

# Veränderte Marktstrukturen für Ärzte im ambulanten Sektor

von Volker Amelung\* und Katharina Janus\*\*

## ABSTRACT

**Das Aufbrechen verkrusteter Strukturen** im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitssystems eröffnet vielfältige Möglichkeiten der Neupositionierung im Markt. In dieser Hinsicht müssen grundsätzliche Entscheidungen über die Spezialisierung der angebotenen Leistungen unter Berücksichtigung akuter oder chronischer Erkrankungen unterschiedlicher Patientenpopulationen getroffen werden. Daraus ergeben sich vier mögliche Felder der Positionierung, die im Implementierungsprozess auf Seiten der Leistungserbringer nach Managementfähigkeiten verlangen und von Seiten der Politik Stabilität bedürfen.

**Schlüsselworte:** ambulanter Sektor, Spezialisierung, Wettbewerb, Versorgung chronisch Kranker, Generalisierung

**The break-up of rigid structures** in the outpatient sector of Germany's health care system offers myriad opportunities for repositioning in the market. In this respect basic decisions have to be made regarding the specialization of the medical services offered in response to acute or chronic conditions of various patient populations. As a result, four possible strategies of positioning exist, each demanding strong change management capabilities on the side of the respective care provider and a certain degree of stability of the political environment during the process of implementation.

**Keywords:** outpatient sector, specialization, competition, chronic care, generalization

## 1. Aufbrechen verkrusteter Strukturen

Nach Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRGs) im stationären Sektor und daraus folgend dem massiven und anhaltenden Abbau von Überkapazitäten ist der ambulante Sektor eine der nächsten „Großbaustellen“ der Reformen im deutschen Gesundheitssystem.

Von den insgesamt 306.400 berufstätigen Ärzten in Deutschland arbeiten 133.400 in der ambulanten Versorgung (Busse und Riesberg 2006). Der ambulante Sektor ist dabei charakterisiert durch den Vertragsarzt, der eine Zulassung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) aufweist. Lediglich

7.500 ambulant tätige Ärzte behandeln ausschließlich Privatpatienten und nur 8.000 arbeiten als Angestellte in einer Vertragsarztpraxis. Drei Viertel der niedergelassenen Ärzte arbeiten alleine in einer Einzelpraxis, ein Viertel entweder in einer Praxisgemeinschaft (Nutzung gemeinsamer Praxisräume und Praxiseinrichtungen durch selbstständige Vertragsärzte primär zum Zweck der Kostensenkung mit jeweils eigenständiger Abrechnung mit der Kassen[zahn]ärztlichen Vereinigung) oder in einer Gemeinschaftspraxis (wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss von zwei oder mehreren Ärzten zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung in gemeinsamen Praxisräumen). Von den ambulant tätigen Ärzten arbeiten rund die Hälfte (51 Prozent) als Allgemeinmediziner, die andere Hälfte als Fachärzte (49 Prozent).

### \* Prof. Dr. oec. Volker Amelung

Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, OE 5410, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover · Telefon: 0511 532-5417

Fax: 0511 532-5347 · E-Mail: amelung.volker@mh-hannover.de; Bundesverband Managed Care e.V., Friedrichstraße 136, 10117 Berlin · Telefon: 030 280944-80 · Fax: 030 280944-81

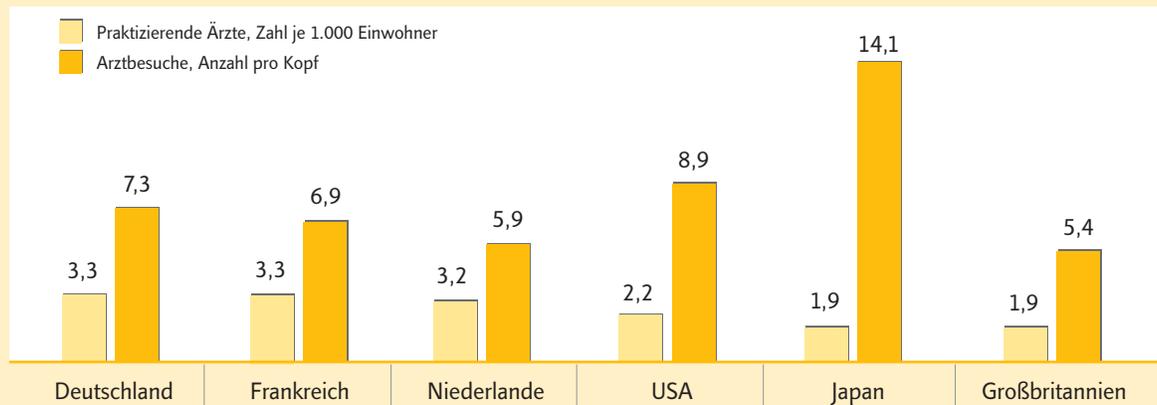
### \*\* Dr. rer. pol. Katharina Janus

Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, OE 5410,

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover  
Telefon: 0511 532-4453 · Fax: 0511 532-5417  
E-Mail: janus.katharina@mh-hannover.de

