

Guido Offermanns

Neue prospektive Steuerungsinstrumente im Mehrebenensystem des Gesundheitswesens

Effektivität; Effizienz; Gesundheitssystem; Health Professionals; Outcome; Patienten; prospektive Steuerung; Steuerungsinstrumente

Die Kostenproblematik, welche mit einer zunehmenden wirtschaftlichen Bedeutung einhergeht, die enorme Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten, die demografische Entwicklung sowie die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen rücken das Gesundheitssystem zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Bemühungen der Politik, die Probleme durch zahlreiche Gesundheitsreformen in den Griff zu bekommen, schlugen weitgehend fehl. In einem ersten Schritt werden in diesem Beitrag Steuerungsprobleme auf verschiedenen Systemebenen im Gesundheitswesen beschrieben und systematisiert. Dann sollen Determinanten von Gesundheit in Bezug zur Steuerungsproblematik gesetzt werden. Im Anschluss werden bereits bekannte betriebswirtschaftliche Instrumente zur Steuerung von Gesundheitseinrichtungen durch eine neue Blickweise auf prospektiv wirkende Steuerungsinstrumente der Health Professionals (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) ergänzt. Eine Kombination dieser Ansätze kann erhebliche Auswirkungen auf den Outcome, als gemessener Qualität der erbrachten Leistungen durch die Health Professionals sowie auf den Impact, als gemessene Zufriedenheit von Patienten mit den Dienstleistungen von Gesundheitseinrichtungen, haben (Eichhorn 2005, S. 162).

I. Von der Plan- zur Marktsteuerung im Gesundheitswesen?

Das Gesellschafts- und Wirtschaftssystem einer Volkswirtschaft unterteilt sich in unterschiedliche Bereiche. Dabei bildet das Budget des Gesundheitswesens einen erheblichen Anteil an den gesamten staatlichen Ausgaben. Konkret geht es dabei darum, wie viel Ressourcen die Gesellschaft bereit ist, in das Gesundheitssystem zu investieren. Andere gesellschaftliche Teilsysteme (z. B. Bildung und Erziehung, Verteidigung, Arbeit und Soziales) stehen in direkter Konkurrenz um die knapper werdenden staatlichen Mittel (Hajen 2006, S. 243).

In den letzten Jahren ist das Gesundheitswesen mit seinen Akteuren zunehmend unter Druck geraten. Eines der zentralen Probleme bildet sicher die andauernde überproportionale Kostensteigerung, welche offenbar kaum zu bremsen ist und die öffentliche Diskussion maßgeblich bestimmt. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland (10,9 %) hinter den USA (15,3 %) und der Schweiz (11,4 %) auf Platz drei der Gesundheitsausgaben. Traditionell etwas weniger Ressourcen verbrauchen die staatlich organisierten Gesundheitssysteme wie England (8,3 %) oder Italien (8,4 %) (OECD 2006). Durch die Kosten-

steigerungen der letzten Jahre stehen die Gesundheitssysteme der entwickelten Länder in verstärktem Maße vor der Herausforderung, sinnvoll mit den knappen Ressourcen umzugehen. Institutionelle Reformen, in immer kürzeren Abständen, sind notwendig, um geeignete Rahmenbedingungen und Anreize für eine möglichst effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zu schaffen (Wallner 2007, S. 321). Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist, wie oben gezeigt, abhängig von den jeweiligen Möglichkeiten der Volkswirtschaften und den dort gewählten Finanzierungsmechanismen. Es sind zunehmend ökonomische Entscheidungen darüber notwendig, für welche Bevölkerungsgruppen, mit welchen Ressourcen wie viel Leistungen produziert werden sollen. Für dieses Allokationsproblem gibt es zwei grundsätzlich unterschiedliche Lösungsansätze, nämlich Marktmechanismen, d. h. Steuerung über Preis, Menge und Qualität, oder staatliche Steuerung aufgrund von Plänen – sowie dazwischen unzählige Mischformen (Hajen 2006, S. 242; Sommer 1999, S. 115). Selbst in traditionell verstaatlichten Gesundheitssystemen (z. B. England, Italien) kann man zunehmend mehr Marktmechanismen, in der Regel in Form von Expertenmärkten oder aber beschränkt auf das Segment der finanzkräftigen Bevölkerung beobachten, die spezifische Leistungen privat nachfragen (Porter 2006, S. 33; Offermanns 2005, S. 18; Sommer 1999, S. 175). Ein Trend in Richtung mehr Markt war auch das Kernziel der letzten Gesundheitsreform in Deutschland, dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Neben einer gerechteren Finanzierung der Gesundheitsversorgung soll eine Effizienzsteigerung (Rationalisierung) durch verstärkten Wettbewerb im Gesundheitswesen erzielt werden. Dabei sollen auf verschiedenen Ebenen die Kräfte des Wettbewerbs wirken: zwischen den gesetzlichen Kassen, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie im Verhältnis gesetzlicher Krankenversicherung und Leistungserbringern. Überdies beinhaltet die Reform aber auch eine ganze Reihe von Initiativen, welche eine verbesserte Versorgung von Patienten (vor allem von chronisch Kranken) zum Ziel haben (Fischer 2007, S. 185). Die Gründe für die oben beschriebene Kostensteigerung und die Tendenz hin zu Marktmechanismen sind vielschichtig und hängen sowohl von externen als auch von internen Bedingungen ab.

Unter die veränderten Umweltbedingungen fallen u. a.:

- Eine starke Zunahme der älteren Menschen mit einhergehenden Altersgebrechen sowie eine zunehmende Zahl an chronischen Erkrankungen, die nur schwer zu behandeln und aufwendig zu betreuen sind. Zusätzliche Pflegeleistungen werden dringend benötigt (Rosenbrock 2004, S. 41). Auf diese neuen Herausforderungen kann die Akutmedizin bisher keine Antworten geben.
- Die abnehmende Qualität der sozialen Netze und damit ein Rückgang der Familien- und Nachbarschaftshilfe führt zum Bedarf neuer Versorgungsleistungen, insbesondere über die einzelnen Versorgungssektoren hinweg (ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Versorgung). Bisher findet die Versorgung in voneinander getrennten Sektoren statt, was sowohl die Finanzierung als auch die Organisation angeht. Die bisherigen Strukturen des Gesundheitssystems können daher als stark fragmentiert bezeichnet werden (Rosenbrock 2004, S. 227; SVR 2001, S. 30).

- Eine Veränderung der Ansprüche der Patienten und deren Angehörigen, die heute immer mehr als selbstbewusste Nutzer des Gesundheitssystems auftreten. Sie erwarten, dass man sie auch im Gesundheitswesen als Nachfrager ernst nimmt und dass sie einen leichten und raschen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Es wird auch immer wichtiger, herausragende Qualität der Gesundheitsleistungen, einen entsprechenden Komfort in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen sowie transparente Informationen bei Auswahl einer Gesundheitseinrichtung vorzufinden (Offermanns 2005, S. 73).
- Falsche ökonomische Anreize für Patienten und Anbieter. Dies kann man auch unter dem Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage zusammenfassen, d. h. *Health Professionals* (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) bestimmen, welche Leistungen der Patient in Anspruch nimmt, da zwischen Patient und Arzt eine große Informationsasymmetrie über mögliche Behandlungsformen herrscht. Die Kosten der durch die *Health Professionals* ausgelösten Nachfrage begleichen die Krankenkassen, ohne dass die Patienten über die tatsächlich abgerechneten Leistungen informiert werden (Sachleistungsprinzip) (Offermanns 2005, S. 31). Das so genannte „*Moral Hazard*-Phänomen“, d. h. dass Patienten Leistungen in Anspruch nehmen, die sie eigentlich gar nicht benötigen, konnte bisher nicht nachgewiesen werden (Braun 1998, S. 59).

