

Heller, Christoph

Working Paper

Akteure der deutschen Gesundheitswirtschaft: Eine Analyse der Wirkungen von Marktakteuren auf die Krankenhausbranche

Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, No. 77

Provided in Cooperation with:

Universität Münster, Institut für Genossenschaftswesen (IfG)

Suggested Citation: Heller, Christoph (2009) : Akteure der deutschen Gesundheitswirtschaft: Eine Analyse der Wirkungen von Marktakteuren auf die Krankenhausbranche, Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, No. 77, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Genossenschaftswesen (IfG), Münster

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/55818>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

ARBEITSPAPIERE
des Instituts für Genossenschaftswesen
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Akteure der deutschen Gesundheitswirtschaft
- Eine Analyse der Wirkungen von Marktakteuren auf die
Krankenhausbranche -

von Christoph Heller
Nr. 77 ■ Januar 2009

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Institut für Genossenschaftswesen
Am Stadtgraben 9 ■ D-48143 Münster
Tel. ++49 (0) 2 51/83-2 28 01 ■ Fax ++49 (0) 2 51/83-2 28 04
info@ifg-muenster.de ■ www.ifg-muenster.de

Vorwort

Die Gesundheitswirtschaft ist seit jeher ein sehr komplexer und facettenreicher Sektor hinsichtlich der dort tätigen Akteure und deren Beziehungen untereinander. Eine weitere Besonderheit besteht in der Koexistenz unterschiedlicher Allokationsmechanismen, die Leistungserstellung, Finanzierung und Informationsaustausch steuern. Immer wieder wurden in der Vergangenheit Reformen verabschiedet, um einerseits die Anreizstrukturen zu verbessern und andererseits die Finanzierung sicherzustellen. Die Forderungen nach einer Erhöhung der Effektivität und Qualität sowie nach einer Senkung der Kosten sind allgegenwärtig. Im Kern der Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen oder der Wertschöpfungskette stehen die Krankenhäuser mit ihren vielfältigen Schnittstellen zu den anderen Akteuren.

Nicht nur die Veränderung gesetzlicher Rahmenbedingungen, sondern auch andere Entwicklungen haben dazu geführt, dass die einzelnen Organisationen Überlegungen über ihre zukünftige Positionierung anstellen. Die Voraussetzungen für adäquate Entscheidungen bestehen in der Information über die Determinanten und Ausprägung der Beziehungsstrukturen sowie über geeignete Kriterien, anhand derer solche Entscheidungen beurteilt werden können, so z.B. Preis, Qualität und Innovationen. Vor diesem Hintergrund kann dann eingeschätzt werden, welche organisatorischen und strategischen Optionen für Krankenhäuser und andere Akteure bestehen, um einzelwirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit für die Zukunft zu erreichen und eine Verbesserung der gesamtwirtschaftlichen Effizienz für die Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Christoph Heller hat in diesem Arbeitspapier einen theoretisch fundierten Vorschlag für eine angemessene Strukturierung der Gesundheitswirtschaft vorgelegt und in einem ersten Schritt das Beziehungsgefüge sowie dessen Merkmale und Determinanten analysiert. Die Herleitung dieses Rahmens ist als Basis für eine größere Untersuchung zu verstehen. Anregungen und Kommentare sind herzlich willkommen.



Univ.-Prof. Dr. Theresia Theurl

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung	1
2. Theoretische Grundbausteine des Analyserasters.....	3
2.1 Transaktionskostentheorie - Rahmenbedingungen.....	3
2.2 Wettbewerbsstrategie - Strukturanalyse	5
3. Marktakteure in der Gesundheitswirtschaft	7
3.1 Analyseraster für die Marktakteure der Gesundheitswirtschaft.....	8
3.2 Gruppe der Lieferanten von Krankenhausleistungen.....	9
3.3 Gruppe der Abnehmer von Krankenhausleistungen	17
4. Wirkungsgeflecht der Marktakteure in der Gesundheitswirtschaft und Ausblick	23
Literaturverzeichnis	25

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Wirkungsebenen der Institutionenhierarchie	4
Abb. 2: Verknüpfung der Five Forces mit dem Staat	6
Abb. 3: Analyseraster der Makrokriterien	8
Abb. 4: Gruppe der Lieferanten von Krankenhausleistungen	9
Abb. 5: Gruppe der Abnehmer von Krankenhausleistungen	17

Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G - DRG	German - Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVLG	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
MBO-Ä	Musterberufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte
MPG	Medizinprodukte Gesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
UG	Universitätsgesetz

1 Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft hat mit einem Anteil von ca. 11 % am BIP eine große Bedeutung für die deutsche Wirtschaft. Erkennbar wird dies zum Beispiel an der Ausprägung der Gesundheitswirtschaft als Arbeitgeber. Etwa jeder neunte Beschäftigte in Deutschland arbeitet derzeit im Gesundheitswesen.¹ In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen von 4,0 Mio. Beschäftigte im Jahr 2000 auf 4,3 Mio. Beschäftigte im Jahr 2005² gestiegen.

Die stetigen Gesundheitsreformen³ (Struktur- und/oder Finanzreformen) veranlassen die Marktteilnehmer zu einem fortlaufenden Anpassungsprozess auf dem Gesundheitsmarkt. Die Folge der extern gesetzten Reize des Staats sind neue Organisationsformen und die Bildung neuer Berufsfelder.⁴ Die dadurch entstehenden Marktnischen werden durch neue Marktteilnehmer oder durch innerhalb der Gesundheitsbranche bestehende Marktakteure erschlossen und besetzt. Die Strukturen innerhalb der Gesundheitswirtschaft passen sich an und neue Wirkungszusammenhänge zwischen Akteuren entstehen.

Eine Schlüsselposition im deutschen Gesundheitssystem nimmt die akutstationäre Krankenhausversorgung ein. Sie bildet den Knotenpunkt, an den viele Akteure unterschiedlicher Versorgungsstufen anknüpfen. Beleg für die herausragende Stellung der Krankenhäuser ist das medizinische Leistungsspektrum. Alle in vor- oder nachgelagerten Versorgungsstufen angebotenen Bereiche werden ebenfalls durch das Leistungsspektrum der Krankenhäuser abgebildet oder tangiert. Die

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (2007), Pressemitteilung Nr. 028 vom 18.01.2007.

² Vgl. ebenda.

³ Die Gesundheitsreformen der 50er, 60er, 70er und 80er waren hauptsächlich darauf ausgerichtet, die Beiträge der Krankenversicherungen zu stabilisieren. In jüngster Vergangenheit wurden die Abstände zwischen den Gesundheitsreformen immer kürzer. 2007 das GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz, 2004 GKV Modernisierungsgesetz, 1999 Solidaritätsstärkungsgesetz, 1997 Erstes und Zweites GKV Neuordnungsgesetz, 1993 Gesundheitsstrukturgesetz und 1989 Gesundheitsreformgesetz.

⁴ Medizincontroller ist ein neu geschaffener Arbeitsbereich, welcher auf die Einfügung der G-DRGs zurückzuführen ist. Derzeit gibt es keine Ausbildung oder kein Studium die für diesen speziellen Bereich Personen ausbilden.

ökonomischen Indikatoren untermauern die herausragende Stellung der Krankenhausversorgung im deutschen Gesundheitssystem.⁵

Zur zielgerichteten Analyse der Wirkungszusammenhänge der Gesundheitswirtschaft steht die Beantwortung folgender Forschungsfrage im Mittelpunkt dieses Arbeitspapiers:

Welche Marktteilnehmer wirken auf die Branche der akutstationären Krankenhäuser⁶ in Deutschland und nehmen dadurch Einfluss auf die Marktstruktur der Kliniken⁷?

Ziel ist es, Wirkungen auf die Krankenhausbranche zu identifizieren und Wettbewerbskräfte zu systematisieren. Die Untersuchung dient als Grundlage für die Entwicklung von Wettbewerbsstrategien für Krankenhäuser.⁸ Krankenhäuser sollen in die Lage versetzt werden, innerhalb der eigenen Branche „Krankenhaus“ eine individuelle Marktposition einzunehmen, welche einen dauerhaften Fortbestand der Klinik sichert, wodurch eine Versorgung der Bevölkerung mit Akutmedizin gewährleistet werden kann.⁹ Dies kann dann erreicht werden, wenn die beeinflussenden Wettbewerbskräfte identifiziert sind und die Klinik die Kräfte des Marktes zur eigenen Positionierung dauerhaft einsetzen kann.¹⁰

⁵ Daten des Statistischen Bundesamt Deutschlands unterstreichen die besondere Stellung der Krankenhäuser in der deutschen Gesundheitsversorgung. In deutschen Krankenhäusern wurden im Jahr 2006 über 17 Millionen vollstationäre Fälle behandelt. Die Brutto-Gesamtkosten für Krankenhäuser betragen im gleichen Jahr ca. 66,2 Milliarden Euro. Über 1 Million Erwerbstätige waren im Jahr 2006 in den Krankenhäusern beschäftigt. In Relation zur gesamten Gesundheitswirtschaft sind ca. 25% aller Beschäftigten in Krankenhäusern tätig und ungefähr 28% der Gesamtausgaben in der Gesundheitswirtschaft entfallen auf die Krankenhäuser.

