblich von der Aufdeckungswahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ab. Diese ist dann um so höher, je transparenter das Netzwerkgeschehen ist. Wie noch näher in Kapitel 6.2 beschrieben wird, können Netzwerkgröße, Zentralisierungsgrad und Netzwerkdichte einen entscheidenden Einfluß auf den Informationsfluß innerhalb des Netzwerkes und die Transparenz über das Netzwerkgeschehen ausüben.¹⁶⁹

Während diese Ausführungen bereits auf eine Substituierbarkeit formaler Verträge durch netzwerkspezifische Investitionen schließen lassen, ist darüber hinaus zu untersuchen, ob nicht sogar eine überlegene Effizienz informeller Regelungen angenommen werden kann. So ist zu fragen, ob ein hoher Formalisierungsgrad, neben den angenommenen positiven „Lenkungseffekten“, nicht auch dysfunktionale Folgen für das Engagement der Netzwerkteilnehmer haben kann, was wiederum die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens erhöhen würde. Zum einen können vollständige Verträge, die die Netzwerkverpflichtungen und das „erwünschte Netzwerkverhalten“ detailliert festschreiben, insbesondere in sozialen Beziehungen, als ein Signal des Mißtrauens gewertet werden. Zum anderen kann sich eine vertragliche Einforderung von Kooperation und Leistung vor allem in Netzwerken, bei denen die Qualität des Outputs maßgeblich von der intrinsischen Motivation der Teilnehmer abhängt, kontraproduktiv auswirken. Dies ist besonders dann der Fall, wenn ein vollständig ausformulierter Vertrag von Ärzten, die bislang selbständig tätig waren und einen maximalen

¹⁶⁸ LIEBESKIND (1996) stellt für Forschergemeinschaften fest, daß der drohende Ausschluß bei Nichterfüllung sozialer Normen und der damit verbundene Reputationsverlust ein wirksames Drohpotential gegen opportunistisches Verhalten darstellen. Damit kann Reputation als eine Art „Geisel“ angesehen werden, die die Kooperationspartner besitzen, um sich gegen opportunistisches Verhalten zu schützen (KLEIN 1981, RAUB 1990).

¹⁶⁹ Die Aufdeckungswahrscheinlichkeit hängt darüber hinaus von der Länge des Vertragsverhältnisses und der Interaktion ab, jedoch wird angenommen, daß diese mit einer Zunahme der Transparenz an Bedeutung verliert. Nach KANDORI (1992: 68) kann die Transparenz und Beobachtbarkeit des Verhaltens der Netzwerkpartner als Ersatz für die Langfristigkeit von Netzwerkbeziehungen dienen, indem er ausführt daß „observability in the community [is] a substitute for having a long-term frequent relationship with a fixed partner“.

Entscheidungsspielraum besaßen, als Einschränkung der freien Berufsausübung oder sogar als „Diktat der Krankenkassen“ empfunden wird.¹⁷⁰

Da ein vollständiger Vertrag kaum identisch ist mit den Interessen jedes einzelnen Netzwerkakteurs, eröffnen unvollständige Verträge darüber hinaus einen größeren Interpretations- und Ermessensspielraum, der zum eigenen Vorteil ausgenutzt werden kann, ohne daß Sanktionen drohen. Diese Flexibilität kann sich besonders bei Dienstleistungen als effizient erweisen, bei denen die Produzenten mit komplexen Entscheidungssituationen und sich schnell ändernden gesetzlichen Anforderungen konfrontiert werden. Wenn sich damit eine prinzipielle Zustimmung zu Netzwerkzielen erreichen läßt, können geringe Abweichungen von informellen Regelungen zugunsten des globalen Netzwerkzieles toleriert werden. (WILDEMANN 1997)

Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß sich mit einem geringen Formalisierungsgrad die Anreize für die Einhaltung der Netzwerkregelungen erhöhen können und damit die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens abnähme.

6.2.2 Kontrollintensität und Sanktionsmechanismen

Wie im folgenden näher beschrieben wird, kann die Einhaltung der Netzwerkregelungen theoretisch sowohl über formale, institutionalisierte als auch über informelle und soziale Kontrollen erfolgen. Die Kontrollintensität bezieht sich auf den Umfang, in dem die Umsetzung der Netzwerkinstrumente und die Verfolgung der Netzwerkziele durch formale, institutionalisierte Kontrollmechanismen überprüft werden. Ziel ist hierbei die Vermeidung und Aufdeckung ex-post opportunistischen Verhaltens.¹⁷¹

Um Auskunft über den Grad der Einhaltung von Netzwerkregelungen geben zu können, müssen zunächst der Kontrollgegenstand konkretisiert werden bzw. Indikatoren für opportunistisches Verhalten festgelegt werden.

Theoretisch können die Befolgung der Netzwerkregelungen und die Umsetzung der Netzwerkinstrumente anhand jener Indikatoren gemessen werden, die auch zur Qualitäts-

¹⁷⁰ MACAULAY (1996) weist in seinen Studien über Unternehmenskooperationen auf einen Trade-Off zwischen einer Präzisierung von Verträgen und der Zerstörung von Vertrauen hin. Ebenso bemerkt KREINER (1993) für Forschungsk Kooperationen, daß formale Regelungen nicht nur unwirksam sind, sondern sich sogar negativ auf das individuelle Engagement auswirken.

¹⁷¹ Vorausgesetzt, daß klare Kooperationsregelungen getroffen wurden und der Einzelne über die entsprechenden Ressourcen, zum Beispiel einer netzwerkspezifischen Infrastruktur, verfügt, um die Netzwerkanforderungen zu erfüllen.

sicherung bei Dienstleistungen eingesetzt werden, wozu Struktur- und Prozeßparameter sowie Ergebnisindikatoren zählen.¹⁷²

Ergebnisindikatoren könnten zum Beispiel ausgesuchte Krankheitswerte oder die Kosten der medizinischen Behandlung jener Indikationsgruppen sein, für die netzwerkspezifische Behandlungsleitlinien existieren. Aus der Veränderung relevanter Krankheitswerte könnte theoretisch auf den Grad der Befolgung der Behandlungsrichtlinien geschlossen werden.¹⁷³

Gegen Ergebnisindikatoren als Gradmesser für „netzwerkkonformes“ Verhalten spricht, daß aufgrund des Einflusses von Drittfaktoren bei der medizinischen Behandlung ein Rückschluß vom Behandlungsergebnis auf das ärztliche Verhalten nicht möglich ist.¹⁷⁴ Darüber hinaus ist der Einsatz von Ergebnisindikatoren, wenn keine „objektiv“ meßbaren Kriterien, wie relevante Krankheitswerte vorliegen und sich die Überprüfung global auf die Veränderung des „Gesundheitsstatus der Patienten“ beziehen würde, wenig praktikabel, da bislang Kriterien fehlen, die Gesundheitszustand und Lebensqualität eindeutig erfassen. (SCHWARTZ 1998)¹⁷⁵

Struktur- und Prozeßparameter würden demgegenüber zwar eine unmittelbarere Überprüfung der Einhaltung der Netzwerkregelungen ermöglichen, allerdings wäre die Anwendungsmöglichkeit dieser Indikatoren bei Gesundheitsnetzwerken begrenzt. Bei den vorgestellten Netzwerkinstrumenten müßten sich diese zum Beispiel auf die Ausstattung mit einer netzwerkspezifischen Infrastruktur, die Einrichtung von Qualitätszirkeln sowie die Einführung des Gatekeepings beschränken.

Bei diesen Kriterien wird aber ein wesentlicher Teil des Netzwerkgeschehens, das einen maßgeblichen Beitrag zur Erreichung der Netzwerkziele und zur Aufrechterhaltung des Netzwerkes leistet, nicht erfaßt. Hierzu zählen qualitative, intangible Faktoren, die auf

¹⁷² Mit der Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung erfaßt, wozu zum Beispiel die personellen Voraussetzungen, die medizinisch-technische Ausstattung oder die Regelungen über Fort- und Weiterbildung zählen. Die Prozeßqualität beschreibt sämtliche ärztliche und pflegerische Aktivitäten, wie zum Beispiel Diagnosestellung und Therapieanordnung oder die Anwendung von Behandlungsleitlinien. Die Ergebnisqualität umfaßt Veränderungen in der Mortalität und Morbidität der Bevölkerung. (SCHWARTZ 1998)

¹⁷³ Ähnlich wird die Qualität der medizinischen Dienstleistung in HMO's zum Teil über Ergebnisindikatoren, wie dem Wohlbefinden der Patienten, der Veränderung relevanter Krankheitswerte oder Mortalitätsraten überprüft (WARE 1986). Als entsprechende Ergebnisindikatoren wurden zum Beispiel die Auswirkungen auf die Anzahl der Frühgeburten, die Veränderung relevanter Krankheitswerte von Diabetespatienten und Herzinfarktpatienten oder die Veränderung der Rehospitalisationsraten überprüft (GEBERT 1989, SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 1998).

¹⁷⁴ Wie bereits erwähnt, wird der Behandlungserfolg zu einem hohen Grad von externen Einflußfaktoren und der Mitarbeit des Patienten bestimmt, so daß von einer Verschlechterung der Werte bei Diabetespatienten nicht zwangsläufig auf die Nichteinhaltung von Behandlungsleitlinien geschlossen werden kann.

¹⁷⁵ Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß sich der Gesundheitszustand einer Person nicht nur aus psychischen und physischen Kriterien zusammensetzt, sondern auch intersubjektiv unterschiedlich wahrgenommen wird. Besonders auf das psychische Wohlbefinden könnte sich eine Vernetzung der am Behandlungsprozeß beteiligten Personen positiv auswirken, indem sich ein Patient besser und umfassender betreut fühlt. Diese Verbesserung wäre jedoch, bis auf eine direkte Befragung, schwer meßbar.

individuellem Netzwerkengagement beruhen, wie der Grad der Umsetzung der Behandlungsleitlinien, die Vollständigkeit und Güte der weitergeleiteten Behandlungsdaten, die Beachtung von Wirtschaftlichkeitsaspekten, die Sorgfalt der medizinischen Behandlung oder der Grad des persönlichen Engagements in netzwerkinternen Arbeitstreffen und Qualitätszirkeln.¹⁷⁶

Selbst wenn eine Kontrolle intangibler Faktoren möglich wäre, könnte sich eine rigide Einforderung ihrer Einhaltung dysfunktional auswirken. Neben den bereits in Kapitel 4.3.4 vorgestellten Folgen direkter Kontrollen in Organisationen, die zum Beispiel Motivationsverluste der Beteiligten, mögliche Ausweichreaktionen und administrative Kosten verursachen können, treten in Gesundheitsnetzwerken spezifische Schwierigkeiten hinzu. Diese liegen in der Gefahr einer Defensivmedizin, die beispielsweise dann auftritt, wenn die Einhaltung von Behandlungsstandards oder die Beachtung von Kostenaspekten strengen Kontrollen unterliegt. Um negativen Konsequenzen zu entgehen, würden Standards dann maximal und über das medizinisch indizierte Maß hinaus eingehalten, selbst wenn eine Abweichung im Einzelfall geboten erscheint. Darüber hinaus besteht das Risiko, daß rigide Kontrollen besonders in Netzwerken, die auf gewachsenen Strukturen aufbauen und wesentlich durch die Existenz vertrauensvoller Beziehungen stabilisiert werden, zu einer Zerstörung dieser Strukturen führen könnten.¹⁷⁷

Da formelle, direkte Kontrollen nur in Grenzen opportunistisches Verhalten aufdecken können, gleichzeitig aber dysfunktionale Auswirkungen haben können, ist zu untersuchen, inwieweit diese durch informelle Kontrollen ersetzt werden können. Informelle Kontrollen können zum Beispiel in Form regelmäßiger, gemeinsamer Fallbesprechungen durchgeführt werden, bei denen das individuelle medizinische Vorgehen der einzelnen Ärzte besprochen wird. Fallbesprechungen könnten insofern disziplinierend wirken, als Ärzte gezwungen wären

¹⁷⁶ Die Grenzen der Wirksamkeit formaler Regelungen zeigen sich auch darin, daß in erfolgreichen Unternehmensnetzwerken, selbst wenn explizite formale Kontrakte bestanden, die in ihnen enthaltenen Kontrollmöglichkeiten in der Realität nicht angewandt wurden. Die Effizienz der Netzwerke resultierte in erster Linie aus funktionierenden sozialen Kontrollen. (LARSON 1992) Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt die Studie von LIDEN (1997), nach der Gruppenmitglieder nicht nur die ihnen angebotene Übertragung von Kontrollrechten über die Gruppe verweigerten, sondern es wurde auch eine wesentlich moderatere und nachlässigere Handhabung von Kontrollen festgestellt, wenn diese durch Mitglieder der Gruppe erfolgte.

¹⁷⁷ Eine weitere Schwierigkeit bei der direkten Kontrolle innerhalb von Netzwerken besteht in der Bestimmung eines Kontrolleurs. Bei einem externen Kontrolleur, wie zum Beispiel den Krankenkassen, ist sowohl die Möglichkeit eines Kontrollentzugs, als auch die Resistenz und damit Vermeidungsverhalten wahrscheinlicher als bei interner Kontrolle. Besonders aufgrund fehlender objektiver Meßkriterien beruht die Einschätzung über das Verhalten der Mitglieder auf qualitativen Indikatoren und dem beobachteten Verhalten. Aus diesem Grund wäre eine interne Netzwerkkontrolle wahrscheinlich aussagekräftiger und mit einem geringeren Kontrollaufwand verbunden, da Netzwerkmitglieder einen direkteren Zugang zu Informationen über das Verhalten eines Netzwerkmitgliedes haben. Demgegenüber liegt der Nachteil einer gruppeninternen Kontrolle darin, daß interne Konflikte hervorgerufen werden können.

ihre Behandlungspraxis offenzulegen, wodurch die Aktualität ihres Fachwissens oder die tatsächliche Umsetzung netzwerkspezifischer Behandlungsleitlinien ermittelt werden können.¹⁷⁸

Ebenso kann die Übergabe von Patientenakten an den weiter behandelnden Arzt als indirekter Kontrollmechanismus gewertet werden, da damit die individuelle Vorgehensweise offenbart wird. Hierdurch könnte nicht nur die Einhaltung von Behandlungsleitlinien sondern auch der Umfang der erbrachten Leistungen und deren Notwendigkeit kontrolliert werden.

Eine Alternative zu formellen und informellen Kontrollen können relationale Verträge darstellen, bei denen die Erfüllung vertraglicher Pflichten vor allem aufgrund der Einbindung der Parteien in ein Beziehungsnetzwerk gesichert wird. (RICHTER 1999)¹⁷⁹ Bei diesen ermöglichen eine starke persönliche Bindung zwischen den Kooperationspartnern und vertrauensvolle Beziehungen einen Ersatz direkter Kontrollen. So zeigen zum Beispiel Untersuchungen über soziale Netzwerke sowie über Unternehmens- und Policynetzwerke, daß sich bei Abwesenheit von Kontrollen Ersatzinstrumentarien zum Schutz gegen opportunistisches Verhalten etablieren. Hierzu zählen im wesentlichen soziale Normen wie Vertrauen, Reziprozität¹⁸⁰ und Reputation.¹⁸¹

Einen zentralen Stellenwert für die Stabilisierung und Koordinierung von Netzwerkbeziehungen nimmt vor allem der Faktor Vertrauen ein. Dieser gilt aus Sicht einiger Vertreter der Institutionenökonomie als wesentliche Voraussetzung für den Erhalt langfristiger, nicht

¹⁷⁸ So sind die regelmäßige Offenlegung von Patientenakten und die Besprechung bestimmter Krankheitsfälle in gemeinsamen Arbeitsgruppen bei einigen HMO's verpflichtend. Nach Aussagen der HMO-Vertreter stellt dies ein valides Mittel zur Überprüfung der Umsetzung der Behandlungsleitlinien dar. Ebenso wird das Verordnungsverhalten der einzelnen Ärzte regelmäßig in gemeinsamen Arbeitsgruppen in deutschen Netzwerken, wie dem in Ried, analysiert (SZECSENYI 1999). Selbst nach Ansicht des SACHVERSTÄNDIGENRATES FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1998: 367) würden sich Behandlungsteams und der Einsatz gruppenspezifischer Kontrollmechanismen für eine Sicherung der Behandlungsqualität eignen. Der Vorteil liege darin, daß nicht nur eine gemeinsame Entwicklung von Beurteilungskriterien der ärztlichen Leistung möglich sei, sondern auch eine interne Überprüfung der Qualifikation und des Engagements der Gruppenmitglieder.

¹⁷⁹ Während klassische und neoklassische Verträge auf formalen Regelungen und expliziten Vereinbarungen beruhen, treten in relationalen Verträgen implizite Vereinbarungen und ein stillschweigendes Einverständnis der Vertragsparteien hinzu. Bei relationalen Rechtsgeschäften ist die Identität der Vertragsparteien im Gegensatz zum klassischen Vertrag von entscheidender Bedeutung. (RICHTER 1994)

¹⁸⁰ AXELROD (1984: 118 ff.) definiert Reziprozität als „returning ill for ill as well as good for good“ während KEOHANE (1986) diese als eine Parität von Gewinnen definiert, die beiden Kooperationspartnern aus der Kooperation erwachsen.

¹⁸¹ Ähnlich führt LINCOLN (1982: 77) aus, daß „reciprocity, the importance of good personal relations and trust-based cooperation provided control and coordination and enhanced the effectiveness of network forms in international joint ventures“.

hierarchischer Kooperationsbeziehungen (WILLIAMSON 1981).¹⁸² Vor allem innerhalb informeller Netzwerke wird Vertrauen als elementare Netzwerkressource eines stabilen, „self-equilibrating“ Netzwerkes bezeichnet, das damit vertragliche Regelungen zwischen den Netzwerkakteuren sowie Kontrollen ersetzt (WILLIAMSON 1993).¹⁸³

Trotz seines zentralen Stellenwertes in der Netzwerkforschung wird der Begriff „Vertrauen“, wie er in der Netzwerkanalyse verwendet wird, bis auf die Arbeiten von SAKO (1998) und UZZI (1997) weder in den theoretischen Auseinandersetzungen näher konkretisiert, noch wird er für die empirischen Studien operationalisiert. SAKO (1998: 89) unterscheidet drei Formen von Vertrauen innerhalb von Organisationen: „contractual trust“, „competence trust“ und „goodwill trust“.¹⁸⁴ „Contractual trust“ und „competence trust“ beziehen sich auf die Erfüllung vertraglicher Vereinbarungen und impliziter Abmachungen. Während bereits die Abwesenheit von Opportunismus eine hinreichende Bedingung für die Erfüllung von „contractual trust“ und „competence trust“ ist, stellt diese bei „goodwill trust“ nur eine notwendige Bedingung dar. „Goodwill trust“ ist umfassender und bezieht sich nicht nur auf die Erfüllung vertraglicher Pflichten und die Vermeidung opportunistischen Verhaltens, sondern auf die generelle Verfolgung und Unterstützung des organisationalen Zieles.¹⁸⁵

Wenn auch der umfassendere Vertrauensbegriff als der für ein Netzwerk wesentliche angesehen werden kann, so soll im weiteren Vertrauen innerhalb von Gesundheitsnetzwerken verstanden werden als das Unterlassen opportunistischen Handelns auch unter Abwesenheit formaler Kontroll- oder Sanktionsmechanismen.¹⁸⁶

¹⁸² Ähnlich schätzt POWELL (1996: 146) den Stellenwert von Vertrauen für stabile Netzwerke ein, indem er ausführt, daß „the self equilibrium nature of the network, under specific conditions, substitutes for contract law and objectivizes the concept of trust“.

Die hohe ökonomische Bedeutung von Vertrauen wird auch dadurch deutlich, daß dieses als weiterer Produktionsfaktor bzw. Ware (DASGUPTA 1988) und als effizientes „Schmiermittel“ (ARROW 1980) für ökonomische Austauschprozesse angesehen wird.

¹⁸³ Für Onkologienetzwerke in den USA hat KALUZNY (1990) herausgefunden, daß gegenseitiges Vertrauen die entscheidende Determinante für kooperatives Verhalten und die Beachtung der Netzwerkregeln war.

¹⁸⁴ Die einzelnen „Vertrauentypen“ werden dabei folgendermaßen charakterisiert: „contractual trust“ (will the other party carry out it’s contractual agreement?), „competence trust“ (is the other party capable of doing what it says it will do?), and „goodwill“ trust (will the other party make an open-ended commitment to take initiatives for mutual benefit while refraining from unfair advantage taking?)“ (SAKO 1998: 89). Im Grunde handelt es sich bei „contractual trust“ im Umkehrschluß um die Abwesenheit von hidden action und hidden intention und bei „competence trust“ um die Abwesenheit von hidden characteristics.

¹⁸⁵ Demgegenüber ist die Definition von Vertrauen nach UZZI (1997: 43) vielmehr empirisch abgeleitet, indem er durch Befragungen von Netzwerkteilnehmern herausstellt, daß „trust was expressed as the belief that an exchange partner would not act in self interest at another’s expense and it appeared to operate not like calculated risk but like a heuristic“.

¹⁸⁶ Jedoch soll angemerkt werden, daß sich Vertrauen hierbei ausschließlich auf die Interaktionsebene und die persönlichen Beziehungen bezieht. SYDOW (1994) schließt bei seiner Untersuchung über die Rolle von Vertrauen innerhalb von Netzwerken darüber hinaus die Systemebene mit ein. Hierbei unterscheidet er, mit Bezug auf Luhmann, zwischen „personalem Vertrauen“ und „Systemvertrauen“, das eher aus Regularien, Zertifikaten und Strukturen resultiert. Obwohl auch das Systemvertrauen erheblich zu einer Erhöhung der Zustimmung zu den Netzwerkzielen und damit zu einer Stabilisierung des Systems beitragen kann, wird hierauf im Rahmen dieser Arbeit aus zwei Gründen nicht näher eingegangen. Zum einen weist Sydow auf die

Welche Faktoren zum Aufbau von Vertrauen innerhalb von Netzwerken beitragen, wird kontrovers betrachtet. Auf der einen Seite vertreten AKERLOF (1970) und BOURDIEU (1992) die Ansicht, daß Vertrauen nur aus der Reproduktion bereits bestehender sozialer Verbindungen resultieren kann. Ursächlich für die höhere Stabilität dieser Netzwerke ist das Vorhandensein von „sozialem Kapital“¹⁸⁷, das zu vertrauensvollen Austauschbeziehungen führt und gegenseitige Erwartungen stabilisieren kann. Ähnlicher Auffassung sind auch BROCKNER (1995) und LUHMANN (1979, 1989), nach denen vertrauensvolle Austauschbeziehungen und stabile soziale Bindungen auf gemeinsamen Interaktionserfahrungen aufbauen.

Auf der anderen Seite sind BURT (1992), Coleman (1988, 1990) und, in späteren Arbeiten, auch AKERLOF (1982) der Auffassung, daß Vertrauen auch nach Netzwerkzusammenschluß aufgebaut werden kann.¹⁸⁸ Determinanten, die zum Aufbau von Vertrauen führen, sind zum Teil identisch mit jenen, die Schutz gegen opportunistisches Verhalten in unvollständigen Verträgen bieten, wie sie bereits in Kapitel 6.1.1 beschrieben wurden, wozu beziehungs-spezifische Investitionen, Reputation und tit-for-tat-Strategien (s.u.) zählen.

Vertrauen als „sozialer Kontrollmechanismus“ weist gegenüber direkten Kontrollen drei entscheidende Vorteile auf. Werden Informationen über diesen informellen Weg gewonnen, sind sie wahrscheinlich aussagekräftiger für das Verhalten der Netzwerkärzte als formale Kontrollen, wie die Überprüfung der Patientenakten oder Abrechnungsdaten. Darüber hinaus können vertrauensvolle Beziehungen maßgeblich zu einer Minderung von Kontrollkosten beitragen, da Sicherungsmechanismen zum Schutz gegen opportunistisches Verhalten überflüssig werden (CREED 1995). Schließlich kann die Existenz von Vertrauen zu einer Beschleunigung von Entscheidungsprozessen führen, da ein geringerer Einsatz materieller

begrenzte Reichweite von Systemvertrauen hin, da letztendlich eine Ankoppelung an “facework commitments” (GIDDENS 1990) notwendig sei um Netzwerke zu stabilisieren. Zum anderen ist es nicht wahrscheinlich, daß ein abstraktes Systemvertrauen wirksam genug ist, um opportunistisches Verhalten zu vermeiden und formale Kontrollen zu ersetzen.

¹⁸⁷ „Soziales Kapital“ ist dabei definiert nach BOURDIEU (1992: 119) als „the sum of resources, actual or virtual, that accrue to an individual or group by virtue of possessing a durable network of more or less institutionalised relationships of mutual acquaintance and recognition”.

¹⁸⁸ COLEMAN (1990) vertritt die Ansicht, daß der Aufbau von Vertrauen eher ein aktiver Prozeß sei, bei dem einseitige Zugeständnisse an den Kooperationspartner erfolgen. Basis einer stabilen Kooperationsbeziehung ist darüber hinaus die Tatsache, daß der Gewinn aus einer Kooperation größer ist als bei Nichtkooperation. Auf einen ähnlichen Mechanismus verweist auch AKERLOF (1982), nach dem Vertrauen hauptsächlich durch einseitige Zugeständnisse („gift exchange“) gebildet werde.

und kognitiver Ressourcen, wie Aufmerksamkeit und Zeit, notwendig sind, um Informationen zu generieren und zu überprüfen (UZZI 1997).¹⁸⁹

Während die vorherigen Formen der Netzwerkregelungen noch starken Bezug auf die Mechanismen nahmen, die in Märkten und Hierarchien zu einer Abstimmung der Einzelinteressen führen, handelt es sich bei „Vertrauen“ innerhalb sozialer Beziehungen um einen eher netzwerktypischen Kontroll- und Koordinationsmechanismus (GRANOVETTER 1985, POWELL 1990).

Der Einfluß sozialer Kontrollmechanismen auf das ökonomische Verhalten innerhalb von Netzwerken ist jedoch strittig. Sowohl in der theoretischen Auseinandersetzung (GRANOVETTER 1973, POWELL 1990), als auch in zahlreichen Studien werden diese von einigen als netzwerkspezifische „rules of successful conduct“ (NOOTEBOOM 1997: 320) bewertet. Dementsprechend gelten diese nicht nur als elementare Stabilisierungsfaktoren, sondern sie werden zur Koordination und Kontrolle von Netzwerken als wirksamer angesehen als finanzielle Anreize und hierarchische Kontrollen.¹⁹⁰ Demgegenüber sprechen andere diesen nur einen marginalen bzw. sogar negativen Effekt zu (DAEKIN 1998).

Generell muß berücksichtigt werden, daß sowohl direkte Kontrollen als auch informelle und netzwerktypische Kontrollmechanismen nur dann wirksam sind, wenn dem Kooperationspartner Sanktionsmittel zur Verfügung stehen und die Aufdeckung opportunistischen Verhaltens Konsequenzen für den Vertragsbrechenden hat. Besteht prinzipiell die Chance zu Vergeltungsmaßnahmen, steigen die Kosten opportunistischen Verhaltens für den Vertragsbrechenden (AXELROD 1984). Netzwerke bieten hierbei den Vorteil, daß Sanktionen sowohl in Form von direkten Strafen, wie einem Netzwerkausschluß oder finanziellen Konsequenzen, durchgeführt werden können, als auch über „symbolische“ bzw. netzwerkspezifische Maßnahmen. Hierzu zählen zum Beispiel der Verlust der netzwerkinternen und –externen Reputation, die Verringerung der Kooperationsbereitschaft der Netzwerkpartner oder der offene Hinweis auf Versäumnisse des einzelnen bei gemeinsamen Netzwerkveranstaltungen. Sind die Netzwerkärzte auf die Zuweisung von Patienten vom Gatekeeper angewiesen, kann

¹⁸⁹ Dementsprechend wirkt Vertrauen nach POWELL (1990: 305) „as a remarkably efficient lubricant to economic exchange [that] reduces complex realities far more quickly and economically than prediction, authority or bargaining“.

¹⁹⁰ Nach LARSON (1992) und LAZERSON (1995) basieren Unternehmenskooperationen entgegen den theoretischen Empfehlungen, nach denen bei der Gefahr opportunistischen Verhaltens entweder vollständige Verträge oder ein hierarchisches Kontrollsystem Einsatz finden sollten, in der Realität vor allem auf informellen Kontakten, Vertrauen und Reputation. Untersuchungen über erfolgreiche Unternehmensnetzwerke ergaben, daß die Effizienz weder auf formale Übereinkünfte noch auf hierarchische Kontrollen zurückgeführt werden kann.

zum Beispiel ein Kooperationsentzug schwere finanzielle Folgen bedeuten. Auf die Wirksamkeit netzwerkspezifischer Sanktionen innerhalb von Gesundheitsnetzen verweist auch MCGUIRE (2000), der feststellte, daß nur geringe informelle Sanktionen notwendig waren, um ein „netzwerkkonformes“ Verhalten bei den beteiligten Ärzten zu erzielen.

Indirekt liegt auch in der Befristung von Verträgen eine Möglichkeit zu Sanktionen oder „Vergeltungsmaßnahmen“ („Tit-for-Tat-Strategie“). Ein befristetes Vertragsverhältnis beinhaltet insofern ein Drohpotential, da die Möglichkeit zur Verweigerung eines Anschlußvertrages besteht.¹⁹¹ (KANDORI 1992, RAUB 1992)

6.2.3 „Ökonomisierungsgrad“

Der Ökonomisierungsgrad ist ein Maß dafür, inwieweit innerhalb von Netzwerken finanzielle Leistungsanreize durch besondere Honorierungssysteme, wie zum Beispiel durch ein Capitationsystem oder ein Bonus-Malussystem gesetzt werden, um eine Verbesserung der Qualität und Verringerung der Kosten der medizinischen Dienstleistung und eine Einhaltung der Netzwerkregelungen zu erzielen. Obwohl diese zwei Einflußbereiche im Praxis- und Netzwerkalltag zum Teil nicht eindeutig voneinander zu trennen sind, sollen die verschiedenen Wirkungsbereiche der Entlohnungsformen im folgenden dennoch einzeln betrachtet werden.

Das Ausmaß des Einflusses unterschiedlicher Vergütungen auf das Ergebnis der medizinischen Dienstleistung hängt davon ab, ob es sich um eine retrospektive Vergütung oder prospektive Vergütung ohne Verlustausgleich handelt. Bei der retrospektiven Vergütung, wie der Einzelleistungshonorierung, wird ex-post nach erfolgter Behandlung jede Leistung einzeln abgerechnet. Im Gegensatz dazu wird bei der prospektiven Vergütung ein fester Abrechnungsbetrag pro Leistungseinheit ex-ante festgelegt. Hierbei lassen sich Globalbudgets, Capitationsysteme (Kopfpauschalen) oder Fallpauschalen unterscheiden.¹⁹² Während in Deutschland und in der Schweiz im ambulanten Sektor bislang nach dem System der Einzelleistungsvergütung abgerechnet wurde, wurde in einigen der Schweizer Netzwerke ein Capitationsystem oder Bonus-Malusregelungen eingeführt. Beim Capitationsystem erhält das Netzwerk pro eingeschriebenem Patienten einen fixen Betrag, der größtenteils nach Alter, Geschlecht und zum Teil nach der Morbidität differenziert ist (BARNUM 1995).

¹⁹¹ Hierbei wird angenommen, daß die Akteure auf ein kurzfristiges Nutzenmaximum verzichten, wenn sie von einer langfristigen Beziehung höheren Nutzen erwarten (LIND 1988).

¹⁹² Im Gegensatz zu einem Capitationsystem wird über eine Fallpauschale nur eine abgegrenzte Leistungseinheit oder Behandlungsepisode abgedeckt. Ein Globalbudget ist demgegenüber weiter gefaßt als eine Capitation-

Beim Bonus-Malussystem wird weiterhin nach der Einzelleistungsvergütung abgerechnet, wobei die Gesamtausgaben für Netzwerkpatienten mit denen eines Referenzkollektivs verglichen werden. Bei Unterschreitung des Referenzbetrages kann ein Gewinn einbehalten werden, während bei Überschreitung Ärzte mit ihrem persönlichen Einkommen haften.

Die vorgestellten Vergütungsmethoden können einen unterschiedlichen Einfluß auf die Qualität und Kosten der Leistungserstellung ausüben. Eine Einzelleistungsvergütung vergrößert tendenziell den Anreiz zur Mengenausweitung und zur Erbringung einer „Luxus-“ oder Maximalmedizin. Hieraus kann zwar ein hohes Qualitätsniveau resultieren und die Gefahr einer Klientenselektion verringert werden, demgegenüber steigt aber auch das Risiko einer Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit iatrogen verursachter Gesundheitsschäden. Entsprechend der Tendenz zur Leistungsausweitung vermittelt eine Einzelleistungsvergütung daher keine Anreize zur Reduktion der Behandlungskosten. (AMELUNG 2000, KRAUTH 1998)

Im Gegensatz dazu setzen prospektive Vergütungsmethoden, wie ein Capitationsystem oder ein Bonus-Malussystem tendenziell einen Anreiz zur Minimierung des Mitteleinsatzes und einer Verringerung der Behandlungskosten, wenn die Möglichkeit besteht den erwirtschafteten Überschuß einzubehalten. Theoretisch und empirisch belegt ist, daß diese Anreize zur Reduzierung der Arzt-Patientenkontakte pro Periode, Verringerung des Behandlungsumfanges sowie Vermeidung stationärer Aufenthalte setzen.¹⁹³ Darüber hinaus wird tendenziell die Auswahl jener Behandlungsmethoden gefördert, die eine geringe Faktorkostenkombination aufweisen.

Zusätzlich kann ein Capitationsystem einen positiven Einfluß auf die Qualität der Leistungserbringung haben, da im Vergleich zum System der Einzelleistungsvergütung eine geringere Gefahr zu einer angebotsinduzierten Nachfrage und zur Verordnung medizinisch nicht indizierter Leistungen besteht, die wiederum zu Gesundheitsschäden führen können. Wird den behandelnden Ärzten langfristig die medizinische Versorgung für eine bestimmte Personengruppe übertragen, fördern prospektive Vergütungen eher eine präventive Medizin und eine kontinuierliche Patientenbetreuung.

Vergütung, indem eine Institution einen bestimmten finanziellen Betrag erhält, an den ein genau definierter Versorgungsauftrag, zum Beispiel für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, geknüpft ist.

¹⁹³ Zum Beispiel verringerten sich nach Einführung eines Capitationsystems bei HMO's die Anzahl der Arztkonsultationen pro Periode von 4,9 auf 3,8 pro Patient und die Anzahl durchgeführter EKG's und Röntgenuntersuchungen um 50 Prozent bzw. 40 Prozent. Ebenso reduzierte sich durch Fallpauschalen, die ambulante und stationäre Leistungen umfaßten, die Hospitalisationsrate um 27 Prozent (MCGUIRE 2000: 492).

Neben diesen Vorteilen weist ein Capitationsystem zwei wesentliche Risiken auf. Zum einen besteht der Anreiz, den Patientenstamm zu maximieren und möglichst viele Patienten über das medizinisch indizierte Maß hinaus pro Abrechnungsperiode zu behandeln.¹⁹⁴

Zum anderen kann eine nicht risikoäquivalente Prämie zu einer Qualitätsverschlechterung führen. Ist die Kopfpauschale nicht entsprechend des Behandlungsbedarfs bemessen, besteht nicht nur der Anreiz zur Ausdünnung des Behandlungsumfanges, sondern auch zur Selektion gesünderer und wenig behandlungsintensiver Patienten. (MA 1994, SCOTT 1995)¹⁹⁵ Darüber hinaus überträgt eine Kopfpauschale das finanzielle Behandlungsrisiko auf den behandelnden Arzt, was dazu führen kann, daß dieser bei einer zu gering bemessenen Pauschale wirtschaftliche Verluste erleidet.¹⁹⁶

Da eine Untersuchung der unmittelbaren Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Qualität und Kosten der medizinischen Behandlung bereits in zahlreichen theoretischen und empirischen Studien behandelt wurde (siehe Fn. 180) und diese auch nicht Ziel der vorliegenden Arbeit ist, soll hierauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Obwohl die prognostizierten Auswirkungen eines Capitationsystems im Rahmen der empirischen Evaluation nochmals aufgegriffen werden, steht im folgenden der Zusammenhang zwischen dem „Ökonomisierungsgrad“ und der Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens im Vordergrund.

Während sich ein Capitationsystem und ein Bonus-Malussystem unmittelbar auf die Kosten und Qualität der medizinischen Behandlung auswirken können, ist auch eine indirekte

¹⁹⁴ Hierbei unterscheiden sich die beiden Systeme, da ein Bonus-Malussystem, wenn ein Globalbudget für eine gesamte Bevölkerungsgruppe vereinbart wurde, eher den Anreiz zur Minimierung aller Behandlungsfälle setzt.

¹⁹⁵ Untersuchungen über die Auswirkungen von HMO's auf die Qualität der Versorgung belegen größtenteils die Annahme, daß besonders aufgrund einer pauschalierten Vergütung die Gefahr einer geringeren Behandlungsintensität und einer Abweisung kostenintensiver Patienten besteht. Multimorbide Patienten oder jene mit unbestimmtem Krankheitsbild, deren Behandlung besonders zeitintensiv ist, sind hiervon besonders betroffen. (ELLIS 1998, für die Schweiz siehe HUBER-STEMICH 1996) Die Tatsache, daß von denjenigen Patienten, die aus der HMO austraten, 30 Prozent als Grund Mängel in der Versorgung und die Verweigerung von Tests oder lebenswichtiger Medikamente anmahnten, könnte ebenso den Rückschluß zulassen, daß eine Qualitätsausdünnung betrieben wird (BAUR 1997: 15). Ebenso nennt KÜHN (1997: 53) acht Studien, die Selektionseffekte nachweisen, auf die auch die Kostenvorteile der HMO's zurückgeführt werden. Im Gegensatz dazu bemerken BARNUM (1995) und WARE (1986), daß eine Qualitätsausdünnung infolge eines Capitationsystems bislang durch keine empirische Studie überzeugend nachgewiesen werden konnte. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangen zwei Studien von CLANY (1989) und UDVARHELYI (1991) auf die SOMMER (1992: 69) hinweist. Diesen Untersuchungen zufolge wurde HMO- Patienten sogar ein qualitativ besseres Leistungsangebot und mehr präventive Leistungen geboten.

¹⁹⁶ So verweist BAUMBERGER (2001) auf Fälle aus den USA, bei denen die Einführung eines Capitationsystems bei Ärzten zu erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten bis hin zu Bankrotten führte.

Einflußnahme auf die Einhaltung der Netzwerkregelungen denkbar.¹⁹⁷ Da der Einfluß eines Capitationsystems und von Bonus-Malusregelung auf den Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen annähernd identisch sind, wenn auch bei einem Bonus-Malussystem hohe Gewinne vereinbart werden, wird bei der folgenden Diskussion eine Konzentration auf das Capitationsystem erfolgen.