ABBILDUNG 1

## Ärztichte in ausgewählten Ländern in 2005



Quelle: OECD Health Data 2005

Da es in Deutschland mit Ausnahme einiger Verträge zur integrierten Versorgung kein Gatekeeping-System gibt, ist die Versorgung im ambulanten Sektor wenig strukturiert und koordiniert. Obwohl das Gesamtvolumen der ambulant ärztlichen Versorgung lediglich 32,474 Milliarden Euro (2003) beziehungsweise 13,55 Prozent der Gesamtausgaben ausmacht, ist dieser Sektor aufgrund seiner Entscheidungskompetenzen (zum Beispiel bei der Einweisung in Krankenhäuser) eine wesentliche Stellschraube für die Effizienz eines Gesundheitssystems. Auf die einzelne Arztpraxis entfällt somit ein Honorarvolumen von durchschnittlich 193.700 Euro, wobei hier die Honorarumsätze aus dem privatärztlichen Bereich noch nicht berücksichtigt sind. Im internationalen Vergleich ist die Ärztedichte hoch, wobei dies nicht mit der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte korreliert (OECD 2006).

Mit der Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren im Zuge des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) 2004 wurde eine wesentliche Weichenstellung hin zu professionelleren Strukturen eingeleitet, die im Gesetzesentwurf zum Vertragsarztänderungsgesetz konsequent fortgeführt wird. Flankiert wird diese Entwicklung durch die konsequente Forderung nach und Förderung von integrierten Versorgungsstrukturen, die wesentlich weiter gehen als nur die integrierte Versorgung nach §140a–h Sozialgesetzbuch (SGB) V. Dabei spielen Standesorganisationen wie die KVen eine zunehmend untergeordnete Rolle. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Interessenvertretungen der Ärzte im Gesundheitsmarkt ausgedient haben. Eine Hausärzte-KV beispielsweise oder eine Augenärzte-KV, bei der nicht alle Hausärzte beziehungsweise Augenärzte

Mitglied sein müssen, kann durchaus sinnvoll sein, denn eine solche arztgruppenspezifische Interessenvertretung kann sich gezielter für die Anliegen der jeweiligen Gruppe einsetzen als es derzeit in den KVen der Fall ist. Solche arztgruppenspezifischen Interessenvertretungen werden sich aber auf der Basis marktlicher Gegebenheiten formieren und als Managementgesellschaften organisiert sein. Zunftähnliche Strukturen, wie sie die KVen derzeit pflegen, dürften in einem Wettbewerbsmarkt der Vergangenheit angehören.

Gerade vor diesem Hintergrund sollte der Blickwinkel auch deutlich stärker auf die generellen politischen Entwicklungsrichtungen gelegt werden, die sich in der Regel über mehrere Gesetzgebungen hinweg über einen deutlich längeren Zeitrahmen ziehen. In dieser mehr globalen Betrachtung kristallisieren sich drei Reformtreiber heraus. Erstens die Öffnung des ambulanten Sektors für Leistungsanbieter des stationären Sektors. Krankenhäuser sollen mittelfristig einen erheblichen Anteil der ambulanten Facharzt-Versorgung übernehmen können. Ganz im Sinne klassischer Managed-Care-Strukturen (Amelung und Schumacher 2004) sollen sektorenübergreifende Wertschöpfungsketten, das heißt eine Versorgung aufeinander abgestimmter Leistungsangebote, geschaffen und Sektorengrenzen generell aufgelöst werden. Dies wird in einzelnen Marktsegmenten zu einem Verdrängungswettbewerb führen, der den ambulanten Sektor massiv verändern wird, da die Marktteilnehmer diese Form des Wettbewerbs nicht gewöhnt sind und in „Aufteilungskulturen“ sozialisiert wurden. Zweitens erscheint es politisch gewollt, im ambulanten Sektor selbst Zusammenschlüsse – respektive

größere Einheiten — zu fördern. Die Anstellung von Ärzten durch niedergelassene Vertragsärzte auch in größerem Umfang wird auch politisch als sinnvolle Organisationsform angesehen. Der Schritt hin zu überregionalen oder nationalen Ärzteketten ist dann nicht mehr weit, und auch die Vorstellung, dass diese unbedingt im Eigentum von Ärzten sein müssen, kann leicht aufgegeben werden. Dann wäre der ambulante Sektor genauso offen wie der stationäre Sektor für externe Investoren. Die dritte Reformrichtung liegt darin, dass nicht mehr nach der richtigen Lösung gesucht wird, sondern akzeptiert wird, dass ein System durchaus vielschichtig sein sollte und entsprechend ganz unterschiedliche institutionelle Arrangements parallel existieren können. Damit einher geht die generelle Zielsetzung, die Selbstverwaltungsstrukturen zu reformieren und zu begrenzen und mehr Wettbewerb zu etablieren.