Neben diesen externen Veränderungen haben sich auch die Strukturen innerhalb der einzelnen Gesundheitsorganisationen stark verändert. Zu nennen sind vor allem:

- Eine immer weitergehende Spezialisierung der Medizin und die damit verbundene Differenzierung der Krankenhausorganisation, bei welcher die neuen organisatorischen Einheiten meist mit eigenen personellen und sachlichen Ressourcen versehen werden (Offermanns 2006, S. 46).
- Der medizin-technische und der pflegerische Fortschritt, welcher vor allem eine größere Diagnose- und Therapiesicherheit, aber kaum eine höhere Produktivität gebracht hat (Schmidt 2007, S. 5; Köck 1996, S. 32).
- Parallele Hierarchien entlang den verschiedenen Professionen (Medizin, Pflege, Administration), welche eine Zusammenarbeit erschweren und die benötigte Flexibilität insbesondere des Krankenhauses stark beeinträchtigen (Schmidt-Rettig 2002, S. 65; Offermanns 2006, S. 43). Die Patienten nehmen bisher im Krankenhaus eher eine Nebenrolle ein, da die Organisation nicht um den Patienten herum gebaut ist. Die Rolle der Patienten ist so konzipiert, dass sie sich in den betrieblichen Ablauf der Expertenorganisation einfügen und beim Betreten des Krankenhauses der inquisitorischen Machtbefugnis der Ärzte unterordnen müssen, teils sogar unter Verlust elementarer Grundrechte (vgl. Illich 1995, S. 35).
- Erhebliche Managementdefizite, da Managementstrukturen und -kulturen in den Gesundheitsorganisationen noch nicht erfolgs- oder leistungsorientiert sind und die notwendige Transparenz von Leistungen und Prozessen der Leistungserstellung fehlen. Ökonomische Instrumente konnten bis jetzt kaum eingesetzt werden. Daher erfolgte die Verteilung der Mittel bisher weitgehend über eine Ressourcensteuerung,

wo insbesondere Macht und Einfluss der Experten wichtige Parameter zur Erzielung eines großen Anteils des zu verteilenden Geldes sind (Offermanns 2005, S. 74).

II. Steuerungsversagen im Gesundheitswesen: Ein Problem auf Makro-, Meso- und Mikroebene

Einen Überblick über die wichtigsten Steuerungsansätze innerhalb einzelner Gesundheitssysteme zu erlangen, ist kein leichtes Unterfangen. Schon die Frage der Gliederungskriterien für die Steuerungsansätze lässt sich kaum widerspruchsfrei lösen. Im Folgenden soll daher versucht werden, Ansatzpunkte der Steuerung auf den verschiedenen Systemebenen darzustellen (Ulrich 2001, S. 51; Offermanns 2007, S. 151) (vgl. Abb. 1). Auf der Mikro-Ebene geht es um die Steuerung der konkreten Beziehung zwischen Patienten als Leistungsempfängern und Health Professionals als Leistungserbringern. Zu nennen sind hier zum Beispiel Operationen, aber auch eine präoperative Beratung und Nachbehandlung. Zunehmend in den Blickpunkt kommen Ansätze der Outcome-Messung sowie Messungen der Patientenzufriedenheit. Der Staat als oberste Steuerungsinstanz verlangt von den Organisationen Nachweise über deren erbrachte Qualität in der konkreten Health Professional-Patienten-Beziehung. Dies schließt auch die Qualität der einzelnen Organisation als notwendige Rahmenbedingung für Qualität auf der Mikro-Ebene ein, primär mit Blick auf Struktur- und Prozessqualität. Zukünftig wird es nicht mehr ausreichen, lediglich gute Qualität zu erbringen, man wird diese auch gegenüber den unterschiedlichen Anspruchsgruppen entsprechend darlegen müssen. Letztendlich werden daran, bei einer möglichen Aufhebung des Kontrahierungszwangs, sowohl generelle Kontraktfähigkeit zwischen Kassen und Leistungserbringern als auch die Höhe der zur Verfügung gestellten Ressourcen gekoppelt sein. Wie die Frage der Qualitätsberichterstattung der einzelnen Organisation gelöst werden kann, ist noch weitgehend ungeklärt, insbesondere wird die Frage nach der Ergebnisqualität fast bei allen Qualitätsmodellen bisher ausgeblendet (Hildebrand 2005, S. 27; Offermanns 2007a, S. 4).

Auf der Meso-Ebene wird die Frage der Steuerung aus der Sicht der jeweiligen Organisationen betrachtet. Diese Ebene entspricht am ehesten dem üblichen betriebswirtschaftlichen Ansatz und umfasst neben dem Ziel der Einführung neuer Steuerungsansätze, der Entwicklung neuer Perspektiven im Wettbewerb (Strategisches Management) auch alle Ansätze zur Schaffung einer neuen Unternehmenskultur (normatives Management) (Schmidt 2005, S. 24).

	Systemebene	Fokus	Beteiligte	Steuerungsansätze	
Makro	Gesundheitssystem	Organisation der Versorgung Allokation der Ressourcen Sicherung der Qualität	Staat Selbstverwaltung (z. B. DKG, KVen, Kammern) Versicherer Lobby	Gesetze und Verordnungen Strukturplanung Gesundheitsberichterstattung	
Meso	Organisation Leistungserbringer	Kundenorientierung Mitarbeiterorientierung Prozessorientierung Wirtschaftlichkeit	Z. B. Krankenhäuser medizinische Versorgungszentren niedergelassene Ärzte	Normatives und Strategisches Management Unternehmenskultur	
Mikro	Health Professional-Patienten-Beziehung	Patientenorientierung Outcome-messung	Health Professionals Patientenorganisationen	Operatives Management Evidence Based Medicine Leitlinien Klinische Pfade	

Abb. 1: Steuerung im Gesundheitswesen: ein Mehrebenenproblem

Quelle: Eigene Darstellung

Auf der Makro-Ebene, die man auch als nationalstaatliche und supranationale Ebene der Gesundheitspolitik betrachten kann, wird nach effektiven Steuerungsmöglichkeiten durch den Gesetzgeber, beraten durch die Selbstverwaltung, den professionellen Vereinigungen sowie Lobbyisten, vor allem der Pharma-Industrie, gesucht. In der Regel beschränkt sich der Staat auf die Formulierung von Rahmenvorgaben („Generalnormen“), deren Konkretisierung er den nachgeordneten Akteuren auf der Meso-Ebene, wie den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Krankenkassenversicherungen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), überlässt (Subsidiaritätsprinzip). Bei grundsätzlichen Systemkorrekturen oder bei Nicht-Einigung zwischen diesen Akteuren entscheidet der Staat und erlässt entsprechende Gesetze und Verordnungen (Rückgabe der Entscheidung an den Gesetzgeber, wenn die Selbstverwaltung sich nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen kann). Dies zeigt, dass die korporatistische Steuerung nach wie vor von besonderer Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem ist (Rosenbrock 2004, S. 17).

Natürlich sind diese Ebenen nicht unabhängig voneinander. Sinnvolle gesetzliche Vorgaben (Makro-Ebene) zur Behebung der Steuerungsdefizite werden erst dann wirksam, wenn eine weitgehende Einigkeit innerhalb der Selbstverwaltung besteht und die Leistungserbringer auf der Meso-Ebene über geeignete Steuerungsinstrumente zur Umset-

zung der Gesetzesvorhaben verfügen. Diese Instrumente der Organisation unterstützen dann die Steuerung in den konkreten Leistungserstellungsprozessen (Mikro-Ebene), also den Prozessen der Behandlung, Pflege und Therapie. Ein Beispiel hierfür ist das seit 2001 eingeführte Finanzierungsinstrument der *Diagnosis Related Groups* (DRGs). Die Krankenhausleistungen werden nun statt mit tagesgleichen Pflegesätzen mit festen Fallpauschalen vergütet (Kortevob 2007, S. 87; Königer 2003, S. 47). Dies hat weitgehende Auswirkungen auf die Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern, insbesondere die ökonomische Perspektive tritt noch stärker in den Vordergrund. Erst nach und nach werden die Auswirkungen der gesetzlich neu geregelten Finanzierung (Makro-Ebene) für die Organisationen (Meso-Ebene) und die Health Professionals spürbar. Die Proteste aufgrund verschärfter Rahmen- und Arbeitsbedingungen, insbesondere der Health Professionals und ihrer Verbände, führte zu großzügigen Übergangsfristen (Konvergenzphase), welche dann von der Politik zugestanden wurden (Schmidt 2007, S. 10).