Ein Capitationsystem kann insofern zur Erreichung der Netzwerkziele beitragen, als Kopfpauschalen Anreize zu einer Reduktion der Leistungsausgaben setzen und die Netzwerkinstrumente hierzu dienlich sein können. So trägt eine sorgfältige und umfassende Aufzeichnung der Patientendaten sowie ihre Übermittlung an den weiter behandelnden Arzt zur Vermeidung von Doppeltuntersuchungen und wiederholt durchgeführten diagnostischen Leistungen bei. Ebenso wirkt sich die Einhaltung des Gatekeeperprinzips und die Umsetzung von Behandlungsleitlinien, die vor allem den Ersatz von Originalpräparaten durch Generika empfehlen, kostensenkend aus.

Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß die Einführung eines Capitationsystems theoretisch den Anreiz zur Umsetzung der Netzwerkinstrumente und zur Verringerung opportunistischen Verhaltens erheblich verstärken müßte.¹⁹⁸

Allerdings hängt es von der spezifischen Ausgestaltung eines Capitationsystems ab, inwiefern dieser angenommene Einfluß tatsächlich wirksam wird. Obwohl die oben beschriebenen Auswirkungen empirisch belegt sind, muß berücksichtigt werden, daß es sich bei den untersuchten Fällen um Einzelpraxen handelte. Für diese muß angenommen werden, daß sich die aus einem Capitationsystem für einen individuellen Anbieter ergebenden Vorteile und Risiken stärker auswirken, als dies bei einer Gruppenvergütung der Fall wäre. Hierbei trägt das einzelne Mitglied sowohl das Risiko, welches sich aus einer zu geringen, nicht morbiditätsäquivalenten Prämie ergibt, als auch den Gewinn aus einem Netzwerküberschuß nur anteilig. Da das finanzielle Risiko in Netzwerken diversifiziert wird, besteht zwar im Vergleich zu einer Einführung eines Capitationsystems in Einzelpraxen ein geringerer Anreiz zu einer Qualitätsausdünnung und Risikoselektion. Dagegen führt ein Capitationsystem innerhalb von Netzwerken wahrscheinlich nur dann zu einer stärkeren Motivation Netzwerkinstrumente umzusetzen, wenn der erwartete Überschuß bei Kooperation und die hieraus resultierende Gewinnausschüttung an den einzelnen Arzt den Gewinn bei Nicht-

¹⁹⁷ Der angenommene Einfluß ist dann um so größer, je eher eine Nutzenfunktion unterstellt wird, bei der primär finanzielle Interessen verfolgt werden (siehe Kapitel 5.2).

¹⁹⁸ Entgegen diesen Annahmen weisen Untersuchungen über Unternehmensnetzwerke darauf hin, daß finanzielle Anreize und die Aussicht auf ökonomische Gewinne zwar eine notwendige, aber keine ausreichende Bedingung für erfolgreiche Netzwerke sind (LARSON 1992).

kooperation übersteigen.¹⁹⁹ Dies ist nur dann der Fall, wenn die Fallpauschale eine Mindesthöhe erlangt.

Darüber hinaus wird der Einfluß eines Capitationsystems maßgeblich von der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Netzwerkmitglieder abhängen. Eine gleiche Verteilung des Netzwerkgewinns hätte den Vorteil, daß eine Erfolgsbeurteilung und eine Zuweisung des Netzwerkerfolges zu den Einzelleistungen, die bei einer medizinischen Dienstleistung nicht möglich ist oder nur mit einem erheblichen Kontrollaufwand verbunden ist, nicht notwendig wäre. Bei einer Gleichverteilung liegt aber die Gefahr der Vernachlässigung relativer Kostenunterschiede zwischen den einzelnen Fachrichtungen. Daraus kann resultieren, daß entweder keine Kostendeckung erreicht würde oder Ärzte der einzelnen Fachrichtungen mit unterschiedlich hohen finanziellen Einbußen konfrontiert wären.²⁰⁰

Ferner können Verteilungskonflikte dann entstehen, wenn die Zusammensetzung des Netzwerkes aus den einzelnen Fachrichtungen nicht den Bedarf des Patientenkollektivs widerspiegeln würde und überproportional viele Ärzte einer Fachrichtung vertreten wären. Zudem ist wahrscheinlich, daß mit einer Gleichverteilung auch der individuelle Anreiz zur Befolgung der Netzwerkrichtlinien geschmälert würde.

Demgegenüber kann eine leistungsorientierte Gewinnausschüttung zu einer Stärkung des individuellen Engagements beitragen, wobei bei diesem Vorgehen valide Meßkriterien vorliegen müßten. Theoretisch können sich diese anhand von Qualitäts- und Kostenkriterien orientieren. Wie bereits in Kapitel 6.1.2 beschrieben wurde, ist eine Erfolgsbewertung nach Qualitätskriterien und eine Kontrolle der medizinischen Dienstleistung nicht oder nur unter einem hohen Aufwand möglich.²⁰¹ Werden Kostenparameter als Maßstab eingesetzt, kann dies sowohl zur einer Qualitätsausdünnung und Risikoselektion führen, als auch zu netzwerk-internen Verteilungskonflikten. Diese resultieren aus dem Bestreben Patienten schneller zu Netzwerkkollegen zu überweisen, um somit den eigenen Leistungsumfang zu verringern.

¹⁹⁹ Hierbei wird vor allem die individuelle Einschätzung über das Kooperationsverhalten der anderen Akteure einen maßgeblichen Einfluß auf die erwarteten Netzwerküberschüsse haben. Damit kann davon ausgegangen werden, daß die Gewinneinschätzung dann am höchsten ist, je effizienter die anderen Netzwerkregelungen sind.

²⁰⁰ Zum Beispiel übersteigen die Kosten einer gynäkologischen und chirurgischen Behandlung die einer internistischen, radiologischen oder allgemeinpraktischen Intervention pro Fall im Durchschnitt um 40 Prozent, wobei die Arbeitskosten unberücksichtigt sind. (PHELPS 1997: 193)

²⁰¹ Zwar schlägt der SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1998) eine Erfolgsvergütung für den ambulanten Bereich vor und nennt hierfür einige exemplarische Erfolgskriterien, wie zum Beispiel der Anteil der Hypertoniepatienten, deren Blutdruckwerte in einem bestimmten Bereich liegen. Es werden aber keine Empfehlungen für die Erarbeitung umfassender, implementierbarer Leistungskriterien anderer Indikationsgruppen geboten.

Es existieren zudem Unterschiede in der Möglichkeit zur Kosteneinsparung in den einzelnen Fachrichtungen. US-Studien zufolge verfügen Hausärzte über bessere Möglichkeiten zur Kontrolle der Gesamtnachfrage und damit zur Kostenkontrolle, so daß Hausärzte in erheblich größerem Umfang von Kopfpauschalen profitieren würden als Spezialisten. (MCGUIRE 2000) Eine wesentliche Gefahr eines Capitationsystems, das nach der individuellen Leistung differenziert ist, liegt letztlich auch in einer erheblichen Einschränkung der Berufszufriedenheit und der individuellen Einsatzbereitschaft bei jenen Netzwerkärzten, deren Beitritt vor allem durch ideelle Ziele motiviert ist. (BAKER 1988)

6.2.4 „Selektionsgrad“

Der „Selektionsgrad“ bezieht sich auf die Auswahl der Netzwerkmitglieder, wobei danach unterschieden wird, inwiefern die Netzwerkmitgliedschaft an spezifische Zugangskriterien geknüpft ist oder inwieweit es sich um ein für alle Interessenten offenes Netzwerk handelt. Je höher der Selektionsgrad ist, an desto mehr Vorbedingungen ist der Zugang zu einem Netzwerk gebunden.

Während die bisher vorgestellten Netzwerkregelungen vor allem auf eine Verringerung des ex-post Opportunismus ausgerichtet waren, kann eine gezielte Selektion der Teilnehmer theoretisch zu einer Vermeidung bzw. Aufdeckung von „hidden intention“ oder „hidden characteristics“ beitragen. Besteht eine Inkompatibilität zwischen der individuellen Intention oder Voraussetzungen für einen Netzwerkbeitritt und den Netzwerkzielen, so kann dies sowohl zu einem Motivationsverlust der Beteiligten als auch zu einer mangelnden Befolgung der Netzwerkinstrumente führen.²⁰² Das Risiko eines derartigen „Mismatches“ in der Zusammensetzung des Netzwerkes und das einer adversen Selektion²⁰³ können theoretisch über eine

²⁰² Zum Beispiel könnte diese Diskrepanz daraus entstehen, daß sich jene Ärzte, die sich vor allem aufgrund einer intrinsischen Motivation einem Netzwerk anschließen, durch rigide Kontrollen oder einer in erster Linie ökonomisch ausgerichteten Netzwerkpolitik zu stark reglementiert fühlen. Demgegenüber wären wahrscheinlich die Anreize in Netzwerken, die vor allem auf einer hohen persönlichen Motivation und Einsatzbereitschaft beruhen und wenige formale Regelungen oder Kontrollen aufweisen zu schwach für jene Netzwerkteilnehmer, die nur eine Verbesserung ihrer Marktposition erhoffen oder rein pekuniäre Ziele verfolgen. Ebenso ist denkbar, daß Netzwerke mit einer Capitationvergütung, die so ausgestaltet ist, daß sie erst bei einem hohen Leistungsprofil des Netzwerkes für den individuellen Arzt Gewinne ausschüttet, eher für risikoaverse Akteure attraktiv ist.

²⁰³ Nach MILGROM (1992: 595) entsteht ein „adverse selection“ durch einen „precontractual opportunism that arises when one party has private information about something that affects the other’s net benefit from the contract and when only those whose private information implies that the contract will be especially disadvantageous for the other party agree to the contract“. Adverse selection kann zum Beispiel dann eintreten, wenn Netzwerkregelungen wenige formale Kontrollen oder Sanktionsmechanismen vorsehen und daher besonders jene Ärzte beitreten, die zwar von den Vorteilen eines Netzwerkbeitritts profitieren, jedoch ein geringes persönliches Engagement zeigen. In der Folge kann dies theoretisch zu einer „Verdrängung“ hoch motivierter Ärzte aus dem Netzwerk führen, wenn diese aufgrund des mangelnden Engagements der „Trittbrettfahrer“ das Netzwerk verlassen.

gezielte Auswahl der Netzwerkpartner und den Einsatz von Screening- und Signaling-Instrumenten verringert werden.²⁰⁴

Im Falle des Screening geht die Initiative von der Partei aus, die über ein Informationsdefizit verfügt. Über gezielte Maßnahmen werden Anreize zur Offenbarung privater Informationen gesetzt, um jene Akteure zu identifizieren, die über die benötigte Qualifikation verfügen. (MILGROM 1992: 156)

In Bezug auf Gesundheitsnetzwerke können Screening-Methoden darin bestehen, klare Mitgliedschaftsbedingungen zu formulieren, um somit die Anforderungen an das Netzwerkmitglied transparent zu machen und ein Mismatch zu vermeiden. Hierbei kann dennoch nicht ausgeschlossen werden, daß auch jene Ärzte diesem Netzwerk beitreten, die den Netzwerkzielen zwar nicht zustimmen, aber eine Isolation befürchten („hidden intention“). Eine gezieltere Auswahl kann theoretisch dadurch erreicht werden, daß einem potentiellen Kooperationspartner differenzierte Vertragsangebote offeriert werden, um seine Präferenzen durch die Art seiner Wahl herauszufinden.²⁰⁵ Würde zum Beispiel einer der Verträge eine leistungsorientierte Vergütung und eine Gewinnbeteiligung beinhalten, so liegt die Vermutung nahe, daß bei Ablehnung dieses Vertrages der Bewerber entweder eine geringe Leistungsbereitschaft aufweist oder eher intrinsisch motiviert ist und daher finanziellen Leistungsanreizen distanziert gegenübersteht.²⁰⁶

Im Gegensatz zum Screening bezieht sich Signaling auf jene Partei, die einen Informationsvorsprung besitzt, indem diese ihre privaten Informationen durch entsprechende Signale zu offenbaren versucht. Hierbei wird vorausgesetzt, daß das Signal glaubwürdig ist. Dies ist dann der Fall, wenn das entsprechende Signal, zum Beispiel eine gute Qualifikation oder eine hohe intrinsische Motivation, nur von Hochqualifizierten oder Hochmotivierten erbracht werden kann und es ihren Präferenzen entspricht, ein entsprechendes Signal zu erbringen. (MILGROM 1992: 154 f.) So können zum Beispiel fachliche Qualifikationen mittels Zeugnissen oder über den Nachweis einer einschlägigen Berufserfahrung nachgewiesen werden. Das Interesse an der Arbeit in einem Netzwerkverbund und die Übereinstimmung mit den Netzwerkzielen würden dadurch glaubwürdig signalisiert, daß sich der Bewerber zur Übernahme bestimmter

²⁰⁴ Bei einer gezielten Auswahl von Netzwerkpartnern nach Auswahlkriterien, die den Anforderungen des Netzwerkes entsprechen, ist auch die Wahrscheinlichkeit höher, daß Netzwerkregelungen auf einem gemeinsamen Konsens beruhen und damit eine größere Zustimmung erfahren (ALTER 1993).

²⁰⁵ Die Wirksamkeit einer gezielten Akteursauswahl setzt aber voraus, daß die Netzwerkziele und die Anforderungen an die Netzwerkteilnehmer eindeutig definiert sind.

Netzwerkaufgaben verpflichtet, Vorleistungen, wie die Einbringung eigenen Kapitals, anbietet oder Bürgschaften in Form einer Mindestvertragslänge übernimmt.

Während in Kapitel 6.1.2 die These vertreten wurde, daß der Aufbau von Vertrauen und, hierauf basierend, stabile Netzwerke in erster Linie auf der Reproduktion bereits bestehender Beziehungen beruhen, wird bei den obigen Ausführungen angenommen, daß sich dauerhaft erfolgreiche Netzwerke auch über die gezielte Auswahl von Kooperationspartnern aufbauen lassen. Entgegen COLEMAN (1990) und AKERLOF (1982), nach denen stabile Netzwerke auf der Reproduktion bereits bestehender sozialer Verbindungen beruhen, vertritt BURT (1992) die These, daß bereits bestehende soziale Bindungen kein Garant für dauerhaft erfolgreiche Netzwerke seien. Vielmehr führe eine gezielte Auswahl der Kooperationspartner zu einer erfolgreichen Zusammensetzung des Netzwerkes, indem er ausführt, daß „partner selection more than social capital determines effective cooperation between firms“. Grundlage dieser Aussage ist seine Feststellung, daß sich Netzwerke häufig gerade dort bilden, wo nur schwache soziale Bindungen bestehen und das „soziale Kapital“ fehlt. HANF (1992) unterstützt diese These, da alleine das Vorhandensein einer persönlichen Verbindung und der Zusammenschluß von Akteuren mit einer vagen Ausrichtung an gemeinsamen Zielen keine Erfolgskriterien sein könnten.²⁰⁷ Zu einem ähnlichen Schluß gelangt auch AXELROD (1984), der der Ansicht ist, daß sich stabile Netzwerkbeziehungen und Vertrauen in erster Linie durch die Identifikation mit gemeinsamen sozialen oder kulturellen Normen etablieren (ebenso PARSONS 1951, SITKIN 1993).

6.3 Der Einfluß der Netzwerkstruktur und externer Faktoren auf die Wirksamkeit unterschiedlicher Netzwerkregelungen

Allgemein bildet die Netzwerkstruktur den Rahmen, in dem die individuellen Transaktionen ausgeführt werden. Die Netzwerkstruktur wird im wesentlichen durch die Netzwerkgröße, die Dichte der Netzwerkbeziehungen und den Zentralisierungsgrad des Netzwerkes bestimmt.²⁰⁸

²⁰⁶ Ebenso würde die Annahme eines Netzwerkvertrages, der verbindlich ein hohes Maß an Netzwerkaktivitäten festschreibt und bei Nichtbeachtung mit Sanktionen droht, darauf schließen lassen, daß prinzipiell eine hohe Einsatzbereitschaft und Zustimmung zur Netzwerkausrichtung vorliegt.

²⁰⁷ Hierzu führt er aus, daß „there seems to be a qualitative but perhaps gradual distinction between those who are linked in a shared goal-directed activity and those who out of a once for their own self-interest follow these activities either defensively or in a supportive manner. (...) Self selection into a collective-action network does not mean that anyone who is in some way interested can be reckoned to belong to the network as a collective action entity“ (HANF 1992: 177).

²⁰⁸ Neben diesen drei Dimensionen werden häufig noch die Multiplexität und der Differenzierungsgrad zur Netzwerkstruktur gezählt. Die Multiplexität beschreibt den Inhalt der Interaktion. Je mehr eine Netzwerkbeziehung auf mehreren Kommunikationsinhalten, zum Beispiel auf sozialen und persönlichen, sowie

Als externer Einflußfaktor wird die Wettbewerbsintensität, mit der das Netzwerk konfrontiert ist, einbezogen. Diese Faktoren werden im folgenden daraufhin untersucht, inwiefern sie Einfluß auf das Netzwerkergebnis und die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ausüben können.

6.3.1 Netzwerkgröße

Die Netzwerkgröße, die durch die Anzahl der teilnehmenden Ärzte bestimmt wird, kann sowohl einen entscheidenden Einfluß auf die Qualität der medizinischen Behandlung als auch auf die Umsetzung der Netzwerkinstrumente ausüben. (POWELL 1990)²⁰⁹

In Bezug auf die medizinische Behandlung kann ein größeres Netzwerk auf mehrere Arten qualitätssteigernd wirken. Zum einen steigt mit der Anzahl der Netzwerkteilnehmer der verfügbare Wissensbestand und der Informationspool, auf den die Netzwerkakteure zurückgreifen können (ZUCKER 1991). Zum anderen ist mit einer umfangreicheren technischen Ausstattung des Netzwerkes ein breiteres Dienstleistungsangebot möglich.²¹⁰

Darüber hinaus kann über die Netzwerkgröße indirekt eine Beeinflussung der medizinischen Leistungserstellung erreicht werden. Ein größeres Netzwerk bietet die Möglichkeit, weiterhin Wettbewerb zwischen den Netzwerkpartnern aufrechtzuerhalten und damit, wie bereits in Kapitel 4.3.4 erwähnt, indirekt zu einer Sicherung eines bestimmten Qualitätsniveaus beizutragen. Unter der Voraussetzung, daß Patienten zwischen den Netzwerkärzten frei wählen können und sich die Vergütung nach der Anzahl der behandelten Netzwerkpatienten richtet,

auf ökonomischen und professionellen Zielen beruht, desto wahrscheinlicher ist der Aufbau kooperativer Beziehungen. (LINCOLN 1982) Der Differenzierungsgrad ist ein Maß für den Grad der Spezialisierung zwischen den Netzwerkmitgliedern. Je geringer der Differenzierungsgrad, desto schwieriger ist nach ALTER (1990) die Konsensfindung. Auf beide Dimensionen wird im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden, da über das Ausmaß der Multiplexität keine Informationen vorliegen und ihre Erhebung auch mit einem erheblichen Aufwand verbunden wäre. Darüber hinaus ist eine deutliche Unterscheidung bezüglich des Differenzierungsgrades in den einzelnen Netzwerken nicht zu erkennen, so daß diese Hypothese nicht getestet werden kann. Dennoch würde der Einfluß des Differenzierungsgrades auf die Konsensfindung innerhalb von Netzwerken mit zunehmender Spezialisierung erheblich an Bedeutung gewinnen und daher weitere Untersuchungen notwendig machen.

²⁰⁹ Ein kritischer Erfolgsfaktor ist nicht nur die Netzwerkgröße, sondern auch die Zusammensetzung des Netzwerkes. Zum einen müßten theoretisch alle Fachrichtungen vertreten sein, wenn das Netz eine umfassende Patientenversorgung anbieten soll. Zum anderen könnte ein Mißverhältnis zwischen der Anzahl der Hausärzte und der Anzahl der Fachärzte bzw. zwischen den Ärzten der gleichen Fachrichtung zu internen Verteilungskonflikten zum Beispiel im Fall von Kapazitätsüberhängen führen.

²¹⁰ Mit einer größeren Anzahl an Netzwerkteilnehmern und der Zahl der Nutzer würde auch die Rentabilität des Netzwerkes steigen, was einen kostensenkenden Effekt haben kann (SOMMER 1992). Hierbei wäre jedoch zu berücksichtigen, daß ebenso wie in hierarchischen Organisationen die Kosten der Koordination und Kontrolle steigen. (siehe Kapitel 4.3.4)

besteht eher ein Anreiz zur Aufrechterhaltung einer guten Versorgungsqualität, um die Abwanderung von Patienten zu vermeiden.²¹¹

Neben diesen Einflußbereichen kann die Netzwerkgröße einen Einfluß auf die Wirksamkeit der einzelnen vorgestellten Netzwerkregelungen und die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ausüben. Da mit der Anzahl der Teilnehmer auch die unmittelbare Beobachtbarkeit der einzelnen Handlungen und die Transparenz innerhalb des Netzwerkes abnehmen, wird eine mangelnde Befolgung der Netzwerkregelungen wahrscheinlich weniger schnell aufgedeckt werden als in einem kleinen Netzwerk. Ebenso ist eine geringere Diffusionsgeschwindigkeit von Informationen über die Nichteinhaltung von Netzwerkregelungen in größeren Netzwerken anzunehmen. Im Umkehrschluß kann mit einem größeren Netzwerk das Risiko opportunistischen Verhaltens steigen und damit auch die Wahrscheinlichkeit, daß Netzwerkziele nicht erreicht werden.

Demgegenüber wird allerdings aus spieltheoretischer Sicht die These vertreten, daß mit der Größe des Netzwerkes auch die Anzahl der potentiellen Kontrollpartner und die Interaktionswahrscheinlichkeit zunehmen, so daß ein schnelleres Aufdecken abweichenden Verhaltens möglich ist. (BERNHARDT 1989) Einen gegensteuernden Einfluß kann auch der von GRANOVETTER (1993) prognostizierte Effekt haben, nach dem mit der Netzwerkgröße die Aufmerksamkeit für opportunistisches Verhalten steigt.

6.3.2 Zentralisierungsgrad

Wie bereits dargestellt, sind Organisationen und integrierte Versorgungssysteme durch einen hierarchischen Aufbau und durch eine zentrale Koordinationsinstanz, die mit Weisungs- und Kontrollbefugnissen ausgestattet ist, gekennzeichnet. Im Gegensatz zu hierarchischen Systemen zeichnen sich Netzwerke aus idealtypischer Sicht durch das Fehlen einer übergeordneten Koordinationsinstanz und durch egalitäre, symmetrische²¹² Netzwerkbeziehungen aus (POWELL 1990). Jedoch können auch innerhalb von Netzwerken, neben gleichberechtigten und konsensorientierten Regelungen, hierarchische Strukturen existieren, indem eine zentrale

²¹¹ Dabei besteht die Gefahr, daß mit zunehmender Wettbewerbsintensität auch die Kooperationsneigung zwischen den einzelnen Akteuren abnimmt, was wiederum einen negativen Effekt auf das Netzwerkergebnis haben würde.

²¹² Symmetrie meint in diesem Zusammenhang eine Gleichverteilung von Ressourcen und Rechten innerhalb des Netzwerkes und damit das Fehlen eines Machtungleichgewichtes (GALASKIEWICZ 1979).

Instanz entweder Koordinierungsaufgaben und Weisungsbefugnisse übernimmt oder über wesentliche Netzwerkressourcen verfügt.²¹³

Der Zentralisierungsgrad wird in der Netzwerktheorie anhand des Umfanges der Verfügungsgewalt über zentrale Netzwerkressourcen und Entscheidungsbefugnisse bestimmt, wobei zwei Arten von „Netzwerkressourcen“, die jeweils mit unterschiedlichen Einflüßbereichen verbunden sind, unterschieden werden können.²¹⁴

Zum einen kann sich die Verfügungsgewalt auf jene Rechte beziehen, durch die der Inhaber ermächtigt wird, Netzwerkregelungen zu definieren und damit Einfluß auf das Netzwerk als Gesamtsystem zu nehmen. Nach dieser Definition verfügt ein Netzwerk dann über eine zentralisierte Struktur, wenn ein Akteur, zum Beispiel in Form eines Netzwerkvorstandes, mit Weisungs-, Koordinations- und zum Teil auch Kontrollbefugnissen ausgestattet ist und damit befugt ist, Netzwerkregelungen für alle Mitglieder verbindlich zu erlassen.²¹⁵ Hierbei würde der Grad der Zentralisierung von dem Ausmaß abhängen, mit dem der Netzwerkvorstand autorisiert ist, in das Netzwerkgeschehen über Weisungen oder Kontrollen einzugreifen.

Zum anderen kann der Zentralisierungsgrad anhand der Kontrolle über zentrale und ökonomisch relevante Netzwerkressourcen gemessen werden, wobei innerhalb von Netzwerken vor allem die Anzahl der Patientenkontakte als die elementare „Ressource“ angesehen werden kann.²¹⁶ Je zentralisierter ein Netzwerk ist, desto geringer ist im Umkehrschluß die Anzahl derjenigen Akteure, die die Kontrolle über den Patientenfluß ausüben können. Durch die Einführung eines Gatekeepingsystems würde dementsprechend die zentrale Koordinationsbefugnis für eine bestimmte Versichertenpopulation nur wenigen Hausärzten und im

²¹³ Nach MILGROM (1992: 114) unterscheidet sich eine dezentrale von einer zentralen Koordination dadurch, daß „a particular decision is then decentralised if it is left to the individuals alone to make. In contrast a centralised decision is one that is made at a higher level and communicated to or imposed to the individuals“.

²¹⁴ Bei dieser Definition wird der Zentralisierungsgrad anhand der Anzahl der Verbindungen oder der Ressourcen dargestellt, die bei einem Akteur „zusammenlaufen“. Je mehr Verbindungen bei wenigen, im Extremfall bei nur einem Akteur, zusammentreffen und je häufiger der Austausch aller Netzwerkteilnehmer mit diesem zentralen Akteur ist, desto größer ist der Zentralisierungsgrad (WASERMANN 1994). Ein zweiter Ansatz zur Bestimmung der Position jedes Akteurs und des Zentralisierungsgrades besteht in der Ermittlung der physischen Distanz zwischen den Akteuren. Je kürzer die Verbindung der einzelnen Netzwerkakteure zu einem bestimmten Akteur ist, desto zentraler ist seine Position innerhalb des Netzwerkes. (LINCOLN 1982) Zwar kann eine räumliche Nähe ebenfalls zu einer Erhöhung der Transparenz führen, jedoch ist dieser Zusammenhang bei Gesundheitsnetzwerken wahrscheinlich schwach ausgeprägt, so daß dieser Ansatz nicht weiterverfolgt wird.

²¹⁵ Besitzt der „Intermediär“ keine formalen Kontroll- und Sanktionsmittel, ist sein Wirkungsgrad davon abhängig, inwiefern er Informationen von den anderen Netzwerkmitgliedern erhält und seine Autorität damit anerkannt ist (SOBRERO 1998). Dies ist besonders bei einem ärztlichen Zusammenschluß nicht zwangsläufig der Fall, da tendenziell eine Abneigung gegen eine Offenlegung der eigenen Behandlungspraxis und gegen eine Aufgabe von Autonomie besteht.

²¹⁶ Eine zentrale Position kann sich auch aus der Art der Netzwerkaufgabe ergeben. Zum Beispiel folgt aus der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder ein medizinisch festgelegter Behandlungsablauf, der von der ambulanten über die stationäre Versorgung bis zur rehabilitativen Versorgung reicht.

Extremfall nur einem Hausarzt übertragen. Die Zentralisierung würde mit dem Ausmaß zunehmen, mit dem die Netzwerkmitglieder an eine Beachtung des Gatekeepingprinzips gebunden sind.

Sowohl die Existenz eines Netzwerkvorstandes als auch die Einführung eines Gatekeepingsystems können über eine Erhöhung der Transparenz indirekt Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ausüben.

Ein Netzwerkvorstand kann die Rolle eines Intermediärs übernehmen und sowohl zur Reduktion von Komplexität beitragen als auch als zentrale Koordinationsstelle die Informationsvermittlung übernehmen (FRITSCH 1992). Hierdurch würde eine Verbesserung des Informationsflusses innerhalb des Netzwerkes und damit eine Erhöhung der Transparenz erzeugt werden. Da sich dadurch auch die Wahrscheinlichkeit zur Aufdeckung opportunistischen Verhaltens erhöht, wird durch die Existenz eines Netzwerkvorstandes im Umkehrschluß der Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen steigen. (BRASS 1998)

Demgegenüber würde sich ein hoher Zentralisierungsgrad dann nachteilig auf die Einhaltung der Netzwerkregelungen auswirken, wenn zentrale Koordinations- und Entscheidungsstrukturen einen dysfunktionalen Einfluß auf die Motivation der Beteiligten und die Weitergabe von Informationen haben (siehe Kapitel 3.4.4) (POWELL 1990, WADDOCK 1989). Nach BRONDER (1993) stellen zentrale Entscheidungsstrukturen sogar Kooperationshemmnisse dar, da diese zu einer Konterkarierung informeller Netzwerkbeziehungen führen und von den Beteiligten als zu starke Einschränkung der individuellen Handlungsfreiheit empfunden werden. Eine ähnliche Einschätzung geht auch aus den Interviews von WESTEBBE (1999: 48) mit Netzwerkärzten hervor, nach denen hierarchische Strukturen den ärztlichen Vorstellungen von einer freien Berufsausübung entgegenstehen, so daß sich viele in derartigen Strukturen „unwohl und ohne Einfluß“ fühlen.

In Analogie zu den Auswirkungen eines Netzwerkvorstandes kann auch die Existenz eines Gatekeepingsystems die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens verringern.

Eine indirekte Einwirkung auf die Netzwerkaktivitäten kann von einem Gatekeepingsystem dadurch ausgehen, daß dieses zu einer Erhöhung der Transparenz über das Netzwerkgeschehen beiträgt. Da Patienten beim Gatekeepingsystem über einen längeren Zeitraum von einem Hausarzt betreut werden und dieser über alle Patientendaten verfügt, liegen ihm damit auch Informationen über die Behandlungspraxis anderer am Behandlungsfall beteiligter Ärzte vor. Damit kann der Gatekeeper etwaige Abweichungen von Behandlungsleitlinien oder eine zu umfassende Therapieanordnung der Netzwerkkollegen relativ leicht identifizieren.

Während sich dieser informationserhöhende Effekt des Gatekeepings eher positiv auf das Engagement der Netzwerkmitglieder auswirken würde, kann dieses auch zu internen Netzwerkkonflikten führen. Da der Gatekeeper über umfangreiche Delegationsbefugnisse verfügt, bietet sich ihm die Möglichkeit, bestimmte Netzwerkärzte zu präferieren oder auch Patienten, um einen wirtschaftlichen Vorteil zu erzielen, möglichst lange in der eigenen Behandlung zu belassen. Beide Faktoren würden sich wahrscheinlich nachteilig auf das Engagement der übrigen Netzwerkteilnehmer ausüben, wodurch das Risiko opportunistischen Verhaltens wiederum steigen könnte.

Neben diesem mittelbaren Einfluß des Gatekeepingsystems auf das Netzwerkergebnis und die medizinische Behandlung kann dieses auch einen unmittelbaren Einfluß auf die medizinische Behandlungsqualität ausüben. Über eine gezielte Patientenbetreuung und Steuerung des Behandlungsprozesses können sowohl zeitliche Verzögerungen beim Übergang zur fachärztlichen oder stationären Versorgung vermieden werden als auch eine bessere Abstimmung der einzelnen Behandlungsschritte erreicht werden (EISENBERG 1988). Ist hierdurch wahrscheinlich eine erhebliche Qualitätsverbesserung zu erzielen, droht demgegenüber eine Qualitätsverschlechterung dann, wenn die Qualifikation des Hausarztes nicht den Erfordernissen entspricht, die an eine gezielte Patientensteuerung gestellt werden (HALL 1977).²¹⁷

6.3.3 Netzwerkdichte

Als weiteres Kriterium zur Beschreibung der Netzwerkstruktur dient die Netzwerkdichte, die sich auf zwei verschiedene Dimensionen beziehen kann. Zum einen wird diese durch die Anzahl der Verbindungen zwischen den Netzwerkmitgliedern und die Interaktionshäufigkeit definiert. Innerhalb von Gesundheitsnetzwerken würde die Netzwerkdichte zum Beispiel durch regelmäßige Treffen aller Netzwerkteilnehmer, wie Mitgliederversammlungen oder Qualitätszirkel, steigen. Zum anderen kann sich die Dichte eines Netzwerkes auf die räumliche Anordnung der einzelnen Netzwerkakteure beziehen. Je geringer die physische Distanz zwischen den einzelnen Netzwerkakteuren ist, desto geringer ist die räumliche Dichte eines Netzwerkes. Im Gegensatz zur Zentralität, die die Position jedes einzelnen Akteurs innerhalb des Netzwerkes beschreibt, wird mit der Dichte das Netzwerk als Ganzes beschrieben. Eine

²¹⁷ Ähnlich äußert sich ein Netzwerkarzt über die Anforderungen an ein Gatekeepingsystem. „Das sind hoch qualifizierte Internisten mit einer Ausbildung, die unsere Drittwelt-Universitäten nicht einmal im Ansatz kennen. Und bei uns sollen das ausgerechnet die Ärzte übernehmen, die medizinisch am schlechtesten ausgebildet sind (...). Da wird nichts besser und schon gar nicht billiger“. Darüber hinaus wird immer wieder darauf hingewiesen, daß ein Gatekeepingprinzip zu erheblichen Spannungen zwischen Haus- und Fachärzten führt, da Fachärzte sich durch die in ihren Augen geringer qualifizierten Hausärzte bevormundet fühlen. (Aussagen eines deutschen Netzwerkarztes)

maximale Dichte würde bedeuten, daß alle Netzwerkpartner miteinander in Verbindung stehen. (FENNELL 1987)

Eine zunehmende Netzwerkdichte kann sich insofern positiv auf das Netzwerkergebnis auswirken, als mit der Interaktionshäufigkeit auch der Diffusionsprozeß von Informationen über die Netzwerkakteure steigen kann (GRANOVETTER 1973). Wenn mit einem besseren Informationsfluß auch die Transparenz innerhalb eines Netzwerkes und die Wahrscheinlichkeit des Aufdeckens opportunistischen Verhaltens zunehmen, dann kann davon ausgegangen werden, daß auch der Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen steigt. (ROWLEY 1997)

Darüber hinaus kann eine hohe Netzwerkdichte direkt zu einer Qualitätsverbesserung beitragen, wenn mit einer schnelleren Informationsweitergabe, zum Beispiel der Übertragung wichtiger Patientendaten, theoretisch auch die Behandlungsqualität innerhalb des Netzwerkes verbessert wird.²¹⁸

6.3.4 Der Wettbewerbsgrad als externer Einflußfaktor

Im folgenden wird näher untersucht werden, inwiefern eine hohe Wettbewerbsintensität in Form einer hohen Ärztedichte²¹⁹ oder der Existenz weiterer Konkurrenznetzwerke Auswirkungen auf die Einhaltung der Netzwerkregelungen haben kann.

Eine zunehmende Ärztedichte²²⁰ auf dem Gesundheitsmarkt kann theoretisch über mehrere Arten Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens und damit auf das Netzwerkergebnis haben. Da, wie in Kapitel 5.3 bereits beschrieben wurde, die Zugehörigkeit zu einem Netzwerk als Marketinginstrument dienen kann und die Relevanz werbewirksamer Maßnahmen bei zunehmender Wettbewerbsintensität an Bedeutung gewinnt, kann auch angenommen werden, daß das Interesse an einer Netzwerkteilnahme bei hoher Ärztedichte

²¹⁸ ALTER (1993) stellt für Gesundheitsnetzwerke in den USA heraus, daß mit der Häufigkeit der Interaktion und dem Umsetzen von Gruppennormen innernetzwerkliche Konflikte abnehmen. Zum Beispiel weist AHUJA (2000) nach, daß der „innovative Output“ von Firmen von der Dichte der Netzwerkverbindungen abhängig ist, da enge und vielfältige Kooperationsbeziehungen nicht nur die Diffusion von Expertenwissen, sondern auch die Koordination komplementärer Fähigkeiten fördern.

²¹⁹ Definiert durch die Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohnern.

²²⁰ Mit zunehmender Ärztedichte steigt c.p. auch der Wettbewerbsgrad, wobei jedoch berücksichtigt werden muß, daß diese Betrachtung stark vereinfacht ist. Im Grunde herrscht nur zwischen Ärzten der selben Fachrichtung, die ähnliche Dienstleistungen anbieten, Wettbewerb. Würde auf industriellen Märkten der Herfindahl-Index zur Feststellung der Wettbewerbsintensität eingesetzt werden, so ist dieser nach BERNSTEIN (1998) für den Gesundheitsmarkt unzulänglich, da Kriterien, wie das geographische Einzugsgebiet, die Unterscheidung zwischen potentiellen und tatsächlichen Konkurrenten, die aufgrund der hohen Informationsasymmetrie getroffen werden muß, und die Eingrenzung der relevanten Wettbewerbsbereiche unberücksichtigt bleiben.

steigt. Damit erhöht sich mit steigender Wettbewerbsintensität wahrscheinlich auch der Anreiz, einen Netzwerkausschluß vorzubeugen und sich nicht opportunistisch zu verhalten.

Welche Auswirkungen die Existenz weiterer Netzwerke auf die individuelle Leistungsbereitschaft und die Befolgung der Netzwerkziele hat, ist dagegen uneindeutig. Auf der einen Seite ist anzunehmen, daß sie die Gefahr der Abwanderung von Patienten erhöhen und damit eher leistungssteigernd auf die Netzwerkteilnehmer wirken. Damit würde die Existenz weiterer Netzwerke eher zu einer Verringerung opportunistischen Verhaltens beitragen. Auf den Einfluß von Konkurrenznetzwerken auf die Dienstleistungsqualität und den Erfolg von Netzwerken scheinen auch Studien aus den USA hinzudeuten. Gesundheitsnetzwerke, in diesem Fall IPA's, wiesen nur dann einen eindeutigen Qualitäts- und Kostenvorteil gegenüber Einzelpraxen auf, wenn Konkurrenznetzwerke bestanden. (SOMMER 1992) Ähnliches belegen auch die Studien von SCHLESINGER (1986), nach denen sich das Betriebsergebnis der IPA's mit zunehmender Wettbewerbsintensität und der Existenz weiterer Netzwerke verbesserte. Auf der anderen Seite stellen andere Gesundheitsnetzwerke für den einzelnen Netzwerkarzt Outside Options dar, die er bei einem Netzwerkausschluß wahrnehmen könnte.²²¹ Damit könnte sich mit der Existenz weiterer Gesundheitsnetzwerke theoretisch auch der Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen verringern. Demgegenüber ist es wahrscheinlicher, daß Konkurrenznetze eher das Engagement erhöhen, da ein Netzwerkausschluß im Fall opportunistischen Verhaltens rufschädigend sein kann und unter diesen Umständen eine Aufnahme in das neue Netzwerk nicht garantiert ist. Desweiteren ist fraglich, ob die bestehenden Konkurrenznetzwerke den Präferenzen des Netzwerkakteurs entsprechen. Wäre dies der Fall, wäre ein freiwilliger Wechsel wahrscheinlicher als ein fremdinitiiertes nach Aufdeckung der Nichtbefolgung wesentlicher Netzwerkregelungen.