⁶ Unter Akutstationären Krankenhäuser sollen in der vorliegenden Arbeit alle nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern verstanden werden.

⁷ Im vorliegenden Arbeitspapier werden die Begriffe Krankenhaus, Klinik und Haus synonym verwendet.

⁸ Vgl. Porter (1999) Wettbewerbsstrategie, S. 34.

⁹ Fraglich bleibt, ob Krankenhäuser in Zukunft in der aktuellen Anzahl erhalten bleiben müssen, um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, oder ob bei gleichbleibender oder besserer Behandlungsqualität weniger Krankenhäuser ausreichend sind. Der gewünschte Effekt, durch Konzentration mehr Wirtschaftlichkeit zu erzielen, könnte dabei erreicht werden.

¹⁰ Vgl. Porter (1999) Wettbewerbsstrategie, S. 34.

2. Theoretische Grundbausteine des Analyserasters

Zur Strukturierung der im Kapitel 3 durchzuführenden Analyse der Wirkungszusammenhänge der Aktivitäten von Marktakteuren in der Gesundheitswirtschaft werden in diesem Teil die Analysebausteine, reduziert auf die im folgenden angewandten Aspekte, dargestellt. Unter zu Hilfenahme der Neuen Institutionenökonomik, insb. der Transaktionskostentheorie, wird der Fokus des Analyseraums auf die Schnittstellen zwischen den Marktakteuren im Gesundheitssektor geschärft. Für die Analyse der einzelnen Wirkungsbeziehungen wird das von MICHAEL PORTER entwickelte Modell der „five forces“ herangezogen und für den Gesundheitssektor modelliert und angewendet.

Die Kombination von Elementen der Neuen Institutionenökonomik mit dem Ansatz von PORTER ist aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte möglich. Beide Theorien widersprechen sich durch die jeweils gemachten Annahmen und die angewandete Methodik nicht.¹¹

2.1 Transaktionskostentheorie - Rahmenbedingungen

Für eine Analyse des Verhaltens und der Wirkungsbeziehungen der relevanten Akteure im Markt ist es erforderlich Institutionen¹² zu identifizieren, welche wesentlichen Einfluss auf den untersuchten Markt ausüben. Des Weiteren ist es von Bedeutung die relevanten Akteure von jenen abzugrenzen, welche die Komplexität der Untersuchung erhöhen, allerdings keinen oder nur geringen Erkenntniszuwachs für die Untersuchung hervorbringen.

Als gegeben werden im folgenden Arbeitspapier die Naturgesetze und die Kultur angenommen, sie bilden die äußere Hülle und in der Institutionenhierarchie folglich die Basis.¹³ Alle weiteren Hierarchiestufen bauen auf dieser Basis auf, liegen somit weiter innen und schränken die Akteure in ihren Handlungen zusätzlich ein. Die „Kultur“ einer Gesellschaft schränkt in dieser Institutionenhierarchie die nächst folgende

¹¹ Vgl. Nickerson et al. (2001) S. 252 f.

¹² Der Begriff der Institution ist in der Literatur nicht eindeutig definiert. In diesem Arbeitspapier wird unter Institutionen Folgendes verstanden: „Unter Institutionen wird ein Vertrag oder Vertragssystem, eine Regel oder ein Regelsystem verstanden inklusive ihrer Durchsetzungsmechanismen, welches das Verhalten von Individuen kanalisiert.“ Vgl. Erlei et al. (2007), S. 22.

¹³ Unter dem Begriff „Naturgesetz“ wird ein gegebenes nicht erneuerbares Ressourcenpotenzial verstanden. Vgl. Erlei et al. (2007), S. 24.

Institution ein. Die durch beide Ebenen vorgegebenen oder geformten informellen Regeln, sowie Konventionen, werden als gegeben vorausgesetzt. Hierdurch wird die Wirkungsrichtung von Institutionen verdeutlicht. Sie wirken von außen nach innen. Kulturen werden somit durch das gegebene Ressourcenpotenzial beeinflusst. Die äußeren Institutionen dominieren innenliegende Institutionen.¹⁴ Umgekehrt beeinflussen die innenliegenden Institutionen die äußeren nicht in gleichem Maße. Interdependenzen zwischen den Hierarchieebenen sind nicht ausgeschlossen.

Die „Gesetzlichen Rahmenbedingungen“, welche eine weitere Spezifizierung darstellen, spielen für die Untersuchung der Gesundheitswirtschaft eine zentrale Rolle. Sie werden maßgeblich durch die Kultur beeinflusst, dominieren Regeln des privaten und öffentlichen Rechts und werden gleichzeitig auch von diesen beeinflusst. Die Institutionen bilden den Rahmen individuellen und unternehmerischen Handelns. Veränderungen des Rahmens ziehen folglich Verhaltensänderungen nach sich, welche anhand von ökonomischen Untersuchungsansätzen, wie der Strukturanalyse, untersucht werden können.¹⁵ Veränderungen der äußeren Institutionen wirken sich auf die weiteren Ebenen wie eine Kettenreaktion aus.

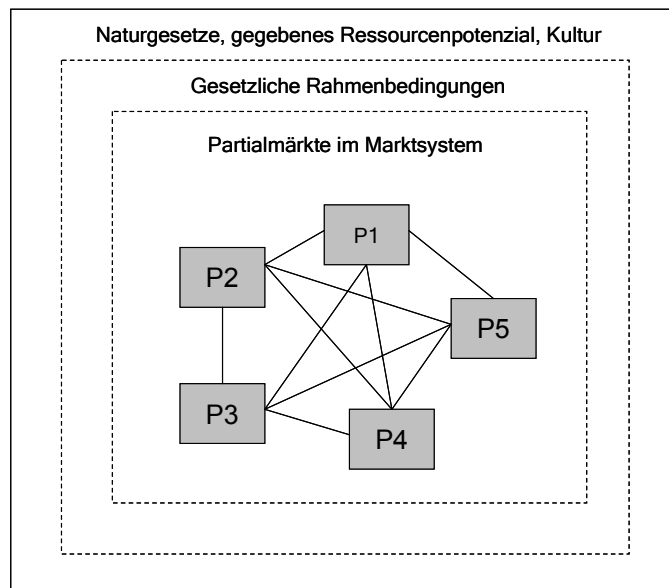


Abb. 1: Wirkungsebenen der Institutionenhierarchie
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Erlei et al. (2007), S. 23.

¹⁴ Vgl. Erlei et al. (2007), S. 24.

¹⁵ Vgl. ebenda, S. 22.

Die Rahmenbedingungen und die Veränderung dieser wirken sich auf die gesamten Märkte aus. Ein Partialmarkt aus dieser Gesamtheit ist die Gesundheitswirtschaft. Zur Analyse der Schnittstellen zwischen Akteuren der Gesundheitswirtschaft werden unterschiedliche Dimensionen der Transaktionstheorie: Unsicherheit, Spezifität, strategische Bedeutung, Häufigkeit und Transaktionsatmosphäre herangezogen.¹⁶

Zur Vorbereitung der Analyse des Partialmarktes Gesundheitswirtschaft ist es nötig, die bestehende wechselseitige Reaktionsverbundenheit mit den weiteren Partialmärkten weitgehend auszuschalten. SCHLICHT spricht in diesem Fall von einer „kausalen Isolation“.¹⁷ Veränderungen auf dem Kapital- oder Arbeitsmarkt wirken sich auf die Handlungen des zu untersuchenden Gütermarkts „Gesundheitswirtschaft“ aus. Dennoch ist eine partielle Untersuchung des Markts erlaubt, wenn die Rückkoppelungseffekte den Partialmarkt nicht stark beeinflussen.¹⁸

2.2 Wettbewerbsstrategie - Strukturanalyse

Zur Untersuchung der Wirkungen zwischen den Aktivitäten der unterschiedlichen Marktakteure eines Partialmarkts ist es bedeutsam die auf diesem Markt handelnden Akteure zu systematisieren. Durch die Systematisierung gelingt es zum Einen die Komplexität der Realität zu reduzieren und folglich abbildbar zu machen und zum Zweiten die Vielzahl unterschiedlicher Teilnehmer in Gruppen gleicher Wirkungsströme zu klassifizieren. Die Systematisierung eines Markts erlaubt einzelne Effekte zu extrahieren und anschließend wieder in die komplexe Gesamtstruktur zurückzuführen. Es ist also möglich, sich auf einzelne Aspekte unter Bezugnahme auf das Gesamte zu fokussieren.