Die einzelnen Organisationen im Gesundheitswesen haben auf die Makro-Ebene wenig bis gar keinen Einfluss und können so nur auf neue Gesetze und Verordnungen reagieren, selbst also nicht gestalten. Jedoch werden hier zukünftige Anforderungen an die Organisationen formuliert. Daher sind diese Entwicklungen sorgsam zu beobachten. Lediglich mit einzelnen Instrumenten der Kommunikationspolitik kann z. B. ein Krankenhaus Einfluss auf lokale Politikentwicklungen nehmen. Die Steuerung durch Instrumente der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre kann sich also lediglich auf die Meso- und Mikro-Ebene konzentrieren. Jede Organisation, die ihre eigene Steuerungsfähigkeit auf diesen Ebenen immer weiter erhöht, wird jedoch geringere Probleme haben, sich immer neuen und veränderten Rahmenbedingungen seitens der Makro-Ebene zu stellen. Im Abschnitt V wird, auf dieser Problematik aufbauend, ein Mehr-Ebenen-Steuerungswürfel mit Instrumenten vorgestellt, die auf unterschiedliche Weise auf die normative, strategische und operative Managementebene der Krankenhäuser wirken.

III. Reformansätze im Gesundheitswesen auf der Makro-Ebene

Kritisch angemerkt werden muss, dass der Gesetzgeber bisher den Fokus primär auf die Problematik der Kosten im Gesundheitswesen setzt, auch ausgelöst durch die Einnahmeerrosion bei den Sozialversicherungen. Es wurden keine Antworten auf drängende Probleme im Gesundheitswesen gefunden, wie u. a. die zunehmende Alterung der Bevölkerung, die wachsende Anzahl von chronisch-degenerativen Erkrankungen und den Folgen der fortschreitenden Medizintechnik. Hinzu kommt noch die bisher vergebliche Suche nach Möglichkeiten zum Umgang mit den Folgen der angebotsinduzierten Nachfrage und den fehlgeleiteten Anreizsystemen (Hajen 2006, S. 70; Köck 1996, S. 17). Immer mehr zum Problem wird die Ausrichtung auf die teure und auf die Akut-Versorgung ausgerichtete Medizin, deren Nutzen oft zweifelhaft ist, sowie die Beibehaltung der einzelnen fragmentierten Versorgungssektoren. Zudem existieren zahlreiche Qualitätsdefizite im System, die den Nachfragern nach Leistungen aber eher wenig bekannt sind (Schrappe

2005, S. 17; SVR 2001). Die eingeschränkten Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten der eigentlichen Nutzer (Bevölkerung und Patienten) sind Ergebnis einer fehlenden Transparenz und mangelhaften Wissens über Krankheit und medizinisch-pflegerische Möglichkeiten (mangelnde Konsumentensouveränität). Dazu tritt die Tatsache, dass Patienten sich der wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen nicht bewusst sind und dass von Krankheit und Gesundheit weitreichende externe Effekte ausgehen (Belastung der Familien, Produktivitätsverluste usw.). Hinzu kommen noch vielfältige ethische, soziale und politische Aspekte (Wallner 2007, S. 47; Deppe 2002). Damit ist das Gesundheitswesen weit von den Vorstellungen eines idealen Marktes entfernt und Ökonomen sprechen daher von einem Markt- und Steuerungsversagen im Gesundheitswesen (Hajen 2006, S. 57; Sommer 1999, S. 98).

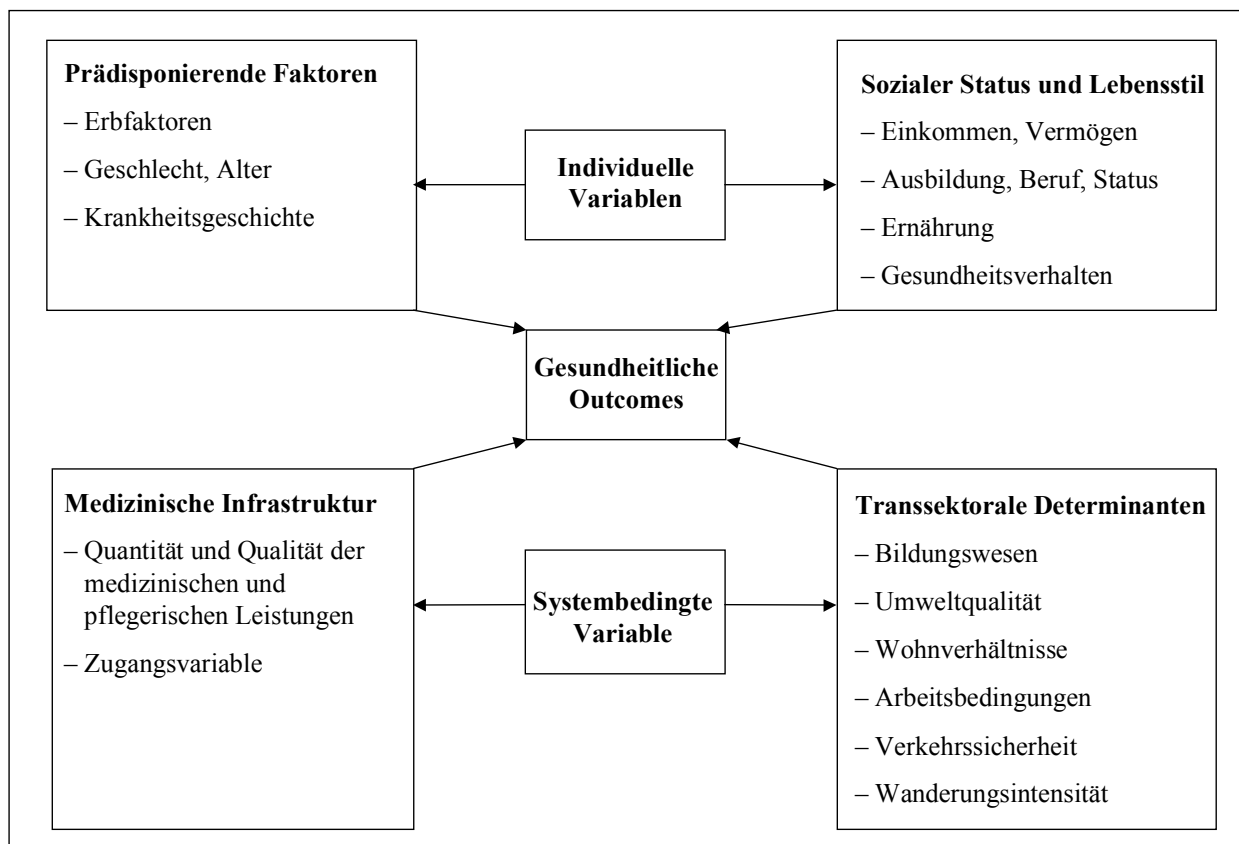


Abb. 2: Bestimmungsfaktoren von Gesundheit

Quelle: SVR 2001, S. 24

Neuere Erkenntnisse, z. B. aus den Gesundheitswissenschaften (Public Health), finden erst langsam Einfluss in die Gesundheitspolitik. Studien haben gezeigt, dass lediglich 10 % bis 30 % der „potenziellen Gesundheit“ eines Landes ursächlich auf Aktivitäten des Gesundheitssystems zurückzuführen sind (McKee 2001, S. 296; SVR 2001, S. 24).