Darüber hinaus kann die Wettbewerbsintensität einen Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit von Netzwerkgründungen haben. Da Gesundheitsnetzwerke dazu dienen können, sich gegen Wettbewerber abzugrenzen, ist es wahrscheinlich, daß zwischen Wettbewerbsintensität und Anzahl der Netzwerkgründungen ein positiver Zusammenhang besteht.

²²¹ Anders formuliert ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Akteur opportunistisch handelt invers zu seiner Abhängigkeit vom Kooperationspartner und vom Machtpotential dieses Kooperationspartners. Nach EMERSON (1962) hängt die Macht eines Akteurs nicht von seiner Ausstattung mit Ressourcen ab, sondern von den alternativen Austauschmöglichkeiten der anderen Kooperationspartner.

7 Die Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerkformen

7.1 Ziel der Untersuchung und Forschungshypothesen

Im Mittelpunkt der folgenden Untersuchung steht die organisationale Effizienz unterschiedlicher Netzwerkarrangements.²²² Hierbei werden Netzwerke vor allem nach ihren sogenannten „Organizational Capabilities“²²³ bewertet, die nach TEECE (1992, in: KNYPHAUSEN-AUFSEß 1997: 384) eher intangible Kriterien erfassen und generell die Innovationsfähigkeit von Unternehmen, die Fähigkeit zur internen Informationsweitergabe, die Induzierung von Lerneffekten, die interne Koordination sowie Abstimmung der am Herstellungsprozeß Beteiligten, die Flexibilität, den Output oder den Produktionsprozeß externen Bedürfnissen anzupassen, messen.²²⁴

Im folgenden soll speziell herausgefunden werden, wie die Netzwerkregelungen und die Netzwerkstruktur ausgestaltet sein müssen, um die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens zu reduzieren. Opportunistisches Verhalten wird daran gemessen, inwieweit die Mitgliedschaftsverpflichtungen befolgt werden. Die Mitgliedschaftsverpflichtungen können hierbei zum einen in der Umsetzung der in Kapitel 5.1 vorgestellten Netzwerkinstrumente, wie der Beachtung des Gatekeepingsystems, der Weitergabe der Patientendaten, der Anwendung von Leitlinien oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln, bestehen. Zum anderen kann die Verfolgung der allgemeinen übergeordneten Netzwerkziele wie Kosteneinsparungen in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes oder die Verbesserung der Diabetesversorgung, gemessen anhand relevanter Krankheitswerte wie der HbA1c-Wert, zu den Mitgliedschaftsverpflichtungen zählen.

²²² In der klassischen institutionenökonomischen Analyse würde sich die Untersuchung der organisationalen Effizienz auf die ökonomische Effizienz beziehen. Diese bestünde im Sinne von WILLIAMSON (1975) in der Abwägung der Produktions- und Transaktionskosten unterschiedlicher institutioneller Arrangements. WOLFF (1995: 28) definiert diese derart: „Effizient ist ein institutionelles Arrangement dann, wenn die Transaktions- und Produktionskosten, inklusive Wohlfahrtsverluste aufgrund externer Effekte, im Vergleich zu alternativen Arrangements für eine gegebene Outputmenge minimal sind“. Zwar ist zu berücksichtigen, daß Transaktionskosten, die zum Beispiel durch die Übermittlung von Patientendaten oder durch die Umstellung auf andere Behandlungsstandards entstehen, einen Einfluß auf die Umsetzung der Netzwerkinstrumente ausüben können. Jedoch wird auf die Untersuchung dieser Faktoren im Fragebogen nur am Rande eingegangen, indem die Ursachen für ein geringes Netzwerkengagement erfragt werden. Für eine eingehende Analyse der ökonomischen Effizienz stehen jedoch die hierzu notwendigen Daten nicht zur Verfügung.

²²³ „By organizational capabilities we mean the capabilities of an enterprise to organize, manage, or govern specific sets of activities“ (TEECE 1992, in: KNYPHAUSEN-AUFSEß 1997: 382).

²²⁴ Die Berücksichtigung intangibler Faktoren und die Veränderung des Produktionsgeschehens ist bei der Evaluation von Netzwerkeffekten geläufig. Zum Beispiel ergaben die Untersuchungen von HUMAN (1997), daß Unternehmen infolge eines Netzwerkzusammenschlusses nicht nur eine verbesserte finanzielle Leistungsfähigkeit aufwiesen, sondern auch neue Ideen und Innovationen hervorbrachten, ihre Managementfähigkeiten infolge eines Erfahrungsaustausches verbesserten, neue Produkte entwickelten und einen breiteren Marktzugang erhielten.

Bei der Untersuchung der organisationalen Effizienz eines Netzwerkes wird nicht das Netzwerk als Gesamtsystem, sondern es werden die einzelnen in Kapitel 6 vorgestellten Regelungen und ihr Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens näher untersucht werden. Aufbauend auf die in Kapitel 6 vorgestellten unterschiedlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten des Netzwerkarrangements und ihr prognostizierter Effekt auf den Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen sowie auf das Netzwerkergebnis werden im folgenden Forschungshypothesen abgeleitet. Tabelle I (Anhang) gibt nochmals einen zusammenfassenden Überblick über die einzelnen Netzwerkregelungen und Elemente der Netzwerkstruktur, ihre Definition sowie ihr prognostizierter Effekt auf das Netzwerkgeschehen.

Zu den Netzwerkregelungen zählen der Formalisierungsgrad, die Kontrollintensität, der Ökonomisierungsgrad und der Selektionsgrad.

In Bezug auf den Formalisierungsgrad kann festgehalten werden, daß aufgrund der Immaterialität des individuellen Netzwerkbeitrages vollständige Verträge in Gesundheitsnetzwerken zwar nicht erreicht werden können, aber dennoch davon ausgegangen werden kann, daß mit dem Grad der Formalisierung auch die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens abnimmt. Existiert kein formaler Vertrag, so kann dennoch ein Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen bestehen, wenn netzwerkspezifische Investitionen getätigt wurden.

1. Formalisierungsgrad

H1: Je höher der Formalisierungsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

H2: Beruhen Netzwerkregelungen weitestgehend auf informellen Vereinbarungen, dann ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens um so geringer, je höher die netzwerkspezifischen Investitionen sind.

Für die Kontrollintensität, die durch das Ausmaß an formalen, institutionalisierten Kontrollmechanismen bestimmt wird, wurde angenommen, daß ein positiver Zusammenhang zwischen dieser und der Beachtung der Mitgliedschaftsbedingungen besteht. Da wesentliche Netzwerkanforderungen jedoch auf der intrinsischen Motivation der Beteiligten beruhen, ist es wahrscheinlich, daß eine Überprüfung der Einhaltung der Netzwerkregelungen und der

Verfolgung der Netzwerkziele nur partiell erfolgt. In diesem Fall ist anzunehmen, daß opportunistisches Verhalten um so unwahrscheinlicher ist, je mehr informelle Kontrollen bestehen und je mehr das Netzwerk auf vertrauensvollen, bereits vorher bestehenden Beziehungen beruht bzw. soziale Kontrollmechanismen bestehen.

Darüber hinaus hat das Ausmaß drohender Sanktionen einen entscheidenden Einfluß auf die Wirksamkeit formeller, informeller oder sozialer Kontrollen.

2. Kontrollintensität und Sanktionsgrad

H3: Je höher die Kontrollintensität, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

H4: Bestehen keine formalen Kontrollen, so ist dann von einer Einhaltung der Netzwerkregelungen auszugehen, wenn informelle Kontrollen durchgeführt werden oder die Beziehungen auf gewachsenen Strukturen und bereits vorher bestehenden sozialen Verbindungen aufbauen.

H5: Je höher der Sanktionsgrad, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

Der Ökonomisierungsgrad, der durch das Ausmaß an finanziellen Leistungsanreizen zur Verringerung der Behandlungsausgaben bestimmt wird, führt eher zur Einhaltung der Netzwerkregelungen, da diese dazu beitragen können, Behandlungskosten einzusparen.

3. Ökonomisierungsgrad

H6: Je höher der Ökonomisierungsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

Der Selektionsgrad bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Auswahl der Netzwerkmitglieder nach spezifischen, für das Netzwerk relevanten Kriterien erfolgt. Da hierdurch ein „Mismatch“ zwischen individueller Motivation und den Netzwerkzielen vermieden werden kann, wurde ein positiver Zusammenhang zwischen dem Selektionsgrad und der Einhaltung der Netzwerkregelungen angenommen.

4. Selektionsgrad

H7: Je höher der Selektionsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

Die Netzwerkstruktur ist charakterisiert durch die Netzwerkgröße, den Zentralisierungsgrad und die Netzwerkdichte.

In Bezug auf die Netzwerkgröße kann angenommen werden, daß sich mit geringer Teilnehmerzahl die Transparenz innerhalb des Netzwerkes vergrößert und damit die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens zunehmen wird.

Ein hoher Zentralisierungsgrad, gemessen anhand des Ausmaßes, mit dem Weisungs- und Kontrollbefugnisse einer zentralen Instanz übertragen werden, führt zu einer Erhöhung der Transparenz und vergrößert tendenziell den Anreiz, Netzwerkregelungen einzuhalten. Damit kann sowohl über die Existenz eines Netzwerkvorstandes als auch über die Einführung eines Gatekeepingsystems die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens verringert werden, da sich diese tendenziell transparenzerhöhend auswirken.

Eine hohe Netzwerkdichte, gemessen anhand der Anzahl der Verbindungen zwischen den einzelnen Netzwerkakteuren, trägt tendenziell zu einer Erhöhung der Transparenz über das Netzwerkgeschehen und einer schnelleren Aufdeckung opportunistischen Verhaltens bei.

5. Netzwerkstruktur

H8: Je kleiner das Netzwerk ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

H9: Je höher der Zentralisierungsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

H10: Je höher die Netzwerkdichte ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

Die Wettbewerbsintensität kann sowohl anhand der Ärztedichte als auch anhand der Anzahl existierender Konkurrenznetzwerke gemessen werden. Es kann theoretisch angenommen werden, daß eine hohe Wettbewerbsintensität und die Existenz weiterer Netzwerke sowohl

den Anreiz zur Erfüllung der Netzwerkanforderungen vergrößert als auch die Gründung neuer Netzwerke fördert.

6. Wettbewerbsintensität

H11: Je höher die Ärztedichte ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

H12: Je höher die Ärztedichte ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich Ärztenetze bilden.

H13: Je mehr Netzwerke in einer Region existieren, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

7.2 Das Schweizer Gesundheitssystem und derzeitige Netzwerkinitiativen

Bei der empirischen Untersuchung wurde aus mehreren Gründen nicht auf die deutschen Modellprojekte zu Hausarztnetzwerken zurückgegriffen. Zum einen bestehen bislang nur wenige Netzwerke, die einen vergleichbar ausgereiften Netzwerkaufbau aufweisen, wie die Projekte in der Schweiz. Entweder werden keine klaren Zielvorgaben und zu ihrer Erreichung entsprechende Netzwerkinstrumente vorgeschrieben, oder die Netzwerkregelungen und die an das einzelne Mitglied gestellten Anforderungen sind nicht eindeutig definiert.²²⁵ Zum anderen existieren die Schweizer Netzwerke schon länger als die deutschen Netzwerke, so daß die getroffenen Beurteilungen auf einem längeren Erfahrungshorizont aufbauen und die Netzwerkergebnisse stabiler sind.

Die Schweizer Erfahrungen erlauben zudem eine Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem, weil sich die Strukturen der ambulanten Leistungserstellung in beiden Ländern in den Grundzügen ähneln.²²⁶ Prinzipiell herrscht für ambulant tätige Ärzte Niederlassungs-

²²⁵ Zwar bildeten sich in Deutschland infolge der gesetzlichen Veränderungen Netzwerke in unterschiedlicher Ausgestaltung, jedoch sind die meisten dadurch bestimmt, daß sie nur diffuse Netzwerkziele haben, wie eine „Verbesserung der Versorgungsqualität“ oder uneindeutig definierte Netzwerkregelungen aufweisen.

²²⁶ Das Schweizer Gesundheitssystem zeichnet sich durch ein Sozialversicherungsmodell aus, das, ähnlich wie in Deutschland, eine Kontrahierungspflicht, einen Risikostrukturausgleich für die Krankenkassen und eine Versicherungspflicht für Patienten beinhaltet. Im Gegensatz zum deutschen System sind die Versicherungsprämien nicht einkommensbezogen, sondern nur nach Alter des Versicherten differenziert. Darüber hinaus hat jede Kasse das Recht, die Prämien kantonal festzusetzen, so daß die Prämienhöhen stärker variieren als in Deutschland. (BÖHLERT 1997) Dennoch ist zu berücksichtigen, daß es besonders bei näherer Betrachtung zwischen den beiden Systemen erhebliche Unterschiede gibt. Zum Beispiel gibt es kein Äquivalent zu den Kassenärztlichen Vereinigungen, so daß der Taxwert (das Äquivalent zum deutschen Punktwert) zwischen

freiheit, wobei allerdings keine Zulassungsbeschränkung gilt. Die Vergütung erfolgt entsprechend einer Einzelleistungshonorierung; im Gegensatz zu Deutschland existiert allerdings keine Budgetdeckelung und zudem sind Ärzte in der Schweiz berechtigt, Arzneimittel zu verkaufen.

Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ist auch daher möglich, weil es sich bei den Modellprojekten um relativ geschlossene Systeme handelt und die internen Prozesse bzw. die Effizienz unterschiedlicher Netzwerkarrangements von Makrostrukturen relativ unbeeinflusst sind.

Zur Verringerung der Gesundheitsausgaben, die rund 10 Prozent des BIP betragen, wurden 1994 mit dem Krankenversicherungsgesetz umfassende Reformen im Gesundheitssektor eingeleitet (SCHNEIDER 1997: 135). Diese ermöglichten den Krankenkassen die Implementation von Pilotprojekten in Form von Hausarztnetzwerken und integrierten Versorgungsformen (HMO's) (BÖCKEN 2000).

Infolge dieser gesetzlichen Veränderungen wurden landesweit zahlreiche Gesundheitsnetzwerke gegründet, so daß 1999 69 Hausarztnetzwerke existierten, an denen rund 3.700 Ärzte beteiligt waren. In diesen Netzwerken waren etwa 378.000 Versicherte eingeschrieben, was rund 5 Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ausmachte (BAUR 2000: 9).²²⁷ Die aktuelle Zahl der eingeschriebenen Patienten ist nicht bekannt; einerseits stagniert diese nach Auskunft aller Beteiligten seit einem Jahr, so daß theoretisch die gleiche Größenordnung angenommen werden kann. Andererseits haben sich derzeit neue Netzwerke gegründet und alte Netzwerke wurden aufgegeben, so daß die Zahlen von 1999 erheblich differieren können. Hinsichtlich der regionalen Verteilung der Netzwerke herrscht eine starke Konzentration in den fünf Kantone Thurgau, Sankt Gallen, Zürich, Bern und Aargau (O.V. 2001).

7.3 Empirisches Vorgehen

Da bislang keine Studien über Gesundheitsnetzwerke vorliegen, hat das empirische Vorgehen weitestgehend explorativen Charakter. Bei der empirischen Analyse der effizienten Netzwerkformen wurde eine Kombination aus Fallstudienforschung und Interview gewählt.

Im Gegensatz zum Survey weist die Fallstudienmethodik zwei wesentliche Unterschiede auf. Zum einen werden wenige Fälle auf viele Dimensionen hin untersucht, während bei Surveys wenige Variablen und viele Fälle Gegenstand der Untersuchung sind. Zum anderen wird der

der kantonalen Ärztesgesellschaft und den kantonalen Verbänden der Krankenversicherungen ausgehandelt wird. (Helsana-Informationen)

²²⁷ Für Versicherte besteht der Anreiz an der Teilnahme an diesen Hausarztmodellen darin, daß die Krankenkassen bei Teilnahme einen Prämienrabatt gewähren.

Kontext, innerhalb dessen sich der Forschungsgegenstand bewegt, bei der Fallstudienanalyse mitberücksichtigt.²²⁸ (BOOS 1993)

In Analogie zur Fallstudienmethodik erfolgt im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls eine gezielte Auswahl der zu untersuchenden Fälle, wobei auch das wettbewerbliche Umfeld miteinbezogen wird. Dennoch werden mehr Fälle und Variablen in der Untersuchung berücksichtigt, als dies bei der Fallstudienmethodik üblich ist. Da die Stichprobe zu gering ist, um umfangreiche statistische Verfahren anzuwenden, anhand derer sich kausale Zusammenhänge nachweisen ließen, werden die Befragungsergebnisse in Form einer deskriptiven Statistik aufbereitet.

Eine methodische Schwierigkeit bei der Fallstudienmethodik besteht in der Abgrenzung der Untersuchungseinheit und in der Auswahl der Kriterien, anhand derer die zu untersuchenden Fälle identifiziert werden sollen. Bei Gesundheitsnetzwerken bezieht sich die Abgrenzung zunächst auf die Frage, ab wann eine informelle Kooperation zwischen Ärzten, die zum Beispiel in einer sporadischen Abstimmung der einzelnen Behandlungsschritte oder in einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch besteht, bereits als Netzwerk definiert werden kann.²²⁹

Daher soll ein Gesundheitsnetzwerk im folgenden definiert werden als „ein freiwilliger Zusammenschluß von rechtlich und wirtschaftlich selbständigen, ambulant tätigen Ärzten, die ein definiertes Netzwerkziel verfolgen, welches durch eine Kooperation aller Beteiligten erzielt werden kann und zu dessen Erreichung sich die Mitglieder verpflichten, Ressourcen („Patienten“, Informationen, Dienstleistungen) auszutauschen und gemeinsame Netzwerkregelungen einzuhalten“.

Nach dieser Definition beruht ein Gesundheitsnetzwerk zwar auf Freiwilligkeit, im Gegensatz zu einer informellen Kooperation zwischen einzelnen Akteuren ist dieses aber einerseits zielgerichteter in dem Sinne, daß ein fest definiertes Netzwerkziel und die Erfüllung eines bestimmten Netzwerkauftrages verfolgt werden. Andererseits ist mit einer Mitgliedschaft sowohl die Zustimmung zu diesem übergeordneten Netzwerkziel verbunden, als auch die Verpflichtung jedes einzelnen Akteurs, zur Erreichung dieses Ziels beizutragen. Dies impliziert, daß die Gründung eines Gesundheitsnetzwerks nicht ausschließlich der Erfüllung von Partikularinteressen dienen soll.

²²⁸ Ähnlich formuliert dies YIN (1984: 23, in BOOS 1993: 34) indem er ausführt, daß „a case study is an empirical enquiry that investigates a contemporary phenomenon within it's real life context“. Obwohl generell zu berücksichtigen ist, daß die Fallstudienforschung nicht als eigenständige Methode in der empirischen Sozialforschung angesehen wird, sondern eher als eine methodische Vorgehensweise.

²²⁹ Wie unklar diese Abgrenzung ist zeigt die Aussage eines Netzwerkarztes: „Ärztenez ist eine Definition die erst mal nur aussagt, dass ein Miteinander von Ärzten, in welchem Bereich auch immer, gewährleistet ist, also eine Ärztekooperation als solches“ (WESTEBBE 1999: 27).

Von den 69 Netzwerken wurden 30 Ärztenetze untersucht, wobei die Anzahl der Untersuchungseinheiten dadurch festgelegt wurde, inwiefern die obige Definition erfüllt wurde und das Netzwerk darüber hinaus eine Mindestlaufzeit und eine grundlegende Netzwerkkonzeption aufwies.²³⁰

Es wurden nur jene Gesundheitsnetzwerke ausgesucht, die länger als vier Jahre existierten, um zu garantieren, daß die getroffenen Aussagen der Teilnehmer und das Netzwerkergebnis unbeeinflusst sind von verzerrenden Einflußfaktoren, die in der Aufbauphase auftreten können.²³¹ Zwar ist es wahrscheinlich, daß selbst nach drei Jahren noch erhebliche Anlaufschwierigkeiten bestehen, wäre aber nur auf ältere Netzwerke zurückgegriffen worden, so hätten neuere Modelle, die bereits auf den Erfahrungen der ersten Generation aufbauen, nicht einbezogen werden können.

Darüber hinaus wurden nur jene Netzwerke berücksichtigt, die eine grundlegende Netzwerkkonzeption aufwiesen. Zu dieser zählten die Existenz institutionalisierter Netzwerkorgane wie ein Netzwerkvorstand oder anderer Leitungsgremien, ein spezifischer Netzauftrag sowie ein Netzwerkprogramm zur Erreichung bestimmter Netzwerkziele. Daher wurden Netzwerke ausgeschlossen, bei denen sich einzelne Ärzte nur pro forma zu einem Netzwerk zusammengeschlossen hatten und die einzelnen Teilnehmer einen Hausarztvertrag²³² mit den Krankenkassensmitgliedern abgeschlossen hatten, darüber hinaus aber keine gemeinsamen Netzwerkaktivitäten oder formelle, institutionalisierte Netzwerkeinrichtungen bestanden. Eine Berücksichtigung dieser Netzwerke hätte wahrscheinlich das Gesamtergebnis verzerrt, da die Aussagen der Befragten über die Auswirkungen bestimmter Netzwerkregelungen weitestgehend spekulativ gewesen wären.

Von den Netzwerken, die die obigen Kriterien erfüllten, wurden vor allem jene Netzwerke bevorzugt, über die bereits Informationen vorlagen. Hierbei handelte es sich um Netzwerke,

²³⁰ Sieben Netze, die die obigen Kriterien erfüllten, konnten nicht untersucht werden, da die Ansprechpartner der Ansicht waren, daß das Netz weniger aktiv sei und sich daher eine Befragung nicht lohnen würde oder die betreffenden Kontaktpersonen zum Teil aus zeitlichen Gründen keine Interviews geben konnten. Darüber hinaus sei angemerkt, daß es sich bei der „HMO Gesundheitsplan Basel“ um ein Mischsystem handelt, bei dem eine HMO mit einem Netzwerk von IPA's Einzelverträge abschließt.

²³¹ Es sei darauf hingewiesen, daß der „Ärzteverein Unimedes St. Gallen“ aufgelöst wurde und seit 1.1.2000 in ein neues Netzwerk, das Hausarztnetz PizolCare überführt wurde, weil das alte Netz nach Aussage des Befragten weniger „erfolgreich“ war und daher eine neue Netzwerkkonzeption erarbeitet wurde. Obwohl das Netz noch keine vier Jahre besteht, wurde dieses dennoch in die Untersuchung aufgenommen, da die Aussagen des Netzwerkvertreters auf den Erfahrungen mit dem Vorgängermodell aufbauen und daher auf einem längeren Erfahrungshorizont beruhen. Ähnliches gilt für den „Hausärzteverein Solothurn“, der erst seit 1998 besteht, aber aus dem „Pionier-Netzwerk“ hervorgegangen ist, das 1995 gegründet wurde.

die aus Sicht der Krankenkassenvertreter oder nach Einschätzung der Vertreter der Betriebsgesellschaft SanaCare und der BlueCare, mit denen vorab Expertengespräche geführt wurden (s.u.), sowie nach Beurteilung von Ärzten anderer Netzwerke als besonders „aktiv“ und „engagiert“ galten oder die als „weniger erfolgreich“ eingeschätzt wurden.²³³ Es zeigte sich, daß rund 20 Netzwerke den meisten Befragten bekannt waren, da diese zum Beispiel als Pioniernetzwerke galten, besonders aktiv operierten oder in ihnen besonders viele Ärzte eingebunden waren. In Ergänzung zu diesen Netzen wurden noch weitere zehn Netzwerke berücksichtigt, zu denen keine externen Bewertungen vorlagen, die aber die obigen Kriterien erfüllten.²³⁴

Da nur wenige der untersuchten Netzwerke Capitationsysteme eingeführt hatten, diese aber für eine Abschätzung der Auswirkungen eines hohen „Ökonomisierungsgrades“ auf die Beteiligten notwendig waren, wurden zusätzlich drei HMO's der Städte Zürich, Basel und Winterthur in die Evaluation miteinbezogen.

Über diese Argumente hinaus schien eine weitere Erhebung auch nicht zwingend geboten zu sein, da die Auswertung vieler Fragen darauf hindeutete, daß bereits bei 30 Fällen, zumindest in Bezug auf einige Fragen, eine „theoretische Sättigung“ (GLASER 1998: 69) erreicht wurde.²³⁵ Generell zeigte sich bei der Auswertung vieler Fragen, daß zwischen den Beteiligten eine hohe Übereinstimmung in den Antworten bestand. Diese Resultate waren sogar in Abgleichung mit den Aussagen der interviewten Krankenkassenvertretern und Vertretern von SanaCare und BlueCare stabil.

²³² Hierbei schließen Allgemeinmediziner mit einzelnen Krankenversicherern Verträge ab, nach denen der Allgemeinmediziner für Versicherte dieser Krankenkasse eine Gatekeeperfunktion übernimmt und die Versicherten, wenn sie sich dem „Hausarztmodell“ anschließen, eine Prämienreduktion erhalten.

²³³ Wobei bei der Bewertung „erfolgreich“ oder „weniger erfolgreich“ sowohl die Aussagen von Kassenvertretern als auch die Eigeneinschätzungen dienlich waren. Netzwerkerfolg wurde von den Beteiligten allgemein definiert als der Grad, in dem die Netzwerkteilnehmer aktiv die Netzwerkziele verfolgten, an der Weiterentwicklung des Netzwerkes arbeiteten und ein meßbares Netzwerkergebnis in Form einer Verbesserung der Struktur- oder Ergebnisqualität oder Kostenreduzierung nachgewiesen werden konnte.

²³⁴ Es kann jedoch sein, daß einige Netze, die diese Kriterien erfüllen, trotz sorgfältigen Vorgehens bei der Untersuchung versehentlich nicht berücksichtigt wurden, da zum Teil hohe Intransparenz über den Aufbau und die Funktionsweise der Netze herrschte.

²³⁵ Diese ist dann erreicht, wenn über die Untersuchung weiterer Fälle keine zusätzlichen Informationen mehr gewonnen werden können und die Aussagen der Interviewpartner weitestgehend in Übereinstimmung miteinander sind. Streng genommen bezieht sich der Begriff der „theoretischen Sättigung“, wie ihn GLASER (1998) im Rahmen seiner „Grounded Theory“ gebraucht, auf die Generierung von Theorien und weniger auf eine Hypothesentestung (RICHARDSON 1998).

Die Interviews wurden entweder mit einem Mitglied des Vorstandes oder einem der Gründungsmitglieder geführt.²³⁶ Der Interviewleitfaden lag den Interviewpartnern bei den Befragungen vor, wobei oftmals auch Informationen gegeben wurden, die über die Beantwortung der einzelnen Fragen hinausgingen. Die Antworten des Interviewpartners wurden während des Interviews von der Interviewerin protokolliert. Die Interviews wurden zum Teil vor Ort geführt oder als Telefoninterviews.²³⁷

Im Vorfeld der Interviews, die mit den Netzwerkärzten geführt wurden, fanden Expertengespräche mit Vertretern der Krankenkassen Helsana und Unimedes, bei denen die untersuchten Modellprojekte unter Vertrag stehen oder standen, sowie mit Vertretern der Betriebsgesellschaft SanaCare²³⁸ und der BlueCare²³⁹ statt. Zwar wurden den Interviewpartnern annähernd die gleichen Fragen über ihre Einschätzung zu den unterschiedlichen Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Netzwerken gestellt, dennoch wurde der Interviewleitfaden im Anschluß an diese erste Interviewrunde präzisiert und um einige Fragen erweitert.

Als Interviewmethode wurden halbstrukturierte Interviews gewählt, bei denen den Befragten auf der Basis eines Interviewleitfadens sowohl offene als auch geschlossene Fragen zu ihren Einschätzungen über das Netzwerk gestellt wurden (Interviewleitfaden siehe Anhang).²⁴⁰

Auf die Operationalisierung der einzelnen Elemente der Netzwerkregelungen und der Netzwerkstruktur wird im Rahmen der Auswertung der Untersuchungsergebnisse eingegangen. Einen Überblick über die einzelnen Elemente und ihre Operationalisierung gibt darüber hinaus Tabelle I (siehe Anhang). Die zu den einzelnen Elementen korrespondierenden Fragen im Interviewleitfaden werden in Tabelle II (siehe Anhang) dargestellt.

²³⁶ Diese wurden bei der Befragung ausgewählt, weil angenommen werden kann, daß sie entweder aufgrund einer langjährigen Mitgliedschaft oder aufgrund der zentralen Position innerhalb des Netzwerkes über einen überlegenen Informationsstand verfügen.

²³⁷ Da ein Telefoninterview tendenziell höhere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit des Interviewpartners stellt als ein face-to-face Interview, wurde die Anzahl der Fragen begrenzt, so daß die Gesprächsdauer maximal 60 Minuten betrug.

²³⁸ Die SanaCare AG ist eine Betriebsgesellschaft, die im Auftrag der Krankenversicherer WinCare und CONCORDIA Hausarztnetzwerke und HMO's betreibt (SANACARE 2000: 2).

²³⁹ Die BlueCare AG ist ein Beratungsunternehmen, das beim Aufbau von Ärztenetzwerken und Managed Care Strukturen in der Schweiz unterstützend tätig ist.

²⁴⁰ Die Anwendung dieser Methode bietet sich nach FLICK (1998: 100) immer dann an, wenn das Ziel in der „Rekonstruktion subjektiver Theorien“ liegt. Weiter führt er aus: „[s]ubjektive Theorie meint dabei, daß der Interviewpartner über einen komplexen Wissensbestand zum Thema der Untersuchung verfügt. Dieser Wissensbestand enthält explizit verfügbare Annahmen, die der Interviewpartner auf spontan offene Fragen äußern kann, und implizite Annahmen, für deren Artikulation er durch methodische Hilfen unterstützt werden sollte“.

Es sei darauf hingewiesen, daß theoretisch für die Bestimmung der „Grade“ und der „Intensitäten“ der Netzwerkregelungen eine Skalenbildung erforderlich ist. Dies war im Rahmen der vorliegenden empirischen Untersuchung nicht möglich, da die Merkmale in der Realität entweder nur in dichotomer Art auftraten bzw. als solche bewertet wurden oder keine ausreichenden Informationen vorlagen, um weitere Differenzierungen vorzunehmen. So lagen keine ausreichenden Daten über die Höhe der Ärztedichte vor, um den Wettbewerbsgrad gezielt bestimmen zu können. Daher wurde bei einem ländlichen Gebiet eine geringe Wettbewerbsintensität angenommen und bei einem städtischen Gebiet eine hohe. Folglich beschränkte sich die Messung der Merkmale auf die Frage, ob das Merkmal auftritt oder nicht, wobei eine hohe „Intensität“ oder ein hoher „Grad“ dann angenommen wurde, wenn die einzelne Regelung existierte und im Umkehrschluß von einer geringen Ausprägung ausgegangen wurde, wenn diese nicht umgesetzt wurde.

Als Alternative zu qualitativen Interviews hätte die Effizienz unterschiedlicher Netzwerkformen theoretisch auch über quantitative Daten untersucht werden können. Die Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerkausgestaltungen auf die Netzwerkakteure und die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens würden dann zum Beispiel anhand der Veränderung von Outputparametern, wie Kosten oder Qualität der medizinischen Behandlung, analysiert werden. Hierbei würden die Daten über Netzwerkpatienten entweder mit den Daten desselben Kollektivs vor Netzwerkwartung verglichen oder mit einem anderen Patientenkollektiv, das sich nicht in einem Netzwerk befindet.

Die Gründe für die Wahl der qualitativen Untersuchungsmethode liegen vor allem darin, daß weder über die deutschen noch über die schweizer Netzwerke eine ausreichende Datenbasis über Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung vorliegt, um valide Aussagen treffen zu können.²⁴¹ Selbst wenn ausreichende Daten über die Modellprojekte vorlägen, könnten zum derzeitigen Zeitpunkt dennoch keine validen Aussagen über die Wirkung von Netzwerken getroffen werden, da diese noch nicht lange genug bestehen.²⁴²

²⁴¹ Über die Auswirkungen von Netzwerken auf die Qualität und Kosten der Behandlung stehen aus mehreren Gründen keine Daten zur Verfügung. Zum einen sind die Leistungserbringer nicht zur Weitergabe von Behandlungsdaten verpflichtet, zum anderen wird selbst bei Übermittlung von Patientendaten bzw. Behandlungsanordnungen die der medizinischen Anordnung zugrundeliegende Diagnose nicht offengelegt. Damit können die Netzwerkleistungen weder im individuellen Behandlungsfall noch mittels eines Vergleichskollektivs bewertet werden.

²⁴² Zum Beispiel wurde bei einigen US-amerikanischen Gesundheitsnetzwerken ein meßbarer Kostenvorteil erst nach acht Jahren nachgewiesen, die Kosten lagen nach dieser Zeit aber rund 15 Prozent unter den Kosten integrierter Systeme (ROSENTHAL 1997: 321).

Obwohl, wie im folgenden Kapitel näher vorgestellt wird, eine Art Ergebnisparameter aus den Aussagen der Befragten abgeleitet wurden, würde eine Analyse, die sich nur auf Ergebnisindikatoren stützt, dennoch nur in Grenzen Rückschlüsse über die Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerkanrangements zulassen.

Ergebnisindikatoren sind insofern wenig aussagekräftig, als daß, wie bereits in Kapitel 3.1.1 erwähnt, intervenierende Drittfaktoren eine direkte Kausalität zwischen Netzwerkergebnis und der Güte der medizinischen Behandlung unterbrechen. Die alleinige Konzentration auf Ergebnisindikatoren könnte dann zu Fehlinterpretationen führen, wenn eine Verbesserung relevanter Outputparameter ausbleibt und dies auf eine mangelnde Umsetzung der Netzwerkinstrumente und eine Verletzung der Netzwerkziele zurückgeführt wird. Theoretisch kann ein „schlechtes“ Netzwerkergebnis auch darauf zurückgeführt werden, daß sich Behandlungsleitlinien oder eine bessere Therapieabsprache nur marginal auf jene Aspekte des Gesundheitszustandes einer Person auswirken, die meßbar sind und durch Ergebnisindikatoren widergespiegelt werden können.

Darüber hinaus spricht gegen eine alleinige Konzentration auf Outputkriterien, daß nicht das gesamte Spektrum möglichen Nutzens von Gesundheitsnetzwerken erfaßt werden würde. Selbst wenn keine direkten Qualitätseffekte nachzuweisen sind, kann eine Vernetzung dennoch nutzensteigernd für die Beteiligten sein, indem eine Umstellung auf neue Behandlungsmethoden erfolgt, Ärzten eine Möglichkeit für einen Erfahrungsaustausch geboten wird oder Patienten eine kontinuierlichere und abgestimmtere Betreuung erfahren.²⁴³ Diese Effekte würden über eine Untersuchung mittels Ergebnisparametern nicht erfaßt werden. Zudem ist nicht eindeutig, inwiefern die eingesetzten Netzwerkinstrumente, wie das Gatekeeping oder der Einsatz von Behandlungsleitlinien, überhaupt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen können, da diese, wie bereits beschrieben, auch zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität beitragen können.²⁴⁴ In diesem Fall könnte trotz Einhaltung der Netzwerkregelungen und Umsetzung der Netzwerkinstrumente sogar eine Verschlechterung relevanter Krankheitsparameter eintreten.

²⁴³ Hierzu bemerkt SYDOW (1998: 269), daß „restricting the evaluation of networks to narrow efficiency considerations (...) is as inadequate as focusing solely on the application of broader evaluation criteria on the organization level.“

²⁴⁴ Zum Beispiel ist bei Behandlungsrichtlinien nicht eindeutig, inwiefern diese zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses beitragen können. Die Güte der Guidelines hängt zum Beispiel entscheidend von ihrem Entstehungsprozeß ab. Zum einen ist fraglich, inwieweit gesicherte wissenschaftliche Studien als Grundlage zu ihrer Erstellung dienen und zum anderen ist es denkbar, daß die Interessen der an der Erstellung Beteiligten einen erheblichen Einfluß auf die Guidelines haben können. Zum Beispiel wird über die Arbeit an Behandlungsleitlinien berichtet, daß „persönliche Therapievorlieben (...) sowie die individuelle Auseinandersetzung mit Patientenansprüchen die Therapieentscheidung prägen“ und dies nach Auskunft der Autoren auch in die Leitlinienentwicklung einfließe (SZECSENYI 1999: 32).

Darüber hinaus ließe sich über Ergebnisparameter, selbst wenn diese den eindeutigen Nachweis erbringen würden, daß die Netzwerkregelungen ineffizient sind und die Netzwerkinstrumente nicht befolgt wurden, nicht die Ursache des Scheiterns identifizieren. Besonders wenn die Gründe für ein Scheitern außerhalb des vorab entworfenen theoretischen Rahmens liegen, sind Interviews mit den Beteiligten eher geeignet, mögliche externe Einflußfaktoren zu identifizieren.

7.4 Ergebnisse der Fallstudienuntersuchung

7.4.1 Allgemeine Vorgehensweise bei der Bewertung der einzelnen Netzwerkregelungen

Zur Bewertung der „organisationalen Effizienz“ und der Auswirkungen der Netzwerkstruktur und der Netzwerkregelungen auf das Netzwerkengagement kann, wie bereits erwähnt, nicht auf Ergebnisdaten zurückgegriffen werden. Daher wurden bei der Untersuchung zwei alternative Vorgehensweisen verfolgt.