Wie bei nahezu allen grundlegenden Strukturveränderungen ist nicht ein einzelner Grund ausschlaggebend, sondern ein ganzes Bündel an Gründen, die zu Reformen, aber auch Marktverschiebungen führen. Im ambulanten Sektor sind neben den bereits anfangs dargestellten drei politischen Reformtreibern folgende weitere marktinterne Impulse zu betrachten:

- eine zunehmende Subspezialisierung der ambulanten Versorgung,
- ein hoher Investitionsbedarf zum Zeitpunkt der Niederlassung und gleichzeitig unsichere Veräußerungsmöglichkeiten bei Praxisaufgabe,
- erhöhte Anforderungen der Banken bei der Finanzierung (Basel II),
- ein in manchen Regionen bestehender Ärztemangel mit der daraus auch resultierenden Erhöhung des Anteils ausländischer Ärzte in Deutschland,
- eine kontinuierlich steigende Zahl von Ärztinnen mit der Anforderung, familiengerechtere Arbeitsplätze zu schaffen.

Die ambulante Versorgung ist insbesondere im fachärztlichen Bereich durch eine massive Zunahme an Subspezialitäten gekennzeichnet. Je höher der Spezialisierungsgrad, desto wichtiger wird auch, dass erstens die Zulieferer (hier insbesondere andere Fachärzte, Allgemeinmediziner und Krankenhäuser) von der Spezialisierung wissen und zweitens auch zum Spezialisten überweisen. Dies hängt ganz wesentlich von den Anreizen ab. Gerade Allgemeinärzte fürchten nicht zu unrecht, dass sie Patienten nach einer Überweisung zum Facharzt „nicht wiedersehen“. Darüber hinaus gilt: Je stärker Systeme in Subsysteme untergliedert sind, desto größer muss das Einzugsgebiet sein. Die klassischen Strukturen (keine formellen Netzwerke, keine Werbung etc.) sind für ein derartiges Wettbewerbsumfeld ungeeignet, und es findet keine ausreichende Differenzierung statt.

Durch die hohe Spezialisierung und die schnell voranschreitenden technologischen Entwicklungen wird der Investitionsbedarf zunehmend höher. Für eine Allgemeinarztpraxis liegt das Investitionsvolumen bei 50.000 bis 60.000 Euro, Facharztpraxen schwanken zwischen 150.000 bis weit über eine Million Euro. Nicht primär der Anstieg der Investitionsvolumina ist entscheidend, sondern vielmehr das Risiko einer späteren Veräußerung. Früher galt der als sicher eingestufte Veräußerungsgewinn einer Praxis als wesentlicher Bestandteil der Altersvorsorge, und siebenstellige Erlöse waren nicht selten. Heute müssen immer mehr Ärzte feststellen, dass aufgrund des Überangebotes an freien Sitzen sich der Wert der Praxis auf die Sachwerte beschränkt und somit minimal ist.

In die gleiche Richtung gehen die erhöhten Anforderungen der Banken aufgrund der Basel-II-Regelungen. Die Banken müssen, ob sie wollen oder nicht, bei Kreditvergaben höhere Bonitätskriterien bei ihren Kunden ansetzen. Die Tatsache, dass es sich um eine Arztpraxis handelt, reicht für eine Kreditvergabe nicht mehr aus.

Darüber hinaus müssen zwei bedeutende Strukturveränderungen bei der Ärzteschaft berücksichtigt werden. Die Unterversorgung in manchen Gebieten Deutschlands und die weitgehenden wirtschaftspolitischen Liberalisierungen in Europa führen dazu, dass immer mehr ausländische Ärzte in Deutschland arbeiten wollen (*Borchardt 2006*). Dabei sind osteuropäische Länder die bedeutendsten Herkunftsländer. Für den ambulanten Sektor ist diese Entwicklung aufgrund des fehlenden Kapitals und der ungeklärten Dauer der Tätigkeit in Deutschland noch nicht bedeutend, wird aber in Zukunft relevanter. Generell sollte allerdings die Unterversorgung in manchen Gebieten zuerst dazu führen, dass mit der Ressource Arzt deutlich sinnvoller und ökonomischer umgegangen wird. Überbordende Bürokratie bei Disease-Management-Programmen oder anderen Abstimmungsprozessen mit Krankenkassen, schlechtes Prozessmanagement und ungenügende interne Organisation sind nur einige Aspekte, die wesentlich zur ineffizienten Nutzung der wertvollsten Ressource in unserem Gesundheitssystem beitragen. Bevor somit von einem generellen Ärztemangel gesprochen werden sollte, gilt es, die Ressourcen sinnvoll zu allozieren.

Wenig berücksichtigt werden auch die Entwicklungstendenzen in der Medizin hin zu einem Frauenberuf. Mittlerweile sind mehr als die Hälfte der Erstsemesterstudenten Frauen. Tendenziell werden Frauen in sehr viel stärkerem Maße Anstellungsverhältnisse und flexiblere, familienkompatiblere Arbeitsformen suchen. Auch wird die Bereitschaft zur Verschuldung und langfristigen Bindung geringer sein.

Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Positionierungsstrategien aufgezeigt werden, die sich in einem veränderten Marktumfeld für Ärzte ergeben.