Die das Krankheitsspektrum immer mehr dominierenden Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und andere chronische Erkrankungen) gehen mit Risikofaktoren einher, die sowohl mit individueller Veranlagung und Lebensweise als auch mit dem physischen und sozioökonomischen Umfeld zusammenhängen. Auch in

den sehr wohlhabenden Ländern der europäischen Gemeinschaft (z. B. Deutschland, Finnland, Schweden) haben nicht alle gesellschaftlichen Gruppen die gleichen Chancen gesund zu leben. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, wie wichtig wirtschaftliche, soziale, umweltbedingte und institutionelle Determinanten für die gesundheitlichen Chancen einer Bevölkerung sind. Andere wichtige Einflussgrößen auf den Outcome eines Gesundheitssystems, abgesichert durch empirische Befunde, sind beispielsweise exogene und transsektorale Einflussgrößen wie der Arbeitsmarkt, die Einkommens- und Vermögensverteilung, das Bildungs- und Verkehrswesen, die Umweltqualität, die Arbeitsbedingungen, die Wohnverhältnisse sowie der Lebensstil und soziale Status der Bürger (Judge 2006, S. 12; SVR 2001, S. 23). Folglich muss eine effektive und effiziente Einwirkung auf die gesundheitlichen Outcomes im Sinne einer Gesundheitspolitik eine Kooperation mit anderen Politikbereichen einschließen. Singuläre Aktivitäten der Gesundheitspolitik erzielen also nicht die entsprechenden Wirkungen (vgl. Abb. 2). Entsprechend stehen die Gesundheitssysteme aller europäischen Länder vor großen Herausforderungen, denen man mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention hofft begegnen zu können (Weinbrenner 2007, S. 20).

IV. Leistungs- und Verhaltensziele auf der Meso- und Mikro-Ebene

Um den Steuerungsproblemen im Gesundheitssystem entsprechend zu begegnen, versucht der Gesetzgeber zunehmend vermehrt Marktmechanismen in das deutsche Gesundheitswesen einzuführen. Vor diesem Hintergrund kann man die Bemühungen der aktuellen Gesundheitssystemreformen, neue Steuerungsmöglichkeiten zu finden, verstehen. Ansatzpunkte der Reformbestrebungen sind – nach jahrelangen Budgetdeckelungen – heute zunehmend leistungsorientierte Finanzierungs- und Anreizsysteme (z. B. Finanzierung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen durch das DRG-System) sowie die Schaffung von Markt- oder marktähnlichen Mechanismen (vgl. Abschnitt I). Damit wird auch im Gesundheitssystem die Ressourcen- bzw. Input-Steuerung zunehmend durch eine Leistungs- und Ergebnissteuerung, d. h. eine Steuerung über Leistungs- und Verhaltenswettbewerb, abgelöst. Dies führt dazu, dass durch die Einführung von Markt- und Wettbewerbsmechanismen Health Professionals zunehmend einer für sie neuen ökonomischen Rationalität ausgesetzt sind und sie sich im Interesse des Überlebens ihrer Organisation ökonomisch rational verhalten bzw. das ökonomische Paradigma akzeptieren müssen. Bisher wurde aber eben diese ökonomische Rationalität ausschließlich negativ betrachtet. Aber auch unterschiedliche Terminologien sind eine häufige Quelle von Missverständnissen, Widerständen und Konflikten. Die Health Professionals verstehen dieselben Begriffe oft völlig anders als Ökonomen (Güntert/Offermanns 2002a, S. 150; Strathmeyer 2002, S. 115). Ein Beispiel hierfür ist der Begriff des Controllings. Aufgrund ihrer Rationalität und Berufserfahrung setzen die Mediziner Controlling häufig mit Kontrollieren gleich und assoziieren weiter etwa Kommandieren und Korrigieren. Für den ökonomischen Experten hat Controlling jedoch ungefähr ebenso wenig mit „Kontrol-

le“ zu tun wie für den Mediziner „Geschwulst“ mit „Geschwür“ (Marti 2000). Moderne Definitionen beschreiben Controlling als „Steuern“, „Regeln“ und „Lenken“ von sozialen Systemen (Hopfenbeck 2000; Güntert 1994). Durch die verschiedenen Rationalitäten und Perspektiven wird es zukünftig wichtiger werden, neben den professionellen Perspektiven auch soziale und kommunikative Kompetenzen zu entwickeln. Gerade diese sind wichtig für ein ganzheitliches Managementverständnis (Ulrich 2001; Malik 2000).

Aus gegenwärtiger Sicht spricht vieles dafür, dass wettbewerbliche Steuerungsmechanismen gerade zwischen den Individualakteuren weiter an Bedeutung gewinnen werden und dass das Verhältnis von unmittelbar staatlicher, korporatistischer und wettbewerblicher Steuerung neu justiert wird (Rosenbrock 2004, S. 257). Durch diese Maßnahmen wird nun eine stetige Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz der Einrichtungen im Gesundheitswesen gefördert. Dies schafft die Voraussetzung für den Einsatz neuer Steuerungsinstrumente durch die Öffentliche Betriebswirtschaftslehre.

Ouchi verwendet zur Beschreibung der möglichen Formen der Systemsteuerung die zwei Dimensionen Messbarkeit von Leistungen und Transparenz von Prozessen (Ouchi 1977, S. 95; Güntert/Offermanns 2002a, S. 149). Bisher konnten im Gesundheitswesen auf Mikro- und Meso-Ebene kaum leistungsorientierte Steuerungsinstrumente eingesetzt werden, weil die Prozesse der Leistungserstellung intransparent und die erzielten Ergebnisse kaum messbar waren. Eine Systemsteuerung war somit praktisch nur über Ressourcenzuteilung, mit all ihren Nachteilen, möglich (vgl. Abb. 3). Die Ergebnisse einer solchen Ressourcenzuteilung sind nicht leistungs- oder ergebnisorientiert, sondern basieren weitestgehend auf dem Verhandlungsgeschick der einzelnen Gesundheitseinrichtungen mit den Kostenträgern (vgl. linker unterer Quadrant). Die Instrumente der Öffentlichen Betriebswirtschaft, primär wirksam im rechten oberen Quadranten der Abbildung, konnten so bisher nicht eingesetzt werden und scheiterten an nicht existierenden Leistungszielen und an fehlender Transparenz im direkten Arbeitsbereich der Health Professionals. Dieser Zustand wurde über Jahre erbittert verteidigt und wirkt auch heute noch in die Beziehung zwischen Health Professionals und Ökonomen, da die ökonomische Rationalität primär als Bedrohung empfunden wird.

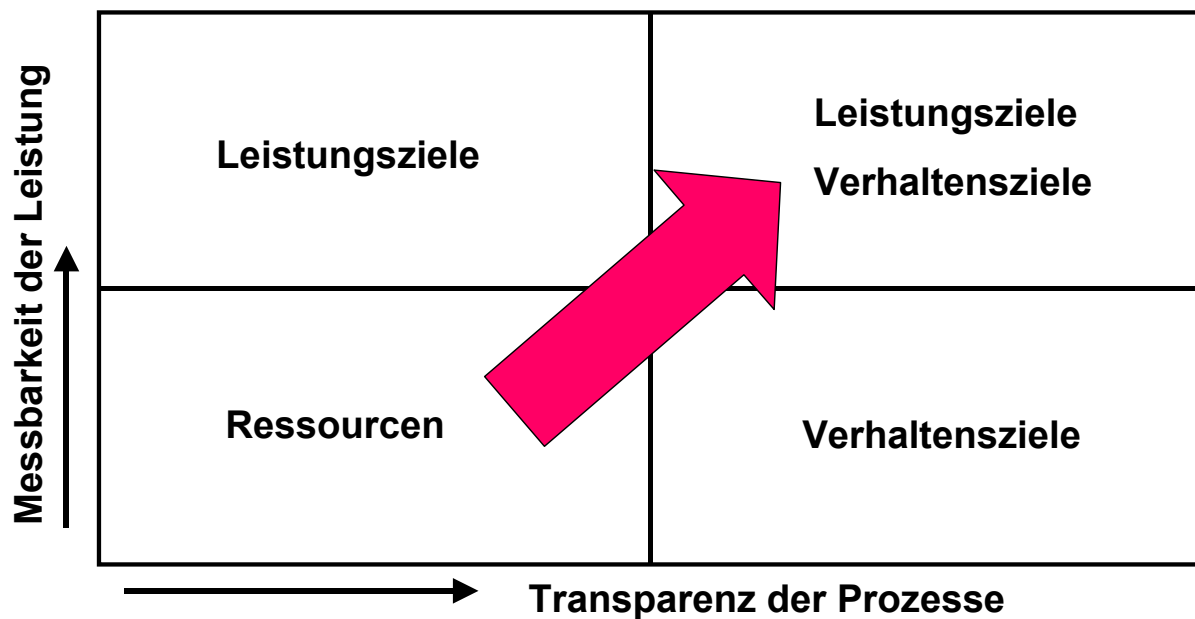


Abb. 3: Steuerungsmöglichkeiten von Systemen

Quelle: Ouchi 1977, S. 95; Offermanns 2005, S. 240; Güntert/Offermanns 2002a, S. 149