Bei dem ersten Ansatz wurden die einzelnen Netzwerkarrangements aufgrund der Einschätzung der teilnehmenden Netzwerkärzte beurteilt, indem diese direkt über die Auswirkungen unterschiedlicher Regelungen und ihre Erfahrungen mit dem derzeitigen Netzwerkarrangement befragt wurden. Bei dieser Vorgehensweise, bei der die Evaluation größtenteils auf der Eigeneinschätzung der beteiligten Ärzte beruht, droht zwar die Gefahr, daß die Aussagen durch eine subjektive Sichtweise und eine Tendenz zur positiven Beurteilung des eigenen Netzwerkes beeinflusst sind. Da aber die Auswirkungen der organisationalen Ausgestaltung auf das Verhalten der Netzwerkteilnehmer im Mittelpunkt der Untersuchung steht, waren gerade die persönlichen Erfahrungen und Reaktionen der einzelnen Teilnehmer auf die unterschiedlichen Regelungen von Interesse. Eine erhebliche Verzerrung der Antworten durch eine „Idealisierung“ des eigenen Netzwerkaufbaus ist dennoch wenig wahrscheinlich, da eine Bewertung einzelner Netzwerkregelungen und der Netzwerkstruktur noch keinen Rückschluß auf den Erfolg eines Netzwerkes zuläßt. Zudem erwiesen sich die Interviewpartner als durchaus selbstkritisch, was den Aufbau und den Erfolg des eigenen Netzwerkes betraf. Viele bezeichneten das eigene Netz selber als „wenig aktiv“ oder bemerkten, daß nur wenige Veränderungen in der Behandlungsqualität oder den Behandlungskosten erreicht werden konnten. Ebenso wurde von vielen auf erhebliche Ineffizienzen in der derzeitigen Netzwerkausgestaltung hingewiesen.

Ein weiteres Indiz für die Glaubwürdigkeit der Eigenbeurteilung besteht darin, daß sich besonders bei der Frage des Netzwerkerfolges die Eigeneinschätzung größtenteils mit der Fremdeinschätzung der externen Beobachter deckte. Wenn selbst bei einer derart „sensiblen“ Frage die tatsächliche Situation offengelegt wurde, dann kann angenommen werden, daß auch allgemeinere Fragen relativ realitätsnah beantwortet wurden.

Die Aussagen der Netzwerkärzte wurden zusätzlich durch die Bewertung des „Netzwerkerfolges“ durch die Vertreter der Krankenkassen Unimedes und Helsana sowie durch die Beurteilung der Interviewpartner der Betriebsgesellschaft SanaCare und der BlueCare abgeglichen. Die Informationen dieser externen „Beobachter“ waren insofern von Interesse, da davon ausgegangen werden kann, daß diese zum einen eine eher übergeordnete Perspektive über das Netzwerkgeschehen haben und ihr Urteil zum anderen neutraler ist als von jenen, die selber in das Netzwerkgeschehen involviert sind.²⁴⁵

Ein zweiter Ansatz zur Bewertung der unterschiedlichen Netzwerkkarrangements bestand darin, über das „Netzwerkergebnis“ Rückschlüsse auf die Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerkkarrangements zu ziehen. Wie bereits erwähnt, kann bei der Bewertung des Netzwerkergebnisses nicht auf Ergebnisdaten zurückgegriffen werden, so daß Ersatzindikatoren für die Untersuchung der Auswirkungen unterschiedlicher Netzwerkkarrangements dienen. Das Netzwerkergebnis wurde bei den vorliegenden Netzwerken anhand von drei verschiedenen „Ersatzindikatoren“ ermittelt. Einen Überblick über diese Indikatoren und ihre Operationalisierung sowie ihre Ermittlung innerhalb des Interviewleitfadens ist in Tabelle II (Anhang) enthalten.

Der erste Indikator bestand in dem Grad der „Zielerreichung“, der danach bemessen wurde, ob die vor Netzwerkzusammenschluß definierten Ziele nach Einschätzung der Befragten erreicht wurden. Bis auf vier Netzwerke verfolgten alle Netzwerke vorrangig Kostenziele, indem die Behandlungskosten für die Netzwerkpatienten im Vergleich zu einem Vergleichskollektiv um einen bestimmten Prozentsatz gesenkt werden sollten. Bei den anderen vier Netzen wurden entweder keine globalen Netzwerkziele vereinbart oder das Ziel der Netzwerkgründung bestand vorrangig in einer Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen. Von den 26 Netzen, die vorrangig eine Kosteneinsparung verfolgten, wurde diese mit einer Ausnahme von allen Netzen erreicht. Allerdings muß erwähnt werden, daß

²⁴⁵ Allerdings ist auch hier zu beachten, daß bei SanaCare wahrscheinlich eine Präferenz für jene Netzwerkkarrangements bestehen könnte, wie sie in den von SanaCare betriebenen Netzen auch vertreten sind.

dies noch kein Beweis für ein gutes Netzwerkergebnis ist, da die Kosteneinsparungen, nach Aussagen der Befragten und der Krankenkassen, wahrscheinlich eher auf eine positive Risikoselektion als auf die Auswirkungen der Netzwerkarbeit zurückzuführen sind.²⁴⁶ Da über den Indikator „Zielerreichung“ keine Differenzierung zwischen den einzelnen Netzwerken möglich war, konnte dieser bei der Bewertung des Netzwerkergebnisses auch nicht miteinbezogen werden.

Der zweite Indikator bestand in der Anzahl der Aufgaben, die vom Netzwerk wahrgenommen wurden, wobei hierunter in erster Linie jene Aufgabengebiete verstanden wurden, die in Kapitel 5.1 als Netzwerkinstrumente definiert wurden. Wie Tabelle 1 zeigt, wurde die Weitergabe von Behandlungsdaten, die Verfolgung von Kostenreduktionen über bestimmte Instrumente und das Gatekeepingsystem bis auf drei Ausnahmen in allen Netzwerken praktiziert. Daneben waren Qualitätszirkel in 21 Netzen und der Einsatz von Behandlungsleitlinien in 17 Netzen Inhalt des Netzwerkauftrages, wobei eine Übereinstimmung zwischen den Netzen, die diese beiden Aufgaben wahrnahmen, festgestellt werden konnte. Ein Netzwerkergebnis wurde als „gut“ erachtet, wenn von einem Netzwerk mehr als drei Aufgaben übernommen wurden.

Tabelle 1: Wahrgenommene Aufgabenbereiche

Netzwerkaufgaben	Ja	Nein
Weitergabe von Patientendaten an weiter behandelnden Arzt	28	2
Einsatz von Behandlungsleitlinien	17	13
Qualitätszirkel	21	9
Gatekeeping	29	1
Kostensenkung (z.B. durch Einsatz von Generika, neuer Behandlungsmethoden, Vermeidung von Doppeltuntersuchungen)	27	3

²⁴⁶ Es sei darauf hingewiesen, daß der Verdacht einer positiven Patientenselektion in den aktuellen Untersuchungen von BAUR (2000) über die derzeit bestehenden Hausarztnetzwerke in der Schweiz nicht bestätigt wurde. Während bei den Schweizer HMO's eine tendenzielle Überrepräsentation jüngerer Patienten und Unterrepräsentation älterer Versicherter nachgewiesen wurde, konnten diese Ergebnisse für die Hausarztnetzwerke nicht festgestellt werden.

Als dritter Ergebnisindikator wurde die Anzahl der positiven Veränderungen, die sich nach Einschätzung der Befragten infolge der Netzwerkbildung in bestimmten Bereichen ergeben hatten, verwendet. Hierbei wurden die Beteiligten danach befragt, inwiefern sie Veränderungen einzelner Prozeß- und Strukturparameter festgestellt hatten, wie zum Beispiel in Bezug auf die Therapieabsprache mit Netzwerkkollegen, den Einsatz neuer Behandlungsmethoden oder auch den Umfang an Doppeltuntersuchungen. (siehe Tabelle 2)²⁴⁷

Wie Tabelle 3 zeigt, kann eine eindeutige Unterscheidung zwischen jenen Netzen getroffen werden, die auf der einen Seite keine oder maximal zwei Verbesserungen aufwiesen und auf der anderen Seite jenen Netzen, bei denen sich zwischen vier und sieben positive Veränderungen ergeben hatten. Während bei fast allen Netzwerken der Zusammenschluß zu einem besseren Erfahrungsaustausch und zur Vermeidung von Doppelbehandlungen führte, hat dagegen nur in rund der Hälfte der Netzwerke eine intensivere Therapieabstimmung und eine Verbesserung der Kenntnisse über neue Behandlungsmethoden stattgefunden. Die wenigsten positiven Veränderungen hatten sich insgesamt in Bezug auf eine Umstellung auf kostengünstigere Behandlungskonzepte, eine Einführung innovativer Behandlungskonzepte sowie in Bezug auf nachweisliche Qualitätssteigerungen oder eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit ergeben. Trotzdem können diese Bewertungen nur als eingeschränkt aussagefähig für eine tatsächliche Steigerung der Behandlungsqualität angesehen werden. In Bezug auf die Qualitätssteigerung gaben zwar vier Netzwerkärzte an, daß sich Verbesserungen ergeben hatten, jedoch wurden diese nur bei zwei Netzwerken in Form der Veränderung bestimmter Krankheitswerte untersucht. Dagegen beruhte diese Aussage bei den anderen zwei Ärzten vielmehr auf dem persönlichen Empfinden, daß sich durch die Qualitätszirkelarbeit der Informationsstand der Ärzte wesentlich erhöht habe und sich daraus auch eine bessere Behandlungsqualität ergeben habe.

Bei diesem dritten Ergebnisindikator wurde ein Netzwerkergebnis dann als „gut“ bezeichnet, wenn infolge des Netzwerkzusammenschlusses Verbesserungen in mindestens vier Bereichen realisiert wurden, was auf 16 Netzwerke zutraf.

²⁴⁷ Hierbei wurden Kosteneinsparungen nicht aufgeführt, da, wie bereits erwähnt, diese von fast allen Netzwerken realisiert wurden und diese zudem nicht zwangsläufig auf das Netzwerkarrangement, sondern auch auf eine positive Risikoselektion zurückgeführt werden können.

Tabelle 2: Auswirkungen eines Netzwerkes

Welche Konsequenzen hatte der Netzwerkzusammenschluß auf die folgenden Bereiche?	Positiv	Negativ	Weiß nicht
Abstimmung Therapieanordnung	25	5	-
Erfahrungsaustausch innerhalb des Netzwerkes	21	8	1
Anzahl der Doppelbehandlungen	16	12	2
Kenntnisse über neue Behandlungsmethoden	13	17	-
Einsatz innovativer Behandlungskonzepte	9	21	-
Umstellung auf Generika	8	22	-
Zufriedenheit der Patienten	4	21	5
Qualität der Behandlung	4	3	23

Tabelle 3: Auswirkungen eines Netzwerkes

Anzahl der in Tabelle 2 genannten positiven Veränderungen, die auf jeweils ein Netzwerk entfallen	Anzahl der Netzwerke
Keine	5
1	7
2	3
3	1
4	5
5	4
6	4
7	3
Total	30

Bei der Beurteilung eines Netzes wurden die Resultate der letzten beiden Ergebnisindikatoren miteinander verglichen. Ein Netzwerkergebnis wurde dann als relativ „gut“ bezeichnet, wenn die Resultate der letzten beiden Ergebnisindikatoren als „gut“ eingestuft werden konnten. In diesem Fall ist das Netz in vielen Aufgabenbereichen tätig und weist Verbesserungen in mehreren Bereichen auf. Es zeigte sich, daß bei den vorliegenden Netzwerken die Ergebnisse der letzten beiden Indikatoren weitestgehend miteinander in Übereinstimmung standen, so daß eine relativ eindeutige Identifikation „guter“ und „weniger guter“ Netzwerkergebnisse

erfolgen konnte. Schließlich wurden diese Ergebnisse mit der Eigeneinschätzung der Befragten und zum Teil mit den Fremdbeurteilungen abgeglichen, wobei diese bei einer negativen Beurteilung ausschlaggebend waren. Es zeigte sich, daß eine hohe Übereinstimmung zwischen der Eigeneinschätzung und der Fremdbeurteilung bestand. Demnach konnten 15 Netzwerke identifiziert werden, deren Ergebnis als relativ „gut“ bewertet werden konnte.

Bei dieser Vorgehensweise muß allerdings einschränkend bemerkt werden, daß der zweite und dritte Indikator mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht unabhängig voneinander sind, da mit dem Umfang der übernommenen Aufgaben auch die Wahrscheinlichkeit für positive Veränderungen steigt.²⁴⁸ Wird das Ausmaß der festgestellten Veränderungen in hohem Umfang von der Anzahl der eingeführten Netzwerkinstrumente bedingt, kann der Einfluß des Netzwerkarangements nicht mehr eindeutig identifiziert werden.

Entgegen diesem Einwand kann eine isolierte Betrachtung der beiden Indikatoren aus zwei Gründen dennoch aussagekräftig sein und das Ausmaß an Veränderungen, unabhängig von der Anzahl der Netzwerkaufgaben, dennoch Rückschlüsse auf die Effizienz der Netzwerkregelungen und der Netzwerkstruktur zulassen.

Zum einen wären, wenn das Netzwerkarangement nicht anreizeffizient wäre und keine Einhaltung der Netzwerkverpflichtungen stattfinden würde, selbst wenn das Netzwerkstatut die Übernahme vieler Netzwerkaufgaben vorsähe, wahrscheinlich keine Veränderungen infolge des Zusammenschlusses festzustellen gewesen. Aus diesem Grund wurde auch das Netzwerkergebnis jener Netze, die zwar viele Aufgabenbereiche übernommen hatten, aber nur wenige Veränderungen aufwiesen nicht als „gut“ eingestuft.

Zum anderen hätten viele der in Tabelle 2 genannten potentiellen Netzwerkergebnisse auch nur durch eine Einführung eines Gatekeepingsystems oder die Weitergabe von Patientendaten bzw. durch eine bessere Kooperation zwischen den am Behandlungsprozeß beteiligten Ärzten erreicht werden können.

Es sei aber darauf hingewiesen, daß, obwohl der Einsatz der beiden Ergebnisindikatoren aus diesen Gründen als empfehlenswert erscheint, ihre Aussagefähigkeit dennoch begrenzt ist. Daher können Ergebnisindikatoren auch nur als empirische Evidenz und in Ergänzung zu den Aussagen der Netzwerkvertreter dienen.

²⁴⁸ Dadurch kann eine Multikollinearität zwischen den beiden Variablen angenommen werden, die dazu führt, daß die Anzahl der Veränderungen nicht mehr eine unabhängige Variable ist, sondern von der Anzahl der übernommenen Aufgaben abhängt.

Weiterhin muß einschränkend berücksichtigt werden, daß etwaige Verzerrungen in der Einschätzung des eigenen Netzes mit einer höheren Wahrscheinlichkeit bei der Frage des Netzwerkerfolges als bei den Fragen zum Netzwerkarrangement aufgetreten sind. Auch aus diesem Grund werden die Eigenbewertungen über das Netzwerkergebnis nur als ein Anhaltspunkt für die folgende Evaluation dienen und gegenüber den direkten Aussagen über die jeweiligen Netzwerkregelungen von untergeordneter Bedeutung sein.

Generell besteht eine Schwierigkeit bei der Fallstudienforschung in der Generalisierbarkeit der Befunde, die durch die Untersuchung einzelner Fälle erhoben wurden. BOOS (1993) schlägt als Ausweg die „Fall-Cluster-Methode“ vor, bei der die Erklärungsmodelle jedes einzelnen Falles miteinander verglichen werden und „Ähnlichkeiten und Konsistenzen der Erklärungshypothesen (...) die Grundlage für generelle Erklärungsentwürfe bieten. (...) Die theoretische Erschließung des Phänomens vollzieht sich dann schrittweise durch zunehmende Genauigkeit und Vollständigkeit in der Erfassung der relevanten Variablen und Beziehungen“ (BOOS 1993: 41). In Analogie zu dieser Methode wurde bei der folgenden Bewertung der einzelnen Netzwerkregelungen verfahren. Die Auswirkungen formaler Kontrollen auf das Netzwerkergebnis wurden zum Beispiel dadurch untersucht, daß die Ergebnisse von Netzwerken mit einer hohen und niedrigen Kontrollintensität miteinander verglichen wurden. Um den Einfluß weiterer Variablen auszuschließen, wurde innerhalb der beiden „Kontrollgruppen“ schrittweise eine weitere Differenzierung nach den anderen Netzwerkregelungen, wie dem Ökonomisierungs- oder Sanktionsgrad, vorgenommen.

7.4.2 Allgemeine Charakterisierung der Ärztenetzwerke

Von den 30 untersuchten Netzwerken konzentrierten sich, entsprechend der Verteilung in der Grundgesamtheit, 22 auf fünf Kantone, wobei sieben im Aargau, fünf in Zürich, drei im Thurgau, vier in St. Gallen und drei in Bern angesiedelt waren. Die den Netzwerken zugrunde liegende Rechtsform war bei fünf Netzwerken sowie bei zwei HMO's eine Aktiengesellschaft, eine HMO wurde als Stiftung gegründet; bei allen anderen Netzwerken handelte es sich um einen eingetragenen Verein. Die Gründung der untersuchten Netze lag mit einer Ausnahme bei allen Netzwerken im Zeitraum von 1994 bis 1997.

Der Anteil der im Netzwerk eingeschriebenen Patienten an allen Patienten, die von den Netzwerkärzten betreut wurden, schwankte zwischen fünf und 25 Prozent, wobei die Anzahl der Netzwerkpatienten bei den meisten Netzwerken seit zwei Jahren konstant ist.

7.4.3 Multifunktionalität des Netzwerkvertrags

Der Grad der Formalisierung wurde anhand der Existenz eines Netzwerkvertrages gemessen und daran, wie explizit und umfassend Netzwerkaufbau, Netzwerkziele und Mitgliedschaftsbedingungen in diesem festgelegt sind.

Bis auf drei Ausnahmen basierte die Mitgliedschaft in allen Netzwerken auf formalen Netzwerkverträgen, wobei es sich bei den Hausarztnetzen um Verträge handelte, die eine Zustimmung zu den Vereinsstatuten regeln und bei den Aktiengesellschaften um eine Anerkennung des Gesellschaftsvertrages. Die Netzwerkverträge beinhalteten eine Festlegung des Netzwerkaufbaus, der Netzwerkziele und Mitgliedschaftsbedingungen sowie, falls vorhanden, der Kontroll- und Sanktionsmittel (siehe Tabelle 4).

Zu den Mitgliedschaftsbedingungen zählten sowohl allgemeine Grundsätze, wie die Verpflichtung zur kosten- und qualitätsbewußten medizinischen Behandlung, als auch spezifische Auflagen, zu denen die Notwendigkeit zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Übermittlung von Behandlungsdaten an den weiter behandelnden Arzt, die Offenlegung von Behandlungs- und Kostendaten sowie die Beachtung des Gatekeepingprinzips. Einzelne Netzwerkverträge legten darüber hinaus noch zusätzliche Anforderungen an die Mitglieder fest, wie die Beteiligung am gemeinsamen Notfalldienst sowie die Verpflichtung zum Einsatz von Behandlungsleitlinien.

Bei den Aktiengesellschaften war die Mitgliedschaft zusätzlich an eine Beteiligung am Stammkapital und bei den Vereinen an einer Entrichtung eines einmaligen oder jährlichen Vereinsbeitrages geknüpft.

Insgesamt kann bei den vorliegenden Netzen ein „mittlerer“ Grad der Formalisierung angenommen werden, da auf der einen Seite die Mitgliedschaft in fast allen Netzwerken auf einem formalen Vertrag beruhte, der die wesentlichen Mitgliedsbedingungen sowie die den Netzwerkaufbau betreffenden Aspekte umfaßte. Auf der anderen Seite waren die Mitgliedschaftsanforderungen zum Teil nur vage formuliert, so daß sie dem Einzelnen einen großen Handlungsspielraum eröffneten. Zwar wurden einzelne Kriterien, wie die Höhe des zu leistenden Mitgliedsbeitrages oder die Anzahl der als verpflichtend geltenden Qualitätszirkel explizit aufgeführt, dagegen wurden wesentliche Mitgliedsbedingungen nur unscharf formuliert. Hierzu zählten zum Beispiel die Verpflichtung zur Beachtung von Behandlungsleitlinien oder der allgemeine Grundsatz zur „konstruktiven Zusammenarbeit mit Spezialärzten und Spitälern“ (STATUT DES SCHWYZER HAUSÄRZTEVEREINS 1997: 1).

Inwiefern der Grad der Formalisierung zu einer Vermeidung opportunistischen Verhaltens beitragen kann und welchen Einfluß dieser auf das Netzwerkergebnis ausübt, konnte anhand der Ergebnisindikatoren nicht ermittelt werden. Da die Mitgliedschaft bis auf drei Ausnahmen bei allen Netzwerken auf formalen Verträgen beruhte, standen keine Vergleichsfälle zur Verfügung, anhand derer die Auswirkungen einer formellen, expliziten Niederlegung aller Mitgliedsbedingungen hätten ermittelt werden können.

Daher kann nur die Aussage getroffen werden, daß ein mittlerer Formalisierungsgrad keinen maßgeblichen Einfluß auf die Verringerung opportunistischen Verhaltens haben kann. Würde dieser bereits eine hinreichende Bedingung für ein hohes Netzwerkengagement darstellen, müßten theoretisch alle 27 auf formalen Verträgen beruhenden Netzwerke auch positive Netzwerkergebnisse aufweisen. Dies kann jedoch anhand der Ergebnisdaten nicht bestätigt werden, da, wie bereits in Kapitel 7.4.1 beschrieben wurde, ein positives Ergebnis nur für 15 Netzwerke festgestellt werden konnte.

Da der Einfluß des Formalisierungsgrades anhand der Ergebnisindikatoren nicht untersucht werden konnte, wurden seine Auswirkungen über die Einschätzung der Beteiligten ermittelt. Hierzu wurden die Netzwerkärzte über den Stellenwert eines formalen, vollständigen Vertrages für ein funktionierendes Netzwerk befragt. Bis auf zwei Ärzte unterstrichen alle Interviewpartner die Notwendigkeit formaler Verträge, innerhalb derer die „Netzwerkverfassung“ und die Mitgliedschaftsverpflichtungen explizit dargestellt werden, wobei hierfür maßgeblich zwei Gründe ausschlaggebend waren. Zum einen würden explizite Mitgliedschaftsverpflichtungen zu einer größeren Verhaltenssicherheit und Verbindlichkeit führen, da die Ziele und Anforderungen an das einzelne Mitglied transparent seien. Zum anderen sei die Offenlegung der Netzwerkanforderungen und der Netzwerkziele förderlich für einen positiven Selektionsprozeß. Sei eine Mitgliedschaft mit weitreichenden Verpflichtungen verbunden, die auch offen kommuniziert würden, führe dies zu einer Selbstselektion der „engagiertesten“ Bewerber.

Als „Sanktionsgrundlage“ schienen ein formaler Vertrag und explizite Regelungen dagegen nur von untergeordneter Bedeutung zu sein, da nur von zwei Befragten auf diese potentielle Funktion eines formalen Vertrages verwiesen wurde. Diese Bewertung kann aber auch darauf zurückgeführt werden, daß, wie noch näher beschrieben werden wird, Sanktionen bisher nur in wenigen Netzen angewandt wurden.

Eine ähnliche Meinung wie die Netzwerkärzte vertraten auch die Interviewpartner der Krankenkassen sowie die Vertreter von BlueCare und Helsana. Ihrer Einschätzung nach sind formale Netzwerkverträge, in denen eine explizite Darlegung der Netzwerkkonzeption sowie der

Mitgliedschaftsverpflichtungen erfolgt, eine unabdingbare Voraussetzung für dauerhaft stabile Netzwerke.

Ist über einen mittleren Formalisierungsgrad keine oder nur eine begrenzte Vermeidung opportunistischen Verhaltens zu erzielen, können, wie theoretisch dargelegt, netzwerkspezifische Investitionen zu einer Eingrenzung der Opportunismusgefahr führen. Um die Bedeutung netzwerkspezifischer Investitionen als alternative Sicherungsmechanismen und ihre Auswirkungen auf den Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkregelungen einschätzen zu können, wurden die Teilnehmer danach befragt, ob der Netzwerkbeitritt für sie mit einem hohen materiellen oder immateriellen Aufwand verbunden gewesen sei. Darüber hinaus wurden sie um eine Einschätzung gebeten, inwiefern hohe Investitionskosten tendenziell das Interesse an einem erfolgreichen Netzwerk und damit das individuelle Engagement steigern können.

Während 18 Befragte angaben einen mittleren bis hohen Investitionsaufwand geleistet zu haben, schätzten die übrigen zwölf Befragten die Aufwendungen, inklusive der Mitgliedsbeiträge, als sehr gering ein (siehe Tabelle 4).

Der materielle Aufwand bestand in der Einrichtung einer technischen Infrastruktur, der Entrichtung des Mitgliedsbeitrages oder in Opportunitätskosten in Form von entgangenem Einkommen, wenn zeitintensive Netzwerkaktivitäten in die Arbeitszeit hinein reichten.²⁴⁹

Während der finanzielle Aufwand im allgemeinen von den Beteiligten als „nicht so hoch“ bewertet wurde, wurde dagegen der Zeitaufwand, der für Seminare, Qualitätszirkel und zum Teil für den Aufbau von Netzwerkbeziehungen benötigt wurde, als wesentlich höher gewichtet.

Die Auswirkungen hoher Investitionskosten auf das Netzwerkengagement wurden von den Beteiligten unterschiedlich bewertet (siehe Tabelle 4). Während rund zwei Drittel der Befragten netzwerkspezifischen Investitionen keine wesentliche Bedeutung für eine Steigerung des individuellen Engagements zuwiesen, unterstrichen bzw. prognostizierten rund ein Drittel der Ärzte eine motivationssteigernde Wirkung.

Diese Aussagen deuten zunächst darauf hin, daß netzwerkspezifische Investitionen keinen nennenswerten Einfluß auf das Verhalten der Netzwerkteilnehmer ausüben können. Dennoch muß hierbei berücksichtigt werden, daß diese Urteile größtenteils auf Spekulationen beruhten, da die derzeitige Höhe der Investitionen von den Befragten als zu niedrig eingestuft wurde,

²⁴⁹ Der jährlich zu leistende Mitgliedsbeitrag setzte sich zum Beispiel im Hawa-Netz aus einer Eintrittskautions von 1.500 CHF, einem monatlichen Beitrag von 150 CHF und einem zusätzlich zu leistenden Betrag, der pro Netzwerkpatient und pro Monat in Höhe von 70 Rappen zu zahlen ist, zusammen. Generell variierten die jährlichen Mitgliedsbeiträge erheblich und betragen in einigen Netzwerken bis zu 7.000 CHF.

um einen motivationssteigernden Effekt zu induzieren. Daher könnten nur dann zuverlässige Aussagen über den tatsächlichen Einfluß netzwerkspezifischer Investitionen getroffen werden, wenn diese derzeit höher wären. Ein Indiz, das eher für einen Einfluß netzwerkspezifischer Investitionen spricht, ist die Tatsache, daß, bis auf eine Ausnahme, alle Netzwerke, in denen keine nennenswerten netzwerkspezifischen Investitionen getätigt wurden, kein gutes Netzwerkergebnis aufwiesen.

Tabelle 4: Ausmaß und Folgen formaler Verträge sowie Kosten einer Netzwerkmitgliedschaft

Fragen zum Formalisierungsgrad	Ja	Nein	Weiß nicht
Beruhet die Mitgliedschaft auf einem formalen Vertrag?	27	3	-
Halten Sie formale Netzwerkverträge für ein funktionsfähiges Netzwerk für notwendig (..)?	28	2	-
Wenn ja, warum? ¹			
⊘# Verhaltenssicherheit durch klare Regelungen	22		
⊘# Verbindlichkeit	24		
⊘# Sanktionsgrundlage	10		
⊘# Vermeidung Mismatch	15		
War der Eintritt in das Netzwerk für Sie mit Kosten oder einem immateriellen Aufwand verbunden?	18	12	-
Wenn ja, in Form von ²			
⊘# Finanziellem Aufwand (Vereinsbeitrag, Anteils-erwerb bei AG, EDV)	17		
⊘# Administrativem Aufwand, regelmäßige Vereins-oder Qualitätszirkelarbeit	15		
Haben Sie den Eindruck, daß hohe „Netzwerk-investitionen“ das Netzwerkengagement steigern können?	9	19	2

^{1,2} Mehrfachnennungen möglich.

Zwar deuten die Ergebnisdaten darauf hin, daß ein mittlerer Formalisierungsgrad, bei dem den Beteiligten noch nennenswerte Handlungsspielräume eröffnet werden, entgegen der aufgestellten Hypothese keine hinreichende Bedingung für die Vermeidung opportunistischen Verhaltens ist. Demgegenüber weisen die Beteiligten auf eine hohe Relevanz explizit ausfor-

mulierter Netzwerkverträge hin, die zu einer größeren Verbindlichkeit und Verhaltenssicherheit sowie zu einer Vermeidung von Mismatch beitragen können. Beides kann sich wiederum positiv auf das Netzwerkergebnis ausüben. Netzwerkspezifische Investitionen scheinen dagegen zwar in der Wahrnehmung der Beteiligten von geringer Relevanz zu sein, dagegen deuten die Ergebnisdaten darauf hin, daß diese zumindest einen flankierenden Charakter haben können. Damit bestünde theoretisch die Möglichkeit, diese stärker als Instrument zur Erhöhung des Netzwerkengagements einzusetzen, wobei die Investitionsaufwendungen dann derart erhöht werden müßten, daß wiederum das finanzielle Risiko und die Zurückhaltung gegenüber einem Netzwerkbeitritt steigen könnten.

7.4.4 Die Effizienz sozialer und informeller Kontrollen

Die Kontrollintensität wurde danach bemessen, inwiefern institutionalisierte, formale Kontrollen der Einhaltung der Netzwerkregelungen bestanden, wobei eine hohe Kontrollintensität dann angenommen wurde, wenn Kontrollen durchgeführt wurden.

Von den befragten Netzwerkteilnehmern gaben 16 an, keine formalen Kontrollen durchzuführen, während 14 die Frage nach regelmäßigen, formalen Kontrollen bejahten (siehe Tabelle 5). Bei diesen wurde in jeweils unterschiedlichem Ausmaß und Zusammensetzung die Einhaltung des Gatekeepingprinzips, die Patientenzufriedenheit, die Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Behandlungsausgaben in den Netzwerkpraxen sowie der Umfang und die Art der Arzneimittelverschreibungen kontrolliert.

Eine erste Einschätzung der Relevanz formaler Kontrollen für das Netzwerkengagement und den „Netzwerkerfolg“ kann anhand der Netzwerkergebnisse erfolgen. Wenn eine hohe Kontrollintensität einen hohen Einfluß auf die Vermeidung opportunistischen Verhaltens hätte, müßten theoretisch jene Netze mit formalen, institutionalisierten Kontrollen auch ein „gutes“ Netzwerkergebnis aufweisen. Diese Hypothese kann anhand der Ergebnisdaten allerdings nicht bestätigt werden. Von den 14 Netzwerken mit einer hohen Kontrollintensität konnte bei acht Netzwerken das Ergebnis als „gut“ bewertet werden, während ebenfalls acht der 16 Netze mit einer niedrigen Kontrollintensität positive Netzwerkergebnisse aufwiesen.

Ähnlich uneindeutig sind die Einschätzungen der interviewten Ärzte (siehe Tabelle 5). Auf die Frage, für wie relevant sie formale Kontrollen für den „Netzwerkerfolg“ hielten, antworteten 16 Befragte, daß sie diese für sehr wichtig hielten, während 14 formalen Kontrollen keine hohe Bedeutung zuwiesen. Hierbei war auffallend, daß die „Anwender“ mit denjenigen, die formale Kontrollen für relevant hielten, nicht vollständig in Übereinstimmung standen. Sechs Befragte unterstrichen die Notwendigkeit formaler Kontrollen, obwohl sie angaben

keine formalen Kontrollen durchzuführen, während ebenfalls sechs Netzwerkärzte formale Kontrollen trotz Anwendung als relativ unbedeutend einstufen. Damit kann noch keine eindeutige Aussage über den Einfluß formaler Kontrollen auf das Netzwerkengagement getroffen werden.

Die obigen Befunde lassen zunächst nur den Schluß zu, daß formale Kontrollen keine notwendige Bedingung für die Vermeidung opportunistischen Verhaltens darstellen. Es kann nicht bewertet werden, inwiefern diese bereits hinreichend für einen Netzwerkerfolg sein können oder ob in Ergänzung weitere Sicherungsmechanismen gegeben sein müssen. Die Tatsache, daß auch Netzwerke mit einer niedrigen Kontrollintensität „gute“ Netzwerkergebnisse aufwiesen läßt darauf schließen, daß auch andere Sicherungsmechanismen ausschlaggebend für ein positives Netzwerkergebnis sein könnten. Hierzu könnten, wie im folgenden näher untersucht wird, vor allem ein hoher Sanktionsgrad, informelle und soziale Kontrollen, die Existenz ökonomischer Anreize sowie eine hohe Wettbewerbsintensität zählen. Daher wurden die beiden Netzwerkgruppen, jene mit einer hohen und jene mit einer niedrigen Kontrollintensität, nach diesen Kriterien weiter untersucht.

Der Sanktionsgrad wurde dadurch ermittelt, daß die Ärzte nach den Konsequenzen der Nichtbeachtung von Netzwerkregelungen befragt wurden. Die Auswertung ergab, daß in 15 Netzwerken opportunistisches Verhalten dadurch sanktioniert wird, daß ein Ausschluß oder, in geringem Maß, finanzielle Sanktionen drohen (siehe Tabelle 5). Auffallend ist, daß ein hoher Sanktionsgrad stark mit einer hohen Kontrollintensität korreliert, da in zwölf der 14 Netzwerken mit einer hohen Kontrollintensität Sanktionen durchgeführt wurden, während dies nur in drei der 16 Netzen ohne formale Kontrollen der Fall war.²⁵⁰ Die Tatsache, daß die acht Netzwerke, die eine hohe Kontrollintensität und ein „gutes“ Netzwerkergebnis aufweisen auch zu den Netzen zählen, die Sanktionen durchführen, könnte auf einen nennenswerten Einfluß eines hohen Sanktionsgrades schließen lassen. Da aber auch sieben Netzwerke, die ohne formale Kontrollen und Sanktionen arbeiten positive Netzwerkergebnisse aufweisen, kann ein hoher Sanktionsgrad keine notwendige Bedingung für einen Netzwerkerfolg sein.

Insgesamt können von diesen Befunden zwei Rückschlüsse gezogen werden. Zum einen könnten diese, entgegen der aufgestellten Hypothese, darauf hinweisen, daß Sanktionen, zumindest in der Art und dem Ausmaß, wie sie bislang in den untersuchten Netzwerken durchgeführt wurden, alleine nicht ausschlaggebend für ein gutes Netzwerkergebnis sind. Zum anderen legen diese Ergebnisse die Vermutung nahe, daß Sanktionen nur bei bestimmten

²⁵⁰ Jedoch muß erwähnt werden, daß bislang nur in sieben Netzwerken bereits ein Ausschluß auf Antrag des Vorstandes stattgefunden hat.

Netzwerkformen, zum Beispiel bei jenen, die einen mittleren Formalisierungsgrad und eine hohe Kontrollintensität aufweisen, zur Vermeidung opportunistischen Verhaltens führen können.

Da nicht nachgewiesen werden konnte, daß eine hohe Kontrollintensität oder ein hoher Sanktionsgrad notwendige Bedingungen für ein „gutes“ Netzwerkergebnis sind, könnten theoretisch auch andere Faktoren verantwortlich für das positive Netzwerkergebnis derjenigen Netze sein, die formale Kontrollen und Sanktionen durchführen. Ausschlaggebend für eine Erhöhung des Netzwerkengagements bei den „erfolgreichen“ Netzwerken könnten weiterhin informelle oder soziale Sicherungsmechanismen sein. Ihre Bedeutung für das Netzwerk wurde dadurch untersucht, daß die Netzwerkärzte um eine Einschätzung gebeten wurden, inwiefern formale Kontrollen durch andere Sicherungsmechanismen ersetzt werden können und inwieweit diese derzeit bereits Anwendung finden. Hierbei gaben mehr als zwei Drittel der Befragten an (22 Teilnehmer), daß ein Ersatz formaler Kontrollen oder Sanktionen durch informelle Maßnahmen möglich sei und diese derzeit, zumindest flankierend, bereits angewandt werden (siehe Tabelle 5). Hierzu zählten eine Erhöhung der Transparenz über das Netzwerkgeschehen wie die Offenlegung von Behandlungsdaten in gemeinsamen Fallanalysen, gegenseitige Notfallvertretungen, bei denen Patienten häufig über Kollegen berichteten, oder die Bildung von kleinen Arbeitsgruppen. Als besonders effektiv wurde von vielen ein Hinweisen auf Versäumnisse des Einzelnen bei gemeinsamen Arbeitsgruppen und ein drohender interner Reputationsverlust eingestuft.

Einen hohen Stellenwert wurde dem Faktor „Vertrauen“ zugeschrieben, der von vielen Befragten als informelle Absicherung gegen opportunistisches Verhalten gewertet wurde. Daß dieser aus Sicht der Beteiligten einen hohen Stellenwert für den Erfolg von Netzwerken einnimmt, beweisen auch die Aussagen über die Relevanz ex-ante existierender sozialer Beziehungen. Von den 23 Ärzten, die angaben, daß das Netzwerk auf bereits bestehenden sozialen Beziehungen aufbaut, unterstrichen 18 Befragte die hohe Bedeutung bestehender Sozialstrukturen ebenso wie fünf Befragte der sieben Netze, bei denen ex-ante keine sozialen Beziehungen bestanden.

Den Aussagen der Netzwerkärzte nach zu urteilen läßt dies darauf schließen, daß sowohl informelle Kontrollen als auch soziale Kontrollmechanismen einen wesentlichen Einflußfaktor für ein positives Netzwerkergebnis darstellen.

Ein weiteres Indiz für die hohe Relevanz informeller und sozialer Sicherungsmechanismen zur Vermeidung opportunistischen Verhaltens ist die Tatsache, daß, bis auf eine Ausnahme,

jene sieben Netzwerke, die eine hohe formale Kontrollintensität aufwiesen, aber weniger erfolgreich waren, weder auf bestehenden sozialen Beziehungen aufbauten noch umfangreiche soziale Sicherungsmaßnahmen durchführten. Ebenso basierten alle acht Netzwerke, die ein positives Netzwerkergebnis aufwiesen und ohne formelle Kontrollmechanismen arbeiteten auf informellen Sicherungsmechanismen und bereits bestehenden sozialen Beziehungen.

Zwar kann hierdurch noch keine eindeutige Kausalität zwischen informellen und sozialen Kontrollen sowie einem Netzwerkerfolg nachgewiesen werden, allerdings weist weiterhin die Tatsache, daß jene informellen Netzwerke, die erfolgreich waren, auf wenigen Teilnehmern beruhten, ebenfalls darauf hin, daß informelle Regelungen einen Einfluß haben könnten. Da die Wirksamkeit informeller Regelungen durch eine hohe Transparenz unterstützt wird, die besonders in kleinen Netzwerken gegeben ist, weist das positive Netzwerkergebnis vor allem der kleinen, informellen Netzwerke auf einen Zusammenhang hin.