Mit Hilfe der von PORTER entwickelten Strukturanalyse soll eine Gliederung der Branche Gesundheitswirtschaft vorgenommen werden. Nach PORTER lassen sich die Kräfte, welche auf die zu untersuchende Branche wirken, in fünf Gruppen gliedern. Im Mittelpunkt der Strukturanalyse steht die zu untersuchende Branche „Krankenhaus“. Darauf wirken Lieferanten, welche die Unternehmen der Branche mit benötigten Produkten beliefern. Entscheidend für den Wirkungszusammenhang ist, wie groß die Verhandlungsstärke der

¹⁶ Für detaillierte Ausführungen der Transaktionsdimensionen siehe Picot et al. (2008), S. 59ff.

¹⁷ Vgl. Schlicht (1985), S. 21.

¹⁸ Vgl. Erlei et al. (2007), S. 26.

Lieferanten ist und damit verbunden der Einfluss auf die Unternehmen der Untersuchungsbranche. Der Gegenpol zur Gruppe Lieferanten wird durch Abnehmer der Produkte und deren Verhandlungsmacht gegenüber der Branche ausgedrückt. Weiteren Einfluss auf Aktivitäten und Struktur der Gruppe haben potenzielle Konkurrenten. Diese können, je nach Intensität der Branchenstruktur, mit einem Eintritt in die Branche drohen. Durch Ersatzprodukte besteht ein weiteres Handlungsfeld, welches versucht Einfluss auf die Struktur der Branche zu nehmen.¹⁹ Für den Gang der Untersuchung werden die five forces um die Institution Staat erweitert, um das Verhalten der Akteure zu verdeutlichen und Rückkopplungseffekte zu berücksichtigen.

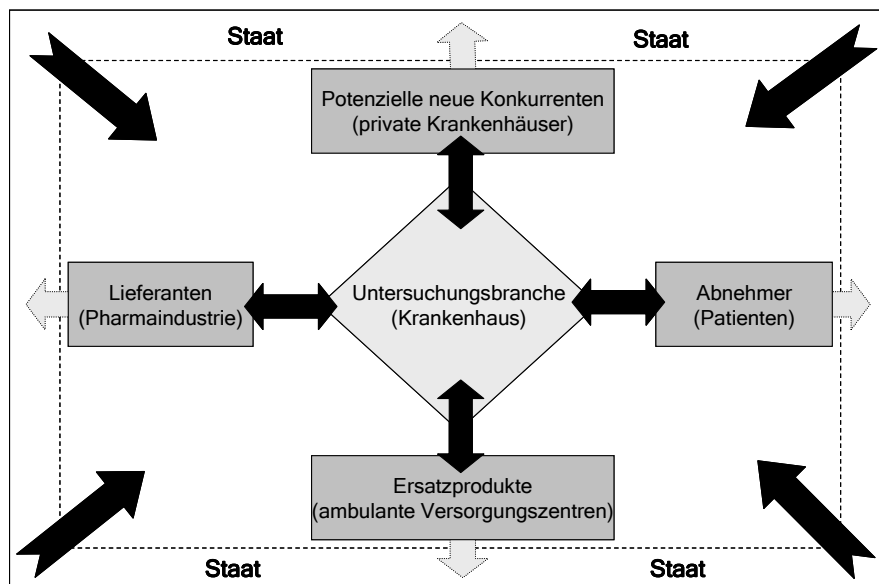


Abb. 2: Verknüpfung der Five Forces mit dem Staat
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Porter (1999), S. 34.

¹⁹ Vgl. Porter (1999), S. 33.

3. Marktakteure in der Gesundheitswirtschaft

Auf dem deutschen Gesundheitsmarkt²⁰ agiert eine Vielzahl von Marktakteuren. Diese haben teilweise übereinstimmende, teilweise jedoch divergierende Interessen. Zur Realisierung der Interessen im Einzelnen oder im Kollektiv wenden die Marktteilnehmer gleiche oder unterschiedliche Strategien an. Um die komplexe Struktur der Realität mit ihrer Vielzahl an Akteuren in einer übersichtlichen Form darzustellen, werden hier die Marktteilnehmer gruppiert. Die Akteure werden nach dem Kriterium der Branchenähnlichkeit²¹ und/oder dem Kriterium der gleichartigen Wirkungen auf die Untersuchungsbranche Krankenhäuser Gruppen zugeordnet. Zu berücksichtigen ist, dass bei detaillierter Betrachtung kein Akteur mit einem anderen Akteur 100%ig deckungsgleich ist, sonst wären die jeweiligen unternehmenseigenen Alleinstellungsmerkmale, welche Abnehmer veranlassen zu differenzieren, nicht mehr gegeben. Dennoch können übereinstimmende Wirkungen auf Krankenhäuser angenommen werden.²²

Im Folgenden werden die Akteure²³ in der Gesundheitswirtschaft systematisiert und der Wirkungszusammenhang zwischen den Großgruppen und der Branche Krankenhaus untersucht. Die Gruppen

²⁰ Der Begriff Gesundheitsmarkt setzt sich aus den Begriffen Gesundheit und Markt zusammen. Die World Health Organisation definiert Gesundheit: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Thieme definiert Markt als ein „...allgemeiner Treffpunkt von Angebot und Nachfrage oder als Orte des Austausches.“ Thieme (2007), S. 20. Der Gesundheitsmarkt wird in der Folgenden Arbeit als Treffpunkt von Angebot und Nachfrage für Gesundheitsleistungen definiert.

²¹ Hierbei wird unterstellt, dass Akteure, welche einer bestimmten Branche angehören, im Einzelfall ähnliche Wirkungsbeziehungen zu den Krankenhäusern haben, wie die gesamte Branche im Kollektiv zur Branche Krankenhaus hat.

²² Die These beruht auf dem Fakt, dass einige Unternehmen sich durch eigens gegründete Verbände vertreten lassen. Dies ist nur dann sinnvoll und ökonomisch begründbar, wenn die Mitglieder in bestimmten Gebieten gleichgerichtete Interessen besitzen. Exemplarisch sind einige Verbände angeführt: Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. vertritt die Interessen seiner Mitglieder; der „Gesundheit Berlin e.V.“ vertritt Interessen von Patienten, wie auch die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“, welche durch Förderung des Staats durch den § 65b SGB V gesetzlich verankert ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung die das Organ für alle Länderspezifischen Kassenärztlichen Vereinigungen ist, ist ebenso im Gesetz verankert im § 75 SGB V.

²³ Die ausgewählten Akteure stellen keine abschließende Liste aller im Gesundheitswesen agierenden Teilnehmer dar, sondern sollen die wesentlichen Spieler der Gesundheitswirtschaft charakterisieren.

beinhalten Akteure mit analogen Wirkungsbeziehungen zu der im Fokus stehenden Krankenhausbranche. Die Eigenschaften der Großgruppen sollen die Hauptwirkungsbeziehungen der darin enthaltenen Akteure wiedergeben.²⁴

3.1 Analyseraster für die Marktakteure der Gesundheitswirtschaft

Die Gruppierung der Großgruppen erfolgt nach der von PORTER entwickelten Wirkungsbeziehung der five forces, welche unter Punkt B dargestellt wurde. Der daraus abgeleiteten Schnittstelle folgt die Einordnung in die Marktstruktur. Ausgehend von dieser Grundstruktur werden jeweils den Wirkungsbeziehungen zugeordneten Akteure vorgestellt.

Die individuellen als auch die übergeordneten Rahmenbedingungen werden herangezogen und für die Begründung der Positionierung der Gruppen eingesetzt. Die von PORTER entwickelten Prüfkriterien zur Untersuchung und Interpretation der Stärke der Einflussnahme der Wirkungskräfte auf die Untersuchungsbranche werden auf die der Großgruppe zugeordneten Marktakteure angewandt und einzeln getestet.