In den letzten Jahren wurde in diesem Bereich jedoch die Transparenz maßgeblich verbessert. Dadurch ist es heute mehr und mehr möglich, die einzelnen Organisationen über Leistungs- und Verhaltensziele zu steuern und so Anreize für bedarfsgerechte und wirtschaftliche Leistungserbringung durch die Health Professionals im Gesundheitswesen zu nutzen. Durch diese veränderte Situation werden jetzt dringend an die spezielle Situation der Krankenhäuser adaptierte Instrumente benötigt. Leitlinien für das Handeln der Health Professionals waren bisher ihre professionellen Standards. Ökonomische, soziale oder politische Aspekte spielten nur am Rande eine Rolle.

Die neuen Möglichkeiten der Systemsteuerung erfordern nun aber gerade den Einbezug dieser neuen Dimensionen (Offermanns 2005, S. 55). Konkret bedeutet dies, dass in Zukunft, z. B. bei ärztlichen Entscheidungen, die Kostenfolgen und die sozialen Auswirkungen mit zu berücksichtigen sind. Die Verantwortung der Krankenhaus- und Abteilungsleitungen nimmt zu, während die traditionellen Krankenhausträger an Einfluss eher verlieren bzw. sich auf die normative Managementebene zurückziehen (Güntert 2002a, S. 157; Bleicher 2002a, S. 147; Bleicher 1994). Speziell die Öffentliche Betriebswirtschaftslehre kann nun die dringend benötigten Instrumente bereitstellen, damit die Health Professionals die veränderten Rahmenbedingungen besser bewältigen können, um das Überleben von Gesundheitseinrichtungen auch langfristig zu sichern. Damit wirken die Instrumente auch positiv, und Ökonomen können Dienstleister für die Health Professionals zur Erreichung gemeinsamer Ziele sein.

Als Kritik an der bisherigen Entwicklung kann angemerkt werden, dass man sich, gerade auch von Seiten der Wissenschaft, bisher primär auf die Einführung von klassischen betriebswirtschaftlichen Instrumenten für die Administration konzentriert und nicht nach Steuerungsmöglichkeiten bei den Health Professionals selbst gesucht hat. Da ja dort die eigentlichen Leistungen einer Gesundheitsorganisation erbracht werden, liegen hier auch

in Bezug auf Kosten und Qualität die größten Effektivitäts- und Effizienzpotentiale. Im Mittelpunkt steht dabei immer das Personal, das zunehmend auch in ökonomische Entscheidungen integriert sein muss, allein schon um die Akzeptanz und die Umsetzung zu fördern (von Eiff 2006, S. 85; Müller 1996, S. 14). Parallel müssen Verantwortlichkeiten mit Blick auf Qualität und Kosten soweit sinnvoll und möglich auf Abteilungsebene delegiert werden.

V. Das Mehrebenen-Steuerungskonzept als Bezugsrahmen für die Öffentliche Betriebswirtschaftslehre

Entscheidend für ein neues Steuerungskonzept ist, dass Instrumente eingesetzt werden, welche die für die Zielerreichung entscheidenden Faktoren wirklich beeinflussen können. Es sollte also idealerweise ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang nachgewiesen werden können (Strategie-Prozess-Outcome-Impact) (Eichhorn 2005, S. 162; Bleicher 2002). Die Instrumente zur Steuerung und Umsetzung der Strategie dürfen sich daher nicht nur mit der Vergangenheit befassen, sondern mit dem Einfluss einer Entscheidung auf das Ergebnis der Zukunft und auf die formulierte Zielsetzung. Bisher wirkten die eingesetzten betriebswirtschaftlichen Instrumente meist eher bezogen auf die Vergangenheit und besaßen wenig prospektive Elemente.

Mit der Einführung auch prospektiv wirkender Steuerungsinstrumente wird, insbesondere für den Bereich der Health Professionals, das Bewusstsein der Entscheidungsträger auf die Beeinflussbarkeit der Zukunft gerichtet. Die bisher zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente dienen dann nicht mehr dazu, die Vergangenheit noch detaillierter abzubilden, sondern richten das Führungsverhalten nachhaltig auf die Beeinflussbarkeit der Zukunft aus. Hier liegt der wesentliche Schlüssel zur Erhöhung der Steuerbarkeit der einzelnen Einrichtung, mit starkem Blick auf die konkreten Prozesse der Leistungserbringung. Die den folgenden Ausführungen zugrundeliegende Systematik wird in einem mehrdimensionalen Steuerungs-Würfel abgebildet (vgl. Abb. 4). Der Steuerungs-Würfel fokussiert auf die Organisation (Meso- und Mikroebene) und liefert Ansätze zu einer strukturierten Diskussion der Problematik. Die Instrumente verbessern die Steuerung der Organisation auf normativer, strategischer und operativer Managementebene, wirken teils isoliert auf einer Ebene oder integrierend auf mehreren Ebenen. Einschränkend festzuhalten ist, dass eine Einordnung nicht abschließend in prospektiv und retrospektiv vorgenommen werden kann, da einige prospektiv wirkende Instrumente auch retrospektive Daten zur Steuerung verwenden. Allerdings fehlt auch bisher ein sinnvoller Bezugsrahmen zur Beförderung der recht neuen Diskussion zu dieser Problematik.