Neben der Existenz formaler oder informeller Kontrollen sowie von Sanktionen können theoretisch auch andere Faktoren verantwortlich für das positive Ergebnis der vorliegenden Netzwerke sein. Hierzu zählen finanzielle Anreize, eine hohe Wettbewerbsintensität und ein hoher Selektionsgrad.

Wie noch näher in Kapitel 7.4.6 beschrieben wird, kann der Einfluß eines Selektionsgrades auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens bei den vorliegenden Fällen ausgeschlossen werden.

In Bezug auf den Ökonomisierungsgrad weisen die Ergebnisdaten auf eine hohe Korrelation zwischen der Existenz finanzieller Anreizsysteme und einem hohen Ökonomisierungsgrad hin. Hiervon ausgehend kann ein Einfluß eines hohen Ökonomisierungsgrades auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens angenommen werden, obwohl die Aussagen der Befragten dem entgegen stehen. Wie noch näher beschrieben wird (siehe Kapitel 7.4.5), wiesen bis auf zwei Netzwerke alle Netze mit einem positiven Netzwerkergebnis auch finanzielle Anreizsysteme auf, während ebenfalls bis auf zwei Netzwerke alle Netze mit einem schlechten Netzwerkergebnis keine finanziellen Anreize setzten.

Darüber hinaus kann, wie in Kapitel 7.4.10 näher erläutert wird, ein Zusammenhang zwischen der Wettbewerbsintensität und einem positiven Netzwerkergebnis nachgewiesen werden.

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, daß sowohl eine hohe Kontrollintensität als auch ein hoher Sanktionsgrad für eine Vermeidung opportunistischen Verhaltens nicht zwingend geboten zu sein scheinen. Inwiefern formale Kontrollen oder Sanktionen bereits hinreichend für eine

Vermeidung opportunistischen Verhaltens sein können, kann nicht eindeutig beantwortet werden, da die positiven Ergebnisse der Netze mit einer hohen Kontrollintensität und einem hohen Sanktionsgrad auch auf finanzielle Anreize oder einen hohen Wettbewerbsgrad zurückgeführt werden können.

Dagegen kann bereits festgehalten werden, daß entsprechend der aufgestellten Hypothese, eine starke positive Korrelation zwischen informellen und sozialen Kontrollen sowie einem positiven Netzwerkergebnis bzw. einer geringen Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens festgestellt werden kann. Zwar kann eine Kausalität nicht eindeutig bewiesen werden, da auch finanzielle Anreize verantwortlich für das positive Netzwerkergebnis der auf informellen und sozialen Kontrollen beruhenden Netze sein können. Die Aussagen der Befragten lassen aber darauf schließen, daß informelle und soziale Kontrollen einen starken Einfluß auf das Verhalten der Netzwerkmitglieder haben.

Die Gefahr dysfunktionaler Folgen infolge formaler Kontrollen wurde nur von wenigen der befragten Netzwerkärzte befürchtet, wobei einschränkend betont wurde, daß die derzeitige Kontrollintensität nicht hoch genug sei um interne Konflikte hervorzurufen. Zudem wurde hervorgehoben, daß für eine Vermeidung interner Netzwerkkonflikte ein Konsens über Art und Umfang der Kontrollen herbeigeführt werden müsse. Kritisch gegenüber jede Form der Kontrolle äußerte sich auch ein Netzwerkarzt aus dem Kanton Thurgau, der zwar an der Befragung nicht teilnehmen wollte, aber die Ansicht vertrat, daß „je mehr Zwang es in Netzwerken gibt, desto schlechter läuft es“. Auf hohe administrative Kosten infolge einer hohen Kontrollintensität verwiesen nur wenige Netzwerkärzte, allerdings ist dies vor allem darauf zurückzuführen, daß der Umfang formaler Kontrollen in den untersuchten Netzen noch als moderat angesehen wurde.

Tabelle 5: Ausmaß und Relevanz formeller, informeller und sozialer Kontrollen sowie von Sanktionen

Art und Relevanz der Kontrolle	Ja	Nein	Weiß nicht
Existieren formale Kontrollen der Einhaltung der Netzwerkregelungen?	14	16	-
Für wie wichtig halten Sie formale Kontrollen für einen „Netzwerkerfolg“?	16 (wichtig)	14 (nicht wichtig)	-
Könnten diese durch andere Sicherungsmechanismen ersetzt werden? Wenn ja, durch ¹	22	5	3
⊘# Hohe Transparenz (Offenlegung von Daten, Fallbesprechungen, kleine Arbeitsgruppen)	17	5	
⊘# Reputationsverlust, „Ermahnungen“	12	10	
Beruhet der Netzwerkzusammenschluß auf bereits bestehenden sozialen Beziehungen?	23	7	-
Für wie wichtig halten Sie bereits bestehende soziale Beziehungen für ein stabiles Netzwerk?	23 (wichtig)	5 (nicht wichtig)	2
Hat die Nichtbeachtung der Mitgliedsverpflichtungen Konsequenzen für das jeweilige Netzwerkmitglied?	15	15	-

¹ Mehrfachnennungen möglich.

7.4.5 Finanzielle Anreize und Netzwerkengagement

Der „Ökonomisierungsgrad“ wurde daran gemessen, ob finanzielle Leistungsanreize über spezielle Vergütungsmethoden, wie einem Bonus-Malussystem oder einem Capitationsystem, gesetzt wurden.

Bei den untersuchten Netzwerken wiesen 18 Netze spezielle Vergütungssysteme auf, von denen 15 ein Bonus-Malussystem und drei ein Capitationsystem eingeführt hatten (siehe Tabelle 6). Das Bonus-Malussystem war derart ausgestaltet, daß eine Zielvereinbarung, zum Beispiel eine Kosteneinsparung in Höhe von 15 Prozent in Relation zu einem Vergleichskollektiv, mit der Krankenkasse getroffen wurde. Wurden Kosteneinsparungen realisiert, so wurden diese bis zu einem bestimmten Betrag, in den meisten Fällen bis maximal 5.000 CHF

pro Teilnehmer, ausgeschüttet, während eine Überschreitung aus dem Privatvermögen der Ärzte ausgeglichen werden mußte.

Bei dem Capitationsystem erhielt das Netzwerk eine Fallpauschale pro eingeschriebenem Netzwerkversicherten, wobei intern weiterhin das System der Einzelleistungsvergütung galt. Der einbehaltene Gewinn wurde zu gleichen Anteilen auf die Netzwerkteilnehmer verteilt.

Der Zusammenhang zwischen Ökonomisierungsgrad und der Vermeidung opportunistischen Verhaltens wurde zunächst anhand der Ergebnisdaten ermittelt. Hierbei konnte festgestellt werden, daß bis auf zwei Netzwerke alle 15 Netze mit einem positiven Netzwerkergebnis finanzielle Anreizsysteme aufwiesen, während ebenfalls, bis auf zwei Ausnahmen, in allen Netzen mit einem negativen Netzwerkergebnis keine finanziellen Anreizsysteme angewandt wurden. Obwohl dies auf einen Zusammenhang schließen läßt, ist eine Kausalität auch daher nicht eindeutig nachweisbar, da das positive Ergebnis dieser Netze, wie bereits im vorangegangenen Kapitel erläutert, auch auf formale Kontrollen und einen hohen Sanktionsmechanismus oder informelle, soziale Kontrollen zurückgeführt werden kann.

Gegen einen Einfluß besonderer Vergütungsmethoden auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens sprechen dagegen die Aussagen der Befragten, nach denen bei den derzeitigen Bonus-Malusregelungen die Gewinn- und Verlustmargen zu gering seien, um einen finanziellen Anreiz oder einen verhaltensändernden Effekt zu induzieren.

Der prinzipielle Einfluß finanzieller Anreize auf die Verfolgung der Netzwerkziele und die Erfüllung der Netzwerkaufgaben wurde mittels der Prognosen über die potentiellen Auswirkungen eines Capitationsystems abgeschätzt (siehe Tabelle 6). Demnach betonte die überwiegende Zahl der Netzwerkteilnehmer (22 Befragte) sowie die Vertreter der HMO's, die ebenfalls mit Capitationsystemen arbeiten, daß finanzielle Anreize erheblich zu einer Steigerung des Netzwerkengagements und zur Einhaltung der Netzwerkverpflichtungen beitragen können. Diese Einschätzung teilten auch die Vertreter der Krankenkassen sowie jener von SanaCare und BlueCare.

Selbst wenn sich ein Capitationsystem förderlich auf das Netzwerkengagement der Beteiligten auswirken würde, so wurde dennoch von vielen Befragten einschränkend erwähnt, daß dieses auch interne Netzwerkkonflikte induzieren könnte. Sowohl die Mehrzahl der Netzwerkvertreter (19 Befragte) als auch die Vertreter der HMO's, in denen ein Capitationsystem bereits Anwendung findet, wiesen auf eine mögliche bzw. de facto Zunahme interner Netzwerkkonflikte hin. Innerhalb von Netzwerken wurden diese durch Verteilungskonflikte

hervorgerufen, da für den einen Netzwerkpatienten betreuenden Arzt die Einhaltung der Fallpauschale mit einem Mehraufwand verbunden ist. Dieser resultiert zum Beispiel aus der Substitution von stationären Einweisungen durch Hausbesuche, die vom Netzwerkarzt geleistet werden müssen oder einer gesprächsintensiveren Behandlung, da Ängste des Patienten abgebaut werden müssen, wenn medizinisch nicht zwingend erforderliche Untersuchungen unterbleiben sollen.

Interne Konflikte können auch dadurch entstehen, daß die informelle Kontrollintensität und zum Teil das Mißtrauen gegenüber Arbeitskollegen im Falle einer Überschreitung des Capitationbudgets ansteigen. Ebenso führt ein Capitationsystem tendenziell dazu, daß Gatekeeper eher mit Netzwerkkollegen kooperieren, die eine kostengünstigere Medizin erbringen. Da hierdurch eine Selektion innerhalb des Netzwerkes in Bezug auf die Kostenstruktur der einzelnen Behandlungspraxen getroffen wird, wobei aufgrund der hohen Intransparenz nennenswerte Fehleinschätzungen erfolgen können, kann eine Bevorzugung bestimmter Netzwerkkärzte zu erheblichen Spannungen innerhalb des Netzwerkes führen.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß die Ergebnisdaten, entsprechend der aufgestellten Hypothese, auf einen positiven Zusammenhang zwischen finanziellen Anreizen und einem guten Netzwerkergebnis schließen lassen. Hierbei muß aber berücksichtigt werden, daß es sich auch um eine Scheinkorrelation handeln könnte, da der zu erwartende Gewinn zu gering ist, um hohe Leistungsanreize zu setzen. Jedoch scheinen finanzielle Anreize prinzipiell geeignet zu sein, opportunistisches Verhalten in Netzwerken zu verringern.

Neben den Auswirkungen finanzieller Anreize auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens wurden zudem die prognostizierten Auswirkungen eines Capitationsystems auf Qualität und Kosten der Behandlung erfragt. Obwohl die Mehrzahl der Befragten die kosten-senkende Wirkung eines Capitationsystems bestätigte, waren die Einschätzungen über die Qualitätsauswirkungen uneindeutig. Auf der einen Seite könne eine Capitationvergütung zu einer Qualitätsverbesserung beitragen, indem eine zu extensive medizinische Behandlung unterbunden würde. Auf der anderen Seite wurde von vielen eine Qualitätsausdünnung und Klientenselektion befürchtet, was jedoch durch eine hohe soziale Kontrolle innerhalb von kleinen Netzwerken und einen Wettbewerb um Patienten begrenzt werden könne.

Tabelle 6: Auswirkungen finanzieller Anreizsysteme innerhalb von Netzwerken

Auswirkungen finanzieller Anreizsysteme	Ja	Nein	Weiß nicht
Existieren besondere finanzielle Vereinbarungen?	18	12	-
Wenn ja:			
☞# Capitationsystem	3		
☞# Bonus-Malusregelungen	15		
Wie wirken sich ein Capitationsystem bzw. Bonus-Malusregelungen auf die Behandlungspraxis oder andere Bereiche (s.u.) aus?	22 (positiv)	8 (negativ)	-
Welche Folgen könnte ein Capitationsystem für die medizinische Behandlung haben? ¹	23	6	1
☞# Interne Netzwerkkonflikte	19		
☞# Begrenzung des Handlungsspielraums	14		
☞# Vermeidung von Doppeltbehandlungen	12		
☞# Qualitätsausdünnung	10		
☞# Kostensenkung der Behandlung	23		

¹ Mehrfachnennungen möglich.

7.4.6 Gezielte Selektionskriterien als Weg zur optimalen „Netzwerkzusammensetzung“

Der „Selektionsgrad“ bezog sich auf die Ausgestaltung des Zugangs zu einem Netzwerk, wobei bei der empirischen Untersuchung ein hoher Selektionsgrad dann angenommen wurde, wenn die Mitgliedschaft an spezielle Zugangskriterien gebunden war.

Bei den untersuchten Netzwerken beruhte eine Mitgliedschaft bei rund zwei Drittel der Netzwerke (21 Netze) auf speziellen Auswahlkriterien. Diese waren überwiegend darauf ausgerichtet, die fachliche Eignung, das wirtschaftliche Verhalten der Bewerber sowie das individuelle Engagement in Erfahrung zu bringen bzw. diese hiernach auszuwählen (siehe Tabelle 7).

Voraussetzung einer Mitarbeit war bei diesen 21 Netzwerken vor allem eine fachliche Mindestqualifikation, wie eine Hausarzt- oder Facharztausbildung nach den Vorgaben der Vereinigung der Schweizer Ärzte (FMH), und der Nachweis einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung.

Besonders in jenen Netzwerken, die eine stärkere wirtschaftliche Orientierung aufwiesen und häufig auch ein Bonus-Malussystem oder ein Capitationsystem eingeführt hatten, war das wirtschaftliche Verhalten der Teilnehmer von besonderem Interesse. Um Hinweise auf die Bereitschaft zur Beachtung von Wirtschaftlichkeitskriterien, zum Beispiel in Form des individuellen Verordnungsverhaltens, zu erhalten, wurde daher von den Teilnehmern die Offenlegung ihrer Behandlungsdaten gefordert. In einem Fall waren Bewerber verpflichtet, die Daten über ihre bisherigen Behandlungskosten pro Versicherten sowie über ihren Gesamtumsatz vorzuweisen. Lagen diese Werte im Vergleich zu ihren Fachkollegen, und unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung, weit über dem Durchschnitt, galt dieses als Ausschlußkriterium. Besonders die Bereitschaft zur Datentransparenz erschien als ein valides Instrument, sowohl die Qualifikation als auch die Ernsthaftigkeit des Bewerbers in Bezug auf die Netzwerkarbeit in Erfahrung zu bringen, zumal die meisten Ärzte einer „Offenbarung“ der eigenen Behandlungspraxis immer noch sehr distanziert gegenüberstehen.

Neben der persönlichen Qualifikation bestand eine Aufnahmevoraussetzung in der Anerkennung der Netzwerkziele und Vereinsstatuten sowie in der Verpflichtung zur Erfüllung der Netzwerkaufgaben. Weitreichende Anforderungen wies zum Beispiel das Hawa-Netz auf, das „Kriterien für eine Netzwerkverbindlichkeit“ aufstellte. Nach diesem Anforderungskatalog sind die Mitglieder verpflichtet, ein bestimmtes Kontingent an Netzwerkaufgaben jährlich zu erfüllen, wie zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln, an Basisgruppensitzungen und an der jährlichen Generalversammlung. Darüber hinaus wurde in den meisten Netzwerken ein jährlicher Vereinsbeitrag bzw. in den Aktiengesellschaften eine Beteiligung am Stammkapital gefordert.

Während es sich bei den fachlichen Anforderungen um direkte Signaling- bzw. im engeren Sinn um Screening-Instrumente handelte, können weitreichende Mitgliedschaftsverpflichtungen sowie die Notwendigkeit zu netzwerkspezifischen Investitionen als Screening-Methoden gewertet werden, die zu einer Selbstselektion beitragen können. Je mehr ein Bewerber bereit ist, einen hohen zeitlichen Einsatz oder eine finanzielle netzwerkspezifische Investition zu erbringen, desto größer ist wahrscheinlich auch sein Engagement, damit sich dieser Einsatz amortisiert.

Wenn eine gezielte Auswahl einen Einfluß ausüben würde, dann müßten theoretisch Netzwerke mit einem hohen Selektionsgrad ein „gutes“ Netzwerkergebnis aufweisen. Daß eine gezielte Auswahl von Netzwerkteilnehmern zu einer Vermeidung von Mismatch und

damit zu einem besseren Netzwerkergebnis beiträgt, konnte anhand der Ergebnisdaten allerdings nicht nachgewiesen werden. Die Tatsache, daß nur zehn der 21 Netze mit einem hohen Selektionsgrad ein positives Netzwerkergebnis aufwiesen, deutet darauf hin, daß zumindest die derzeitige Höhe des Selektionsgrades keinen ausschlaggebenden Einfluß auf das Netzwerkergebnis hat. Um den Einfluß anderer Variablen auszuschließen, wurden zusätzlich jene Netzwerke untersucht, die alle auf informellen und sozialen Kontrollmechanismen beruhen, das gleiche wettbewerbliche Umfeld besitzen und ein positives Netzwerkergebnis aufweisen, was auf acht Netzwerke zutraf. Selbst unter diesen Netzwerken befanden sich vier Netzwerke, die keine gezielte Auswahl der Mitglieder vorgenommen hatten.

Trotzdem kann von diesen Befunden nicht zwangsläufig der Rückschluß gezogen werden, daß eine gezielte Auswahl für einen Netzwerkerfolg nicht von Relevanz ist. Die derzeitigen Auswahlkriterien sind zwar geeignet, die fachliche Qualifikation eines Bewerbers sowie das wirtschaftliche Verhalten zu erfassen und ein „hidden characteristics“ zu vermeiden. Inwiefern die bloße Anerkennung der Vereinsstatuten und die Verpflichtung zur Einhaltung der Netzwerkverpflichtungen jedoch ausreichend ist, eine Übereinstimmung zwischen der individuellen Motivation und der Netzwerkausrichtung zu garantieren, um ein „hidden intention“ zu verhindern, ist fraglich. Daher könnte der festgestellte geringe Zusammenhang zwischen einem hohen Selektionsgrad und einem positiven Netzwerkergebnis auch auf zu moderate und unspezifische Auswahlkriterien zurückgeführt werden und weniger auf eine prinzipielle Wirkungslosigkeit von Selektionen.

Obwohl nur in rund der Hälfte aller Netzwerke eine gezielte Auswahl der Netzwerkmitglieder vorgenommen wurde, hoben bis auf drei Ausnahmen alle Befragten die hohe Bedeutung einer Selektion der Bewerber hervor. Zwar variierte die Wahl der vorgeschlagenen Auswahlkriterien, dennoch wurde betont, daß eine Auswahl der Netzwerkpartner die Möglichkeit biete, den Anteil an Trittbrettfahrern und wenig Motivierten zu minimieren.²⁵¹

Für die Notwendigkeit einer gezielten Auswahl der Netzwerkteilnehmer spricht auch die Tatsache, daß rund 90 Prozent der Befragten Trittbrettfahrer als eine der wesentlichen Ursachen für ein Erlahmen der Netzwerkaktivitäten und ein Scheitern von Netzwerken ansahen.

²⁵¹ Um das individuelle Netzwerkengagement zu ermitteln, wurde daher von einigen Teilnehmern auch die Einrichtung einer Probezeit für neue Netzwerkteilnehmer vorgeschlagen.

Viele Teilnehmer betonten sogar, daß es über eine gezielte Auswahl von Teilnehmern ebenso möglich sei, stabile Netzwerkbeziehungen aufzubauen, wie dies in jenen Netzen, die auf bereits bestehenden sozialen Beziehungen beruhen, anzutreffen seien.

Eine vergleichbar hohe Relevanz wiesen die Vertreter der drei HMO's und Krankenkassen sowie von SanaCare und BlueCare der gezielten Auswahl der Teilnehmer für ein dauerhaft stabiles Netzwerk und die Einhaltung der Netzwerkkriterien zu.

Obwohl ein breiter Konsens über die Notwendigkeit gezielter Auswahlkriterien herrschte, war die vergleichbar geringe Anwendung in der Praxis auffallend. Diese Diskrepanz kann darauf zurückgeführt werden, daß man die Einrichtung eines „Exklusivclubs“ und damit die Reaktionen der Nichtmitglieder fürchtet. Ein weiterer Grund kann darin liegen, daß viele Netzwerke in ihrer Gründungszeit als flächendeckende Netze konzipiert waren und die nachträgliche Einführung von Auswahlkriterien einen Ausschluß einiger Netzwerkmitglieder bedeuten würde.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß ein Einfluß gezielter Auswahlkriterien auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens anhand der Ergebnisparameter nicht nachgewiesen werden konnte, was die aufgestellte Hypothese widerlegt. Dennoch wurde auf die hohe Relevanz gezielter Auswahlkriterien von den Befragten eindringlich verwiesen, zumal hierdurch ein wesentlicher Scheiternsfaktor ausgeschlossen werden könnte. Dies läßt eher darauf schließen, daß die derzeitigen Auswahlkriterien wenig geeignet sind, um ein Mismatch zu vermeiden und weniger auf eine prinzipielle Bedeutungslosigkeit gezielter Selektionskriterien.

Tabelle 7: Umfang und Bedeutung von Zugangsvoraussetzungen

	Ja	Nein	Weiß nicht
Wurden die Netzwerkmitglieder nach speziellen Kriterien ausgewählt?	21	9	-
Wenn ja, nach ¹			
≠# fachlicher Qualifikation (FMH, Berufserfahrung)	21		
≠# Empfehlung von Kollegen	8		
≠# Bisherigem wirtschaftlichem Verhalten, Offenlegung von Daten	13		
Zustimmung zu Netzwerkanforderungen, hohem Engagement, Eintrittsgebühr	18		
Für wie wichtig halten Sie gezielte Auswahlkriterien bei der Wahl der Netzwerkmitglieder?	25 (Wichtig)	4 (Nicht wichtig)	1

¹ Mehrfachnennungen möglich.

7.4.7 Netzwerkgröße: zwischen Transparenzerhöhung und Risikodiversifizierung

Die Netzwerkgröße wurde durch die Anzahl der Netzwerkteilnehmer bestimmt, wobei angenommen wurde, daß diese einen Einfluß auf die Transparenz über das Netzwerkgeschehen und damit auch auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ausüben kann. Die Größenstruktur der Netzwerke bewegte sich zwischen dreizehn und 200 Teilnehmern, wobei zwei Drittel der Netzwerke weniger als 50 Mitglieder aufwiesen und bei rund der Hälfte der Netzwerke weniger als 30 Ärzte teilnahmen. Dagegen hatten nur wenige Netzwerke bis zu 100 (vier Netzwerke), 150 (drei Netzwerke) oder 200 (drei Netzwerke) Teilnehmer (siehe Tabelle 8).

Eine erste Einschätzung des Einflusses der Netzwerkgröße auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens kann über die Aussagen der Netzwerkärzte zur „optimalen“ Netzwerkgröße erfolgen. Diese wurden um eine Beurteilung gebeten, bei welcher Teilnehmerzahl ihrer Meinung nach die „optimale“ Netzwerkgröße läge sowie über die Vor- und Nachteile größerer Netzwerke. Bis auf zwei Befragte sahen alle kleinere Netzwerke als vorteilhafter an, wobei hierfür mehrere Gründe ausschlaggebend waren. Ein kleineres Netzwerk ermögliche eine bessere Transparenz über das Netzwerkgeschehen, so daß informelle und soziale Kontrollen erleichtert würden. Zudem könne innerhalb von kleinen Netzwerken eine gemeinsame Vertrauensbasis aufgebaut werden, aufgrund derer eine höhere Bereitschaft

zur Offenlegung sensibler Daten erreicht werden könne. Darüber hinaus sei ein kleines Netzwerk leichter steuerbar, da eine Konsensfindung wesentlich weniger Koordinationsaufwand in Anspruch nehme. Dieser Ansicht waren sowohl Vertreter kleinerer Netzwerke, als auch Befragte großer Netzwerke mit mehr als 100 Teilnehmern, die die derzeitige Netzwerkgröße als nicht optimal empfanden.

In Übereinstimmung mit den befragten Netzwerkärzten äußerten sich die Vertreter der Krankenkassen sowie die Vertreter von SanaCare und BlueCare, die ebenfalls aus den oben genannten Gründen eine kleinere Netzwerkgröße als vorteilhafter ansahen.

Insgesamt wurde eine Netzwerkgröße von zehn bis 30 Ärzten als optimal empfunden.²⁵²

Diese, nach Einschätzung der Netzwerkvertreter, eindeutige Vorteilhaftigkeit kleinerer Netzwerke konnte dagegen anhand der Ergebnisindikatoren nicht eindeutig nachgewiesen werden. Zwar wiesen von den 15 Netzwerken, die ein „positives“ Netzwerkergebnis hatten, elf weniger als 50 Mitglieder auf, jedoch kann der höhere Anteil kleinerer Netzwerke an den „erfolgreicheren“ Netzwerken auch darauf zurückgeführt werden, daß diese auch zwei Drittel der untersuchten Netze ausmachten. Daß eine kleine Netzwerkgröße kein Garant für ein positives Netzwerkergebnis ist, wird daraus ersichtlich, daß auch neun der 15 Netzwerke mit einem „schlechten“ Netzwerkergebnis weniger als 50 Mitarbeiter aufwiesen. Zudem weist die Tatsache, daß drei der sechs Netzwerke mit über 100 Teilnehmern ebenfalls zu den Netzen mit einem positiven Ergebnis zählten darauf hin, daß die Netzwerkgröße nicht zwangsläufig ein den „Netzwerkerfolg“ limitierender Faktor sein muß.

Daß selbst größere Netzwerke ein positives Netzwerkergebnis aufweisen, kann aber auch darauf zurückgeführt werden, daß diese zum Teil in kleinere Arbeitsgruppen unterteilt waren. Auf die Notwendigkeit der Untergliederung größerer Netzwerke wiesen selbst Netzwerkvertreter hin, die eher für große Netzwerke plädierten. Viele Befragte vertraten die Ansicht, daß größere Netzwerke zu ähnlich positiven Ergebnissen führen könnten, wenn diese eine klare Organisationsstruktur, eine zentrale Führung sowie eine Unterteilung in Kleingruppen aufwiesen.

Damit scheint eine kleinere Netzwerkgröße, in Übereinstimmung mit der aufgestellten Hypothese, über eine Erhöhung der Transparenz zu einer Verringerung opportunistischen Verhaltens beitragen zu können, wobei diese Vorteile auch bei größeren Netzen durch eine entsprechende Organisationsstruktur erzielbar zu sein scheinen.

²⁵² Nach der Studie von LEITER (1998: 75) sowie nach der Einschätzung von WESTEBBE (1999: 102) liegt die optimale Anzahl der Mitglieder in informellen Netzwerken bei 10 bis 30 Ärzten. Einer US-amerikanischen Studie zufolge beträgt die effiziente Größe bei Krankenhausnetzwerken bei 45 (CHAN 1999: 89).

Während diese Aussagen auf eine eindeutige Überlegenheit kleinerer Netzwerke in Bezug auf die interne Organisationsfähigkeit schließen lassen, könnte über größere Netzwerke, so die Ansicht vieler Befragten, dagegen eine bessere Behandlungsqualität ermöglicht werden. Seien mehr Anbieter eingebunden, so könne nicht nur auf einen größeren Informationspool zurückgegriffen werden, sondern auch ein umfangreicheres Dienstleistungsangebot realisiert werden.

Weiterhin seien große Netze eher in der Lage, einen größeren finanziellen Dispositionsspielraum aufzubauen. Dieser sei nicht nur für den Aufbau einer administrativen Infrastruktur notwendig, sondern gelte auch als eine Voraussetzung für die Einführung eines Capitation-systems oder einer prospektiven Netzpauschale. Ein Netzwerk mit einer größeren Anzahl an eingeschriebenen Patienten biete, nach Aussagen der Netzwerkärzte, zum einen eine gesicherte Daten- und Kalkulationsbasis, aufgrund derer das benötigte Budget kalkulierbar sei. Zum anderen ermöglichten größere Netze eine bessere Risikodiversifizierung, die die Bereitschaft zur Übernahme einer finanziellen Verantwortung erhöhe.

Unabhängig von den Auswirkungen der Netzwerkgröße auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens und die Behandlungsqualität wurden als wesentliche Vorteile größerer Netzwerke darüber hinaus interessenpolitische und „strategische“ Gründe genannt. Generell wurde von vielen die Einflußnahme auf politische Entscheidungen sowie die Stärkung der Verhandlungsmacht gegenüber den Krankenkassen als bedeutende Faktoren für die Netzwerkgründung gewertet. Hierbei erschienen den meisten besonders große Netzwerke geeignet, ein stärkeres politisches Gewicht zu realisieren.

Tabelle 8: Größenstruktur der Netzwerke

Anzahl der teilnehmenden Ärzte	Anzahl der Netzwerke
Ω30	16
Ω50	4
Ω100	4
Ω150	3
Ω200	3
Insgesamt	30

7.4.8 Zentralisierung: die Rolle von Vorständen und Gatekeepern

Die Höhe des Zentralisierungsgrades, der durch die Verfügungsgewalt über zentrale „Netzwerkressourcen“ definiert wurde, kann zum einen durch das Ausmaß, mit dem ein Netzwerkvorstand mit zentralen Weisungs- und Kontrollbefugnissen ausgestattet ist, bestimmt werden. Zum anderen wird der Zentralisierungsgrad durch die Existenz eines Gatekeepingsystems und durch die Rigidität, mit der das Gatekeepingprinzip verfolgt wird, determiniert.

Da es sich bei fast allen Netzwerken um einen Verein oder eine Aktiengesellschaft handelte, verfügten bis auf drei Ausnahmen alle untersuchten Netze über einen Netzwerkvorstand.

Um die Auswirkungen einer zentralen Steuerung auf die internen Netzwerkprozesse bewerten zu können, wurden die Teilnehmer danach befragt, welche Aufgaben der Netzwerkvorstand derzeit übernimmt und wie sie generell die Relevanz eines Netzwerkvorstandes für eine Verbesserung des Informationsflusses einstufen (siehe Tabelle 9).

Generell erfüllten die Netzwerkvorstände vor allem Koordinationsaufgaben, während die Kontrolle des Netzwerkes und die interne Konfliktregulierung zwar in rund der Hälfte der Netze durch den Vorstand ausgeführt wurde, aber eine eher untergeordnete Bedeutung hatte.²⁵³

Inwiefern ein Netzwerkvorstand zur Transparenzerhöhung und zur Vermeidung opportunistischen Verhaltens beitragen kann, konnte anhand der Ergebnisindikatoren aus zwei Gründen nicht ermittelt werden. Zum einen waren die Netzwerkvorstände derzeit noch nicht mit weitreichenden Koordinations- und Kontrollbefugnissen ausgestattet, so daß ihnen damit auch nur wenige Rechte zur Informationsgewinnung zustanden. Damit waren die Möglichkeiten zur Transparenzerhöhung unter den derzeitigen Bedingungen begrenzt. Zum anderen wiesen bis auf drei Ausnahmen alle untersuchten Netzwerke Vorstände auf, so daß keine ausreichende Anzahl an Vergleichsfällen zur Verfügung standen, anhand derer die Auswirkungen unterschiedlicher Zentralisierungsgrade hätten ermittelt werden können.

Dagegen wurde die Relevanz des Netzwerkvorstandes für eine Verbesserung des Informationsflusses und eine Erhöhung der Transparenz von der Mehrzahl der Befragten als unbedeutend eingestuft. Dies läßt zunächst darauf schließen, daß ein Netzwerkvorstand mit zentralen Weisungs- und Kontrollbefugnissen für eine Erhöhung des Informationsflusses entweder als nicht notwendig erachtet wird, oder daß dieser nicht zu einer Informations-

²⁵³ Als weiteres Aufgabengebiet wurde die Kontaktpflege nach außen genannt, indem die Vorstände als Verhandlungspartner der Krankenkassen auftreten und für die Außendarstellung des Netzes zuständig sind.

erhöhung beitragen kann. Bei diesen Bewertungen ist aber zu berücksichtigen, daß die Aussagen über die Möglichkeit zur Transparenzerhöhung eher durch die derzeitigen geringen Kontrollkompetenzen der Netzwerkvorstände beeinflußt sind, als vielmehr durch ihr Potential zur Informationserhöhung.

Damit scheint die Existenz eines Netzwerkvorstandes, entgegen der angenommenen Hypothese, nicht zu einer Verbesserung der Transparenz über das Netzwerkgeschehen und zur Vermeidung opportunistischen Verhaltens beizutragen.

Darüber hinaus wurde untersucht, inwiefern ein Vorstand, der mit weitreichenden Weisungs- und Kontrollbefugnissen ausgestattet ist, zu negativen Konsequenzen innerhalb des Netzwerkes führen könnte (siehe Tabelle 9). Die überwiegende Mehrheit der Befragten (24 Befragte) verneinte diese These, indem betont wurde, daß bislang noch keine ernsthaften internen Konflikte infolge einer zentralen Steuerung aufgetreten seien. Selbst vier der fünf Ärzte, die negative Effekte infolge von zu weitreichenden Eingriffsbefugnissen eines Netzwerkvorstandes befürchteten, räumten ein, daß diese wahrscheinlich nicht auftreten würden, wenn die Befugnisse des Vorstandes auf Konsens beruhen würden. Daß negative Konsequenzen derzeit nicht auftreten bzw. nicht prognostiziert werden, kann nicht zwangsläufig den Schluß zulassen, daß eine zentrale Steuerung prinzipiell keine dysfunktionalen Folgen haben kann. Bei den Aussagen muß zum einen berücksichtigt werden, daß die Netzwerkvorstände derzeit noch nicht mit weitreichenden Koordinations- und Weisungsbefugnissen ausgestattet sind und die Autonomie der einzelnen Netzwerkärzte, besonders bezogen auf die Kernaktivitäten, weitestgehend uneingeschränkt bleiben. Zum anderen wurde betont, daß die derzeitige weitestgehende Akzeptanz der Vorstände daraus resultiere, daß ihre Kompetenzen auf allgemeinem Konsens beruhen. Um interne Widerstände oder einen Motivationsverlust der Mitglieder zu vermeiden, müßte dieser Grundsatz beachtet werden.²⁵⁴

Wenn dies auch nicht explizit ausgesprochen wurde, so scheinen Vorstände dennoch für die Stabilisierung von Netzwerken eine große Rolle zu spielen, da sie die Rolle von „Anführern“ zu übernehmen scheinen. Dies wird auch in der Studie von ORTMANN (2000: 219) deutlich, der bei seinen Untersuchungen über medizinische Qualitätsgemeinschaften feststellt, daß es aufgrund des Selbstverständnisses von Ärzten als Einzelkämpfer und der „kapazitiven Nöte“ innerhalb von Netzwerken jemanden geben muß, der ein Netzwerk zusammenhält.

²⁵⁴ Es ist fraglich, inwieweit umfassendere Kontroll- und Weisungsbefugnisse, die ex-post in die Statuten aufgenommen werden, mehrheitsfähig sind. Wie ein Teilnehmer berichtete, scheiterte der Versuch, umfassendere Kontrollen in einem Netz einzuführen, am Widerstand einiger Teilnehmer. Daher muß berücksichtigt werden, daß dieser Ausgang auch dadurch bedingt war, daß die Vereinsstatuten Einstimmigkeit verlangten.

Im Gegensatz zu den Einschätzungen der Netzwerkärzte unterschieden sich die Aussagen der HMO-Vertreter in Bezug auf die Funktionen eines Netzwerkvorstandes, die Möglichkeit zur Erhöhung der Transparenz sowie die Gefahr interner Netzwerkkonflikte erheblich.

Bei den HMO's wurden den Vorständen weitreichende Weisungs- und Kontrollfunktionen übertragen. Da diesen hierdurch auch ein besserer Zugang zu Informationen ermöglicht wurde, kann auch eine höhere Transparenz über das Netzwerkgeschehen erreicht werden. Trotz der weitreichenden Kompetenzen ist die Feststellung der Befragten, daß eine zentrale Steuerung keine internen Konflikte hervorrufe, um so bemerkenswerter. Zum einen könnte dieser Befund damit erklärt werden, daß sensible Aspekte innerhalb von HMO's nur zögerlich offengelegt werden. Zum anderen kann dies auf den unterschiedlichen beruflichen Status und dem hiermit einhergehenden Selbstverständnis der in HMO's tätigen Ärzte sowie der freiberuflich tätigen Ärzte zurückgeführt werden. Während selbständige Ärzte an einer möglichst hohen Autonomie interessiert sind, wird eine Begrenzung des eigenen Handlungsspielraums von angestellten Ärzten vielleicht schneller akzeptiert.

Tabelle 9: Aufgaben und Auswirkungen eines Netzwerkvorstandes

	Ja	Nein	Weiß Nicht
Existiert ein Netzwerkvorstand?	27	3	-
Wenn ja, mit folgenden Aufgabengebieten ¹			
- Koordination der Netzwerkaufgaben	27	0	
- Interne Konfliktregulierung	17	10	
- Kontrollfunktion	14	13	
- Vertretung nach außen	27	0	
Wie schätzen Sie die Notwendigkeit eines Netzwerkvorstandes für eine Verbesserung des Informationsflusses und eine Erhöhung der Transparenz ein?	9 (Hoch)	21 (Niedrig)	-

¹ Mehrfachnennungen möglich.

Eine zweite Determinante, die ausschlaggebend für den Grad der Zentralisierung ist, besteht in der Existenz eines Gatekeepingsystems bzw. in dem Ausmaß, mit dem die Netzwerkmitglieder an die Befolgung dieses Prinzips gebunden sind. Bei den untersuchten Netzwerken

zählte das Gatekeepingsystem nicht nur zu den elementaren Netzwerkinstrumenten, es war bei vielen Netzwerken sogar der Grund für eine Netzwerkbildung. Seine Einhaltung wurde dadurch kontrolliert, daß die Behandlung von Patienten, die ohne Überweisung einen anderen Arzt als den Gatekeeper konsultierten, nicht von den Krankenkassen übernommen wurde. Weichen Netzwerkärzte vom Gatekeeperprinzip ab, zum Beispiel indem Spezialisten Patienten nicht schnell genug an den Hausarzt zurück überweisen, drohten bislang noch keine formalen Konsequenzen. Allerdings hat dies nach Auskunft der befragten Ärzte zur Folge, daß Hausärzte mit diesen Spezialisten weniger häufig kooperieren.