### ■ 2. Positionierungsstrategien für Ärzte in einem Wettbewerbsumfeld

Ist der ambulante Sektor bislang noch geprägt von Begriffen wie Zulassung, Bedarfsplanung und Honorarverteilung, entwickelt er sich mehr und mehr zu einem Umfeld, das charakterisiert ist durch Wettbewerbsvorteile, Wettbewerbsstrategien und Marktpositionierung. Die beschriebenen Veränderungen beeinflussen somit in starkem Maße sowohl die Spielregeln des Wettbewerbs als auch die Strategien, die Ärzten potenziell zur Verfügung stehen. Deshalb ist es wichtig, jene Einflussfaktoren zu kennen, welche für die jeweilige Wettbewerbssituation verantwortlich sind (Porter 1980). Auf dieser Basis wird es möglich, eine Position im Wettbewerb zu finden, mit der eine Differenzierung von der Konkurrenz gelingen kann.

Die aufbrechenden Strukturen im ambulanten Sektor bieten in diesem Zusammenhang neue Möglichkeiten, sich zu positionieren. Die strategische Positionierung kann dabei einerseits

produktbezogen und andererseits nachfragerbezogen erfolgen (Abbildung 2).

Darüber hinaus müssen Entscheidungen über die optionalen Organisationsmodelle, zum Beispiel Medizinische Versorgungszentren (MVZ), sowie deren Einbindung in den Markt getroffen werden. Fraglich ist, ob eine solitäre Stellung im Markt überhaupt weiterhin möglich und sinnvoll ist oder ob eine Einbindung in Netzwerkstrukturen mehr Vorteile verspricht. Schließlich gilt es, die Umsetzung der gewählten Positionierungsstrategie zu beleuchten.

### 2.1 Spezialisierung und Generalisierung – Gegenpole oder kongruente Handlungsalternativen?

Grundsätzlich ergibt sich bei der Frage nach der Positionierung die Möglichkeit zur Generalisierung und zur Spezialisierung in zweifacher Hinsicht. Einerseits fordert der Markt in Gestalt des Patienten einen allgemeinen Versorgungsbedarf (Basisversorgung), aber zunehmend auch eine spezielle Versorgung als Folge von chronischen Krankheiten und Komorbiditäten. In den USA leiden zum Beispiel 82 Prozent der über 65-jährigen Amerikaner an einer

ABBILDUNG 2

#### Grundstruktur der Positionierungsmatrix



Quelle: Amelung, Janus 2006

chronischen Krankheit, 65 Prozent sogar an mehr als einer (*Anderson und Hussey 2000*). Die demografische Entwicklung wird zu einer Verschärfung dieses Problems führen (*Schlette et al. 2005*).

Andererseits stellt sich die produktbezogene Frage der Spezialisierung (Spezialversorgung) oder Generalisierung (Basisversorgung). Eine Spezialisierung ermöglicht die Ausschöpfung von Skalen- und Lerneffekten (Steigerung der Effizienz) aufgrund von größeren Mengen identischer Prozeduren, muss aber eine Einbindung in die allgemeine Versorgung gewährleisten, um das Zuweiserpotenzial zu sichern. Eine generalisierte Produktgestaltung birgt die Gefahr einer Einschränkung der preislichen Möglichkeiten, da keine besonderen Leistungen angeboten werden und diese somit gegen die Leistungen vieler anderer Leistungserbringer austauschbar sind. Auf die möglichen Handlungsalternativen soll im Folgenden eingegangen werden.

### 2.1.1 Allgemeiner oder spezieller Versorgungsbedarf – Chroniker auf dem Vormarsch

Veränderungen in der Demografie und der Morbidität der Nachfrager fordern organisatorische Neuausrichtungen auf Seiten der ärztlichen Leistungserbringung. Dies liegt einerseits begründet in der Hochrechnung, dass sich bis 2020 in Deutschland die Bevölkerung der über 65-Jährigen um rund 30 Prozent erhöhen wird (*Anderson und Hussey 2000*). Andererseits wird die Verbreitung chronischer Krankheiten die Versorgungsrealität erheblich beeinflussen.

Darüber hinaus besteht eine erhebliche Lücke zwischen empfohlener Versorgung und tatsächlich erhaltener. Nur etwa in 50 Prozent der Fälle erhalten Patienten die „richtige Versorgung im richtigen Setting zur richtigen Zeit“ (*McGlynn et al. 2003*). Das Institute of Medicine hat 2001 („Crossing the quality chasm“) auf diese Missstände hingewiesen und Änderungen in der Versorgungsstruktur gefordert. Weitreichende „Lücken“ (quality gaps) in der Chronikerversorgung werden auch vom National Committee on Quality Assurance (NCQA) in ihrem jährlichen Quality Report dargelegt.

Eine Fokussierung auf chronische Versorgung beziehungsweise das Management chronisch kranker und multimorbider Patienten birgt daher erhebliche Einsparungs- und Qualitätsverbesserungspotenziale. Die Tabellen 1 und 2 geben einen Überblick über die mit der Multimorbidität verbundenen exponentiellen Kostenentwicklungen und die mit einem Disease Management assoziierten Potenziale.

Die Chronikerversorgung wird die ambulanten Versorgungsstrukturen in besonderem Maße fordern, aber sie bietet in

gleichem Maße Chancen, sich langfristig im Wettbewerb zu positionieren. Die Disease-Management-Programme in Deutschland haben einen ersten Schritt in diese Richtung getan, entbehren jedoch bislang einer umfassenden Evaluation.