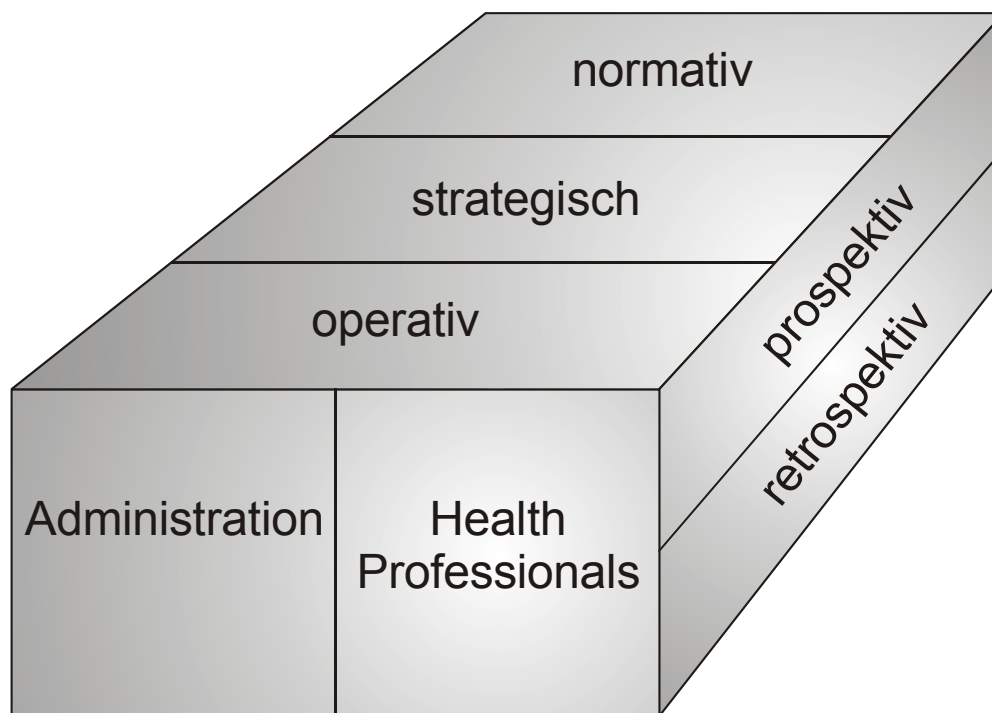


Abb. 4: Mehrebenen-Steuerungswürfel für Gesundheitseinrichtungen

Quelle: Eigene Darstellung

Zwischen den drei Dimensionen des Würfels kommt es zu Überschneidungen, d. h. einerseits wirken Instrumente auf verschiedenen Managementebenen (normativ, strategisch, operativ), andererseits erfolgt die Einordnung danach, ob die Instrumente eher traditionell betriebswirtschaftlicher Natur sind (Administration) oder sich aus dem professionellen Bezugsrahmen der Medizin, Pflege und Therapie ergeben (Health Professionals) (Ulrich 2001, S. 241; Offermanns 2005, S. 233). Einige primär betriebswirtschaftlich geprägte Instrumente wirken sowohl auf die Administration als auch auf die Health Professionals. Zu nennen sind hier z. B. Instrumente des Personalmanagements, wie Mitarbeiterbefragungen, Zielvereinbarungen und Führungsleitlinien. Den weitaus größten Teil des Personals stellen die Health Professionals dar, daher haben diese Instrumente dort eine hohe Relevanz. Andere Instrumente sind wieder schwerpunktmäßig eher dem Bereich der Health Professionals zuzurechnen (u. a. Leitlinien, Klinische Pfade und Evidence Based Medicine). Diese wirken jedoch auch auf die Ebene der Administration, insbesondere auf die dort dominierende wirtschaftliche Perspektive. Teilweise werden die neuen Steuerungsinstrumente auch durch neu geschaffene Berufsfelder wie Qualitätsmanager oder medizinische Controller weiter gefördert und deren Wirkung in der Organisation ausgebaut.

Die retrospektiven Steuerungsinstrumente der Health Professionals dienen der Evaluation der erbrachten Leistungen und beeinflussen damit über den Kontrollmechanismus das Verhalten der einzelnen Leistungserbringer. Zu nennen sind hier klassische Instrumente wie u. a. Arzt- und Pflegevisite, Fallbesprechungen, aber auch Patientenbefragungen. Nach Auswertung fließen die Informationen in die Entscheidungsfindung und -umsetzung der Führungskräfte mit ein (vgl. Abb. 5).

Gleiches gilt auch für den Bereich der Administration, wo sich als retrospektive Instrumente u. a. klassisches Leistungs-Controlling, ABC-Analysen zur Identifikation von kostenintensiven Leistungen und Prozessen, aber auch Kennzahlensysteme finden. Kostenrechnungssysteme versuchen Kosten zu erfassen und abzubilden, jedoch sind funktionierende Kostenträger-, Plan- und Teilkostenrechnungen noch recht selten in Krankenhäusern zu beobachten. Die Kombination von prospektiven und retrospektiven Steuerungsinstrumenten, wie in herkömmlichen Managementsystemen üblich, fand im Krankenhaus bisher nicht statt. Es ging in der Vergangenheit lediglich um die Verwaltung der zur Verfügung gestellten Ressourcen. Durch die veränderten Rahmenbedingungen reicht dies nun nicht mehr aus, um bestehen zu können (vgl. Abschnitt I).

Die prospektive Steuerung von der Ebene der Administration ausgehend, kann durch Leistungs- und Verhaltensziele, z. B. mit der Vorgabe von Obergrenzen für die Kosten einer bestimmten Behandlung (Capitation, DRGs), beeinflusst werden. Aufgrund der Ziele müssen Prozesse auf Effizienzpotentiale untersucht werden, d. h. ob Ressourcen ganz eingespart bzw. besser eingesetzt werden können („*to do more with less for patients*“) (Spath 1997, S. 2). Andere für Ökonomen gängige Instrumente sind die Balanced Scorecard, Benchmarking, aber auch eine auf die Strategie des Krankenhauses abgestimmte Personalentwicklung. Nicht zu vernachlässigen sind ebenfalls Instrumente zur Beeinflussung der Unternehmenskultur wie Leitbilder oder Führungsgrundsätze (Offermanns 2005, S. 234). Oft wird nicht beachtet, dass Strategien teils aufwändig entwickelt werden, Strukturen rasch wechseln, jedoch die Kulturen im Krankenhaus sich erst langsam den veränderten externen und internen Rahmenbedingungen anpassen können.

Die prospektiven Steuerungsinstrumente der Health Professionals wirken auf die Entscheidungsfindung in der konkreten Behandlungssituation u. a. durch neue Ansätze wie der Evidence Based Medicine (EBM) ein, d. h. individuelle Patienten anhand der besten zur Verfügung stehenden Daten und Erkenntnisse zu versorgen. Die wissenschaftliche Evidenz dient als externer Standard, um die Qualität der Behandlung im eigenen Krankenhaus – durch eine Vereinheitlichung der professionellen Handlungsweisen – zu steigern und die Kosten durch Reduktion individueller Handlungsweisen der Health Professionals geeignet zu steuern (Rossboth 2007, S. 7; Antes 2003, S. 2; Greenhalgh 2000, S. 17) (vgl. Abb. 5).

Standards und Leitlinien, auf der Basis von EBM, sichern den transparenten Diskurs zwischen Health Professionals über Formen und Ergebnisse der Behandlung. Leitlinien sind als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen definiert. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsbereichen, ggf. unter Einbeziehung von Patienten (Sänger 2007, S. 109), zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Leitlinien sind durch EBM wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Methodische Instrumente zur Erstellung von Leitlinien sind unter anderem Konsensuskonferenzen, Delphianalysen, Therapiestudien und Meta-Analysen. Die Leitli-

nien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben (Delbi 2005, S. 471; AWMF 2001, S. 68).

	Ebene der Administration	Ebene der Health Professionals
Prospektive Steuerung	Personalentwicklung Balanced Scorecard Unternehmenskultur Führungsleitlinien Zielvereinbarungen Benchmarking Total Quality Management Fallpauschalen (z. B. DRGs) Capitation (Kopfpauschalen)	Evidence Based Medicine Leitlinien Standards Richtlinien Disease Management Klinische Pfade Second-opinion-Programme Health Technology Assessment
Retrospektive Steuerung	Personalinformationssysteme ABC-Analysen Kennzahlensysteme Kostenrechnungssysteme Leistungs-Controlling	Qualitätssicherung Arzt- und Pflegevisite Gezielte Fallbesprechung Patientenbefragung Mitarbeiterbefragung

Abb. 5: Auswahl prospektiver und retrospektiver Steuerungsinstrumente

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Klinischer Pfad ist ein netzartiger, berufsgruppenübergreifender Behandlungsablauf mit evidenzbasierten Leitlinien, der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt (Hellmann 2002, S. 16). Sie sichern die Umsetzung von EBM und Leitlinien in der konkreten Situation zwischen Health Professional und Patient durch genau geplante Ablaufschritte und Termine, mit Blick auf den Heilungsfortschritt und die geplante Verweildauer (Offermanns 2005, S. 234). Durch die starke Prozessorientierung werden nun Abläufe und Kosten transparent und können unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten optimiert werden. Angemerkt werden muss, dass insbesondere die Ärzte in begründeten Fällen vom Pfad bzw. den Leitlinien abweichen können, wenn dies im Interesse des Patienten liegt. Entscheidend für die Einführung der Klinischen Pfade als Steuerungsinstrument muss die Verbindlichkeit des Pfades für alle Health Professionals und die Fokussierung auf die Ergebnisqualität sowie die ständige Evaluation der Pfade und deren Verbesserung sein. Nur dann können Ziele formuliert und geeignet überprüft werden. Ein tatsächlicher Einfluss auf das Verhalten der Health Professionals ist nur so möglich. Diese Verbindlichkeit stellt eine „*conditio sine qua non*“ dar, ohne die Veränderungsansätze mit evidenzbasierten Leitlinien und Klinischen Pfaden zum Scheitern verurteilt sind (Spath 1997; Offermanns 2005).