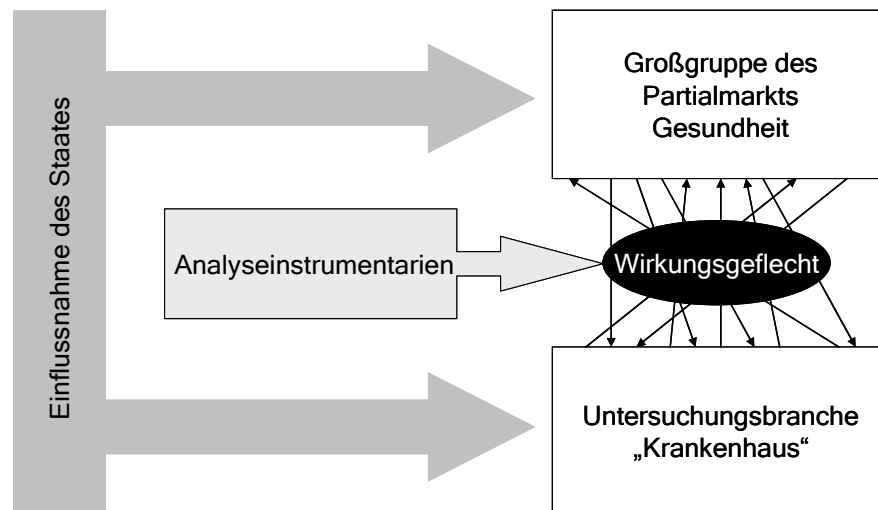


Abb. 3: Analyseraster der Makrokriterien

²⁴ Auf eine detailgetreue Darstellung wird aufgrund der damit verbunden Komplexität und nicht weiterführenden Aussagekraft verzichtet. Bei exakter Analyse aller Teilnehmer können unterschiedliche Nuancen erarbeitet werden, die für die gestellte Forschungsfrage, der Darstellung der Makrosichtweise, eine vernachlässigende Rolle spielen.

Durch das Zusammenspiel der Untersuchung klassifizierter Gruppen anhand der Einordnung der Strukturanalyse und Begründung der Positionierung durch die institutionellen Rahmenbedingungen wird es möglich die Haupteinflussfaktoren, die auf die Krankenhausbranche wirken, zu identifizieren und zu bewerten.

3.2 Gruppe der Lieferanten von Krankenhausleistungen

Der Großgruppe Lieferanten werden all die Marktteilnehmer zugeordnet, welche die Branche Krankenhaus mit Sach-²⁵ oder Dienstleistungen beliefern.

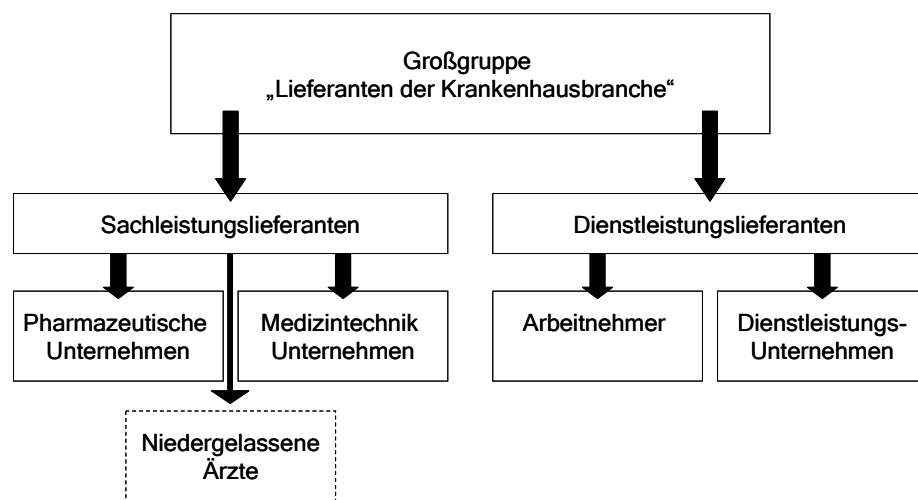


Abb. 4: Gruppe der Lieferanten von Krankenhausleistungen

Lieferanten von Waren für die Branche Krankenhaus sind Unternehmen der pharmazeutischen Industrie²⁶. Die pharmazeutische Industrie um-

²⁵ Zu der Untergruppe der Sachleistungslieferanten werden im Folgenden Akteure subsumiert, welche die Eigenschaft der Lieferung von physischen Waren zuzurechnen sind. Unter physischen Waren werden im Folgenden sowohl materielle Leistungen, gleich welcher Aggregatzustände, als auch die Belieferung mit lebendigen „Leistungen“ zugerechnet. Arzneimittel, Medizintechnikgeräte, Verbandmaterialien usw. sind Produkte der Kategorie materielle Leistungen. Patienten, Organe, Blutkonserven usw. werden von Unternehmen oder freiberuflich tätigen Personen an Krankenhäuser vermittelt beziehungsweise geliefert und werden in die Kategorie lebendige Sachleistungslieferanten eingereiht. Unter materiellen Leistungen werden nicht nur ausschließlich materielle Dinge im Sinne von „fester Bestandteil“ sondern auch lebende Leistungen gefasst, wie z. B. Patient, Organe, Blut, Bakterienstämme etc. Des Weiteren werden weitere Aggregatzustände von Leistungen (fest, flüssig oder gasförmig) zu dieser Untergruppe subsumiert.

²⁶ Pharmazeutische Industrie ist der Sammelbegriff unter dem Pharmafirmen, Apotheken, Biotechnologieunternehmen und ähnliche Unternehmen zusammengefasst werden.

fasst in Deutschland rund 1.042 Unternehmen.²⁷ Diese beliefern die Krankenhäuser mit pharmazeutisch hergestellten Erzeugnissen. Der Gesamtwert dieser, bewertet zu Herstellerpreisen, betrug im Jahr 2006 23,7 Mrd. Euro²⁸. In Bezug zum Gesamtumsatz der Gesundheitswirtschaft ist dies ein Anteil von ca. 10 %.

Weitere krankenhaushahe Lieferanten²⁹ im Bereich Ware sind die Medizintechnikhersteller.³⁰ Insgesamt betrug der Umsatz in der Medizintechnik ca. 16,1 Mrd. Euro im Jahr 2006.³¹ Bezogen auf die gesamte Branche Gesundheitswesen haben die Medizintechnikhersteller einen Anteil von ca. 7 % inne. Erbracht wurde der Umsatz der Medizintechnikhersteller in Deutschland durch 1.122 Betriebe.³²

Zu den krankenhaushahe Lieferanten werden ebenso Transplantationsinstitute gezählt. Diese beliefern die Krankenhäuser mit lebenden menschlichen Organen zu Transplantationszwecken. Blutspendedienste beliefern Krankenhäuser mit Blutkonserven oder Blutplasma. Eine besondere Stellung als Lieferanten nehmen die niedergelassenen Ärzte, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime etc. ein. Neben der Funktion der Lieferanten sind sie auch Abnehmer der Leistungen der Krankenhäuser. Sie beliefern Krankenhäuser mit Patienten und nehmen diese von Krankenhäusern ab. Patienten sind zu der Gruppe der Lieferanten zu subsumieren, weil Patienten durch niedergelassene Ärzte gebündelt werden können und durch die Bündelung die niedergelassenen Ärzte Einfluss auf die Krankenhäuser ausüben können.

Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Gruppen von Dienstleistungslieferanten³³ für Krankenhäuser charakterisiert.

²⁷ Vgl. Unternehmensregister Statistisches Bundesamt Deutschland (Stand 31.12.2007).

²⁸ Vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (2007), S. 8.

²⁹ Als krankenhaushahe Lieferanten werden die pharmazeutischen Unternehmen, Medizintechnik Unternehmen und die Gruppe der niedergelassenen Ärzte bezeichnet. Krankenhaus ferne Lieferanten, welche nicht den Hauptteil ihres Umsatzes mit den Krankenhäusern respektive der Gesundheitswirtschaft haben, werden nicht mit in die Untersuchung einbezogen.

³⁰ Unter Medizintechnik fällt ein heterogenes Produktspektrum. Es reicht von Verbandsmaterial über Implantate, Geh-, Seh- und Hörhilfen, bis hin zu komplexen elektronischen Geräten und Krankenseinrichtungen.

³¹ Vgl. o. V. (2009).

³² Vgl. ebenda.

³³ Im vorliegenden Arbeitspapier soll der Begriff Dienstleistung auf der Grundlage konstitutiver Merkmale gegenüber dem Begriff Sachgüter abgegrenzt werden. Das Ergebnis einer dienstleistenden Tätigkeit am Ende des Dienst-

Die Arbeitnehmer bieten den Faktor Arbeitskraft an, welcher von den Krankenhäusern benötigt wird, um den Betrieb aufzunehmen und das Gut Gesundheit produzieren zu können. Im Jahr 2006 waren 1.071.995 Erwerbstätige in deutschen Krankenhäusern angestellt.³⁴ Zu den Beschäftigten zählen das ärztliche Personal mit Leitenden Ärzten, Oberärzten, Belegärzten und Assistenzärzten, als auch das nicht-ärztliche Personal unterteilt in Pflegedienst, medizinisch technischer Dienst, Funktionsdienst, klinisches Hauspersonal, Wirtschaftsdienst, Verwaltungsdienst, technischer Dienst und sonstige Dienste.³⁵

Dienstleistungsunternehmen bieten Krankenhäusern auf unterschiedlichen Gebieten ihre Dienstleistungen an. Dies können z. B. Beratungsleistungen zu speziellen Fragestellungen oder Projekten von Krankenhäusern sein, wie auch die Übernahme von Dienstleistungen aus dem Aufgabenspektrum von Krankenhäusern, z. B. Reinigungs-, Wäsche-, Labordienstleistungen etc.