### 2.1.2 Produktspezialisierung oder Generalisierung – Antworten auf die Entwicklung im Gesundheitsmarkt

Während ein generalisiertes Produktangebot schwer ab- und eingrenzbar ist, aber eine breite Versorgung ermöglicht, zieht eine Spezialisierung notwendigerweise eine Eingrenzung des Angebots nach sich, aber auch eine herausragende Qualität in ausgewählten Bereichen.

Die Bildung von hoch spezialisierten Institutionen, den so genannten Focused Factories, ist bislang wissenschaftlich in Deutschland wenig beleuchtet worden. Der Begriff „Focused Factories“ – 1974 von Skinner geschaffen – ist im Gesundheitswesen erst durch die Publikation von Herzlinger (1999) geprägt worden und wird im Zuge zunehmender Spezialisierung nun vermehrt aufgegriffen (*Casalino et al. 2003; Devers et al. 2003*).

Während im stationären Sektor durch die Mindestmengenthematik die Diskussion um Lerneffekte (in der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre gilt als Faustregel, dass mit jeder Verdoppelung der Ausbringungsmenge die Kosten pro Stück bis zu 30 Prozent gesenkt werden können) angestoßen worden ist, wird die Notwendigkeit der Spezialisierung im ambulanten Sektor bislang fast völlig vernachlässigt. Dies liegt zum überwiegenden Teil an der starken Streuung der Häufigkeiten von Krankheitsprävalenzen: Wenn eine Krankheit zwei Prozent des Gesamtvolumens der Indikationen ausmacht, spricht man in einer Hausarztpraxis bereits von einer sehr häufig auftretenden Krankheit. Es liegt auf der Hand, dass in diesem Fall keinesfalls Lernkurveneffekte zum Tragen kommen können. Bereiche wie zum Beispiel die Palliativversorgung verlangen nach Zentrenbildung und Spezialisierung, da es kaum möglich erscheint, die adäquate Versorgung zu erbringen, wenn weniger als drei Patienten jährlich betreut werden.

Aufgrund der in Deutschland unzureichenden Datenlage wird zur Betrachtung der Spezialisierung größtenteils auf Literatur aus den USA zurückgegriffen. Die USA können aber in diesem Zusammenhang keinesfalls als Referenzsystem auf der Makroebene verstanden werden, bieten aber vielfältige Ansätze auf der Ebene individueller Organisationen (*Janus 2003*).

In Bezug auf Spezialisierung ist in den USA in den letzten 20 Jahren eine Vielzahl von Studien durchgeführt worden, die

fast ausschließlich einen positiven Zusammenhang zwischen Menge und Qualität der Leistungserstellung zeigen und teilweise auch Kosten- und Zugangsaspekte berücksichtigen (Birkmeyer et al. 2002; Jollis et al. 1994; Luft et al. 1979; Waldman et al. 2003). Unter dem Begriff der Spezialisierung wird die Konzentration auf die Erstellung einer engen Bandbreite von Leistungen verstanden (Zwanziger et al. 1996). Ein hoher Grad der Spezialisierung wird in hoch spezialisierten Einheiten (Skinner 1974; Herzlinger 1997) erreicht. Diese können von Leistungserbringern initiiert werden und im ambulanten Sektor auf zweierlei Art entstehen: als „Acute Care Focused Factory“ (zum Beispiel Ambulatory Surgery Center) und als „Chronic Care Focused Factory“.

Die von Ärzten initiierten Ambulatory Surgery Centers (ASCs), auch bekannt als Surgicenters oder Same-Day Surgery Centers, können sich als Spezialeinheiten positionieren. In diesen Zentren

werden ambulante Operationen (ambulatory surgeries) durchgeführt, das heißt es handelt sich um geplante Operationen, und die Patienten werden noch am Tag der Operation nach Hause entlassen. Die Zahl der zertifizierten ASCs in den USA ist von etwas über 400 im Jahr 1983 auf mehr als 3.300 im Jahr 2001 angestiegen (Winter 2003). Eine entsprechende Organisationsform stellt also eine Möglichkeit für eine produktspezifische Spezialisierung von Ärzten im ambulanten Bereich dar. Die Chronic Care Focused Factory ist dagegen auf eine bestimmte chronische Krankheit spezialisiert und bietet diesbezüglich alle Leistungen an (zum Beispiel ein Diabetes-Zentrum).

In US-amerikanischen Studien wird die produktspezifische Spezialisierung grundsätzlich positiv bewertet. Der so genannte „Consumer Backlash“ Ende der 90er Jahre führte zur Revision und Neugestaltung vieler Positionierungsstrategien, da der

### TABELLE 1

#### Multimorbidität und assoziierte Kosten von Gesundheitsleistungen

	Gesamtkosten der Versorgung (direkt und indirekt) in \$ pro Fall und Jahr	Hospitalisierungsrate in %	Durchschnittliche Zahl von Arztbesuchen	Durchschnittliche Zahl der Verschreibungen
keine chronische Krankheit	1.102	3,4	1,7	2,2
eine chronische Krankheit	4.107	7,6	4,6	11,0
drei oder mehr chronische Krankheiten	7.195	17,3	9,4	28,3