Als über die Versorgungssektoren hinweg integrativ wirkende Versorgungsform kann Disease Management, das die klinischen, patientenorientierten und ökonomischen Ergebnisse von Prozessen bezogen auf Erkrankungen von chronisch kranken und kostenin-

tensiven Patienten berücksichtigt, eingesetzt werden (Lauterbach 2002, S. 19). Ziel ist auch hier eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten unter Berücksichtigung der ökonomischen Auswirkungen (Offermanns 2005, S. 234). Momentan noch Vision ist, Klinische Pfade in Disease Management-Programmen auch über Sektoren hinweg anzuwenden – sie würden dann zu integrierten Versorgungspfaden und könnten einen Beitrag leisten, die Fragmentierung zu überwinden.

Bei allen Steuerungsversuchen entscheidend ist, mithilfe der prospektiven und retrospektiven Instrumente Verhaltensänderungen bei den Health Professionals herbeizuführen, überflüssige Leistungen auszusondern und dadurch die Qualität der Versorgung zu steigern. Gerade auf die Ebene der Health Professionals und deren professionelle Entscheidungsfindung ist der Fokus zu legen, weil hier große Fortschritte in Bezug auf Qualität und Kosten der Leistungen möglich sind (Güntert/Offermanns 2002). Die Akzeptanz und der Nutzen bei den Health Professionals werden dadurch gestärkt, indem der Fokus nicht primär auf den Kosten liegen darf, sondern sich bewusst auf Aspekte der Qualität und Leistungserbringung konzentrieren. Dies würde auch eindeutig zu kurz greifen. Die Philosophie hinter den neuen Instrumenten verlangt danach, dass sie gemeinsam von Ökonomen und Health Professionals eingesetzt werden, um die gewünschte Steuerungswirkung, im Hinblick auf die Qualität und die Kosten, zu erzielen. In der Vergangenheit war Kooperation mit Blick auf die Leistungserbringung, auch aufgrund der verschiedenen Rationalitäten, vollkommen unüblich.

Das Steuerungskonzept bezieht mit seiner prospektiven und retrospektiven Ausrichtung alle drei Management-Ebenen mit ein. Steuerungsinstrumente werden auf der operativen, strategischen und normativen Ebene eingesetzt und wirken so integrierend und nicht isoliert lokal. Einem unkoordinierten Einsatz der Steuerungsinstrumente wird gezielt entgegen getreten. Wie schon angeführt, darf auch die Kultur in den Krankenhäusern nicht vernachlässigt werden. Durch die bewusste Beeinflussung der Unternehmenskultur (z. B. durch eine partizipativ angelegte Leitbildentwicklung) und durch mitarbeiterorientierte Führungs- und Managementmodelle wie dem Total Quality Management (TQM) oder dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) lässt sich die Einführung neuer Steuerungsinstrumente und Verhaltensänderungen fördern. Hier liegt noch erheblicher Forschungsbedarf für die Betriebswirtschaftslehre, insbesondere mit Blick auf den bestmöglichen Einsatz und die Bewertung der Wirksamkeit der einzelnen Instrumente.

VI. Zusammenfassung und Ausblick

Der Beitrag hat gezeigt, dass zukünftig vermehrt prospektive Steuerungsinstrumente in Bezug auf die Health Professionals angewendet werden müssen. Mit Blick auf die Ziele von Gesundheitseinrichtungen lassen sich hier die größten Steuerungswirkungen erwarten. Die Öffentliche Betriebswirtschaftslehre kann so auch Beiträge dazu leisten, die Ergebnisse von Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Der Blick auf die Kosten wird so

um die Perspektive der Qualität erweitert. Die Ökonomen werden Dienstleister und Partner der Health Professionals mit einem gemeinsamen Ziel – der optimalen Versorgung der Patienten. Die Öffentliche Betriebswirtschaftslehre darf sich nicht lediglich auf den Bereich „Krankenhausmanagement“ konzentrieren, sondern muss auch Beiträge zur Steuerung in den anderen Versorgungssektoren leisten. Eine Vernetzung der Sektoren wird in den nächsten Jahren, insbesondere unter ökonomischen und qualitätsorientierten Gesichtspunkten, immer wichtiger. Die Einführung der im Beitrag beschriebenen neuen Versorgungsformen bringt den Bedarf nach sozio-ökonomischen Evaluationen mit sich. Kosten-Nutzen-Betrachtungen werden sowohl auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Perspektive der Forschung darf sich nicht einseitig auf die Kostenproblematik beziehen, sondern muss auch soziale, gesellschaftliche und politische Fragestellungen berücksichtigen.

Management und Ökonomie im Gesundheitswesen ist mittlerweile eine anerkannte Teildisziplin der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, die auch zunehmend wissenschaftstheoretisch integriert ist (Helmig 2005, S. 39; Offermanns 2005, S. 33; Sachs 2002). Ein Ausbau eigener Forschungsbereiche, auch zur Grundlagenforschung, ist weiter anzustreben. Die ganzheitliche Herangehensweise an das Mehrebenen-Steuerungsproblem wird von der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre die Kooperation mit anderen Funktionalbereichen der Betriebswirtschaftslehre, aber auch mit anderen Wissenschaftsdisziplinen verlangen. Zu nennen sind die Medizin oder die in Deutschland noch recht junge Gesundheitswissenschaft (Public Health). Diese benötigen interdisziplinäres Wissen, die Bedeutung von Management und Ökonomie werden dabei immer wichtiger.

Abstract

Guido Offermanns; New prospective instruments of governance on different system levels in health care

Effectiveness; efficiency; health care system; health outcome; health professionals; patients; problems of governance; prospective governance

The current situation in health care is affected by a shortage of public funds, by rapid developments in medicine and nursing with an enormous expansion of both diagnostic and therapeutic possibilities. Another point is the ageing population, which is generating a steadily increasing demand for health care services. Therefore the German health care system has been undergoing a serious crisis for many years. Current health care policies are failing badly. In a first step the article shows problems of governance in the health care sector on different system levels. Then health determinants are linked with the problems of governance. Traditional retrospective administration instruments of health care organizations are not able to cope with the new dynamics. They must be supplemented by a new view on prospective instruments of health professionals. A combination of these

two forms of governance can be an important factor for increasing health outcome and cost-effectiveness of health care organizations and health system.