Anhand der nachfolgend aufgeführten Prüfkriterien wird die Intensität der Einflussnahme der Lieferanten auf die Krankenhausbranche überprüft.

Prüfkriterien für Lieferanten der Krankenhausbranche:

- Verhandlungsstärke der Lieferanten
- Bedrohung durch Ersatzprodukte
- Relevanz der Branche
- Wichtigkeit des Produkts
- Umstellungskosten für Abnehmer
- Vorwärtsintegration durch Lieferanten

leistungserstellungsprozesses ist nicht greifbar. Im Gegensatz zur Sachgüterherstellung liegt kein materielles Gut vor. Das Merkmal Verderblichkeit bezieht sich auf die Tatsache, dass eine Dienstleistung nicht lagerfähig ist. Eine Vorabproduktion von Dienstleistungen auf Lager ist nicht möglich. Die Erstellung und der Absatz der Leistung sind weitgehend untrennbar. Das konstitutive Merkmal der Integration des externen Faktors beschreibt, dass der Kunde in den Erstellungsprozess der Dienstleistung einen Faktor mit einzubringen hat, z. B. Informationen und materielle Güter. Bei Dienstleistungen ist das wahrgenommene Kaufrisiko, aufgrund stärker ausgeprägter Qualitätsunsicherheit, für den Kunden größer als bei Sachgütern. Dienstleistungen werden meist auf individuelle Kundenbedürfnisse ausgeführt. Vgl. Homburg et al. (2003), S. 975 ff.

³⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2008), S. 17.

³⁵ Vgl. ebenda, S. 17.

Die Verhandlungsstärke der Pharmaindustrie auf die Branche „Krankenhaus“ kann durch die Steuerungsgrößen Preis und Qualität beeinflusst werden. Indem die Einflussgrößen durch die Pharmaindustrie variiert werden, kann von Seiten der Industrie Einfluss auf die Krankenhäuser genommen werden. Aus Sicht der Krankenhausbranche besteht somit eine strategische Verhaltensunsicherheit gegenüber der Industrie. Diese Unsicherheit kann durch opportunistisches Verhalten der Pharmahersteller genutzt werden. Reduziert wird die Unsicherheit und somit der Spielraum für opportunistisches Verhalten der Pharmaindustrie durch das Eingreifen des Staates. Durch die Gesetzgebung wird der Verhaltensspielraum eingegrenzt. In diesem Fall wirkt die äußere Institution Staat maßgeblich auf die innen liegende Institution den Partialmarkt, hier insbesondere die Pharmahersteller, ein.

Die Steuerungsgröße „Qualität“ kann nur in begrenztem Umfang beeinflusst werden. Die Institution Staat greift an dieser Stelle mit Hilfe der Gesetzgebung ein. Pharmazeutische Produkte unterliegen in Deutschland strengen gesetzgeberischen Regelungen, die die produzierenden Unternehmen zu einer gleichbleibenden inhaltlichen Qualität des Produktes verpflichten. Die Qualität des Produktes darf von den Pharmafirmen nach Zulassung des Produkts nicht verändert werden. Als Beispiel zur ständigen Qualitätskontrolle kann die gesetzliche Regelung in § 32 AMG herangezogen werden. „...dass die Charge nach Herstellungs- und Kontrollmethoden, die dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, hergestellt und geprüft worden ist und dass sie die erforderliche Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit aufweist.“³⁶ Die Lieferanten könnten die Qualität des Lieferprozesses verändern, so dass Krankenhäuser Einbußen beim Komfort, beziehungsweise bei der Verfügbarkeit der Produkte spüren.

³⁶ Weitere Beispiele sind: § 54 Satz 1 AMG „Das Bundesministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Betriebsverordnungen für Betriebe oder Einrichtungen zu erlassen, die Arzneimittel in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbringen oder in denen Arzneimittel entwickelt, hergestellt, geprüft, gelagert, verpackt oder in den Verkehr gebracht werden, soweit es geboten ist, um einen ordnungsgemäßen Betrieb und die erforderliche Qualität der Arzneimittel sicherzustellen,“

Die Qualität der Lieferbedingungen ist allerdings nur äußerst begrenzt von der Pharmaindustrie beeinflussbar.³⁷

Zur Differenzierung können die Pharmafirmen die Steuerungsgröße „Preis“ heranziehen. Durch unterschiedliche Formen von Preissetzungsstrategien kann es der Industrie gelingen, Verhandlungsstärke auszuspielen und Rendite der Krankenhausbranche abzuschöpfen. Der Aktionsraum ist durch die Bedrohung des Eintritts von Generika Herstellern ebenfalls begrenzt. Von dieser Option machen Krankenhäuser immer stärker Gebrauch, weil sie dazu angehalten werden.³⁸ Der Umsatz mit Generika lag im Jahr 2002 bei ca. 5,2 Mrd. Euro.³⁹ In der Krankenhausbranche wurden im gleichen Jahr insgesamt Arzneimittel mit einem Umsatz von 14,95 Mrd. Euro umgesetzt.⁴⁰

Die Gruppe der Medizinprodukte Hersteller können Verhandlungsstärke ebenfalls durch die Steuerungsgrößen Qualität und Preis beeinflussen. Durch die hohen staatlichen Auflagen ist ein opportunistisches Verhalten über die Qualität gegenüber der Krankenhausbranche nur in staatlichen Grenzen möglich.⁴¹ Wie die Untergruppe der pharmazeutischen Unternehmen können Medizintechnik Hersteller über unterschiedliche Preisstrategien Rendite der Krankenhäuser abschöpfen.⁴² Ein geeignetes Merkmal zur Prüfung von Marktmacht ist in diesem Zusammenhang das Kriterium „Innovation“.⁴³ Durch Innovationen wird

³⁷ In vielen Branchen gleichen sich die Qualität der Produkte weiter an, so dass der Preis als Entscheidungskriterium an Bedeutung gewinnt. Vgl. Homburg et al. (2006), S. 511 ff.

³⁸ Im §1 Abs.1 KHG wird darauf hingewiesen: „...zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“

³⁹ Vgl. Specke (2005), S. 400.

⁴⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008), S. 44.

⁴¹ Durch das Medizinprodukte Gesetz sind Medizintechnik Hersteller an bestimmte Qualitätsmindeststandards gebunden.

⁴² Beim Preis versucht der Staat durch die Steuerung des Mittelzuflusses z. B. § 12 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen indirekt Einfluss auf den Preis der Lieferanten zu nehmen. Da Krankenkassen auf die wirtschaftliche Verwendung der Mittel achten müssen und somit Krankenhäuser als ihre Leistungserbringer dazu angehalten werden wirtschaftlich mit den zur Verfügung stehenden Mittel umzugehen, sind diese wiederum gezwungen „den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ § 1 SGB V. Durch das indirekte Steuern ist es den Lieferanten nicht möglich die Preise für die Produkte über den tatsächlichen Nutzen für die Medizin einzusetzen, weil Krankenhäuser dies zwar einkaufen könnten, jedoch nicht durch die Krankenkassen abrechnen können! Dies würde langfristig dazu führen, dass das Krankenhaus insolvent wird.

⁴³ Vgl. Straubhaar (2006), S. 32.

es dem einzelnen Lieferanten ermöglicht sich von den übrigen Lieferanten zu unterscheiden. Innovation ist ein Kriterium, welches nicht durch staatliches Eingreifen genormt werden kann wie der Parameter Qualität. Innovation kann zu Verhandlungsstärke führen, wenn dass entsprechende neue Produkt eine Verbesserung der Behandlungsprozesse ermöglicht. Unterstützt werden die Unternehmen durch gesetzliche Grundlagen, welche Forschung als Aufgabe für bestimmte Krankenhaustypen festschreibt.⁴⁴

Umstellungskosten entstehen für alle Krankenhäuser, wenn ein bestimmtes Medizintechnikprodukt eines Herstellers ausgetauscht wird. Das angeeignete spezifische Wissen der Mitarbeiter geht durch den Wechsel verloren, was zur Steigerung der Transaktionskosten führt. Dieser Tatbestand muss bei einem Wechsel durch das Krankenhaus berücksichtigt werden. Die einseitige spezifische Investition führt dazu, dass die Medizinprodukte Hersteller diesen Handlungsspielraum opportunistisch nutzen können und Rendite aus der Krankenhausbranche in die eigene Branche verlagern können.