Quelle: Anderson/Knickman 2001

### TABELLE 2

#### Ausgewählte chronische Indikationen und deren Kostenwirkungen

	Durchschnittliche Pro-Kopf-Gesundheitskosten in \$ pro Kopf und Jahr	Anteil der Arbeitnehmer, die wegen Indikation arbeitsunfähig sind in %*	Geschätzter Verlust an Produktivität in Milliarden \$**	Gesamtkosten für Personen mit Indikation in Milliarden \$***
Psychische Krankheiten	4.328	18,4	11,5	66,4
Diabetes	5.646	10,0	3,5	57,6
Koronare Herzkrankheit	10.823	37,4	3,8	42,4
Bluthochdruck	4.073	8,1	11,5	121,8
Asthma	2.779	19,8	3,4	31,2

\* Angabe von einem oder mehreren Arbeitsunfähigkeitstage wegen der Indikation

\*\* Gesamte verlorene Arbeitstage multipliziert mit täglichem Einkommen und gewichtet, um die Gesamtbevölkerung abzubilden

\*\*\* Gesamtkosten für Personen mit Indikation plus die gesamten Produktivitätsverlustkosten

Quelle: Druss et al. 2001

„Empowered Consumer“ das in seiner Wahlfreiheit eingeschränkte Managed-Care-Konzept zunehmend ablehnte und vermehrt individualisierte Gesundheitsleistungen forderte (Hargraves und Pham 2003). Seitdem hat auch eine Strategiewerschiebung auf Seiten der Leistungserbringer stattgefunden. Obwohl die Primärarztsysteme nicht völlig überholt sind, geht der Trend im amerikanischen Gesundheitswesen dahin, sich auf Kernkompetenzen (einige wenige Leistungsbereiche, zum Beispiel Diabetes) zu spezialisieren (Robinson 2001). Maßgeblich für diese Entwicklung ist das vorherrschende Innovationstempo und die erzielbaren Lerneffekte in Focused Factories (Casalino et al. 2003; Waldman et al. 2003).

Die Neugestaltung von Organisationen im Gesundheitswesen wird nun getrieben vom Patienten, der nicht nur ein Kontinuum an Gesundheitsleistungen fordert, sondern gleichzeitig auch individualisierte und spezialisierte Lösungen (Burns und Pauly 2002).

Gleichzeitig fordert eine produktbezogene Spezialisierung allerdings eine Einbindung in die Gesamtgesundheitsversorgung (Integration), um Patientenzuweisungen sicherzustellen. Es kann

davon ausgegangen werden, dass Spezialisierung ohne Integration und Integration ohne Spezialisierung nicht möglich ist. Es besteht nur ein Anreiz zur Integration, wenn ein Leistungserbringer nicht alle Leistungen selbst erbringt beziehungsweise erbringen kann. Dies ist bei der insbesondere in der Medizin vorherrschenden Komplexität der Materie und der Spezialisierung der Fachkräfte als sehr wahrscheinlich anzunehmen („A given production organization can only do certain things well, trade-offs are inevitable“ [Skinner 1974, S. 117]). Weiterhin besteht nur ein Anreiz zur Spezialisierung, wenn eine Einbindung des Leistungserbringers in das System gesichert ist.

## 2.2 Positionierungsmatrix und Umfeldeinbindungen

Über die Möglichkeiten der Spezialisierung und der Generalisierung aus produktbezogener und patientenorientierter Perspektive ergibt sich die bereits in Abbildung 2 vorgestellte Grundstruktur möglicher Positionierungsstrategien.

Je nach den lokalen Gegebenheiten können unterschiedliche Positionierungen in verschiedenen Feldern von Vorteil sein. Auch

ABBILDUNG 3

### Positionierungsmatrix des ambulanten Sektors in einem wettbewerblichen Marktumfeld



Quelle: Amelung, Janus 2006

eine Abdeckung von mehr als einem Feld kann sinnvoll sein (Abbildung 3). Während die Positionierung des klassischen Hausarztes, der ein generalisiertes Spektrum an Leistungen der Akutversorgung anbietet und nicht auf die Versorgung chronisch Kranker spezialisiert ist (obwohl Chronikerversorgung Teil seines Leistungsspektrums ist) bisher noch das im Gesundheitswesen vorherrschende Modell ist, haben die gesetzlichen Veränderungen Möglichkeiten zur Neupositionierung geschaffen, die sich auf die anderen drei Felder der Matrix beziehen. Hier verschiebt sich der Fokus von der Basis- zur Spezialversorgung und/oder von der Akut- zur Chronikerversorgung. Der Extremfall ist die Focused Factory für die Versorgung chronisch Kranker, die eine spezialisierte Chronikerversorgung anbietet.

Ist die Entscheidung für eine Positionierung gefallen, muss – insbesondere bei starker Spezialisierung – über die Einbindung der Versorgungsinstitutionen in die allgemeine Versorgung entschieden werden. Zu fragen ist, ob eine solitäre Stellung als Spezialeinheit langfristig stabil ist oder ob eine feste Einbindung in ein Netz mit vertraglichen Verbindungen vorzuziehen ist. Entscheidend hierfür ist die Setzung von Anreizen innerhalb und außerhalb der Organisation.