Literaturverzeichnis

- Antes, Gerd, Dirk Bassler und Johannes Forster (2003), *Evidenz-basierte Medizin – Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM*, Stuttgart.
- AWMF (2001), *Das Leitlinien Manual*, in: *Zeitschrift für ärztliche Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement*, Vol. 95, Supplement I.
- Bleicher, Knut (1994), *Normatives Management*, Frankfurt am Main, New York.
- Bleicher, Knut (2002), *Integriertes Management als Herausforderung*, in: *Integrierte Managementsysteme: Konzepte, Erfahrungen, Werkzeuge*, hrsg. von Stefanie Schwendt und Dirk Funck, Heidelberg, S. 5-20.
- Bleicher, Knut (2002a), *Das Konzept Integriertes Management*, Frankfurt am Main–New York.
- Braun, Bernard, Hagen Kühn und Hartmut Reiners (1998), *Das Märchen von der Kostenexplosion – Populäre Irrtümer der Gesundheitspolitik*, Frankfurt am Main.
- Delbi (2005), *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung*, Fassung 2005/2006, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 99. Jg., Heft 8, S. 468-520.
- Deppe, Hans Ulrich und Wolfram Burkhardt (2002), *Solidarische Gesundheitspolitik – Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*, Hamburg.
- Eichhorn, Peter (2005), *Das Prinzip Wirtschaftlichkeit – Basiswissen der Betriebswirtschaftslehre*, Wiesbaden.
- Eiff, Wilfried von und Kerstin Stachel (2006), *Professionelles Personalmanagement*, Wegscheid.
- Fischer, Timo und Wolfram Lamping (2007), *Das Gesundheitssystem in Deutschland – von Bismarck bis Merkel*, in: *Soziale Sicherheit*, 60. Jg., Heft 4, S. 172-189.
- Greenhalgh, Trisha (2000), *Einführung in die Evidence Based Medicine: Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin*, Bern–Göttingen.
- Güntert, Bernhard und Guido Offermanns (2002), *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen unter sich verändernden Rahmenbedingungen*, in: *Der Krankenhausmanager: Praktisches Handbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitswesens*, Ausgabe Januar, Abschnitt 16, hrsg. von Wilfried von Eiff, Hermann Fenger, Anton Gillissen, Andrea Kerres, Ulrich Mis, Arnold Maria Raem und Stefan Winter, Berlin, S. 1-34.
- Güntert, Bernhard und Guido Offermanns (2002a), *Ärztliche Führung. Eine Frage der ökonomischen Kompetenz?*, in: *Spannungsfeld Führung: Neue Konzepte in einem veränderten Sozialstaat*, hrsg. von Klaus Dieter Hildebrand, Leipzig, S. 147-160.
- Hajen, Leonard, Holger Paetow und Harald Schumacher (2006), *Gesundheitsökonomie Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele*, 3. Aufl., Stuttgart.
- Helmig, Bernd (2005), *Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern*, Berlin.
- Hellmann, Wolfgang (2002), *Einführung von klinischen Pfaden in deutschen Krankenhäusern – Nutzen, Hemmnisse und terminologische Problematik*, in: *Klinische Pfade: Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen*, hrsg. von Wolfgang Hellmann, Landsberg am Lech, S. 11-18.
- Hildebrand, Rolf (2005), *Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute*, in: *Krankenhaus-Report 2004 Schwerpunkt: Qualitätstransparenz-Instrumente und Konsequenzen*, hrsg. von Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart, S. 27-48.
- Hopfenbeck, Waldemar (2000), *Allgemeine Betriebswirtschafts- und Managementlehre: Das Unternehmen im Spannungsfeld zwischen ökonomischen, sozialen und ökologischen Interessen*, 13. Aufl., Landsberg am Lech.
- Judge, Ken und Stephen Plat, (2006), *Health inequalities – a challenge for Europe. European Commission Tackling Health Inequalities: Governing for Health*, http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121583.pdf (Zugriff: 30.04.2008)
- Köck, Christian Maria (1996), *Das Gesundheitssystem in der Krise: Herausforderung zum Wandel für System und Organisation*, in: *Management in Gesundheitsorganisationen*, hrsg. von Peter Heimerl-Wagner und Christian Maria Köck, Wien, S. 17-71.
- Königer, Hubert (2003), *Handlungsbedarf zur DRG-Einführung in den Krankenhäusern*, in: *Einführung der DRGs in Deutschland*, hrsg. von Günter Thiele, Heidelberg, S. 47-76.
- Kortevoß, Axel (2007), *Krankenhausplanung unter Bedingungen der German Diagnosis Groups*, in: *Krankenhaus-Report 2006 Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*, hrsg. von Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart, S. 87-100.
- Lauterbach, Karl und Stephanie Stock (2002), *Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation*, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V. (AEV), Siegburg.

- Marti, Christian (2000), Menschen steuern?, in: *Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management*, 4. Jg., Heft 1, S. 1.
- McKee, Martin (2001), Measuring the efficiency of health systems, in: *British Medical Journal*, vol. 323, no. 7308, pp. 295-296.
- Müller, Mathias (1996), Personal im Krankenhaus: Über die real abwesende Auseinandersetzung mit menschlicher Leistungsfähigkeit im Spital, in: *Personal-Management im „Unternehmen“ Krankenhaus*, hrsg. von Mathias Müller, Wien, S. 14-29.
- OECD (2006), OECD Health Data, Statistics and Indicators for 30 countries, http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html (Zugriff: 30.04.2008).
- Offermanns, Guido (2005), *Integriertes Personal-Controlling im Krankenhaus: Neue Instrumente für die Prozess- und Ressourcensteuerung*, Heidelberg.
- Offermanns, Guido (2006), Die zukünftige Rolle der Health Professionals aus der Sicht der Betriebswirtschafts- und Managementlehre, in: *Professionalisierung im Gesundheitswesen*, hrsg. von Johanne Pundt, Bern, S. 36-60.
- Offermanns, Guido (2007), Steuerungsversagen im Gesundheitswesen – ein Mehrebenenproblem der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: *Stand und Perspektiven der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre II*, hrsg. von Dietmar Bräunig und Dorothea Greiling, Berlin, S. 149-162.
- Offermanns, Guido (2007a), KTQ – das neue Qualitätsmodell für Krankenhäuser in Österreich?!, in: *Qualitas – Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen*, 7. Jg., Heft 1, S. 4-9.
- Ouchi, William (1977), The Relationship Between Organizational Structure And Organizational Control, in: *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, no. 1, pp. 95-113.
- Porter, Michael und Elisabeth Olmsted Teisberg (2006), *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*, Boston.
- Rosenbrock, Rolf und Thomas Greilinger (2004), *Gesundheitspolitik*, Bern.
- Rossboth, Dieter Wolfgang, John Gay, Vivian Lin (2007), *Einführung in die Evidence Based Medicine*, Wien.
- Sachs, Sybille und Andreas Hauser (2002), *Das ABC der betriebswirtschaftlichen Forschung: Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten*, Zürich.
- Schrappe, Mathias (2005), Qualitätstransparenz – Qualitätsmanagement und Qualität im Wettbewerb, in: *Krankenhaus-Report 2004 Schwerpunkt: Qualitätstransparenz-Instrumente und Konsequenzen*, hrsg. von Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart, S. 17-26.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2001), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Bd. 1, Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Kurzfassung, Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660, Berlin.
- Sänger, Sylvia, Frank Brunsmann, Gerhard England, Bernd Quadder und Günter Ollenschläger, (2007), Patientenbeteiligung am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien – Stand und Konsequenzen, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101. Jg., Heft 2, S. 109-116.
- Schmidt, Christian und Johannes Möller (2007), Katalysatoren des Wandels, in: *Krankenhaus-Report 2006 Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*, hrsg. von Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart, S. 3-20.
- Schmidt-Rettig, Barbara (2002), Anforderungen an das Personalmanagement im Krankenhaus, in: *Krankenhaus-Report 2002 Schwerpunkt Personal*, hrsg. von Michael Arnold, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt, Stuttgart, S. 65-76.
- Schmidt, Siegfried (2005), *Unternehmenskultur – Die Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen*, Weilerswist.
- Sommer, Jürg (1999), *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*, Stuttgart.
- Spath, Patricia (1997), Taking Quality Improvement Beyond Paths, in: *Beyond Clinical Paths – Advanced Tools for Outcomes Management*, edited by Patricia Spath, Chicago, pp. 1-8.
- Stratmeyer, Peter (2002), *Das patientenorientierte Krankenhaus*, Weinheim.
- Ulrich, Hans (2001), *Systemorientiertes Management: Das Werk von Hans Ulrich*, hrsg. von der Stiftung zur Förderung der Systemorientierten Managementlehre St. Gallen, Bern.
- Wallner, Jürg (2007), *Health Care zwischen Ethik und Recht*, Wien.
- Weber, Leonard (2001): *Business ethics in health care*, London.
- Weinbrenner, Susanne, Markus Wörz und Reinhard Busse (2007), Gesundheitsförderung in Europa, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 7. Jg., Heft 2, S. 19-30.
- Wilmoth, John (2000), Demography of Longevity: past, present and future trends, in: *Experimental Gerontology*, vol. 35, no. 9-10, pp. 1111-1129.
- Zweifel, Peter (2001), Alter, Gesundheit und Gesundheitsausgaben – eine neue Sicht, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 2. Jg., Heft 7, S. 6-12.