Da auch das Gatekeepingsystem Bestandteil aller untersuchten Netzwerke war und damit Referenznetzwerke fehlten, konnte seine Auswirkung auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens ebenfalls nicht anhand der Ergebnisindikatoren ermittelt werden. Nach den Aussagen der befragten Ärzte trägt ein Gatekeepersystem eindeutig zu einer Erhöhung der Transparenz über das Netzwerkgeschehen bei. Diese wird darauf zurückgeführt, daß für Spezialisten eine Verpflichtung zur Rücküberweisung des Patienten an den zuständigen Hausarzt besteht und dem Hausarzt in seiner Funktion als zentraler Koordinator damit ein besserer Überblick über den Behandlungsverlauf und die Arbeitsweise der Netzwerkkollegen gewährt wird.

Inwiefern diese verbesserte Transparenz den Anreiz zur Vermeidung opportunistischen Verhaltens verringert hat, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Bezogen auf jene Netzwerkverpflichtungen, die primär die medizinische Behandlung betreffen, wie den Einsatz von Behandlungsleitlinien, die Umstellung auf Generika oder neue Behandlungsmethoden sowie die Vermeidung von Doppelbehandlungen, kann davon ausgegangen werden, daß die Existenz eines Gatekeepingsystems tendenziell den Anreiz zur Einhaltung der Netzwerkverpflichtungen erhöht. Dies kann darauf zurückgeführt werden, daß das therapeutische Vorgehen aus den Krankenakten, die dem Gatekeeper zur Verfügung stehen, ersichtlich ist.

Die Auswirkungen des Gatekeeping auf Behandlungsqualität kann nur annähernd anhand der Aussagen der Befragten abgeschätzt werden, da keine Daten über die Qualität der medizinischen Versorgung bzw. ihre Veränderung nach Einführung des Gatekeepingsystems vorlagen.²⁵⁵ Bis auf zwei Befragte bestätigten alle Netzwerkärzte, daß infolge des Gate-

²⁵⁵ Zudem existieren keine Längsschnittstudien, die eine Veränderung des Gesundheitszustandes oder bestimmter Krankheitswerte von Netzwerkpatienten vor und nach Netzwerkbeitritt dokumentieren.

keepings eine Vermeidung von Doppelbehandlungen stattgefunden habe.²⁵⁶ Ebenso wurde als Vorteil erachtet, daß eine gezielte Steuerung des Behandlungsprozesses ermöglicht werde. Ein Netzwerkarzt berichtet zum Beispiel, daß er jetzt aufgrund seiner Delegationsbefugnis „endlich“ die Möglichkeit habe, Patientinnen mit einem Karzinom, die bislang unnötig lange von einem bestimmten Gynäkologen behandelt wurden, schneller in die onkologische Versorgung einzuweisen.

Inwiefern das Gatekeeping zu einer Verringerung der zeitlichen Verzögerungen beim Übergang zu den einzelnen Behandlungsstufen beigetragen hat, konnte nicht ermittelt werden. Nach der Studie von WARE (1986) ist nach Einschätzung von Patienten die Kontinuität der Behandlung eher in konventionellen Formen gewährleistet als in HMO's, die mit einem Gatekeepingsystem arbeiten.²⁵⁷ Dieser Befund könnte sogar darauf schließen lassen, daß durch die Übertragung der Delegationsbefugnis auf den Hausarzt der Übergang in die Spezialversorgung oder in die stationäre Behandlung eher verzögert wird und Patienten zum Teil länger als medizinisch indiziert in der hausärztlichen Behandlung verweilen. In diesem Fall würde dann die Begrenzung der Wahlfreiheit des Patienten und der restriktivere Zugang zu Leistungserbringern, was ein Gatekeepingsystem impliziert, zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität führen.²⁵⁸

Weisen diese Indizien bereits darauf hin, daß ein Gatekeepingsystem nicht zwangsläufig zu einer Qualitätsverbesserung beiträgt, ist ebenso nicht eindeutig, ob dieses zu einer erheblichen Verbesserung der Therapieabstimmung führen kann. Theoretisch könnte ein Gatekeepingsystem auch eine Verringerung der Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten bewirken, was nicht nur zu einer Qualitätsverschlechterung, sondern auch zu internen Netzwerkkonflikten führen würde. Durch die weitreichenden Koordinations- und Delegationsbefugnisse des Hausarztes verschieben sich die Machtverhältnisse zwischen den Leistungsanbietern.²⁵⁹ Da die Verfügungsgewalt über Ressourcen infolge des Gatekeepingsystems

²⁵⁶ Hierdurch könnten auch die festgestellten Wirtschaftlichkeitseffekte infolge eines Gatekeepings erklärt werden (SOMMER 1992). So hat das Gatekeeping nach Einschätzung von SCHMITT (2000: 211) zur Folge, daß die Leistungsaufwendungen bis zu 20 Prozent günstiger sind, wenn die Erstbehandlung von einem Primärarzt erbracht wird, wobei die Spannbreite bezogen auf die einzelnen Diagnosen zwischen 17 und 48 Prozent liegt.

²⁵⁷ Dies kann jedoch auch dann der Fall sein, wenn die Wartezeit für einen Arzttermin bei HMO's länger ist als bei Privatpraxen.

²⁵⁸ Besonders die in Kapitel 4.3.3 angenommenen positiven Auswirkungen eines Wettbewerbs um Patienten sprechen auch gegen eine erhebliche Einschränkung der Arztwahlfreiheit. ROCHAIX (1989) weist zum Beispiel nach, daß die Wahlfreiheit der Patienten und die prinzipielle Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen, als Monitoringinstrumente dienen können und qualitätssichernd wirken, da durch das Auftreten eines „informed consumers“ die Anreize zu einer Über- oder Unterversorgung erheblich reduziert werden. Die Untersuchung von WARE (1986) zeigt ebenso, daß zwischen der Begrenzung des Leistungsspektrums und des Anbieterkreises sowie dem Gesundheitszustand eher ein negativer Zusammenhang besteht, obwohl eine Kausalität auch nicht zwangsläufig vermutet werden kann.

²⁵⁹ HALL (1977: 462) definiert Macht innerhalb sozialer Netzwerke als die Möglichkeit, mit der ein Akteur die Aktivitäten der anderen Akteure beeinflussen kann.

ungleich verteilt ist, entstehen asymmetrische Kooperationsbeziehungen und eine zunehmende ökonomische Abhängigkeit der Spezialisten und Krankenhäuser von Hausärzten. Dadurch könnten netzwerkinterne Spannungen auftreten, die einen Motivationsverlust und mangelnde Befolgung der Netzwerkregelungen bewirken könnten.

Die Vermutung, daß netzwerkinterne Spannungen infolge des Gatekeepings auftreten, wurde durch die Interviewpartner nicht bestätigt, obwohl von vielen darauf hingewiesen wurde, daß sich das Verhältnis zu externen Spezialisten getrübt habe. Einschränkend wurde aber darauf hingewiesen, daß diese Spannungen durch die Einbindung der Spezialisten in das Netz behoben worden seien. Insbesondere eine netzwerkübergreifende Erfolgsvergütung, wie ein Capitationsystem, habe die Kooperationsbereitschaft der Spezialisten sowie ihre Bereitschaft zur Informationsweitergabe erheblich gesteigert. Zum Beispiel berichtet ein Netzwerkarzt, daß erst infolge eines Netzwerkzusammenschlusses Spezialisten bereitwillig Informationen weitergegeben haben, welche Behandlungsmaßnahmen von der fachärztlichen in die hausärztliche Praxis verlagert werden könnten.

7.4.9 Netzwerkdichte als potentieller Einflußfaktor auf die Netzwerktransparenz

Die Netzwerkdichte kann anhand von zwei Indikatoren bestimmt werden, zum einen anhand der Anzahl der Verbindungen oder der persönlichen Kontakte zwischen den einzelnen Netzwerkakteuren und zum anderen anhand der räumlichen Nähe zwischen den Netzwerkpraxen.

Sowohl die Operationalisierung der beiden Indikatoren, als auch die Messung ihres Einflusses auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens waren im Rahmen der empirischen Untersuchung nicht möglich.

In Bezug auf den ersten Indikator war die Anzahl der persönlichen Kontakte nur schwer ermittelbar, da diese nicht direkt beobachtbar war. Daher wurde als Maß die Häufigkeit der gemeinsamen Netzwerktreffen gewählt, wobei eine hohe Netzwerkdichte dann angenommen wurde, wenn gemeinsame Treffen in Form von Mitgliederversammlungen oder Qualitätszirkeln stattfanden. Da aber in allen untersuchten Netzen regelmäßige Vereinstreffen stattfanden und in der Mehrzahl der Fälle auch regelmäßige Qualitätszirkel durchgeführt wurden, standen keine Netzwerke mit einer geringen Netzwerkdichte als Referenz zur Verfügung. Ein Indiz dafür, daß die zumeist sporadischen Vereinstreffen oder Qualitätszirkel alleine keinen entscheidenden Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens haben besteht darin, daß, obwohl diese in allen Netzwerken stattfinden, nicht alle Netze ein „gutes“ Netzwerkergebnis aufweisen. Wären diese Treffen von entscheidender Bedeutung, müßten theoretisch auch alle Netzwerke ein vergleichbar gutes Netzwerkergebnis aufweisen.

Dennoch wurde vor allem von den Vertretern der HMO's und Ärzten jener Netzwerke, die regelmäßige und für Mitglieder obligatorische Qualitätszirkel durchführen, darauf hingewiesen, daß diese wesentlich zur Erhöhung der Informationen über die Qualifikation und Motivation der anderen Netzwerkmitglieder beitragen. Inwiefern diese aber geeignet sind, ex-ante opportunistisches Verhalten zu vermeiden, konnte nicht beantwortet werden.

Weiterhin konnte auch der Einfluß der räumlichen Dichte aus mehreren Gründen nicht näher untersucht werden. Zum einen standen keine Informationen über die räumliche Anordnung der Einzelpraxen zur Verfügung. Wäre die Dichte über die Charakterisierung der Region abgeschätzt worden, wäre keine Unterscheidung zur Wettbewerbsintensität möglich gewesen. Zum anderen wurde von vielen Befragten darauf hingewiesen, daß die physische Distanz für den Erfolg eines Netzwerkes nicht von Relevanz sei, sondern dieser vielmehr durch die Kommunikations- und Kooperationshäufigkeit beeinflußt würde. Diese würde vielmehr durch gemeinsame Arbeitstreffen und durch einen fachlichen Austausch determiniert, bei dem aber eine persönliche Begegnung nicht notwendig sei.

7.4.10 Wettbewerb als Initiator und Motivator

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die Wettbewerbsintensität zum einen nach der Höhe der Ärztedichte und zum anderen nach der Anzahl der Konkurrenznetzwerke bemessen.

Da keine Daten über die Ärztedichte in der jeweiligen Region zur Verfügung standen, wurde ihre Höhe indirekt über die Charakterisierung der Region abgeschätzt. Befand sich das Netzwerk in einer ländlichen Region, wurde eine niedrige Ärztedichte angenommen, während bei einem städtischen Gebiet von einer hohen Ärztedichte und bei einem kleinstädtischen Gebiet von einer mittleren Ärztedichte ausgegangen wurde. Bei der Auswertung wurde die mittlere und die hohe Ärztedichte zur Vereinfachung zu einer Kategorie zusammengefaßt, da nach Ansicht vieler Befragter auch in kleinstädtischen Gebieten andere Ärzte als potentielle Konkurrenten wahrgenommen wurden. Weiterhin wurden die Ärzte nach der Anzahl weiterer Netzwerke oder HMO's im Einzugsgebiet befragt.

Die Mehrzahl der Netzwerke waren in einer ländlichen Region angesiedelt (13 Netzwerke), während sich zehn in einer kleinstädtischen Region und sieben in einer städtischen Region befanden (siehe Tabelle 10). Bei 19 Netzwerken existierten keine weiteren Konkurrenznetzwerke, während sich bei den anderen elf Netzen ein bzw. mehrere weitere Netzwerke oder HMO's im Einzugsgebiet befanden.

Der Zusammenhang zwischen Wettbewerbsintensität und netzwerklichem Engagement wurde dadurch ermittelt, daß die Ärzte über die wahrgenommenen oder prognostizierten Auswirkungen eines hohen Wettbewerbsgrades auf das Verhalten der Beteiligten befragt wurden (siehe Tabellen 10 und 11). Die überwiegende Zahl der Netzwerkvertreter wiesen sowohl einer hohen Ärztedichte als auch der Existenz weiterer Netzwerke eine positive Wirkung auf das netzwerkliche Engagement zu. Insgesamt gaben 20 Netzwerkärzte an, daß sich eine hohe Ärztedichte unterstützend auf die Netzwerkaktivitäten ausgewirkt hat bzw. auswirken würde, während dieser Effekt von 21 Befragten für die Existenz weiterer Netzwerke angenommen wurde (siehe Tabelle 11). Hierbei war auffallend, daß diese Einschätzung sowohl von Ärzten, die ihr Umfeld als kompetitiv einstufen, erfolgte, als auch von Ärzten, deren Praxis in einer ländlichen Region angesiedelt war.²⁶⁰

Der hohe Anteil derjenigen, die ein stärkeres Engagement infolge einer höheren Wettbewerbsintensität voraussagten, kann darauf hindeuten, daß sowohl eine hohe Ärztedichte als auch die Existenz weiterer Netzwerke zur Verringerung opportunistischen Verhaltens beitragen können. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß nicht eindeutig festgestellt werden kann, inwiefern die Aussagen der Netzwerkärzte mit den tatsächlichen Auswirkungen eines hohen Wettbewerbs übereinstimmen. Die wahrgenommene Wettbewerbsintensität ist selbst in städtischen Gebieten nach Meinung der Ärzte derzeit noch moderat und andere Arztpraxen stellen keine ernsthafte Existenzbedrohung dar. Daher kann davon ausgegangen werden, daß selbst die Aussagen der in wettbewerbsintensiven Gebieten praktizierenden Ärzte weniger die tatsächlichen Auswirkungen eines hohen Wettbewerbs widerspiegeln, als vielmehr prognostizierte Effekte sind.

Dennoch ist die hohe Zahl derer, die dem Wettbewerb einen motivationssteigernden Effekt zuschrieben oder sogar das Nebeneinander mehrerer Netzwerke empfahlen aus zwei Gründen bemerkenswert. Zum einen werden einer stärkeren Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt gerade von Anbieterseite eher negative Auswirkungen zugesprochen. Zum anderen wird häufig die These vertreten, daß Ärzte zur Sicherung der eigenen Existenz vielmehr für eine Verringerung der Wettbewerbsintensität plädieren würden (siehe Kapitel 5.3). Als Begründung für die positive Bewertung eines „internetzwerklichen“ Wettbewerbs gaben die Be-

²⁶⁰ Demgegenüber wurde ein Wettbewerb innerhalb des Netzwerkes als eher problematisch eingestuft. Gerade die Verringerung des Wettbewerbs zwischen den niedergelassenen Ärzten und die hieraus resultierende Zunahme der Kollegialität wurde als positives Resultat des Netzwerkzuzusammenschlusses angesehen. Die Verringerung der Wettbewerbsintensität habe nicht nur zu einer höheren Transparenz über das Behandlungsverhalten der anderen Ärzte geführt, sondern auch zu einer Verringerung der Leistungsausweitung, da „ein Abjagen der Patienten nicht mehr stattfindet“. (Aussage eines Netzwerkarztes)

fragten an, daß dieser das Interesse an einem Netzwerkerfolg steigern und damit auch das individuelle Engagement innerhalb des Netzes erhöhe.²⁶¹

Darüber hinaus wurde der Einfluß der Wettbewerbsintensität auf die Wahrscheinlichkeit von Netzwerkgründungen untersucht. Hierbei unterstrich ebenfalls die Mehrzahl der Netzwerkteilnehmer (19 Befragte), daß unter einem wettbewerblichen Druck eine höhere Gründungsaktivität zu erwarten sei bzw. derzeit bereits konstatiert werden könne (siehe Tabelle 10). Obwohl hierüber die Meinungen innerhalb der Netzwerkärzte relativ einheitlich waren, wurde von dem Interviewpartner der BlueCare eher eine gegenteilige Ansicht vertreten. Dieser wies darauf hin, daß der wirtschaftliche Druck in städtischen Gebieten nicht zu einer Gründungswelle geführt habe, sondern den Aufbau von Netzwerken eher blockiere. Gerade eine hohe Wettbewerbsintensität führe zu einem geringeren finanziellen Spielraum für die Ärzte, der die Erprobung innovativer Organisationsformen erschwere. Dementsprechend sei eher in ländlichen Gebieten ein schnellerer Aufbau von Ärztenetzwerken zu beobachten.

Die Einschätzungen der Netzwerkvertreter über die positiven Auswirkungen einer hohen Wettbewerbsintensität auf das Netzwerkengagement werden teilweise durch die Ergebnisindikatoren widerspiegelt. Wenn auch eine Kausalität zwischen einer hohen Wettbewerbsintensität und einer geringen Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens nicht anhand der Ergebnisindikatoren bewiesen werden kann, so kann dennoch ein Zusammenhang zwischen Wettbewerbsgrad und positivem Netzwerkergebnis festgestellt werden. Von den 15 Netzwerken, bei denen ein weniger „gutes“ Netzwerkergebnis festgestellt wurde, befanden sich elf in einem Umfeld mit geringer Ärztedichte und ohne Konkurrenznetzwerke. Demgegenüber wiesen dreizehn der 15 Netze mit einem „guten“ Netzwerkergebnis ein wettbewerbsintensives Umfeld auf.

Dies läßt zunächst nur den Rückschluß zu, daß ein Zusammenhang zwischen Wettbewerbsgrad und Netzwerkergebnis besteht, wobei eine hohe Wettbewerbsintensität mit einem positiven Netzwerkergebnis korreliert.

Ein differenziertes Bild ergab sich bei der weiteren Untersuchung der Netze. Hierbei war auffallend, daß von jenen Netzwerken, die sich in einem „wettbewerbsarmen“ Umfeld

²⁶¹ Allerdings ist zu berücksichtigen, daß einige Netzwerkvertreter, obwohl sie einem Wettbewerb zwischen Netzen einen effizienzsteigernden Effekt zusprachen, einer Konkurrenz zwischen Netzwerken kritisch gegenüberstanden. Hierbei stand vor allem die Befürchtung einer Qualitätsausdünnung und erneuten Kostensteigerung im Vordergrund. Ein Netzwerkvertreter betonte, daß eine erneute Kostenspirale nicht nur dadurch entstehe, daß mehr Leistungen erbracht werden um dem „Anspruchsdenken“ der Patienten zu entsprechen, sondern höhere Kosten auch durch eine intensivere Werbung entstehen, die, wie er festgestellt habe, mit dem Auftreten von Konkurrenznetzwerken erheblich zugenommen habe.

befanden und ein schlechtes Ergebnis aufwiesen, die Mehrzahl mit formalen Kontrollen und Sanktionen arbeiteten, während ebenfalls acht der dreizehn Netzwerke, die eine hohe Wettbewerbsintensität und ein gutes Netzwerkergebnis aufweisen, zu den kontroll- und „sanktionsintensiven“ Netzwerken zählten (siehe Kapitel 7.4.4).

Dies läßt zunächst den Rückschluß zu, daß formale Kontrollen und Sanktionen keinen entscheidenden Einfluß auf das Netzwerkergebnis und die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens zu haben scheinen, was die bereits in Kapitel 7.4.4 aufgestellte Vermutung bestätigt.

In Bezug auf die Netzwerke mit einer geringen Kontrollintensität ist dieser Zusammenhang dagegen weniger eindeutig. Von jenen Netzwerken, die auf informellen und sozialen Kontrollen beruhen, befinden sich rund die Hälfte in einem wettbewerbsintensiven Umfeld. Sowohl bei diesen Netzwerken, als auch bei der anderen Hälfte, waren die Netzwerke mit einem positiven Netzwerkergebnis ungefähr gleichverteilt.

Damit kann nicht eindeutig festgestellt werden, wie hoch der Einfluß des Wettbewerbsgrades auf das Netzwerkengagement und das Netzwerkergebnis ist. Sowohl die Aussagen der Netzwerkvertreter als auch die Ergebnisdaten lassen darauf schließen, daß, in Übereinstimmung mit der aufgestellten Hypothese, ein Zusammenhang zwischen diesen Faktoren besteht. Seine Stärke kann allerdings nicht eindeutig bestimmt werden.

Tabelle 10: Wettbewerbsintensität nach Ärztedichte und ihr prognostizierter Einfluß auf das Netzwerkengagement und die Netzwerkgründung

Wettbewerbsintensität und prognostizierter Effekt	ländlich	städtisch	Klein-städtisch
Handelt es sich um eine eher ländliche oder städtische Region?	13	7	10
	Ja	Nein	Weiß nicht
Haben Sie den Eindruck, daß eine hohe Ärztedichte das Netzwerkengagement fördert?	20	5	5
Haben Sie den Eindruck, daß eine hohe Ärztedichte den Aufbau weiterer Netzwerke fördert?	19	5	6

Tabelle 11: Höhe der Wettbewerbsintensität nach Anzahl der Konkurrenznetzwerke sowie prognostizierter bzw. festgestellter Effekt auf das Netzwerkengagement

Anzahl weiterer Netzwerke oder HMO's und prognostizierter Effekt	Ja			Nein		
Existieren weitere Netzwerke oder HMO's in ihrem Einzugsgebiet? ¹	11			19		
	Positiv	Negativ	Weiß Nicht	Positiv	Negativ	Weiß Nicht
Wenn weitere Netzwerke existieren, haben Sie den Eindruck, daß die Existenz dieser Netzwerke oder HMO's das Engagement innerhalb des eigenen Netzes beeinflussen?	9	1	1	13	2	4

¹ Hierbei gaben acht Befragte an, daß ein weiteres Netzwerk besteht, zwei Befragte, daß jeweils ein Netzwerk und zwei HMO's existieren und ein Befragter gab an, daß vier HMO's existieren.

7.5 Zusammenfassung der empirischen Untersuchung

7.5.1 Obligatorische und optionale Netzwerkregelungen

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung lassen einen Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung des Netzwerkarrangements und der Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens und dem Netzwerkergebnis vermuten. Auf Grundlage dieser Resultate kann theoretisch ein „optimales“ Gesundheitsnetzwerk konstruiert werden, wobei zwischen „obligatorischen“ und „optionalen“ Elementen unterschieden werden kann.

Zu der ersten Kategorie kann vor allem ein formaler Netzwerkvertrag gezählt werden, in welchem die „Netzwerkverfassung“ und grundlegende Mitgliedsverpflichtungen konkretisiert werden. Zwar scheint der Formalisierungsgrad keinen unmittelbaren Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens zu haben, jedoch ist dieser vor allem zur Erhöhung der Verhaltenssicherheit und der langfristigen Stabilisierung eines Netzwerkes von hoher Relevanz. Eine elementare Bedeutung für die Einhaltung der Netzwerkverpflichtungen scheinen darüber hinaus besonders informelle und soziale Kontrollen zu haben. Besonders indirekte Kontrollen oder Vertrauen als natürlicher „sozialer Kontrollmechanismus“ können einen erheblichen Beitrag zur Vermeidung opportunistischen Verhaltens leisten. Basiert das Netzwerk nicht auf sozialen Kontrollmechanismen, sind gezielte Selektionskriterien von hoher Relevanz, um ein Mismatch und ein free-riding zu vermeiden. Eine sorgfältige Auswahl der Netzwerkmitglieder nach bestimmten objektivierbaren Netzwerkanforderungen ist, nach Aussagen der Befragten, sogar eher geeignet, motivierte Netzwerkkandidaten zu identi-

fizieren und ein dauerhaft funktionsfähiges Netzwerk zu garantieren, als eine Auswahl, die maßgeblich auf persönlichen Beziehungen und Präferenzen beruht.

Zu einer weiteren „obligatorischen“ Voraussetzung für eine stabile Netzwerkorganisation zählt eine optimale Netzwerkgröße, die geeignet ist, eine hohe Transparenz und inner-netzwerkliche Organisationsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Hierzu erscheint eine Anzahl von 30 bis 50 Teilnehmern als besonders empfehlenswert, wobei eine vergleichbare Effizienz auch in größeren Netzwerken, die in Untereinheiten gegliedert sind, erreicht werden kann.

Ein hoher Wettbewerbsgrad und finanzielle Anreize scheinen dagegen zwar keine unabdingbaren Voraussetzungen für den Aufbau und die Funktionsfähigkeit von Netzen zu sein, dennoch lassen die Ergebnisse darauf schließen, daß diese in erheblichem Umfang zu einer Verbesserung des Netzwerkengagements beitragen.

Während es sich bei diesen Faktoren um „obligatorische“ oder zumindest um als sehr empfehlenswert erscheinende Bestandteile für den Aufbau von Gesundheitsnetzwerken handelt, können die folgenden Regelungen eher als „optionale“ Bestandteile gewertet werden.

So deutet die empirische Analyse darauf hin, daß sich netzwerkspezifische Investitionen bis zu einer bestimmten Höhe förderlich auf die Einsatzbereitschaft der Teilnehmer auswirken, so daß diese flankierend zu den obigen „Sicherungsmechanismen“ eingesetzt werden könnten. Ähnlich scheinen die Existenz eines Vorstandes mit weitreichenden Koordinations- und Kontrollmechanismen sowie die eines Gatekeepers zu einer Erhöhung der Transparenz und indirekten Kontrolle des Netzwerkgeschehens beizutragen.

Im Gegensatz dazu können formale Kontrollen und Sanktionen nicht zu einer wesentlichen Voraussetzung für einen Netzwerkerfolg gezählt werden, solange andere Kontrollmechanismen wie soziale und informelle Kontrollen existieren.

7.5.2 Existieren „optimale“ Netzwerktypen?

Trotz dieser hier vorgestellten Tendenzen ist zu berücksichtigen, daß eine isolierte Betrachtung dann zu falschen Rückschlüssen führen würde, wenn eine gegenseitige Beeinflussung einzelner Netzwerkregelungen vorliegt. In diesem Fall könnten theoretisch verschiedene Kombinationen von Netzwerkregelungen effizient sein. Die These, daß theoretisch unterschiedliche Formen effizienter Netzwerkkonstellationen existieren können, resultiert aus der bereits vorgestellten Annahme, daß die Wahrscheinlichkeit oppor-

tunistischen Verhaltens von der Übereinstimmung der unterschiedlichen Präferenzen der Netzwerkakteure mit dem Netzwerkarrangement abhängt.²⁶²

Bei einer näheren Untersuchung der als erfolgreich eingestuften Netzwerke lassen sich dementsprechend drei verschiedene Netzwerktypen unterscheiden, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sie annähernd mit den Organisationsmerkmalen der beiden „Idealformen“ Markt und Hierarchie übereinstimmen. Charakteristisch für diese Netzwerke ist, daß sie, in groben Zügen beschrieben, alle die im folgenden beschriebenen Merkmale der einzelnen Typen aufweisen. Obwohl diese unterschiedlichen Netzwerktypen in der Stichprobe identifiziert werden können, kann keine eindeutige Überlegenheit einer dieser drei Formen in Bezug auf den Netzwerkerfolg festgestellt werden.

Der erste Netzwerktyp, der des „bürokratischen“ Netzwerkes, zeichnet sich dadurch aus, daß er, neben einem höheren Formalisierungsgrad, auf formalen Kontrollen und Sanktionen beruht und der Zugang zum Netz mit gezielten Auswahlkriterien verbunden ist.

Im Gegensatz dazu sind beim zweiten Netzwerktyp, der als das „informelle“ Netzwerk bezeichnet werden kann, vor allem informelle, soziale Kontrollen vorherrschend. Größtenteils befinden sich diese Netze in einer ländlichen Region mit geringer Wettbewerbsintensität, wobei bei einigen auch ökonomische Anreize gesetzt werden.

Der dritte relativ „marktorientierte“ Netzwerktyp wird weitestgehend dadurch bestimmt, daß finanziellen Anreize bestehen, keine formellen Kontrollen oder Sanktionen durchgeführt werden und das Netzwerk in einem wettbewerblichen Umfeld angesiedelt ist.

Zwar können die vorliegenden Netzwerke nur in der Tendenz in diese drei Typen eingeordnet werden, so daß nicht eindeutig ist, inwiefern tatsächlich drei verschiedene Netzwerkformen existieren können, die alle zu einem ähnlichen Netzwerkergebnis führen. Wenn dies jedoch der Fall wäre, müßte bei der Konzeption eines „optimalen“ Netzwerkes das Zusammenspiel verschiedener Netzwerkregelungen beachtet werden.

7.6 Implikationen für eine Implementation und Steuerung von Netzwerken

7.6.1 Entstehungsprozesse und Ursachen des Scheiterns von Netzwerken

Wenn Gesundheitsnetzwerke als Reformmodelle an Bedeutung gewinnen, ist - neben der optimalen Netzwerkausgestaltung - die Frage von Bedeutung, welche Faktoren die Ent-

²⁶² Ähnlich unterstellt MILGROM (1992: 22) die Effizienz unterschiedlicher Organisationsformen in Abhängigkeit von den Präferenzen der Akteure, indem er ausführt, daß „there is no available alternative that is universally preferred in terms of the goals and preferences of the people involved“.

stehung von Gesundheitsnetzwerken begünstigen und welche Ursachen zu einem Erlahmen der Netzwerkaktivitäten führen.

Die Aussagen der Befragten zum Entstehungsprozeß von Netzen lassen erkennen, daß dieser starke Parallelen zu den von DiMAGGIO und POWELL (1983) herausgestellten Mechanismen aufweist, die bei der Umstrukturierung von Institutionen ausschlaggebend sind. Hierzu zählen ein direkter Zwang durch staatliche Institutionen, ein normativer Druck der Gesellschaft oder konkurrierender Unternehmen sowie eine Imitation erfolgreicher Unternehmen.

Zwar erfolgte die Gründung der ersten Netzwerke nicht durch staatlichen Zwang, dennoch haben generell die gesetzlichen Veränderungen und die Initiativen der Krankenkassen maßgeblich zur Entstehung der Netze beigetragen.

Eine wesentliche Motivation für die Aufnahme von Netzwerkaktivitäten liegt darüber hinaus in dem Bestreben der Ärzteschaft, einem schlechten öffentlichen Image aktiv zu begegnen, nach dem die Ärzte als „Kostentreiber“ im Gesundheitswesen angesehen werden.

Der entscheidende Anstoß zur Gründung eines Netzwerkes scheint schließlich vor allem durch zwei Faktoren zu erfolgen. Zum einen durch die Nachfrage und das Interesse der Patienten an Gatekeepingmodellen und einer vernetzten Versorgung. Zum anderen durch die Existenz von Pioniernetzwerken, die eine Konkurrenz zu den traditionellen Einzelpraxen darstellen. Nach den Aussagen der Befragten ziehen vor allem „Vorreiternetzwerke“ den Aufbau weiterer Netze nach sich. Bei diesen Netzwerken der ersten „Generation“ handelt es sich zumeist um kleine, relativ „elitäre“ Netzwerke, bei denen eine selektive Auswahl der Mitglieder erfolgt. Im Gegensatz zu diesen scheinen die nachfolgenden Netzwerke eher „Sammelbecken“ für noch nicht netzwerklich organisierte Ärzte zu sein.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Gründung von Netzwerken im wesentlichen durch drei Faktoren unterstützt werden kann, eine öffentliche Förderung, normative oder öffentliche Anreize sowie durch Konkurrenzdruck von Vorreiternetzwerken.

Nach Abschluß dieser Initiierungs- und Aufbauphase spielen zur Aufrechterhaltung der Netzwerkaktivitäten und zur Vermeidung des Scheiterns von Netzwerken mehrere Faktoren eine wesentliche Rolle. Eine mangelnde Realisierung der Netzwerkziele ist dabei, so die Ansicht der Netzwerkärzte, in erster Linie auf eine unzureichende Identifikation mit den Netzwerkzielen und ein falsches Netzwerkmanagement zurückzuführen (siehe Tabelle 13). Eine hohe Identifikation sei für den langfristigen Erfolg eines Netzwerkes von elementarer Bedeutung, da eine unzureichende Übereinstimmung mit den Netzwerkanforderungen nicht nur zu einer geringen Kooperationsbereitschaft führen würde, sondern bereits wenige gering Motivierte zur Blockierung der gesamten Netzwerkaktivitäten führen können.

Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, daß ein wesentliches Kriterium für ein dauerhaft stabiles Netzwerk darin bestünde, daß Netzwerkstrukturen nicht aufoktroiert werden, sondern in einem „botton up“-Verfahren von den Beteiligten selber entwickelt werden.

Tabelle 12: Ursachen des Scheiterns von Netzwerken

Welche Ursachen wirken sich Ihrer Meinung nach nachteilig auf einen Netzwerkerfolg aus? ¹	Anzahl der Netzwerkärzte
Zeitintensive Netzwerkaktivitäten	10
Interne Konflikte	8
Hohe Kooperationskosten	5
Falsches Netzwerkmanagement	12
Mangelnde Identifikation mit Netzwerkzielen	20
Sonstiges: Keine gewachsenen Netzwerkstrukturen, aufoktroierte Strukturen	11

¹ Mehrfachnennungen möglich.

Eine weitere Ursache des Scheiterns von Gesundheitsnetzwerken scheint darin zu bestehen, daß sich diese nach Abschluß der Aufbauphase als nur bedingt reformfähig erweisen. Der Grund hierfür liegt zum einen in den für größere Organisationen typischen internen Widerständen gegen Veränderungen (siehe Kapitel 4.3.3) Zum anderen resultiert die relativ geringe Innovationsfähigkeit von Gesundheitsnetzwerken vor allem aus der Tendenz, strukturelle Probleme zu personalisieren, was zu einer Blockierung interner Reformprozesse führt. (MILES 1992, WESTEBBE 1999) Eine grundlegende Veränderung der Netze wird zusätzlich dadurch erschwert, daß für eine Statutenänderung häufig Einstimmigkeit der Mitglieder erforderlich ist.

7.6.2 Die Rolle des Staates

Aus den für eine Implementierung und Aufrechterhaltung von Netzwerken erforderlichen Rahmenbedingungen könnten dem Staat drei verschiedene Aufgabengebiete zugewiesen werden: die Unterstützung des Netzwerkaufbaus, die Schaffung der für langfristig stabile Netzwerke erforderlichen Rahmenbedingungen sowie die Regulierung der Netzwerkaktivitäten.

Die staatliche Unterstützung von Netzwerkinitiativen kann theoretisch an den Kriterien ansetzen, die derzeit zu einer Blockierung der Netzwerkaktivitäten führen. Hierzu zählen mangelnde Anreize zu einer netzwerklichen Organisation sowie unzureichende oder hemmende rechtliche Rahmenbedingungen.

So existieren derzeit nur unzureichende finanzielle Anreize zum Aufbau von Gesundheitsnetzwerken. Da diese positive externe Effekte erzeugen, deren Kosten aber nicht von den Nutzern getragen werden, wäre eine finanzielle Unterstützung ihres Aufbaus zu empfehlen.²⁶³

Entsprechend der vorliegenden Erfahrungen aus der Schweiz, kann der Prozeß von Netzwerkgründungen zusätzlich dadurch beschleunigt werden, daß in einem Gebiet Pioniernetze gegründet werden. Hierdurch würde ein Anreiz für „Outsider“ entstehen, sich ebenfalls netzwerklich zu organisieren. Existieren bereits Netzwerke, so könnten gesetzlich initiierte Netze, wenn diese einen hohen Qualitätsstandard sowie eine gute Funktionsfähigkeit aufweisen, als Benchmarking-Netze für etablierte Netze fungieren und eine Verbesserung der eigenen Netzwerkaktivitäten anregen.²⁶⁴

Sollten sich diese Maßnahmen zur Initiierung von Gesundheitsnetzwerken nur als wenig erfolgreich erweisen, bestünde eine weitere Möglichkeit darin, eine netzwerkliche Organisation gesetzlich anzuordnen. Nach den Studien von SCOTT (1986) wird eine Reform von Institutionen in erster Linie durch einen direkten „Zwang“ durch staatliche Institutionen ausgelöst, und ist weniger das Resultat der Eigenmotivation der Beteiligten. Dennoch muß berücksichtigt werden, daß, wie bereits erwähnt, die „Aufoktroyierung“ netzwerklicher Strukturen auch dysfunktionale Effekte erzeugen kann. So entwickelte sich infolge der Einführung ambulanter Netzwerke im englischen Gesundheitswesen eine starke Abwehrhaltung gegen eine netzwerkliche Zusammenarbeit, die, anstatt eine bessere Kooperation zu fördern, vielmehr einen netzwerkinternen Wettbewerb verursachte (GLENDINNING 1999).

²⁶³ Es sei angemerkt, daß derzeit zwar eine Kontroverse über den zuständigen Kostenträger und über die Frage nach der Mittelaufbringung herrscht, auf diese kann im Rahmen dieser Arbeit aber nicht weiter eingegangen werden.

²⁶⁴ Im Sinne der Strukturierungstheorie von GIDDENS (1984, in: SYDOW 2000b) reagieren Akteure nicht nur auf interne Faktoren sondern auch auf externe Anforderungen. Jedoch muß berücksichtigt werden, daß trotz der grundsätzlichen Annahme, daß Systeme Umweltbedingungen reflexiv aufnehmen, eine Adaptation meistens nur innerhalb des institutionalisierten Rahmens erfolgen kann und eine vollständige Systemumgestaltung nicht möglich ist.

Eine staatliche Steuerung von Netzwerken kann sowohl über eine direkte Einflußnahme auf die Netzwerkprozesse als auch über eine unmittelbare Einwirkung im Sinne einer Begleitung der Netzwerkaktivitäten erfolgen.²⁶⁵

Im ersten Fall handelt es sich um eine Unterstützung der Funktionsfähigkeit des Netzwerkes, indem „eine autonome Dynamik gezielt verändert [wird], sei es, daß eine bestimmte Struktur entgegen bestehender Veränderungstendenzen bewahrt, ein spontaner Wandlungsprozeß umgelenkt oder auch eine aus sich heraus stabile Struktur verändert werden“ (MAYNTZ, in SYDOW 2000b: 3).²⁶⁶ So nennt SYDOW (2000b) mehrere Ansatzpunkte für eine interne Netzwerksteuerung, die in erster Linie an den Strukturmerkmalen von Netzwerken anknüpfen.²⁶⁷ Als ein von außen steuerbares Strukturmerkmal gilt vor allem das Vertragsrecht, das für Netzwerke gilt. Da, wie bereits in Kapitel 7.4.8 erläutert, die Existenz einer Netzwerkverfassung und eines formalen Netzwerkvertrages eine elementare Bedeutung für die Funktionsfähigkeit von Netzen spielt, wäre ein staatliches Einwirken in diesen beiden Bereichen zu bedenken. So bestünde die Möglichkeit, daß ein gesetzlich vorgeschriebenes Mindestmaß an vertraglichen Regelungen oder die Gründung eines Vereines Voraussetzung für eine gesetzliche Anerkennung oder finanzielle Förderung ist. Da sich eine gezielte Auswahl der Teilnehmer förderlich auf den langfristigen Netzwerkerfolg auszuüben scheint, ist darüber hinaus zu erwägen, ob die Existenz besonderer Auswahlkriterien der Netzwerkmitglieder nicht auch zu einer Vorbedingung staatlicher Unterstützung zählen sollte.