### 2.3 Umsetzung

Während die Positionierung als strategische Grundentscheidung angesehen werden kann, geht es bei der Umsetzung um die zielgerichtete Gestaltung eines Change-Management-Prozesses. Ein zentrales Thema ist dabei die Setzung von adäquaten Anreizen in Form eines Anreizsystems. Dabei geht es nicht um die „Überwachung“ der Ärzte, sondern um Anreizsetzung zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität durch Kooperation und Kommunikation. Dies erfolgt sowohl intern als auch extern mittels verschiedener Agenten (Leistungserbringer, Leistungsfinanzierer, Patienten).

Anreizsysteme bezeichnen die Gesamtheit der materiellen und nicht materiellen Anreize, die für den Empfänger einen subjektiven Wert besitzen. Anreize verbinden Motive (im Sinne von Bedürfnissen) mit der Motivation des Menschen, sind aber nur verhaltensauslösend, wenn sie ihre Entsprechung in den Bedürfnissen des Menschen finden. Darüber hinaus müssen sie wahrgenommen und verstanden werden.

Anreizsysteme werden in Organisationen in der Regel bewusst gestaltet und orientieren sich an den Zielsetzungen der Unternehmung. Anreizsysteme dienen der Verhaltenssteuerung, der Motivation und dem Risikotransfer. Dabei gilt ein besonderes Augenmerk der Gestaltung nichtmonetärer Anreize.

Beim Change-Management-Prozess müssen die Phasen der Veränderung strukturiert werden und eine adäquate Kommunikationsstrategie konzipiert werden. Der Erfolg eines Change-Management-Prozesses hängt primär von der detaillierten Planung und der zielgerichteten Kommunikation der Phasen ab. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, die Ärzte in den Prozess intensiv einzubinden und nicht eine Politik zu betreiben, die sich gegen diese zentrale Ressource eines Gesundheitssystems richtet. Insofern ist besonders wichtig, sich intensiv mit den Bedürfnissen – aber auch Ängsten – der involvierten Ärzte auseinander zu setzen, da der Change-Management-Prozess nur dann erfolgreich sein wird, wenn sie sich auch mit der Unternehmensstrategie identifizieren können.

### ■ 3. Implikationen für Politik und Management

Die skizzierten Wettbewerbsoptionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie eben nicht nur Marktchancen darstellen, sondern wesentliche Verbesserungen in der Versorgungsqualität implizieren, weil entweder die Qualität über die Erhöhung der „Ausbringungsmenge“ steigt und/oder über die Vernetzung der Versorgungsstrukturen. Dies wird sowohl in der dringend notwendigen als auch politisch gewollten Integration von Versorgungssektoren und der gleichzeitigen, durch technologischen Fortschritt induzierten Maximalspezialisierung zur Erzielung von Effizienzeffekten deutlich. Integration und Spezialisierung sind in einem Wettbewerbsumfeld sich nicht ausschließende Konzepte, und die Managementanforderung liegt darin, sie sinnvoll zu kombinieren.

Um das Potenzial voll auszuschöpfen, bedarf es eines Kulturwandels. Nicht nur, dass in sehr viel stärkerem Maße Sektorengrenzen überwunden werden müssen, sondern insbesondere die berufsfeldübergreifende Kooperation und Kommunikation muss in den Fokus des Veränderungsprozesses gerückt werden. Die klassischen paternalistischen Strukturen des ambulanten Sektors (und im Medizinbetrieb insgesamt) müssen sich zu kooperativeren wandeln, und zwar berufsfeldübergreifend.

Die beschriebenen Strukturen bieten die Möglichkeit, den ambulanten Sektor auch für Investoren zu öffnen. Sowohl die hoch spezialisierten Focused Factories als auch die unterschiedlichen Formen von Netzwerkstrukturen müssen nicht im Eigentum von Ärzten sein, sondern stellen durchaus ein attraktives Investitionsfeld dar. Es ist sogar eher der Umkehrschluss richtig, dass sich derartige Strukturen nur umsetzen lassen werden, wenn der Zugang zum Kapitalmarkt geöffnet wird. Es gibt keine hinreichenden Argumente, warum beispielsweise eine Optikerkette wie Fielmann nicht eine Augenarzt-kette parallel zu ihren bestehenden Strukturen etablieren sollte. Mit einer solchen Öff-

nung würde einhergehen, die dort üblichen professionellen Managementstrukturen auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Allerdings muss angemerkt werden, dass es keine unternehmerischen Teillösungen gibt. Bislang ist es durchaus möglich, im Gesundheitswesen zu existieren, ohne sich unternehmerisch auszurichten. Wenn aber eine wettbewerbsorientierte Sichtweise und Positionierung gewählt wird, dann muss diese auch vollumfänglich verfolgt werden. Bestehende Strukturen mit einem „Schuss Unternehmertum“ zu würzen erscheint wenig Erfolg versprechend.