Sowohl für die pharmazeutischen Hersteller, inkl. Generika Hersteller, als auch für die Medizintechnikhersteller ist die Krankenhausbranche wichtiger Abnehmer. Beide Sachleistungslieferanten sind hochgradig auf den Gesundheitsmarkt spezialisiert. Die Kernkompetenz dieser Lieferanten liegt in der Produktion von Gesundheitsprodukten. Die Krankenhausbranche ist mit ca. 62 Mrd. Euro im Jahr 2007 ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor der Gesundheitswirtschaft.⁴⁵ In dieser wurden 2007 insgesamt Gesundheitsausgaben von 239,357 Mrd. Euro getätigt.⁴⁶ Aus diesem Grund haben Krankenhäuser einen sehr hohen Stellenwert für die Lieferanten. Krankenhäuser könnten ihr Wissen opportunistisch nutzen, allerdings steht dem entgegen, dass sie auf die Produkte der Sachleistungslieferanten angewiesen sind. Die Wichtigkeit der Produkte ist für die Krankenhäuser in der Erbringung des Gutes Gesundheit elementar. Ohne die medizintechnische Unterstützung der Diagnosestellung oder Behandlung wären viele medizinische Eingriffe

⁴⁴ Im Universitätsgesetz NRW ist die Forschung im § 39 UG als Aufgabe des klinischen Vorstands festgeschrieben. Dort steht: § 39 Abs. 1 Nr. 2 UG „...und stellt im Rahmen der Entscheidungen des Fachbereichs Medizin die organisatorischen Voraussetzungen für Forschung und Lehre in den Medizinischen Einrichtungen sicher; ...“

⁴⁵ Vgl. o. V. (2009 b) Deutsche Krankenhausgesellschaft.

⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007).

nicht möglich. Gleiches gilt für die Behandlung mit pharmazeutischen Produkten. Durch die Existenz dieser beiderseitigen Abhängigkeiten wird kein Einfluss von einer der beiden Seiten auf die jeweils andere genommen.

Die Lieferanten können allerdings durch die Drohung einer Vorwärtsintegration Einfluss nehmen; so geschehen im Jahr 2006 durch den Kauf der Privatklinikkette Helios durch den Pharmakonzern Fresenius.⁴⁷ Weitere Übernahmen sind bisher nicht zustande gekommen. Ein Einfluss auf die Krankenhäuser besteht in geringem Maße.

Eine Sonderposition bei den Sachleistungslieferanten nehmen die niedergelassenen Ärzte⁴⁸ ein. Sie haben eine Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Niedergelassene Ärzte können Verhandlungsstärke gegenüber den Krankenhäusern ausspielen, indem sie Patienten steuern. Sie sind (mit Ausnahme von Notfällen) meist der erste Bezugspunkt von Patienten im Falle des Verlassens des persönlichen Gesundheitszustandes. Dadurch haben sie die Möglichkeit Patientenströme zu lenken. Um die Unsicherheit über den Patientenzugang durch niedergelassene Ärzte zu minimieren und somit die Transaktionskosten für die Kliniken zu senken, hat der Staat ein Gesetz zur „Integrierten Versorgung“ erlassen. Dieses ermöglicht den Krankenhäusern Verträge mit den niedergelassenen Ärzten abzuschließen, in welchen bestimmte Leistungen der Behandlung durch den niedergelassenen Arzt erbracht werden. Dadurch haben beide Seiten das Risiko opportunistischen Verhaltens des jeweils anderen reduziert.⁴⁹

Die weitere Analyse bezieht sich auf die Untergruppe der Dienstleistungslieferanten. Zunächst wird die Schnittstelle der

⁴⁷ Detaillierte Informationen finden sich in folgenden und weiteren Quellen: http://www.morgenpost.de/printarchiv/wirtschaft/article328357/Fresenius_kauf_Helios_Kliniken.html oder <http://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/0,2828,379651,00.html>.

⁴⁸ Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Vgl. §1 Abs. 2 MBO-Ä (Stand 2006).

⁴⁹ Krankenhäuser könnten ihrerseits opportunistisch handeln, z. B. indem durch Krankenhausärzte behandelte Patienten zur Nachsorge ins Krankenhaus bestellt werden.

Arbeitnehmer mit der Krankenhausbranche anhand der Prüfkriterien untersucht. Im Anschluss daran wird die Schnittstelle der Dienstleistungslieferanten mit der Untersuchungsbranche erforscht.

Die Verhandlungsstärke der Arbeitnehmer ist dann gegenüber der Krankenhausbranche als hoch einzustufen, wenn die Arbeitnehmer organisiert als Gemeinschaft auftreten und ihre Interessen gemeinsam vorbringen. Nur durch die Bündelung der Interessen der Arbeitnehmer in Gewerkschaften ist es möglich Rendite der Branche Krankenhaus zu ihren Gunsten abzuschöpfen. Der Staat hat diese Form der Interessensbündelung im Betriebsverfassungsgesetz niedergeschrieben. Dadurch wird opportunistisches Verhalten der Krankenhäuser eingeschränkt. Aufgrund des hohen spezifischen Wissens, welches die Arbeitnehmer besitzen, ist die Branche Krankenhaus mit über 1 Mio. Beschäftigten von hoher Relevanz. Die spezifische Investition der Arbeitnehmer in fachspezifisches Know-how könnte die Krankenhäuser dazu veranlassen opportunistisch zu handeln, weil der Arbeitnehmer das Wissen nur im Krankenhaus 100%tig anwenden könnte. Für einen anderen Berufszweig müsste der Arbeitnehmer neues Know-how aufbauen. Da die Krankenhäuser im Gegenzug auf das Wissen und die Arbeitskraft der Arbeitnehmer angewiesen sind, entsteht für die Krankenhäuser ebenfalls eine Bindefunktion an die Arbeitnehmer. Nur durch den Einsatz von Arbeitskraft in Kombination mit spezifischem Wissen der Arbeitnehmer kann das Gut „Gesundheit“ von Krankenhäusern produziert werden.

Die Dienstleistungslieferanten besitzen gegenüber der Krankenhausbranche keine Verhandlungsstärke. Sie üben Einfluss auf die Krankenhausbranche in dem Bereich Ersatzprodukte aus. Dienstleistungsunternehmen bieten Krankenhäusern Dienstleistungen, die nicht direkt zum Kernbereich der Produktion von Gesundheit gehören, an. Durch die Spezialisierung auf eine bestimmte Dienstleistung, z. B. die Erbringung von Laborleistungen, gelingt es den Dienstleistungslieferanten Wettbewerbsvorteilen in Form von Größenvorteile und dadurch Kostenvorteile zu schaffen. Ferner werden durch die gestiegene Häufigkeit der Dienstleistung gegenüber dem einzelnen Krankenhaus Vorteile im Bereich der Lernkurve erzielt, welche ebenfalls einen Kostenvorteil gegenüber den einzelnen Krankenhäusern implizieren. Krankenhäuser sichern sich durch Verträge mit Dienstleistungslieferanten ab. Diese schützen die Krankenhäuser gegen

ein opportunistisches Verhalten der Dienstleistungsunternehmen. Krankenhäuser versuchen ihren Einfluss in den Verträgen auszuüben, indem sie die Dienstleistungsunternehmen an einen bestimmten Preis und eine bestimmte Qualität binden.

3.3 Gruppe der Abnehmer von Krankenhausleistungen

Die Gruppe der Abnehmer der Leistungen eines Krankenhauses kann in zwei Bereiche unterteilt werden: die „fertigen Patienten“ und die „unfertigen Patienten“. Zu der Untergruppe der „fertigen Patienten“ werden Patienten zusammengefasst, welche das Produkt Gesundheitsleistung konsumiert haben und keine unmittelbar anschließende Gesundheitsdienstleistung benötigen.⁵⁰ Dies sind Patienten die ausschließlich das Krankenhaus besuchen und nach der dortigen Behandlung keine weitere medizinische Unterstützung aufgrund der Behandlung benötigen. Ihre jeweilige individuelle Behandlung gilt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus als abgeschlossen. Die Untergruppe umfasst ebenfalls Patienten, die Gesundheitsleistungen des Krankenhauses zur Vorsorge beziehen, wie Patienten die aufgrund einer akuten, aber zeitlich befristeten Erkrankung, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen.