Neben diesen eher unmittelbaren Maßnahmen zur Beeinflussung von Netzwerkinitiativen kann der Aufbau von Netzwerken auch indirekt durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen gefördert werden. Hierzu zählen zum einen die Beseitigung institutioneller Barrieren, wozu zum beispielsweise das Beteiligungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung

²⁶⁵ SYDOW (2000b) unterscheidet generell zwischen vier Steuerungsebenen, die des interorganisationalen Netzwerkes bzw. die Beziehungen der beteiligten Organisationen, die jeweiligen Organisationen selbst, die der Individuen und die der gesellschaftsweiten institutionellen Kontexte. Relevant für Gesundheitsnetzwerke ist die erste und dritte Ebene, wobei zwischen Mitgliedsorganisationen und Individuen nicht unterschieden wird.

²⁶⁶ Prinzipiell wird hierbei davon ausgegangen, daß es sich bei Gesundheitsnetzwerken nicht, wie LUHMANN (1997) von sozialen Systemen annimmt, um „autopoietische Systeme“ handelt, die sich selbst regulieren und einer Fremdsteuerung entzogen sind. Im Gegensatz dazu spricht WILLKE (1995, in: SYDOW 2000b: 7) von einer „Kontextsteuerung“, die die Wirksamkeit einer externen Einflußnahme unterstellt.

²⁶⁷ Zu diesen Strukturmerkmalen zählen Kooperation, Vertrauen, Selbstverpflichtung, Verlässlichkeit sowie Verhandlung. Diese können zum Aufbau verlässlicher Beziehungen und stabiler Netzwerkstrukturen beitragen. Auf diese Elemente wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, da ihre Bedeutung für die Stabilität eines Netzes bereits in den Kapiteln 6.2 und 6.3 besprochen wurde. Darüber hinaus verweist SYDOW (2000A) auf die hohe Bedeutung eines adäquaten „Grenzmanagements“ in Dienstleistungsnetzwerken, das durch eine gezielte Gestaltung der Grenzen zwischen Netzwerk und externen

an Netzwerkverträgen zählen würde. Dies würde implizieren, daß Krankenkassen mit einzelnen Ärzten Verträge zur Erprobung von neuen Versorgungsmodellen abschließen können, ohne verpflichtet zu sein, die Kassenärztliche Vereinigung als obligatorischen Vertragspartner einbinden zu müssen.

Zum anderen müßte ein sicherer institutioneller Rahmen geschaffen werden, der eine höhere Planungssicherheit bietet und damit auch die Bereitschaft für Netzwerkinvestitionen erhöhen würde. Laufen Netzwerkärzte zum Beispiel Gefahr, daß sich Netzwerkinvestitionen nicht amortisieren, indem zum Beispiel Kooperationsverträge von Krankenkassen nach einigen Jahren aufgekündigt werden, sinkt das Interesse an Netzwerketeiligungen.

Neben der Notwendigkeit zur Förderung von Netzwerken ist ein staatliches Eingreifen ebenso dann erforderlich, wenn Gesundheitsnetzwerke zu einer marktbeherrschenden Stellung führen. Wie Erfahrungen aus den USA zeigen, kann die Bildung von Ärztenetzwerken nicht nur zu einer erheblichen Beeinflussung der Wettbewerbsverhältnisse führen, sondern auch zu erheblichen Qualitätsverschlechterungen (GREENBERG 1998, HALVERSON 2000). Infolge dieser Entwicklung wurden in den USA zahlreiche „antitrust“-Gesetze erlassen, die nicht nur die Kontrolle von Netzwerken vorsehen, sondern auch einen Zusammenschluß mehrerer Netzwerke ab einem bestimmten Marktanteil verbieten (TOEPFFER 1999).

Bei einer Implementation von Gesundheitsnetzwerken ist aufgrund dieser Erfahrungen ein staatliches Eingreifen nicht nur zur Sicherung wettbewerblicher Verhältnisse erforderlich, sondern auch zur Kontrolle der Leistungsqualität. Diese ist von hoher Relevanz, da selbst bei eigeninitiierten Netzen eine Verbesserung der medizinischen Versorgung nicht originäres Ziel ist, sondern vielfach die Verfolgung von Standesinteressen zu den ausschlaggebenden Faktoren zählt.²⁶⁸

7.6.3 Fazit: die Zukunft von Gesundheitsnetzwerken

Die theoretischen Ausführungen weisen darauf hin, daß Gesundheitsnetzwerke aus ökonomischer Perspektive geeignet sind, die institutionellen Schwachstellen im ambulanten Sektor zu beheben. Sie stellen damit eine Alternative zum derzeitigen System der ambulanten

Kooperationspartnern zu einem optimalen Verhältnis zwischen Abgrenzung und Austausch zwischen Netz und externer Umwelt führen soll.

²⁶⁸ So wurde bei der Frage, zu welchen Resultaten der Netzwerkzusammenschluß geführt habe, vielfach darauf hingewiesen, daß das Netz unter anderem auch zur Durchsetzung politischer Interessen und zum Aufbau einer Interessenvertretung gegenüber den Krankenkassen dienlich sei. Hierauf verweist auch BAUR (2000: 25), die feststellt, daß Netzwerkgründungen vielfach durch die „Abwehr von Schlimmerem“ motiviert waren und das Ziel verfolgten, eine „Gegenfront gegen die Pläne der Krankenkassen aufzubauen (...) eine selektive Kontrahierungspolitik zu betreiben“.

Versorgung und zu integrierten Versorgungsformen dar. Anhand der empirischen Analyse konnte darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen Netzwerkerfolg und Netzwerkarrangement aufgezeigt werden, wobei anhand der untersuchten Modellprojekte nicht entschieden werden kann, ob einzelne Netzwerkregelungen einen besonderen Einfluß ausüben oder ob nur eine bestimmte Kombination von Netzwerkregelungen effizient ist. Nicht zuletzt aufgrund dieser Uneindeutigkeit hängt die zukünftige gesundheitspolitische Orientierung und die Zukunft von Gesundheitsnetzwerken maßgeblich von zwei Faktoren ab. Zum einen davon, inwiefern es gelingt jenen Netzwerkaufbau zu identifizieren, durch den eine Verbesserung der ambulanten Versorgung realisiert werden kann. Zum anderen setzt eine die Etablierung von Gesundheitsnetzwerken eine Umgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen voraus. Hierzu würde nicht nur die bereits beschriebene Neudefinition des Zuständigkeitsbereiches der Kassenärztlichen Vereinigung zählen, sondern auch die Aufhebung der institutionellen Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Da durch diese Trennung ähnliche Schnittstellenprobleme hervorgerufen werden, wie sie innerhalb des ambulanten Sektors auftreten, ist in einem weiteren Entwicklungsschritt von Gesundheitsnetzwerken eine stärkere Integration des stationären Sektors zu empfehlen. Eine Einbindung des stationären Bereichs könnte beispielsweise über Einkaufsmodelle erfolgen, bei denen Gesundheitsnetzwerke stationäre Dienstleistungen für Netzwerkpatienten innerhalb von Direktverträgen vereinbaren. Hiermit verbunden wäre allerdings eine grundlegende Veränderung des derzeitigen Vergütungssystems für den ambulanten und stationären Sektor.

Wenn auch über die derzeitigen Modellnetzwerke noch keine eindeutige Verbesserung der Gesundheitsversorgung nachgewiesen werden kann und für ihre Weiterentwicklung wahrscheinlich ein erheblicher Ressourcenaufwand notwendig ist, sollte dies dennoch im Umkehrschluß nicht zu einer völligen Abkehr von Gesundheitsnetzwerken führen. Schließlich muß berücksichtigt werden, daß die Suche nach effizienten Netzwerkstrukturen mit einem Innovationsprozeß zu vergleichen ist, dessen Ergebnis letztlich nicht exakt kalkulierbar ist. In ähnlicher Form charakterisiert KREINER (1993: 201) die Netzwerkforschung: „innovation process entail kissing a lot of frogs in search of a handsome prince. (...) to let oneself be defeated by the kissing of ‘real’ frogs, or by the lack of cost-efficiency in networking, is to abandon altogether the search for princes and innovations”.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis.....	155
Glossar der wichtigsten Fachbegriffe.....	157
Tabelle I: Übersicht über die einzelnen Netzwerkelemente, ihre Definition und Operationalisierung sowie ihr prognostizierter Effekt auf die Einhaltung der Netzwerkregelungen.....	158
Tabelle II: Übersicht über die einzelnen Netzwerkelemente, ihre Operationalisierung sowie die zu ihrer Überprüfung relevanten Fragen	160
Tabelle III: Übersicht über die geführten Interviews	164
Interviewleitfaden.....	165
Literaturverzeichnis.....	173

Abkürzungsverzeichnis

AER	American Economic Review
AG	Aktiengesellschaft
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BKK	Betriebskrankenkasse
BSP	Bruttosozialprodukt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CHF	Schweizer Franken
c.p.	ceteris paribus
DÄ	Die Ärztezeitung
DM	Deutsche Mark
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
et al.	und andere
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FMH	Verbindung Schweizer Ärzte
Fn.	Fußnote
F&E	Forschung und Entwicklung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-NOG	Gesetzliche Krankenversicherungsneuordnungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
Hg.	Herausgeber
HMO	Health Maintenance Organization
ICD	International Classification of Diseases
IGA	Internationales Gewerbearchiv
IPA	Independent Practice Association
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MedR	Medizinrecht
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PPO	Preferred Provider Organization
resp.	respektive
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
sog.	sogenannte
s.u.	siehe unten
Verf.	Verfasser
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WISU	Das Wirtschaftsstudium
z.B.	zum Beispiel
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
Zfbf	Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung
ZwF	Zeitschrift für wirtschaftlichen Fabrikbetrieb

Glossar der wichtigsten Netzwerkbegriffe

Netzwerkregelungen

Zu den Netzwerkregelungen zählen der Formalisierungsgrad, die Kontrollintensität, der Ökonomisierungsgrad und der Selektionsgrad.

Netzwerkstruktur

Allgemein bildet die Netzwerkstruktur den Rahmen, in dem die individuellen Transaktionen ausgeführt werden. Die Netzwerkstruktur wird im wesentlichen durch die Netzwerkgröße, die Dichte der Netzwerkbeziehungen und den Zentralisierungsgrad des Netzwerkes bestimmt.

Netzwerkarrangement

Umfaßt die Gesamtheit aller Netzwerkregelungen und aller Komponenten der Netzwerkstruktur.

Netzwerkergebnis

Das Netzwerkergebnis wird anhand zwei Indikatoren gemessen.. Erstens anhand der Einschätzung der Netzwerkärzte über ihren Netzwerkerfolg. Zweitens über eine Aggregation dreier Outputparameter: Grad der Zielerreichung, Anzahl der wahrgenommenen Netzwerkaufgaben und Anzahl der positiven Veränderungen, die sich infolge der Netzwerkbildung ergeben hatten.

Netzwerkerfolg

Unter „Netzwerkerfolg“ wird nicht die Erreichung konkreter Zielvorgaben verstanden, sondern dieser wird daran gemessen, inwiefern die Netzwerkmitglieder Mitgliedsverpflichtungen einhalten, indem sie die Netzwerkziele verfolgen und Netzwerkinstrumente umsetzen.

Tabelle I: Übersicht über die einzelnen Netzwerkelemente, ihre Definition und Operationalisierung sowie ihr prognostizierter Effekt auf die Einhaltung der Netzwerkregelungen

Netzwerkelement	Definition	Prognostizierter Effekt	Forschungshypothese
Netzwerkregelung			
1. Formalisierungsgrad	1. Netzwerkaufbau, Netzwerkziele und Mitgliedschaftsanforderungen basieren auf formalem Vertrag	Positiver Effekt ♥ Verhaltenssicherheit und bindende Wirkung, ♥ „Sanktionsgrundlage“ ♥ Offenlegung der Netzwerkanforderungen und damit Vermeidung eines „Mismatches“	H1: Je höher der Formalisierungsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.
	2. Vollständigkeitsgrad: Ausmaß, in dem die Netzwerkziele, der Netzwerkaufbau und die Anforderungen an die Netzwerkmitglieder explizit in einem formalen Vertrag niedergelegt sind		
	Selbstdurchsetzende Verträge: Die Einhaltung informeller Vereinbarungen wird durch Sicherungsmechanismen (z.B. netzwerkspezifische Investitionen) erreicht	Positiver Effekt ♥ „log in-Effekt“	H2: Beruhen Netzwerkregelungen weitestgehend auf informellen Vereinbarungen, dann ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens um so geringer, je höher die netzwerkspezifischen Investitionen sind.
2. Kontrollintensität	Ausmaß, in dem formale Kontrollen über die Einhaltung der Netzwerkvereinbarungen existieren	Positiver Effekt ♥ höhere Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung opportunistischen Verhaltens	H3: Je höher die Kontrollintensität ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.
	Ausmaß, in dem informelle oder soziale Kontrollen über die Einhaltung der Netzwerkvereinbarungen bestehen	Positiver Effekt ♥ höhere Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung opportunistischen Verhaltens	H4: Bestehen keine formalen Kontrollen, so ist dann von einer Einhaltung der Netzwerkregelungen auszugehen, wenn informelle Kontrollen durchgeführt werden oder soziale Kontrollmechanismen bestehen.

Netzwerkelement	Definition	Prognostizierter Effekt	Forschungshypothese
Sanktionsgrad	Ausmaß, in dem formale oder informelle Konsequenzen als Reaktion auf opportunistisches Verhalten drohen	Positiver Effekt ♥ finanzielle Sanktionen, Ausschluß, Verlust der Reputation vom Netz wirken „disziplinierend“	H5: Je höher der Sanktionsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.
3. Ökonomisierungsgrad	Existenz finanzieller Leistungsanreize	Positiver Effekt ♥ Netzwerkinstrumente unterstützen Kosteneinsparung und damit Einhaltung der Netzwerkregelungen	H6: Je höher der Ökonomisierungsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.
4. Selektionsgrad	Auswahl der Netzwerkpartner beruht auf spezifischen Zugangskriterien	Positiver Effekt ♥ Übereinstimmung zwischen Motivation der Netzwerkteilnehmer und Netzwerkausrichtung sowie zwischen individuellen Fertigkeiten und Netzwerkanforderungen	H7: Je höher der Selektionsgrad ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit opportunistischen Verhaltens.

Tabelle II: Übersicht über die einzelnen Netzwerkelemente, ihre Operationalisierung sowie die zu ihrer Überprüfung relevanten Fragen

Netzwerkarrangement	Operationalisierung	Betreffende Frage im Interviewleitfaden
Netzwerkstruktur		
1. Formalisierungsgrad	1. Existenz eines formalen Vertrages 2. Vollständigkeitsgrad: Ausführlichkeit, mit der Mitgliedschaftsbedingungen und Netzwerkziele in einem formalen Vertrag festgehalten sind	2.1 Beruht die Mitgliedschaft auf einem formalen Vertrag? Wenn ja, was sind die Vertragsinhalte? 2.2 Mit welchen Verpflichtungen ist eine Mitgliedschaft verbunden? 1.3 Welche Netzwerkziele wurden vereinbart? 2.3 Halten Sie formale Netzwerkverträge für ein funktionsfähiges Netzwerk für notwendig und warum?
Netzwerkspezifische Investitionen	Höhe Kosten des Netzwerkaufbaus (EDV, technische Infrastruktur, Zeitaufwand für Konzeption Netzwerk oder Aufbau vertrauensvoller Kooperationsbeziehungen etc.)	4.4 War der Eintritt in das Netzwerk für Sie mit Kosten oder einem immateriellen Aufwand verbunden? Haben Sie den Eindruck, daß hohe „Netzwerkinvestitionen“ das Netzwerkengagement steigern können?
2. Kontrollintensität	Kontrolle der Einhaltung der Behandlungsleitlinien, Datenübertragung, Teilnahme an Qualitätszirkeln	3.1 Existieren formale Kontrollen der Einhaltung der Netzwerkregelungen? Wenn ja, was und in welcher Form wird kontrolliert? 3.2 Für wie wichtig halten Sie formale Kontrollen für den „Netzwerkerfolg“?
Informelle Kontrollen	Offenlegung der Behandlungskosten, gemeinsame Fallbesprechungen, Weitergabe von Patientendaten	3.3 Könnten diese auch durch andere Sicherungsmechanismen ersetzt werden?
Soziale Kontrollmechanismen	Netzwerk beruht auf vertrauensvollen Beziehungen und Reputation der Netzwerkpartner ist bekannt	5.2 Beruht der Netzwerkzusammenschluß auf bereits bestehenden Bekanntschaften? Für wie wichtig halten Sie bereits bestehende soziale Beziehungen für ein stabiles Netzwerk?

Netzwerkarrangement	Operationalisierung	Betreffende Frage im Interviewleitfaden
Sanktionsgrad	Existenz von Ausschlußkriterien und finanziellen Sanktionen	3.4 Hat die Nichtbeachtung der Mitgliedsverpflichtungen Konsequenzen für das jeweilige Netzwerkmitglied?
3. Ökonomisierungsgrad	Existenz eines Capitationsystems oder Bonus-Malusregelungen	4.1 Existieren besondere finanzielle Vereinbarungen (Capitationsystem, Globalbudget, Bonus-Malussystem)? 4.2 Wie wirken sich ein Capitationsystem bzw. Bonus-Malusregelungen auf die Behandlungspraxis oder andere Bereiche (s.u.) aus?
Unmittelbare Auswirkung eines Capitationsystems auf die medizinische Behandlung	Qualitätsverschlechterungen Patientenselektion Interne Netzwerkkonflikte	4.3 Welche Folgen könnte ein Capitationsystem für die medizinische Behandlung haben?
4. Selektionsgrad	Gezielte Auswahl Netzwerkärzte nach Qualifikation Empfehlung Zustimmung zu Netzwerkzielen und Netzwerkanforderungen	5.1 Wurden die Netzwerkmitglieder nach speziellen Kriterien ausgewählt? Für wie wichtig halten Sie gezielte Auswahlkriterien bei der Wahl der Netzwerkmitglieder? Nach welchen Kriterien sollte ausgewählt werden?

Netzwerkarrangement	Operationalisierung	Betreffende Frage im Interviewleitfaden
Netzwerkstruktur		
1. Netzwerkgröße	Anzahl der Netzwerkteilnehmer	1.2 Anzahl der Netzwerkkärzte ? Bei welcher Mitgliederanzahl liegt Ihrer Meinung nach die optimale Netzwerkgröße? Worin bestehen die Vor- und Nachteile eines größeren Netzwerkes?
2. Zentralisierungsgrad	1. Existenz eines Netzwerkvorstandes	1.4 Existiert ein Netzwerkvorstand? Wie schätzen Sie die Notwendigkeit eines Netzwerkvorstandes für eine Verbesserung des Informationsflusses und eine Erhöhung der Transparenz ein? Welche Konsequenzen kann ein Netzwerkvorstand mit weitreichenden Weisungs- und Kontrollbefugnissen haben und warum?
	2. Existenz eines Gatekeepingsystems	1.3 Welche Aufgaben werden derzeit im Netzwerk wahrgenommen?
3. Netzwerkdichte	1. Anzahl der persönlichen Kontakte: Regelmäßige Treffen aller oder eines großen Anteils der Mitglieder (z.B. Qualitätszirkel, Mitgliederversammlung)	5.3 Finden regelmäßige gemeinsame Treffen (Qualitätszirkel, Mitgliederversammlungen) statt?
	2. Räumliche Nähe: Es wird angenommen, daß tendenziell in einer städtischen Region eine höhere räumliche Nähe besteht	1.5 Charakterisierung der Region: handelt es sich eher um eine ländliche oder städtische Region?
4. Wettbewerbsintensität	Es wird angenommen, daß in einer städtischen Region tendenziell eine höhere Ärztedichte besteht als in einer ländlichen Region	1.5 Charakterisierung der Region: handelt es sich eher um eine ländliche oder städtische Region? Haben Sie den Eindruck, daß eine hohe Ärztedichte den Aufbau weiterer Netzwerke fördert? Haben Sie den Eindruck, daß eine hohe Ärztedichte das „Netzwerkengagement“ fördert?
	Anzahl der Netzwerke in der Region	1.6 Gibt es andere Ärztenetzwerke in ihrem Einzugsgebiet?

		Wenn weitere Netzwerke existieren, haben Sie den Eindruck, daß die Existenz dieser Netzwerke oder HMO's das Engagement innerhalb des eigenen Netzes beeinflussen?
Netzwerkergebnis	Operationalisierung	Betreffende Frage im Interviewleitfaden
Anzahl der Aufgaben, die Inhalt des Netzwerkauftrages sind	Weitergabe von Patientendaten Einsatz von Behandlungsleitlinien Qualitätszirkel Gatekeeping Kosteneinsparungen	1.3 Welche Aufgaben werden derzeit im Netzwerk wahrgenommen?
Zielerreichung	Erreichung der Zielvereinbarungen	1.3 Welche Netzwerkziele wurden vereinbart? 6.1 Welche Ursachen wirken sich Ihrer Meinung nach nachteilig auf einen Netzwerkerfolg aus? 6.4 Wenn Netzwerkziele nicht erreicht wurden, was waren die Gründe?
Allgemeine Veränderungen infolge des Netzwerkzusammenschlusses	Entwicklung der Zahl der eingeschriebenen Netzwerkpatienten Zufriedenheit der Patienten Kosteneinsparungen pro Patient Auswirkungen auf die medizinische Behandlung, die eigene Praxis, Verhältnis zu anderen Ärzten	6.2 Hatte der Netzwerkzusammenschluß Auswirkungen auf die folgenden Bereiche und wenn ja welche? 6.5 Wie hat sich die Zahl der eingeschriebenen Patienten seit der Netzwerkgründung entwickelt?
Auswirkungen einzelner Netzwerkinstrumente	Vermeidung Doppeltuntersuchungen Einsatz neuer Behandlungsmethoden Besserer Erfahrungsaustausch Bessere Abstimmung der Einzeltherapien Umstellung auf kostengünstige Behandlungsmethoden Kosteneinsparungen pro Patient (s.u.)	6.2 Hatte der Netzwerkzusammenschluß Auswirkungen auf die folgenden Bereiche und wenn ja welche? 6.3 Welche Konsequenzen hatte der Netzwerkzusammenschluß auf die folgenden Bereiche?
Ursachen des Scheiterns von Netzwerken		6.1 Welche Ursachen wirken sich Ihrer Meinung nach nachteilig auf einen Netzwerkerfolg aus?

Tabelle III: Übersicht über die geführten Interviews

„Institution“	
Ärztetzwerke	Ärztenetzwerk Mittelthurgau, Thurgau Grundversorger der Region Baden, Aargau Hausärzteverein Angenstein, Baselland Hausärzteverein Appenzell West, Appenzell Hausärzteverein der Region Aargau, Aargau Hausärzteverein Effretikon und Umgebung, Zürich Hausärzteverein Hinterthurgau, Thurgau Hausärzteverein Kanton Baselland, Frankental Hausärzteverein Lendsburg, Aargau Hausärzteverein Luzern, Luzern Hausärzteverein Schaffhausen, Schaffhausen Hausarztverein Solothurn, Solothurn Hausärzteverein St.Gallen, St.Gallen Hausärzteverein Viehl, St.Gallen Hausarztverein Winterthur, Zürich Hausärzteverein Wohlen, Aargau Hausärzteverein Zofingen, Aargau Hausärzteverein Zurzach, Aargau Hausarztnetz Pizolcare, St. Gallen Hawadoc Winterthur, Zürich Schwyzer Hausärzteverein, Schwyz Thurcare, Thurgau Unimedes Bern-Land, Bern Unimedes Berner Oberland, Bern Unimedes Linthgebiet, St. Gallen Unimedes Hausarztssystem, Bern Verein Hausärzte der Stadt Zürich, Zürich Verein Hausärztinnen und Hausärzte der Region Brug, Aargau WintiMed-AG Winterthur, Zürich WintiMed-Verein Zürich, Zürich
Krankenkassen	Zwei Vertreter von Helsana Drei Vertreter der UNIMEDS
Betriebsgesellschaften	Eine Vertreterin von SanaCare Zwei Vertreter von BlueCare
HMO's	MediX, Wintimed MediX, Zürich HMO Gesundheitsplan, Basel



Interviewleitfaden

Zur Studie:

Ärztetzwerke als Reformansatz für den ambulanten Sektor

Eine institutionenökonomische Analyse unterschiedlicher Netzwerkarrangements

*Ziel der Untersuchung ist es herauszufinden, welche Struktur und Regelungen
Ärztetzwerke aufweisen müssen, um die Netzwerkziele und Netzwerkaufgaben zu
erreichen*

Gabriele Gotzen

ZENTRAS/ Universität Trier

54286 Trier

1. Allgemeine Angaben zur Netzwerkstruktur und zum Netzwerkkumfeld

1.1 Name des Netzwerkes¹ _____

Jahr der Netzwerkgründung (bezogen auf Aufnahme der Netzwerkaktivitäten) _____

Kanton _____

1.2 Netzwerkgröße

Anzahl der Netzwerkärzte _____

Bei welcher Mitgliederanzahl liegt Ihrer Meinung nach die optimale Netzwerkgröße? _____

Worin bestehen die Vor- und Nachteile eines größeren Netzwerkes?

1.3 Welche Aufgaben werden derzeit im Netzwerk wahrgenommen?

- Weitergabe von Patientendaten
- Einsatz von Behandlungsleitlinien
- Qualitätszirkel
- Kosteneinsparungen (durch den Einsatz von Generika, der Reduktion von Doppeltuntersuchungen, Einsatz von Leitlinien)
- Gatekeeping
- Sonstiges _____

Welche Netzwerkziele wurden vereinbart?

1.4 Existiert ein Netzwerkvorstand?

- Ja, mit folgenden Aufgabengebieten und Befugnissen
 - Koordination der Netzwerkaufgaben
 - Interne Konfliktregulierung
 - Kontrollfunktion
 - Sonstiges _____
- Nein

Anmerkung: „Netzwerk“ wird im folgenden verstanden als ein „ein freiwilliger Zusammenschluß von rechtlich und wirtschaftlich selbständigen, ambulant tätigen Ärzten, die ein definiertes Netzwerkziel verfolgen, das nur durch eine Kooperation aller Beteiligten erzielt werden kann und zu dessen Erreichung sich die Mitglieder verpflichten Ressourcen („Patienten“, Informationen, Dienstleistungen) auszutauschen und gemeinsame Netzwerkregelungen einzuhalten“.

Wie schätzen Sie die Notwendigkeit eines Netzwerkvorstandes für eine Verbesserung des Informationsflusses und einer Erhöhung der Transparenz innerhalb des Netzwerkes ein?

- Hoch
- Niedrig
- Weiß nicht

Welche Konsequenzen kann ein Netzwerkvorstand mit weitreichenden Weisungs- und Kontrollbefugnissen haben und warum?

- Positiv _____
- Negativ _____
- Weiß nicht

1.5 Charakterisierung der Region: handelt es sich eher um eine ländliche oder städtische Region?

- ländlich
- städtisch
- kleinstädtisch

Haben Sie den Eindruck, daß eine hohe Ärztedichte den Aufbau weiterer Netzwerke fördert?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Haben Sie den Eindruck, daß eine hohe Ärztedichte das „Netzwerkengagement“ fördert?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

1.6 Gibt es andere Ärztenetzwerke oder HMO's in ihrem Einzugsgebiet?

- Ja, _____ weitere Ärztenetzwerke/ HMO's
- Nein
- Weiß nicht

Wenn weitere Netzwerke existieren, haben Sie den Eindruck, daß die Existenz dieser Netzwerke oder HMO's das Engagement innerhalb des eigenen Netzes beeinflussen?

- Ja, verbessert
- Nein, nicht verändert
- Weiß nicht

2. Formalisierungsgrad

2.1 Beruht die Mitgliedschaft auf einem formalen Vertrag ?

- Ja
- Nein

Wenn ja, was sind die Vertragsinhalte?

2.2 Mit welchen Verpflichtungen ist eine Mitgliedschaft verbunden?

2.3 Halten Sie formale Netzwerkverträge für ein funktionsfähiges Netzwerk für notwendig und warum?

3. Kontrollintensität

3.1 Existieren formale Kontrollen der Einhaltung der Netzwerkregelungen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, was und in welcher Form wird kontrolliert?

3.2 Für wie wichtig halten Sie formale Kontrollen für einen „Netzwerkerfolg“?

- Wichtig
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

3.3 Könnten diese auch durch andere Sicherungsmechanismen ersetzt werden?

(informelle Kontrollen, gegenseitiges Vertrauen, hohe Investitionen, Reputationsverlust)

- Ja, durch _____
- Nein
- Weiß nicht

3.4 Hat die Nichtbeachtung der Mitgliedsverpflichtungen Konsequenzen für das jeweilige Netzwerkmitglied?

- Ja, und zwar _____
- Nein
- Weiß nicht

4. „Ökonomisierungsgrad“

4.1 Existieren besondere finanzielle Vereinbarungen (Capitationsystem, Globalbudget, Bonus-Malusystem) ?

- Ja, _____
- Nein

4.2 Wie wirken sich ein Capitationsystem bzw. Bonus-Malusregelungen auf die Behandlungspraxis oder andere Bereiche (s.u.) aus?

Bitte für die unten genannten Bereiche die folgende Bewertung angeben:

P=Positiv, N=Negativ, W= Weiß nicht

- bewußtere Auswahl der Behandlungsformen
- Anwendung der Behandlungsleitlinien
- Vermeidung von Doppelbehandlungen (Untersuchungen u.ä.)
- Datenübertragung/ Führung von Patientenbüchern
- Absprache mit Netzwerkkollegen
- Teilnahme an Qualitätszirkeln
- Einsatz von Generika
- Aufmerksamkeit auf medizinisch nicht indizierte Anwendungen
- Sonstiges _____

4.3 Welche Folgen könnte ein Capitationsystem für die medizinische Behandlung haben?

- Ja, und zwar
 - interne Netzwerkkonflikte
 - Begrenzung des Handlungsspielraumes
 - Steigerung der Behandlungskosten
 - Qualitätsausdünnung
 - Sonstiges _____
- Nein
- Weiß nicht

4.4 War der Eintritt in das Netzwerk für Sie mit Kosten (z.B. Aufbau einer technischen Infrastruktur) oder einem immateriellen Aufwand (Umstellung der eigenen Behandlungspraxis, Zeitaufwand für Gruppentreffen) verbunden?

- Ja, in Form von _____
- Nein

Haben Sie den Eindruck, daß hohe „Netzwerkinvestitionen“ das Netzwerkengagement steigern können?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

5. Auswahlkriterien

5.1 Wurden die Netzwerkmitglieder nach speziellen Kriterien ausgewählt?

- Keine speziellen Auswahlkriterien, jeder Bewerber konnte beitreten
- Gezielte Auswahl

Kriterium: _____

Für wie wichtig halten Sie gezielte Auswahlkriterien bei der Wahl der Netzwerkmitglieder?

- Wichtig, und zwar nach _____
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

Nach welchen Kriterien sollte ausgewählt werden (zusätzlich zu den oben genannten)?

5.2 Beruht der Netzwerkzusammenschluß auf bereits bestehenden sozialen Beziehungen?

- Ja
- Nein

Für wie wichtig halten Sie bereits bestehende soziale Beziehungen für ein stabiles Netzwerk?

- Wichtig
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

**5.3 Finden regelmäßige gemeinsame Treffen (Qualitätszirkel, Mitglieder-
versammlungen) statt?**

- Ja
- Nein

6. Auswirkungen eines Netzwerkes

**6.1 Welche Ursachen wirken sich Ihrer Meinung nach nachteilig auf einen
Netzwerkerfolg aus?**

- zeitintensive Netzwerkaktivitäten
- interne Konflikte
- hohe Kooperationskosten
- falsches Netzwerkmanagement
- mangelnde Identifikation mit den Netzwerkzielen
- Sonstiges _____

**6.2 Hatte der Netzwerkzusammenschluß Auswirkungen auf die folgenden Bereiche und
wenn ja welche?**

Die medizinische Behandlung _____

Die eigene Praxis _____

Das Verhältnis zu anderen Ärzten _____

Sonstiges _____

6.3 Welche Konsequenzen hatte der Netzwerkzusammenschluß auf die folgenden Bereiche?

Bitte für die unten genannten Bereiche die folgende Bewertung angeben:

P=Positiv, N=Negativ, W= Weiß nicht

Netzwerkintern

- Abstimmung der Therapieanordnungen
- Erfahrungsaustausch innerhalb des Netzwerkes
- Anzahl der Doppeltbehandlungen
- Kenntnisse über neue Behandlungsmethoden
- Einführung innovativer Behandlungskonzepte, zum Beispiel _____
- Umstellung auf Generika
- Sonstiges _____

Netzwerkergebnis

- Kosteneinsparungen pro Patient
- Qualität der Behandlung in Form von _____
- Zufriedenheit Patienten (gemäß Patientenbefragung)
- Sonstiges _____

6.4 Wenn Netzwerkziele nicht erreicht wurden, was waren die Gründe?

6.5 Wie hat sich die Zahl der eingeschriebenen Patienten seit der Netzwerkgründung entwickelt?

6.6. Unabhängig von der derzeitigen Ausgestaltung des Netzwerkes, können Sie sich einen „optimalen“ Netzwerkaufbau vorstellen? (Größe, Art der Kontrollen, Auswahlkriterien der Mitglieder, Netzwerkaufgaben, Verpflichtung der Mitglieder)

6.7 Sind alternative Modelle denkbar?

Literaturverzeichnis

- Adam, Hans (1983): *Ambulante und ärztliche Leistungen und Ärztedichte*. Berlin.
- Ahuja, Gautam (2000): *Collaboration Networks, Structural Holes and Innovation: A Longitudinal Study*. In: *Administrative Science Quarterly* 10: 425-455.
- Akerlof, George (1970): *The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and the Market Mechanism*. In: *Quarterly Journal of Economics* 84: 488-500.
- Akerlof, George (1982): *Labour Contract as Partial Gift Exchange*. In: *Quarterly Journal of Economics* 97: 542-546.
- Albach, Horst (1993): *Zerrissene Netze: eine Netzwerkanalyse des ostdeutschen Transformationsprozesses*. Berlin.
- Alber, Jens (1992): *Das Gesundheitswesen der BRD*. Frankfurt.
- Alchian, Armen./ Demsetz, Harold (1972): *Production, Information Economic Organization*. In: *American Economic Review* 62,5: 777-795.
- Alter, Catherine (1990): *An Exploratory Study of Conflict and Coordination in Interorganizational Service Delivery systems*. In: *Academy of Management Journal* 33,3: 478-502.
- Alter, Catherine/ Hage, Jerald (1993): *Organizations Working Together*. London.
- Amelung, Volker/ Schumacher, Harald (2000): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden.
- Andersen, Hanfried/ Schulenburg, Matthias Graf von (1990): *Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb*. Berlin.
- Anonymus (2001): *67% think hospitals do a good job, while only 30% think HMOs do a good*. In: *Health Care Strategic Management* 19,10: 8.
- Arnold, Michael (1995): *Solidarität 2000: die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende*. Stuttgart.
- Arrow, Kenneth (1974): *The Limits of Organization*. New York.
- Arrow, Kenneth (1975): *Vertical Integration and Communication*. In: *The Bell Journal of Economics* 6,1: 173-183.
- Arrow, Kenneth (1980): *Wo Organisation endet*. Wiesbaden.
- Axelrod, Robert (1984): *The Evolution of Cooperation*. New York.
- Baker, George/ Jensen, Michael/ Murphy, Kevin (1988): *Compensation and Incentives: Practice vs. Theory*. In: *Journal of Finance* 3: 593-616.

- Barnum, Howard/ Kutzin, Joseph/ Saxenian, Helen (1995): Incentives and Provider Payment Methods. In: *International Journal of Health Planning and Management* 10: 23-45.
- Baumberger, Jürg (2001): *So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa.* Stuttgart.
- Baumol, William/ Bowen, William (1966): *Performing Arts. An Economic Dilemma. Case Studies of Problems Common to them.* New York.
- Baur, Rita/ Eyett, Doris (1997): *Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht der Prognos AG im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung.* Bern.
- Baur, Rita/ Braun, Ulrike (2000): *Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung.* Basel.
- Bausch, Frank/ Stock, Johannes (2000a): *Ärztetze: Team ist Trumpf.* In: *Gesundheit und Gesellschaft.* 3: 23-28.
- Bausch, Frank (2000b): *Praxisnetze und integrierte Versorgungsformen als innovative Suchprozesse.* In: Wille, Eberhard/ Albring, Manfred (Hg.): *Rationalisierungsrreserven im deutschen Gesundheitswesen.* Frankfurt: 89-96.
- Bazzoli, Gloria (et al.) (1999): *A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos.* In: *Health Services Research* 33,6: 1683-1691.
- Beneko, Laura (2001): *Bad Reputation.* In: *Modern Healthcare* 31,37: 17.
- Bernhardt, Daniel (1989): *Money and Loans.* In: *Review of Economic Studies* 56,1: 89-100.
- Bernstein, Amy/ Gauthier, Anne (1998): *Defining Competition in Health Care Markets: Why and How?* In: *Health Services Research,* December: 1421-1438.
- Böcken, Jan/ Butzlaff, Martin/ Esche, Andreas (Hg.) (2000): *Reformen im Gesundheitswesen.* Gütersloh.
- Böhlert, I. (1997): *Voraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung von Managed Care Gatekeepersystemen nach dem Schweizer Muster in Deutschland.* In: *Das Gesundheitswesen* 59: 555-560.
- Boos, Margarete (1993): *Die Fallstudienmethodik.* In: Becker, Fred/ Martin, Albert (Hg.): *Empirische Personalforschung. Methoden und Beispiele.* München: 33-46.
- Bourdieu, Pierre (1992): *An Invitation to Reflexive Sociology.* Chicago.
- Brass, Daniel (1998): *Relationship and Unethical Behaviour: A Social Network Perspective.* In: *Academy of Management Review* 8,23:14-31.
- Braun, Hans (1992): *Gesundheitssystemem und Sozialstaat.* In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 21: 247-263.