#### ■ 4. Fazit

Die Logik strategischer Positionierungsstrategien basiert auf der Zielsetzung, langfristig Wettbewerbsvorteile aufzubauen. Somit ist Vertrauen ein konstituierendes Element strategischen Managements. Nur wenn die Akteure das politische Umfeld als verlässlich einstufen, werden sie langfristige Strategien verfolgen und nicht auf das kurzfristige Abschöpfen von Marktpotenzialen ausgerichtet sein. Insofern müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die, obwohl der Gesundheitsmarkt einen inhärenten Regulierungsbedarf aufweist, von den Akteuren als verlässlich eingestuft werden. Dies ist die wirklich große politische Herausforderung. ◆

### Literatur

**Amelung VE/Schumacher H (2004):** Managed Care – Neue Wege im Gesundheitswesen. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Gabler: Wiesbaden.

**Anderson G/Hussey A (2000):** Population Aging – A Comparison among Industrialized Countries. Health Affairs, Jg. 19, Heft 3, 191–203.

**Anderson G/Knickman JR (2001):** Changing the chronic care system to meet people's needs. Health Affairs, Jg. 20, Heft 6, 146–160.

**Birkmeyer JD/Siewers AW/Finlayson EVA/et al. (2002):** Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. The New England Journal of Medicine, Jg. 346, Heft 15, 1128–1137.

**Borchardt K (2006):** Ärztemigration von und nach Deutschland, Baden-Baden: Nomos.

**Burns LR/Pauly M (2002):** Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care? Health Affairs, Jg. 21, Heft 4, 128–143.

**Busse R/Riesberg A (2006):** Gesundheitssysteme im Wandel, Berlin: MWV-Verlag.

**Casalino LP/Devers KJ/Brewster LR (2003):** Focused Factories? Physician-Owned Specialty Facilities. Health Affairs, Jg. 22, Heft 6, 56–67.

**Devers KJ/Brewster LR/Ginsburg PB (2003):** Specialty Hospitals: Focused Factories or Cream Skimmers? Issue Brief no. 62 (Washington: Center for Studying Health System Change, April 2003).

**Druss BG/Marcus SC/Olson M et al. (2001):** Comparing the National Economic Burden of Five Chronic Conditions. Health Affairs, Jg. 20, Heft 6, 233–241.

**Hargraves L/Pham HH (2003):** Back in the Driver's Seat: Specialists Regaining Autonomy, Tracking Report of the Center for Studying Health System Change, no. 7, 1–4.

**Herzlinger R (1999):** Market-Driven Health Care – Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry. Cambridge, Massachusetts: Perseus Press.

**Janus K (2003):** Managing health care in private organizations – Transaction costs, cooperation and modes of organization in the value chain, Frankfurt: Peter Lang.

**Jollis JG/Peterson ED/DeLong ER et al. (1994):** The Relation Between the Volume of Coronary Angioplasty Procedures at Hospitals Treating Medicare Beneficiaries and Short-Term Mortality. The New England Journal of Medicine, Jg. 331, Heft 24, 1625–1629.

**Luft HS/Bunker JP/Enthoven AC (1979):** Should operations be regionalized? The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality. The New England Journal of Medicine, Jg. 301, Heft 25, 1364–1369.

**McGlynn EA/Ash SM/Adams I et al. (2003):** The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. The New England Journal of Medicine, Jg. 348, Heft 26, 2635–2645.

**OECD (2006):** Health Data 2005, Paris.

**Porter ME (1980):** Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business Publishing.

**Robinson JC (2001):** The End of Managed Care. The Journal of the American Medical Association, Jg. 285, Heft 20, 2622–2628.

**Schlette S/Knieps F/Amelung VE (2005):** Versorgungsmanagement chronisch Kranker. Bonn: KomPart.

**Skinner W (1974):** The Focused Factory. Harvard Business Review, No. 74308, 112–120.

**The Institute of Medicine (2001):** Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.

**Waldman JD/Yourstone SA/Smith HL (2003):** Learning Curves in Health Care. Health Care Management Review, Jg. 28, Heft 1, 41–54.

**Winter A (2003):** Comparing the Mix of Patients in Various Out-patient Surgery Settings. Health Affairs, Jg. 22, Heft 6, 68–75.

**Zwanziger J/Melnick GA/Simonson L (1996):** Differentiation and Specialization in the California Hospital Industry 1983 to 1988. Medical Care, Jg. 34, Heft 4, 361–372.

### DIE AUTOREN



**Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung,** geboren 1965, Professor für Gesundheitssystemforschung und Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care. Er studierte an den Hochschulen St. Gallen und Paris-Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und

war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Volker Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig. Seine Schwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung.



**Dr. rer. pol. Katharina Janus,** hat Betriebs- und Volkswirtschaftslehre in Hamburg und Paris studiert und mehrere Jahre für eine Krankenhausgesellschaft im Bereich Managed Care in den USA gearbeitet. Ihre Dissertation verfasste sie über integrierte Versorgungssysteme in der San Francisco Bay Area. Katharina Janus ist seit 2003 in der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssys-

temforschung an der Medizinischen Hochschule in Hannover beschäftigt und seit 2005 Visiting Scholar am Center for Health Research (School of Public Health) der University of California, Berkeley. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Managed-Care-Systeme, internationale Gesundheitssystemvergleiche und Versorgungsforschung.