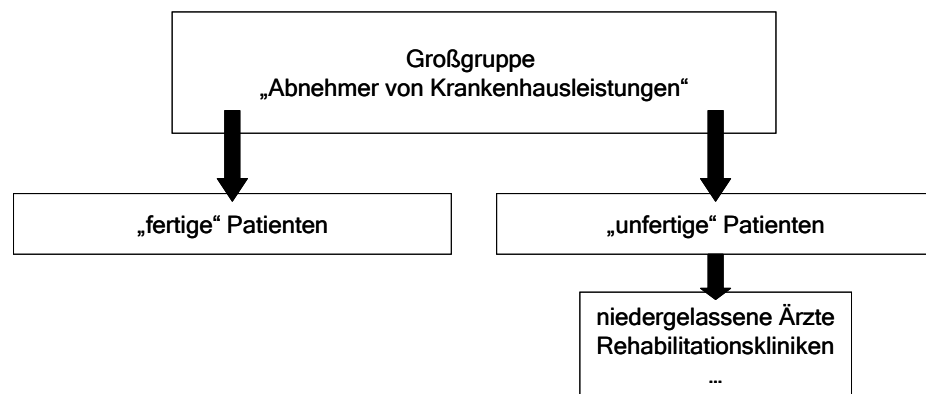


Abb. 5: Gruppe der Abnehmer von Krankenhausleistungen

Die Untergruppe der „unfertigen Patienten“ umfasst Patienten, die nach der Behandlung im Krankenhaus eine weitergehende Behandlung durch

⁵⁰ Unberücksichtigt bleiben in diesem Fall die Nachuntersuchungen durch den niedergelassenen Arzt, welche teilweise nach einem Krankenhausaufenthalt anfallen, aber keine Veränderung des angestoßenen medizinischen Prozesses darstellen. Alle weiterführenden Grenzfälle würden in die Untergruppe der „unfertigen Patienten“ fallen.

Rehabilitationskliniken oder niedergelassene Ärzte benötigen, um die angefangene Behandlung nach dem Stand der Medizin abzuschließen, respektive weiter zu führen. Die unterstützenden Akteure, niedergelassene Ärzte, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime etc. wurden schon als Lieferanten von Krankenhäusern identifiziert und nehmen als Vermittler von Patienten, wie auch als Abnehmer dieser eine besondere Position ein. Ebenfalls werden zu dieser Gruppe Patienten gezählt, welche aufgrund von chronischen Erkrankungen regelmäßig ein Krankenhaus aufsuchen müssen, weil bei dieser Gruppe ein kontinuierlicher Austausch zwischen den unterschiedlichen medizinischen Leistungserbringern stattfindet.

Um die Wirkungsbeziehungen und die Kräfte zwischen der Branche Krankenhaus und den Untergruppen der Abnehmer herauszuarbeiten, werden beide Untergruppen anhand derselben Prüfkriterien untersucht und anschließend bewertet.

Prüfkriterien für Abnehmer von Leistungen der Krankenhausbranche:

- Konzentration der Gruppe
- Anteil der Abnehmer an den Umsätzen der Krankenhausbranche
- Informiertheit der Abnehmer
- Vorhaltekosten

Wichtiges Indiz für den Einfluss der Abnehmer auf die Branche Krankenhaus ist die Konzentration der Gruppe. Eine Verdichtung der Nachfrager kann zur Folge haben, dass diese aufgrund der Bündelung von Nachfrage diese Macht opportunistisch nutzen. Die Gruppe der „fertigen Patienten“ fragt Gesundheitsleistungen einzeln nach. Eine Bündelung von Abnehmerinteressen findet aufgrund der speziellen Anforderungen der Nachfrage nach individuellen Leistungen und der Vielzahl der Nachfrager nicht statt. In diesem Fall entsteht kein Druck auf die Untersuchungsbranche Krankenhaus. Die Organisation von Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern in Verbänden, bzw. Vereinen⁵¹ hat Einfluss auf die Behandlung des Krankheitsbildes für die gesamte Gesundheitswirtschaft und folglich für alle Krankenhäuser, nicht aber auf

⁵¹ Auszugsweise sind hier einige Organisationen aufgeführt. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH, Netzwerk Patientenberatung NRW, Verein zur Rehabilitation ehemaliger psychiatrischer Patienten e. V., etc.

die Behandlung in einem speziellen Krankenhaus. Es entsteht ein Druck auf die Gesamtheit aller Krankenhäuser, um bestimmte, durch die Organisationen aufgeworfene Defizite zu beseitigen. Der erzeugte Druck kann von Seiten der Abnehmer nicht opportunistisch gegenüber den Anbietern genutzt werden, weil kein Ausweichen auf einen anderen ähnlichen Anbieter möglich ist, da dieser Umstand die gesamte Branche betrifft.

Werden die niedergelassenen Ärzte und Rehabilitationskliniken stellvertretend für alle weiteren Akteure als Abnehmer der „unfertigen Patienten“ mit in die Betrachtung einbezogen, kann von einer Bündelung der Patienten durch diese gesprochen werden. Niedergelassene Ärzte können aufgrund ihres Wissensvorsprungs gegenüber Patienten diese bewusst einzelnen Krankenhäusern zuweisen. Zum anderen behandeln niedergelassene Ärzte eine Vielzahl von Patienten und verfügen dadurch über die notwendige Anzahl zur Konzentration. Dies führt zu einer Marktmacht durch die Abnehmer der „unfertigen Patienten“. Durch diese Bündelung kann Marktmacht auf einzelne Krankenhäuser ausgeübt werden. Der Effekt löst sich auf, wenn man alle Krankenhäuser als ein großes umfassendes Netzwerk zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung betrachtet. Unter dieser Bedingung ist es für das einzelne Krankenhaus unerheblich, ob ein niedergelassener Arzt aktive Patientensteuerung betreibt oder nicht, da die Patienten immer in ein Krankenhaus des Versorgungsnetzwerkes eingewiesen werden müssen. Der Effekt gegenüber dem einzelnen Krankenhaus durch die Abnehmer kann durchaus hoch sein und somit zu meist regionalen Verschiebungen führen. Gegenüber der Branche Krankenhaus wäre kein Effekt vorhanden, weil alle Krankenhäuser als Versorgungsverbund handeln. Aufgrund der Unternehmensinteressen der einzelnen Krankenhäuser agieren diese als einzelwirtschaftliches Objekt, mit dem Ziel Gewinne zu maximieren und so langfristig im Markt zu bestehen. Dieser Umstand führt dazu, dass das Gleichgewicht gestört wird und die niedergelassenen Ärzte als Bündler von Nachfrage an Macht gewinnen und diese einseitig nutzen können.

Unterstützend hierzu ist wichtig, ob die Untergruppe der Abnehmer einen großen Anteil an den Gesamtumsätzen der Verkäufer, also der Untersuchungsbranche ausmacht. Die Untergruppe Patienten stellen 100% der Abnehmer der Gesundheitsleistungen dar. Es ist die einzige Abnehmergruppe die das Gut Gesundheit nachfragt. Dadurch entsteht

eine starke Bindung an diese Gruppe von Seiten der Krankenhäuser, weil kein Ausweichen möglich ist. Durch die Fokussierung auf nur eine Abnehmergruppe „Patienten“ könnte dies zu einem Abhängigkeitsverhältnis führen. Da diese Gruppe jedoch auch alle potenziellen Patienten einschließt, umfasst die Gruppe die Bevölkerung von Deutschland.⁵² Die Patienten sind allerdings als Gruppe nicht konzentriert, sondern treten einzeln auf, weil die Interessenlage, wie festgestellt, zu inhomogen ist. Dies führt dazu, dass nur wenig Marktmacht von Seiten der einzelnen Patienten aufgrund des Kriteriums „Konzentration“ ausgeübt werden kann, da keine Konzentration oder Bündelung erfolgt. Eine Ausweichstrategie von Seiten der Krankenhäuser zur stärkeren Diversifizierung des Risikos ihrer einseitigen Abnehmergruppe ist nicht möglich, weil die Abnehmergruppe per Gesetz definiert ist.⁵³ Aufgrund der Größe und damit der wachsenden Komplexität an eine Organisation zur Bündelung der Interessen aller Patienten gibt sie der Branche Krankenhaus Sicherheit, keine spezifischen Investitionen tätigen zu müssen, ohne dass die Gruppe der Abnehmer dies zu ihren Gunsten nutzen kann. Ferner werden die spezifischen Investitionskosten für Neubau, Umbau, Erweiterung, sowie zur Anschaffung von Wirtschaftsgütern etc. für ein Krankenhaus lt. Gesetz § 4 KHG und § 9 KHG abgesichert. Hier greift der Staat ein, um die Unsicherheit einer spezifischen Investition und den damit verbundenen negativen Effekten einer Abhängigkeit entgegen zu wirken.

Ein weiteres Kriterium zur Identifikation der Wirkungsströme zwischen der Branche Krankenhaus und den Abnehmern sind die Kosten der Produkte, die für Abnehmer bei Konsum einer Gesundheitsleistung

⁵² Ausgeschlossen aus dieser Betrachtung sind jegliche Effekte, die sich mit ausländischen Patienten oder Ländern ergeben.