- Breid, Volker (1995): Aussagenfähigkeit agencytheoretischer Ansätze im Hinblick auf die Verhaltenssteuerung von Entscheidungsträgern. In: zfbf 9: 821-853.
- Brenner, Gerard/ Weil, Thomas (1996): Sichert der Wettbewerb im Gesundheitswesen den Zugang für alle? In: Arbeit und Sozialpolitik 11: 34-37.
- Breyer, Friedrich/ Zweifel, Peter (1997): Gesundheitsökonomie. Berlin.
- Brockner, Joel/ Siegel, Phyllis (1995) : Understanding the Interaction between Procedural and Distributive Justice. In: Kramer, Roderick/ Tyler, Tom (eds.): Trust in Organizations: 390-414.
- Bronder, Christoph (1993): Kooperationsmanagement: Unternehmensdynamik durch strategische Allianzen. Frankfurt.
- Buckley, Peter (1988): A theory of Cooperation in International Business. In: Contractor, Farok (Hg.): Cooperative Strategies in International Business. Lexington: 31-54.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1998a): Sozialgesetzbuch. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1998b): Übersicht über das Sozialrecht. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1999): Daten des Gesundheitswesens. Baden-Baden.
- Burt, Ronald (1980): Models of Network Structure. In: Annual Review of Sociology 6: 79-141.
- Burt, Ronald (1992): Structural Holes. Harvard.
- Buzzell, Robert (1982): Is integration profitable? In: Harvard Business Review 1: 92-102.
- Camagni, Roberto (1993): Inter-Firm Industrial Networks. The Cost and Benefits of Cooperative Behaviour. In: Journal of Industry Studies 1,1:1-17.
- Carels, Jan/ Wiest, Axel (2000): Kann die Versorgung chronisch Kranker in den USA ein Vorbild für Deutschland sein? In: Arnold, Michael/ Litsch, Martin/ Schwarz, Friedrich (Hg.): Krankenhausreport 1999. Stuttgart: 183-202.
- Carlton, Dennis (2000): Modern Industrial Organization. Addison Wesley.
- Carmichael, Lorne (1989): Self-Enforcing Contracts, Shirking, and Life Cycle Incentives. In: Journal of Economic Perspectives 3,4: 65-83.
- Cezanne, Wolfgang (1998): Neue Institutionenökonomik- Ein Überblick. In: WISU 11: 1345-1353.
- Chan, Benjamin/ Feldman, Roger/ Manning, Willard (1999): The Effects of Group Size and Group Economic Factors on Collaboration: A Study of the Financial Performance of Rural Hospitals in Consortia. In: Health Services Research 34,1: 73-95.

- Church, Jeffrey/ Gandal, Neil (1992): Network effects, software provision and standardization. In: *Journal of Industrial Economics* 15,1: 85-104.
- Coase, Ronald (1937): The Nature of the Firm. In: *Economica* 4: 386-405.
- Coase, Ronald (1996): The Nature of the Firm. In: Buckley, Peter/ Michie, Jonathan (eds.): *Firms, Organizations and Contracts*. Oxford 40-59.
- Coleman, James (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. In: *American Journal of Sociology* 94: 95-120.
- Coleman, James (1990): *The Foundations of Social Theory*. Cambridge.
- Combs, James/ Ketchen, David (1999): Explaining Interfirm Cooperation and Performance: Toward a Reconciliation of Predictions from the Resource Based View and Organizational Economics. In: *Strategic Management Journal* 20: 867-888.
- Cook, Karen (1977): Exchange and Power in Interorganizational Relations. In: *The Sociological Quarterly* 18,1: 62-82.
- Creed, Douglas/ Miles, Raymond (1995): Trust in Organizations. In: Kramer, Roderick/ Tyler, Tom (eds.): *Trust in Organizations*: 16-38.
- Crocker, Keith (1983): Vertical Integration and the strategic use of private information. In: *The Bell Journal of Economics* 14,1: 236-248.
- Cutler, David/ Sheiner, Louise (1997): Managed Care and the Growth of Medical care Expenditures. Working Paper No. 6140. Homepage des National Bureau of Economic Research.
- Daekin, Simon/ Wilkinson, Frank (1998). Contract Law and the Economics of Interorganizational Trust. In: Lane, Christel/ Bachmann, Reinhard (eds.): *Trust Within and Between Organizations*: 146-172.
- Dasgupta, P. (1988): Trust as Commodity. In: Gambetta, D. (ed.): *Trust, making and breaking cooperative relationships*. New York: 49-72.
- D'Aspremont, C/ Jacquemin, A (1988): Cooperative and noncooperative R&D in duopoly with spillovers. In: *American Economic Review* 78: 1133-1137.
- Dannenbring, David/ Starr, Martin (1981): *Management Science: An Introduction*. New York.
- D'Aveni, Richard (1992): Complex patterns of vertical integration in the forest products industry. In: *Academy of Management Journal* 35: 596-625.
- D'Aveni, Richard (1994): Economics of Integration versus Bureaucracy Costs. Does vertical Integration Improve Performance? In: *Academy of Management Journal* 37,5: 1167-1206.

- DiMaggio, Paul/ Powell, Walter (1983): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: American Sociological Review 48: 147-160.
- DiMaggio, Paul (1986): Structural Analysis of Organizational Fields: a Bockmodel Approach. In: Staw, Barry (ed.): Research in Organizational Behaviour. Greenwich: 335-370.
- Doerfert, Hans-Joachim/ Sadowski, Dieter/ Latz, Andreas (1999): Niedergelassene Ärzte – Zielgruppe für das Krankenhausmanagement. In: Das Krankenhaus 1: 28-31.
- Döhler, Mariam (1990): Gesundheitspolitik nach der "Wende": Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel. Bonn.
- Dranove, David (1993): The Case for Competitive Reform in Health Care. In: Arnould, Richard/ Rich, Robert/ White, William (eds.): Competitive Approaches to Health Care Reform. Washington: 67-79.
- Dranove, David (2000): The industrial organization of health care market. In: Culyer, Anthony/ Newhouse, Joseph (eds.): Handbook of Health Economics: 1094-1135.
- Dunning, John (1993): Multinational Enterprises and the Global Economy. Workingham.
- Eccles, Robert (1981): The quasifirm in the construction industry. In: Journal of Economic Behaviour and Organization 2: 335-357.
- Economides, Nicholas/ White, Lawrence (1994): Networks and compability: Implications for antitrust. In: European Economic Review 38: 651-662.
- Ehmann, Horst (1994): Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis. In: MedR 4: 141-149.
- Eisenberg, Joseph (1988): Organized Practice and the Quality of Medical Care. In: Inquiry 25: 78-89.
- Ellis, Randall (1998): Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. In: Journal of Health Economics 17: 537-555.
- Emerson, Richard (1962): Power Dependence Relations. In: American Sociological Review 27: 31-41.
- Enthoven, Alain (1993): The History and Principles of Managed Competition. In: Health Affairs 12: 24-48.
- Evan, William (1990): R&D consortia: A new US organizational form. In: Sloan Management Review 31,3: 37-46.
- Evans, David (1974): Supplier-induced demand. In: Perlman, M. (ed.): The economics of health and medical care. London: 162-173.
- Fama, Eugene / Jensen, Michael (1983) Separation of Ownership and Control. In: Journal of Law and Economics 26: 327-349.

- Fennell, Mary/ Ross, Christopher/ Warnecke, Richard (1987): Organizational Environment and Network Structure 5: 311-340.
- Flick, Uwe (1998): Qualitative Forschung. Hamburg.
- Frank, Richard/ Salkever, David (1994): Nonprofit Organizations in the Health-Care- Sector. Journal of Economic Perspectives 8,4: 129-144.
- Fritsch, Michael (1992): Unternehmensnetzwerke im Licht der Institutionenökonomik. In: Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie 11: 89-102.
- Fritsch, Michael/ Wein, Thomas/ Evers, Hans-Jürgen (1993): Marktversagen und Wirtschaftspolitik. München.
- Furubotn, Eirik/ Pejovich, Svetozar (1974): Property Rights and Economic Theory. In: Journal of Economic Literature 10: 1137-1162.
- Furubotn, Eirik (1991): The New Institutional Economics. Tübingen.
- Gabel, John/ Ermann, Dan (1985): Preferred Provider Organizations: Performance, Problems, and Promise. In: Health Affairs 4,1: 24-40.
- Gäfgen, Gerard (1982): Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens. Berlin.
- Gäfgen, Gerard (1990): Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Anwendungen. Baden-Baden.
- Galasciewicz, Joseph (1979): The Structure of Community Organizational Networks. In: Social Forces 57,4: 1347-1364.
- Gal-Or, Esther (1992): Vertical Integration in Oligopoly. In: The Journal of Law, Economics & Organization 8,2: 377-393.
- Gebert, Alfred (1989): Evaluation und Qualitätssicherung in Health Maintenance Organizations. In: Deutsche Rentenversicherung 8-9: 494-501.
- Gerste, Bettina/ Niemeyer, Martina/ Lauterberg, Jörg (2000): Wieviel chronisch Kranke gibt es? In: Arnold, Michael (Hg.): Krankenhausreport 1999. Stuttgart: 67-92.
- Giddens, Anthony (1990): The consequences of modernity. Oxford.
- Glaser, Barney/ Strauss, Anselm (1998): Grounded Theory, Strategien qualitativer Forschung. Bern.
- Glazer, Jacob/ McGuire, Thomas (1994): Payer Competition and Cost Shifting in Health Care. In: The Massachusetts Institute of Technology 3,1: 71-92.
- Glendinning, Caroline (1999): GPs and Contracts: Bringing General Practice into Primary care. In: Social Policy and Administration 33,2: 115-131.
- Grandori, Anna/ Soda, Guiseppe (1995): Inter-Firm Networks: Antecedents, Mechanisms and Forms. In: Organization Studies 16,2: 183-214.

- Granovetter, Mark (1973): The Strength of Weak Ties. In: *American Journal of Sociology* 78: 1360-1380.
- Granovetter, Mark (1985): Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. In: *American Journal of Sociology* 91: 418-450.
- Granovetter, Mark (1993): Problems of Explanation in Economic Sociology. In: Nohria, Nitin (ed.): *Networks and Organizations*. Boston: 25-56.
- Greenberg, Warren (1998): Marshfield Clinic, Physician Networks, and the Exercise of Monopoly Power. In: *Health Services Research* 33,5: 1461-1478.
- Grossman, Sanford/ Hart, Oliver (1986): The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration. In: *Journal of Political Economy* 94,4: 691-719.
- Hajen, Leonhard/ Paetow, Holger/ Schumacher, Holger (2000): *Gesundheitsökonomie*. Stuttgart.
- Hall, Richard et al. (1977): Patterns of Interorganizational Relations. In: *Administrative Science Quarterly* 22,3: 457-474.
- Halverson, Paul (2000): Working together? Organizational and market Determinants of Collaboration between Public Health and Medical Care Providers. In: *American Journal of Public Health* 90,12: 1913-1925.
- Hanf, Kenneth/ O'Toole, Laurence (1992): Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of inter-organizational relations. In: *European Journal of Political Review* 21: 163-180.
- Harary, Frank (1965): *Structural Models: An Introduction to the Theory of Directed Graphs*. New York.
- Harrigan, Kathryn (1985): Strategies for intrafirm transfers and outside sourcing. In: *Academy of Management Journal* 28: 914-925.
- Hart, Oliver (1987): Incomplete Contracts. In: Eatwell, John/ Milgate, Murray/ Newman, Peter (eds.): *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. London: 752-758.
- Hirsch, Fred (1976): *Social Limits to Growth*. London.
- Hollingsworth, Joseph Rogers (1996): Die Logik der Koordination des verarbeitenden Gewerbes in den USA. In: Kenis, Patrick/ Schneider, Volker (Hg.): *Organisation und Netzwerk*. Frankfurt: 273-311.
- Huber-Stemich, Felix (1996): Sechs Jahre HMO Zürich-Wiedekon. In: *Ars Medici* 18: 1135-1139.
- Human, Sherry/ Provan, Keith (1997): An Emergent Theory of Structure and Outcomes in Small-Firm Strategic Manufacturing Networks. In: *Academy of Management Journal* 40,2: 368-403.

- Icks, Annette/ Dörsam, Pia (1988): Regionale Unternehmensnetzwerke am Beispiel Deutschlands. In: IGA 2:17-31.
- Igelhart, John (1992): The American Health Care System. In: New England Journal of Medicine 327, 10: 742-747.
- Jarillo, Carlos (1988): On Strategic Networks. In: Strategic Management Journal 9: 31-41.
- Kaldor, Nicholas (1996): The equilibrium of the firm. In: Buckley, Peter/ Michie, Jonathan (eds.): Firms, Organizations and Contracts. Oxford: 23-39.
- Kaluzny, Arnold/ Morissey, Joseph/ McKinney, Martha (1990): Emerging Organizational Networks: The Case of Community Clinical Oncology Program. In: Mick, Stephan (ed.): Innovations in Health Care Delivery. San Francisco: 86-115.
- Kandori, Michihiro (1992): Social Norms and Community Enforcement. In: Review of Economic Studies 59,1: 581-593.
- Kania, Helga/ Blanke, Bernhard (1998): Die Gesundheitsreform und die Ökonomisierung des Gesundheitssystems. In: Public Health 6,20: 12.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999a): Die bisherigen Fortschritte bei der Koalitionsklausur über die „Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000“. In: Gesundheitspolitischer Informationsdienst Nr.8: 1-11.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (1999b): Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Überblick. Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2000): Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 SGB V. In: Deutsches Ärzteblatt 49: A 3364-3372.
- Katz, Michael (1986): An Analysis of Cooperative Research and Development. In: Rand Journal of Economics 17: 527-544.
- Kazahaya, Glan/ Masters, Guy (1988): Case-Mix Management enhances profitability. In: Healthcare Financial Management September: 76-80.
- Keohane, R.obert (1986) : Reciprocity in International Relations. In: International Organization 40,1: 1-27.
- Kennedy, James (1999): Reformen im Britischen Gesundheitswesen. In: Forum Managed Care 5: 34-37.
- Kessler, Friedrich/ Stern, Richard (1959): Competition, Contract, and Vertical Integration. In: The Yale Law Journal 69,1: 1-125.
- Klein, Benjamin/ Crawford, Robert/ Alchian, Armen: (1978): Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. In: Journal of Law and Economics 21: 297-325.

- Klein, Benjamin (1981): The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance. In: Journal of Political Economy 89: 615-641.
- Klein, Benjamin (1985): Self-enforcing contracts. In: Journal of Institutional and theoretical economics 141: 594-600.
- Klemm, Helmut (2000): Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen. In: Wille, Eberhard/ Albring, Manfred (Hg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: 97-106.
- Knappe, Eckhard (u.a.) (2000): Die Bedeutung von Medizinprodukten im Deutschen Gesundheitswesen. Wiesbaden.
- Knoke, David/ Kulinski, James (1982): Network Analysis. London.
- Knyphausen-Aufseß, Dodo zu (1997): Organisation als Erfolgspotential- Ansätze zu einem "Organisationscontrolling". In: Zeitschrift für Planung 8: 375-394.
- Knyphausen-Aufseß, Dodo zu (1999): Theoretische Perspektiven der Entwicklung von Regionalnetzwerken. In: ZfB 69,5: 592-616.
- Krauth, Christian u.a. (1998): Zur Umsetzung ergebnisorientierter Vergütungsmethoden. In: Arbeit und Sozialpolitik 11: 10-22.
- Kreiner, Kristian/ Schultz, Majken (1993): Informal Collaboration in R&D. The Formation of Networks Across Organizations. In: Organization Studies 14,2: 189-211.
- Kühn, Hagen (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Realisierbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversicherung. Berlin.
- Kühn, Hagen (1997): Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Berlin.
- Kunz, Regina/ Neumayr, Hans (1998): Rationale Gesundheitsversorgung – Liefert Evidence-Based Medicine die Antwort? In: Arbeit und Sozialpolitik 1: 28-33.
- Lazerson, Marc (1995): A new phoenix: Modern putting out in the Modena knitwear industry. In: Administrative Science Quarterly 40: 34-59.
- Lee, Coong Sup (1995): Optimal medical treatment under asymmetric information. In: Journal of Health Economics 14: 419-414.
- Leiter, Josef (1998): Managed Care- Ansätze zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. In: Knappe, Eckhard (Hg.): Reformstrategie Managed Care. Baden-Baden: 55-78.
- Liden, Robert/ Wayne, Sandy/ Bradway, Lisa (1997): Task Interdependence as a Moderator for the Relation between Group Control and Performance. In: Human Relations 50,2: 1997: 169-181.

- Liebeskind, Julia (1996): Social Networks, Learning and Flexibility: Sourcing Scientific Knowledge in New Biotechnology Firms. In: *Organization Science* 7,4: 428-443.
- Lincoln, James (1982): Intra- and Interorganizational Networks. In: *Research in the Sociology of Organizations* 1: 1-38.
- Lind, Allan (1988): *The social psychology of procedural justice*. New York.
- Löhr, Franz (1998): Krankenhauskooperation. In: *Das Krankenhaus* 12: 780-783.
- Lorenzoni, Gianni: (1982): From Vertical Integration to Vertical Desintegration. In: Jarillo, Carlos (Hg.): *On strategic networks*. In: *Strategic Management Journal* 9: 3-41.
- Luhmann, Niklas (1979) *Trust and Power*. Chichester.
- Luhmann, Niklas (1989): *Vertrauen: Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart.
- Luhmann, Niklas (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt.
- Luft, Harold/ Morrison, Ellen (1991): *Alternative Delivery Systems*. In: Ginzberg, Eli (ed.): *Health Services Research*. London: 195-233.
- Ma, Ching-to Albert (1994): *Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives*. In: *Journal of Economics and management Strategy* 3,1: 93-112.
- Ma, Ching-to Albert (1997): *Optimal Health Insurance and Provider Payment*. In: *American Economic Review* 87,4: 685-704.
- Macaulay, Stewart (1996): *Non-Contractual Relations in Business: A Preliminary Study*. In: Buckley, Peter/ Michie, Jonathan: *Firms, Organizations and Contracts*. Oxford: 339-358.
- Mahoney, Joseph (1992): *The choice of organizational form: Vertical ownership versus other methods of vertical integration*. In: *Strategic Management Journal* 13: 559-584.
- Männer, Leonhard (1997): *Managed Care Modelle für chronisch Kranke in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. In: Knappe, Eckhard (Hg.): *Reformstrategie Managed Care*. Baden-Baden: 93-112.
- Martin, Stephen (1994). *Industrial Economics*. Englewood Cliffs.
- Mayntz, Renate (1991): *Modernization and the logic of interorganizational networks*. Köln.
- McGuire, James (1988): *Agency Theory and Organizational Analysis*. In: *Managerial Finance* 14,4: 6-9.
- McGuire, Alistair/ Fenn, Paul (1991): *The Economics of Health Care*. In: McGuire, Alistair/ Fenn, Paul/ Mayhew, Ken (eds.): *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*. Oxford: 460-520.
- McGuire, Thomas (2000): *Physician Agency*. In: Culyer, Anthony/ Newhouse, Joseph (eds.): *Handbook of Health Economics*: 462-517.

- McManus, John (1967): The cost of alternative economic organizations. In: *The Journal of Political Economy* 75: 334-350.
- Meffert, Heribert/ Bruhn, Manfred (1997). *Dienstleistungsmarketing*. Wiesbaden.
- Miles, Raymond/ Snow, Charles (1992): Causes and Failure in Network Organizations. In: *California Management Review* (Summer):53-72.
- Milgrom, Paul (1988): Employment contracts, influence activities and efficient organization design. In: *Journal of Political Economy* 96: 42-60.
- Milgrom, Paul/ Roberts, John (1992): *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs.
- Mitchell, Clyde (1969): The Concept and the Use of Social Networks. In: Mitchell, Clide (ed.): *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: 1-50.
- Mooney, Gavin (1988): *Economics, Medicine and Health Care*. Sussex.
- Mullen, Penelope (1990): Which internal Market? The NHS White Paper and internal markets. In: *Financial Accountability and Management* 6,1: 33-50.
- Müller, Wolfgang (1998): Ausgaben für Gesundheit. In: *Soziale Sicherheit* 5: 183-197.
- Münnich, Frank (1984): Vergleichende Analyse der Steuerungsmechanismen auf der Allokations- und Produktionsebene im ambulanten Bereich. In: Neubauer, Günter (Hg.): *Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen der Sozialen Marktwirtschaft*. Gerlingen: 231-257.
- Nayeri, Kamran (1995): Economic Boundaries of Health care: Factors Influencing Reform Proposals. In: *Review of Radical Political Economics* 27,4: 56-82.
- Neipp, Joachim (1986): Primary Care Networks als Wettbewerber mit neuer Vergütungsform. In: Gäfgen, Gerard (Hg.): *Ökonomie des Gesundheitswesens*. Berlin: 343-357.
- Neuffer, Andreas (1997): *Managed Care: Umsetzbarkeit des Konzepts im deutschen Gesundheitssystem*. Bayreuth.
- Newhouse, Joseph (1992): Medical Care Costs: How much Welfare Lost? In: *Journal of Economic Perspectives* 6,3: 3-21.
- Newhouse, Joseph (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection. In: *Journal of Economic Literature* 34: 1236-1263.
- Nilakant, V./ Hayagreera, Rao (1994): Agency Theory and Uncertainty in Organizations: An Evaluation. In: *Organization Studies* 15,5: 649-672.
- Nooteboom, B./ Berger, H. (1997): Effects of Trust and Governance on Relational Risk. In: *Academy of Management Journal* 40: 308-338.
- Oberender, Peter (1998): Managed Care und Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: Knappe, Eckhard (Hg.): *Reformstrategie "Managed Care"*: 11-30.

- Oliver, Amalya/ Montgomery, Kathleen (1996): A network approach to outpatient service delivery systems: resources flow and system influence. In: Health Services Research 30,6:771-797.
- Olten, Rainer (1995): Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik. Oldenburg.
- Ortmann, Günther/ Schnelle, Wolfgang (2000). Medizinische Qualitätsnetze. In: Sydow, Jörg/ Windeler, Arnold (Hg.): Steuerung von Netzwerken: Opladen: 206-233.
- Osborn, Richard/ Hagedoorn, John (1997): The Institutionalization and Evolutionary Dynamics of Interorganizational Alliances and Networks. In: Academy of Management Journal 40,2: 261-278.
- Ouchi, William (1980): A conceptual framework for design of organizational control mechanism. In: Management Science 25: 833-848.
- Ouchi, William (1988): The logic of joint research and development. In: California Management Review 30,3: 9-33.
- Ouchi, William (1996): Markets, Bureaucracies and Clans. In: Buckley, Peter/ Michie, Jonathan: Firms, Organizations and Contracts. Oxford: 442-458.
- O.V. (2001): Managed Care Modelle in der Schweiz. In: Managed Care 3: 37-43.
- Parsons, Talcott (1951): The Social System. London.
- Pauly, Mark (1992): Risk variation and Fallback Insurers in Universal Coverage Plans. In: Inquiry 29: 137-147.
- Perry, Martin (1989): Vertical Integration: Determinants and effects. In: Schmalensee, Richard (ed.): Handbook of Industrial Organization 1:183-248.
- Pfeffer, Jeffrey (1978) The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective. New York.
- Phelps, Charles (1997): Health Economics. Addison-Wesley.
- Picot, Arnold (1982): Der Transaktionskostenansatz in der Organisationstheorie: Stand der Diskussion und Aussagewert. In: DBW 42,2: 267-284.
- Podolny, Joel (1995): A role-based ecology of technological change. In: American Journal of Sociology 100: 1224-1260.
- Pope, Gregory/ Burge, Russel (1992): Inefficiencies in Physician Practices. In: Advances in Health Economics and Health Services Research 13: 129-164.
- Porter, Michael (1987): From Competitive Advantage to Corporate Strategy. In: Harvard Business Review 65,1: 43-59.
- Powell, Walter (1990): Neither Markets nor Hierarchy: Network Forms of Organization. In: Research in Organizational Behavior 12: 295-336.

- Powell, Walter (1996): Interorganizational collaboration and the locus of innovation. In: *Administrative Science Quarterly* 41: 116-145.
- Provan, Keith (1995): A preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. In: *Administrative Science Quarterly* 40: 1-33.
- Raub, Werner/ Weesie, Jerome (1990): Reputation and Efficiency in Social Interactions: An Example of Network Effects. In: *American Journal of Sociology* 96,3: 626-54.
- Raub, Werner (1992): Eine Notiz über die Stabilisierung von Vertrauen durch eine Mischung von wiederholten Interaktionen und glaubwürdigen Festlegungen. In: *Analyse & Kritik*, Bd.14: 187-194.
- Renzewitz, Susanne (1998): Modellvorhaben nach §§ 63 bis 65 SGB V. In: *Das Krankenhaus* 1: 13-17.
- Reve, Torger (1988): The Firm as a Nexus of External and Internal Treaties. In: Aoki, Masahiko (et al.) (eds.): *The Firm as a Nexus of Treaties*. Los Angeles: 86-119.
- Rhodes, R. (1992): New directions in the study of policy networks. In: *European Journal of Political Research* 21: 181-205.
- Richardson, John (1998): *Handbook of Qualitative Research*. Leicester.
- Richter, Rudolf (1994): *Institutionen ökonomisch analysiert*. Tübingen.
- Richter, Rudolf (1999): *Neue Institutionenökonomik: eine Einführung und kritische Würdigung*. Tübingen.
- Riordan, Michael/ Sappington, David (1987): Information, Incentives and Organizational Mode. In: *The Quarterly Journal of Economics*: 243-263.
- Rochaix, Lise (1989): Information Asymmetry and Search in the Market for Physician Services. In: *Journal of Health Economics* 8: 53-84.
- Rosenbrock, Rolf (1998): *Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick*. WZB-Paper. Berlin.
- Rosenthal, Thomas (et al.) (1997): Rural Physicians, Rural Networks, and Free Market Health Care. In: *Archiv of Family Medicine* 6: 319-323.
- Roth, Andrea/ Rüschemann, Hans-Heinrich (2000): Ökonomische Plädoyer für eine integrative Versorgung. In: Arnold, Michael u.a. (Hg.): *Krankenhausreport 1999*. Stuttgart: 92-161.
- Rowley, Timothy (1997): Moving Beyond Dyadic Ties: A Network Theory of Stakeholder Influences. In: *Academy of Management Review* 22,4: 887-910.
- Rychel, Werner (2001): Praxisnetze in Bayern: Erfolg ist ansteckend. Bestehende Praxisnetze wurden weiterentwickelt, neue gegründet. In: *BKK* 2: 67-70.

- Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hg.) (2000): Jahresgutachten 2001. Chancen auf einem höheren Wachstumspfad. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) (1996): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998): Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Baden-Baden.
- Sadowski, Dieter (1999): Ausgehandelte Arbeitsbeziehungen: Zur Verbindung ökonomischer und rechtlicher Theorien des Arbeitsvertrages. In: Breising, Thomas (Hg.): Mitbestimmung- Gesellschaftlicher Auftrag und ökonomische Ressource. München: 142-162.
- Sako, Mari (1998): Does Trust improve Business Performance? In: Lane, Christel/ Bachmann, Reinhard (eds.): Trust Within and Between Organizations: 88-117.
- Salop, Steven/ Scheffman, David (1983): Raising rivals cost. In: American Economic Review 80,4: 267-271.
- SanaCare (Hg.) (2000): Jahresbericht 1999. Winterthur.
- Saxenian, Annalee. (1991): The Origins and Dynamics of Production Networks in Silicon Valley. In: Research Policy 20: 423-437.
- Scharpf, Fritz (Hg.) (1993): Games in Hierarchies and Networks. Frankfurt.
- Schlesinger, Martin (1986): Profits under Pressure. The Economic Performance of Investor Owned and an Non-Profit HMO. In: Medical Care 24,7: 615-627.
- Schmitt, Helmut (2000): Hausarzttarife in der PKV. In: Wille, Eberhard/ Albring, Manfred (Hg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: 207-214.
- Schneider, Markus (et al.) (1997): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg.

- Schneider, Markus (2000): Erfahrungen mit Hausarztmodellen in den Niederlanden und der Schweiz. In: Wille, Eberhard/ Albring, Manfred (Hg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: 191- 200.
- Schnell, Rainer/ Hill, Paul/ Esser, Elke (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. München.
- Scherer, Frederic Ross, David (1990): Industrial Market Structure and Economic Performance. Boston.
- Schöffski, Oliver/ Schulenburg, Graf von (1996): Der Wettbewerb innerhalb der GKV unter besonderer Berücksichtigung der Kassenwahlfreiheit. In: Sozialer Fortschritt 12: 293-305.
- Schönbach, Karl-Heinz (1991): Zur Erprobung eines HMO Modells im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik. 11:36-40.
- Schulenburg, Matthias Graf von (1982): Health Maintenance Organizations- einen interessante Alternative zur traditionellen Krankenversicherung? In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft 3/4: 627-648.
- Schulenburg, Matthias Graf von (1987): Wettbewerb unter Arztpraxen: Empirische Ergebnisse zum ökonomischen Marktverhalten von Ärzte. In: Oberender, Peter (Hg.): Gesundheitswesen im Aufbruch. Bayreuth: 103-108.
- Schwartz, Friedrich u.a. (1998): Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, Klaus/ Laaser, Ulrich (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: 823-849.
- Schwyzter Hausärzteverein (1997): Statut des Schwyzter Hausärzteverein. Ohne Ortsangabe.
- Scott, A/ Hall, J (1995): Evaluating the Effects of GP remuneration: problems and prospects. In: Health Policy 31: 183-195.
- Scott, Richard (1986): Grundlagen der Organisationstheorie. Frankfurt.
- Shan, Weijian/ Walker, Gordon/ Kogut, Bruce (1994): Interfirm cooperation and startup innovation in the biotechnology industry. In: Strategic Management Journal 15: 387-394.
- Shapiro, Carl (1989): Optimal Contracts with Lock-In. In: American Economic Review 79,1: 51-68.
- Sharkey, William (1993): Network Models in Economics, forthcoming. In: Grötschel, Martin (Hg.): The Handbook of Operations Research and Management Science. Berlin: 37-54.
- Shortell, Stephen (1990): The Effects of Regulation, Competition and Ownership among Hospital Inpatients. In: New England Journal of Medicine 318: 110-137.

- Shortell, Stephen (1997) Die neue Welt von Managed Care. In: Arnold, Michael (Hg.): Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart.
- Simon, Herbert (1958): Theories of decision making in economics and behavioral science. In: American Economic Review 49: 253-283.
- Simon, Herbert (1991): Organization and Markets. In: Journal of Economic Perspectives 5,2: 25-44.
- Singh, Kulwant (1997): The Impact of Technological Complexity and Interfirm Cooperation on Business Survival. In: Academy of Management Journal 40,2: 339-367.
- Sitkin, Sim / Roth, Nancy (1993): Explaining the Limited Effectiveness of Legalistic remedies for Trust/ Distrust. In: Organization Science 4: 345-92.
- Sobrero, Maurizio/ Schrader, Stephan (1998): Structuring inter-firm relationships: a meta-analytic approach. In: Organization Studies 19,4: 585-615.
- Sommer, Jürg (1992): Health Maintenance Organization. Erwartungen und Erfahrungen in den USA. Zürich.
- Sorkin, Alan (1992): Health Economics: an Introduction. New York.
- Stillfried, Dominique Graf von (1997): Managed Care Elemente in der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arnold, Michael/ Lauterbach, Karl/ Preuß, Hans-Jürgen (Hg.): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart: 229-251.
- Sullivan, Sean (1996): Collective Purchasing and Competition in Health Care. In: Helms, Robert (ed.): Health Policy Reform: Competition and Controls. Washington: 259-269.
- Sydow, Jörg (1991): Unternehmensnetzwerke: Begriffe, Erscheinungsformen und Implikationen für die Mitbestimmung. Düsseldorf.
- Sydow, Jörg (1992): Strategische Netzwerke: Organisation und Evolution. Wiesbaden.
- Sydow, Jörg/ Loose, Achim (1994): Vertrauen und Ökonomie in Netzwerkbeziehungen. In: Sydow, Jörg/ Windeler, Arnold (Hg.): Management interorganisationaler Beziehungen. Opladen 1994: 160-193.
- Sydow, Jörg (1995a): Netzwerkorganisation. Interne und Externe Restrukturierung von Unternehmungen. In: WiST 12: 629-634.
- Sydow, Jörg/ Windeler, Arnold (u.a.) (1995b): Organisation von Netzwerken. Opladen.
- Sydow, Jörg/ van Well, Bennet (1996): Wissensintensiv durch Netzwerkorganisation-Strukturierungstheoretische Analyse eines wissensintensiven Netzwerkes. In: Managementforschung 6: 191-234.

- Sydow, Jörg/ Windeler, Arnold (1998): Organizing and Evaluating Interfirm Networks: A Structurationist Perspective on Network Process and Effectiveness. In: *Organization Science* 93:265-283.
- Sydow, Jörg/ Duschek, Stephan (2000a): Starke Beziehungen, durchlässige Grenzen- Grenzmanagement in einem Dienstleistungsnetzwerk. In: *DBW* 60,4: 441-458.
- Sydow, Jörg (2000b). Steuerung von und in Netzwerken- Perspektiven, Konzepte, vor allem aber offene Fragen. In: Sydow, Jörg/ Windeler, Arnold (Hg.): *Steuerung von Netzwerken*. Opladen.
- Szecsényi, Joachim et al. (Hg.) (1999): *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten: Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren "Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried"*. Göttingen.
- Telser, Lester (1980): A theory of self-enforcing agreements. In: *Journal of Business* 53: 27-44.
- Teubner, Günther (1992): Die vielköpfige Hydra: Netzwerke als kollektive Akteure höherer Ordnung. In: Krohn, Wolfgang/ Küppers, Günther (Hg.): *Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt: 189-217.
- Thorelli, Hans (1984): Networks: Between Markets and Hierarchies. In: *Strategic Management Journal* 7: 37-51.
- Tirole, Jean (1988): *The Theory of Industrial Organization*. Cambridge.
- Tirole, Jean (1989): The Theory of the Firm. In: Schmalensee, Richard (Hg.): *Handbook of Industrial Organization* 1: 61-133.
- Toepffer, Johannes (1999): *Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat*. Bayreuth.
- Tolle, Elisabeth (1994): Informationsökonomische Erkenntnisse für das Marketing bei Qualitätsunsicherheit der Konsumenten. In: *Zfbf* 11,25: 926-938.
- Traxler, Franz/ Unger, Brigitte (1990): Institutionelle Erfolgsbedingungen wirtschaftlichen Strukturwandels. In: *Wirtschaft und Gesellschaft* 2,16: 189-233.
- Tsebelis, George (1993): Monitoring in Networks and Hierarchies: Congress and Organizations. In: Scharpf, Fritz (Hg.): *Games in Hierarchies and Networks*. Frankfurt: 351-385.
- Uzzi, Brian (1997): Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness. In: *Administrative Science Quarterly* 42: 35-67.
- Van de Ven, Andrew (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? In: Zweifel, Peter/ Frech, H.E. (eds.): *Health Economics Worldwide*. Dordrecht.

- Volberda, Henk (1996): Toward the Flexible Form: How to Remain Vital in Competitive Environments. In: *Organization Science* 7,4: 359-374.
- Waarden, Frans von (1992): Dimensions and Types of Policy Networks. In: *European Journal of Political Research* 21: 29-52.
- Waddock, Sandra (1989): Understanding Social Partnership: An Evolutionary Model of Partnership Organizations. In: *Administration & Society* 21,1: 78-100.
- Wagener, Andreas (1997): Der niedergelassene Arzt im Krankenhaus. In: *Das Krankenhaus*: 170-178.
- Walker, Gordon/ Kogut, Bruce/ Shan, Weijan (1997): Social Capital, Structural Holes and the Formation of an Industry Network. In: *Organization Science* 8,2: 109-125.
- Ware, John (1986): Comparison of Health Outcomes at a Health Maintenance Organization with those for Fee-For-Service Care. In: *The Lancet* 3: 1017-1022.
- Wasserman, Stanley/ Faust, Katherine (1994): *Social Network Analysis: Methods and Applications*. New York.
- Weber, Max (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen.
- Wechsler, Jil (2001): Rising premiums prompt employers to reduce healthcare coverage. In: *Managed Healthcare Executive* 11,9: 8-10.
- Westebbe, Peter (1999): *Ärzte im Netz- Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Kommunikationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland*. Neuss.
- White, Harrison (1976): Social Structure form Multiple Networks: Blockmodels of Roles and Positions. In: *American Journal of Sociology* 81: 730-780.
- Wigge, Peter (1996): Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge- Ein Zukunftsmodell für die gesetzliche Krankenversicherung? In: *MedR* 2: 51-59.
- Wildemann, Horst (1997): Koordination von Unternehmensnetzwerken. In *ZfB* 67,4: 417-439.
- Williamson, Oliver (1967): Hierarchical Control and Optimum Firm Size. In: *The Journal of Political Economy* 75,2: 123-138.
- Williamson, Oliver (1971): The vertical integration of production: Market failure considerations. In: *American Economic Review* 59,2: 112-127.
- Williamson, Oliver (1975): *Markets and Hierarchies*. New York.
- Williamson, Oliver (1979): Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. In: *Journal of Law and Economics* 22, October: 233-262.
- Williamson, Oliver (1981): The Economics of Organization: that Transaction Cost Approach. In: *American Journal of Sociology* 87: 584-577.

- Williamson, Oliver (1985): *The Economic Institutions of Capitalism*. New York.
- Williamson, Oliver (1990): *Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus*. Tübingen.
- Williamson, Oliver (1991): *Comparative Economic Organization: the Analysis of Discrete Structural Alternatives*. In: *Administrative Science Quarterly* 36: 269-296.
- Williamson Oliver (1993): *Transaction Cost Economics and Organization Theory*. In: *Industrial and Corporate Change* 2: 107-156.
- Williamson, Oliver (1996): *The mechanisms of governance*. New York.
- Wolff, Birgitta (1995): *Organisation durch Verträge: Koordination und Motivation in Unternehmen*. Wiesbaden.
- Woll, Artur (1990): *Allgemeine Volkswirtschaftslehre*. München.
- Womack, James (1990): *The machine that changed the world*. New York.
- Worms, Carola/ Sicker, Peter (2000): *Modellprojekt Diabese: Hand in Hand für den Patienten*. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 3: 18-19.
- Zelman, Walter/ Berenson, Robert (1998): *The managed care blues and how to cure them*. Washington.
- Zucker, Lynne (1991): *Markets for Bureaucratic Authority and Control: Information Quality in Professions and Services*. In: *Research in the Sociology of Organizations* 8: 157-190.
- Zwanziger, Jack (1988): *The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California*. In: *Journal of Health Economics* 7: 301-320.
- Zwanziger, Jack (1993): *The effects of Competition an the Hospital Industry*. In: Arnould, Richard (ed.): *Competitive Approaches to Health Policy Reform*. Washington: 111-134.
- Zwanziger, Jack/ Melnick, Glen (1996): *California Providers Adjust to Increasing Price Competition*. In: Helms, Robert (ed.): *Health Policy Reform: Competition and Controls*. Washington: 241-258.
- Zwanziger, Jack/ Mukamel, Dana (2001): *HMO penetration, competition and risk adjusted mortality*. In: *Health Services Research* 12: 1019-1035.

Zeitungsartikel

Frankfurter Allgemeine Zeitung 2.4.2001: 5

Frankfurter Allgemeine Zeitung 9.5.2001: 4

Homepages

Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de>

National Bureau of Economic Research <http://www.nber.org>

Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de>