⁵³ Der Kreis der versicherten Personen in der Bundesrepublik Deutschland ist durch das Gesetz (§ 5 SGB V bzw. § 2 KVLG 1989) bestimmt. Der benannte Personenkreis hat Versicherungsschutzkraft einer Pflichtversicherung. Nur unter eingeschränkten Voraussetzungen des § 8 SGB V bzw. § 4 KVLG 1989 können sich Personen von der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen. Derzeit sind ca. 85% der Bevölkerung, ca. 72,168 Millionen (Quelle: Statistisches Taschenbuch 2005 des Bundesministeriums für Gesundheit S. 127. Zahlen des Jahres 2003) gesetzlich versichert. Etwa 7,638 Mio. Personen sind privat versichert (selbe Quelle S.127) und 1,643 Mio. Menschen sind in besonderen Versicherungsformen. Zur Gesamtbevölkerung entsteht eine Lücke von 188.000 Personen, welche keinen Versicherungsschutz haben. (Bei einer Grundgesamtheit von 82,502 Mio. Einwohnern.)

anfallen. Im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen wird der Fluss der Leistungserbringung vom Strom der Kostenerstattung getrennt. Krankenhäuser erbringen für Patienten Gesundheitsleistungen und rechnen diese gegenüber den Krankenkassen ab. Die Abnehmer sind folglich Preis unempfindlich, weil kein direkter Zusammenhang zwischen den durch sie erzeugten Kosten und dem Abnehmer zu entrichtenden Versicherungsbeitrag besteht. Die bestehende Informationsasymmetrie, aufgrund der Komplexität der Leistungen und der Leistungsvielfalt, zwischen der Branche Krankenhaus und den Abnehmern, wird durch das Eingreifen des Staats mit der Einführung einer Pflichtversicherung abgeschwächt. Nicht die Informationsasymmetrie wird beseitigt, aber das daraus resultierende mögliche opportunistische Verhalten der Krankenhäuser, die den Wissensvorsprung zu ihren Gunsten nutzen könnten. Durch die Trennung des Leistungs- vom Finanzstrom könnte eine Konsequenz sein, dass Patienten solange Leistungen konsumieren, bis ihre persönliche Sättigungskurve erreicht ist. Dies führt zu einem Überkonsum des Guts Gesundheit. Auch hier greift der Staat erneut ein, um die negativen Effekte zu berichtigen.⁵⁴

Das Kriterium der aus der Produktion bekannten Umstellungskosten kann für den Krankenhausmarkt transformiert werden in das Kriterium Vorhaltekosten⁵⁵. Kosten für die Vorhaltung sind in der Krankenhausbranche extrem hoch, weil eine plötzliche Erkrankung einzelner Personen, insbesondere aber ganzer Bevölkerungsteile durch z. B. Epidemien nicht beziehungsweise nur unzureichend vorhersagbar sind und für diese Art der Notfälle Kapazitäten in Form von frei belegbaren Betten, Geräten, Personal etc. vorgehalten werden muss. Diese Kosten werden in die Kosten der Behandlung eingerechnet. Die hohen spezifischen Investitionen in die Überkapazitäten könnten zur einseitigen Belastung der Krankenhäuser und dadurch zu Wirkungsverzerrung führen. An dieser Stelle greift der Staat ein. Durch die Trennung des Leistungsstroms vom Finanzstrom, hier insbesondere die gesetzliche Verpflichtung der Länder die Investitionskosten der

⁵⁴ Beispiele hierfür sind die Einführung der quartalsweisen Behandlungspauschale von 10 Euro oder die Zuzahlungsverordnung für Medikamente für gesetzlich Versicherte.

⁵⁵ Definition Vorhaltekosten: Darunter versteht man die Kosten, welche aufgrund möglicher Kapazitätsschwankungen vorgehalten werden müssen, allerdings nur in bestimmten Zeiten benötigt werden. Im Krankenhaus sind dies z.B. Betten oder eine Notfallambulanz.

Krankenhäuser zu übernehmen, wird keine einseitige Abhängigkeit geschaffen.⁵⁶

Die Qualität der erbrachten Leistung ist für die Abnehmer von größter Bedeutung, weil der eigene Gesundheitszustand unmittelbar in einem Zusammenhang mit der Qualität der erbrachten Leistung steht. Ist die Qualität der erbrachten Gesundheitsleistung gut, kann der Abnehmer dies an seiner eigenen Leistungsbereitschaft spüren. Die Arbeitsleistung des Abnehmers, welche er verkauft, hängt unmittelbar von der Qualität der Leistungserbringung des konsumierten Gutes Gesundheit ab. Kann der Gesundheitszustand zur Zufriedenheit des Abnehmers wieder hergestellt werden, kann er seine zu verkaufende Leistung entsprechend erweitern.

⁵⁶ § 4 Nr. 1 KHG.

4. Wirkungsgeflecht der Marktakteure in der Gesundheitswirtschaft und Ausblick

Die Systematisierung der Marktakteure der Gesundheitswirtschaft zeigt, dass an den jeweiligen untersuchten Schnittstellen zwischen Lieferanten und Krankenhäusern und Abnehmern und Krankenhäusern, Handlungsspielräume und Organisationsspielräume entstehen. Diese Spielräume versuchen die Parteien ökonomisch zu ihrem Vorteil zu nutzen und die Möglichkeit einen ökonomischen Vorteil gegenüber der anderen Partei einzunehmen, fördert opportunistisches Verhalten der Akteure. Um die Wirkungsweisen zwischen den Akteuren nachzuvollziehen wurden diese anhand eines Analyserasters untersucht. Dabei wurden insgesamt sechs Steuerungsgrößen separiert, welche wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung des Handlungsspielraums nehmen. Es wurde festgestellt, dass die extrahierten Steuerungsgrößen nicht durch die Marktteilnehmer frei beeinflussbar sind. Die einzelnen Größen unterliegen teilweise einem starkem Einfluss der Institution Staat.

Die Analyse der Schnittstelle der Lieferanten von Krankenhausleistungen und der Branche Krankenhaus ergab, dass die Größen „Qualität“, „Preis“ und „Innovation“ wesentlichen Einfluss ausüben, zu welchen Gunsten der Handlungsspielraum genutzt werden kann. Die Größe „Qualität“ der Produkte hat für die Krankenhäuser Einfluss auf das im Krankenhaus produzierte Gut Gesundheit. Um opportunistischem Verhalten vorzubeugen, hat der Staat via Gesetz einen Mindestqualitätsstandard festgesetzt. Dies führt dazu, dass für beide Seiten das Handlungsfeld abgesteckt wurde. Kein Akteur gerät somit in ein Abhängigkeitsverhältnis, welches seine Marktposition dauerhaft schwächt. Aufgrund der hohen Relevanz der Produkte der konzentrierten Lieferantengruppen ist der „Preis“ eine weitere Größe, über die Einfluss genommen werden kann. Hier versucht der Staat indirekt über die Krankenkassen einzugreifen. Mögliche künstlich erzeugte Preissteigerungen der Lieferanten können von den Krankenhäusern nicht an die Abnehmer weitergegeben werden. Der Leistungsstrom der Krankenhäuser und der Finanzstrom für die Krankenhäuser sind voneinander getrennt. Der Staat verpflichtet durch das Gesetz die Krankenkassen zum wirtschaftlichen Handeln. Hierdurch wurde eine indirekte Deckelung erreicht. „Innovation“ ist die dritte Größe

über die Lieferanten versuchen Einfluss zu gewinnen, um Rendite der Kliniken abzuschöpfen. Durch Innovationen können die Lieferanten positiv Einfluss auf die Entwicklung Krankenhaus nehmen. Sie dienen der medizinischen Weiterentwicklung und werten das von Krankenhäusern produzierte Gut auf. Die Krankenkassen könnten als Finanziere der Krankenhäuser die benötigten finanziellen Mittel versagen. Der Staat unterstützt die Weiterentwicklung, indem er diese ebenfalls gesetzlich festgesetzt hat.

Die Untersuchung des Handlungsspielraums zwischen der Branche Krankenhaus und den Abnehmern von Krankenhausleistungen ergab drei zu beachtende Steuerungsgrößen. Die „Qualität“ der Krankenhausleistungen ist durch die Abnehmer aufgrund des bestehenden Informationsdefizits nur unzureichend zu beurteilen. Der Staat greift per Gesetz ein, indem er Krankenhäuser einen zweijährlichen Qualitätsbericht abverlangt, welcher der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden muss. Die Steuerungsgröße „Preis“ ist vom Leistungsstrom abgekoppelt und ebenfalls per Gesetz festgelegt. Die dritte Größe ist die Möglichkeit zur „Bündelung“ oder Konzentration von Patienten. Diese kann durch niedergelassene Ärzte erreicht werden. Auch an diesem Punkt greift der Staat per Gesetz ein, indem er Integrierte Versorgungsverträge eingeführt hat. Diese unterbinden unerwünschtes Handeln der Akteure und vermeiden Unsicherheiten von Handlungen auf beiden Seiten.

Dieser Ausschnitt einer Analyse der Wirkungsbeziehungen von Marktakteuren auf dem Gesundheitsmarkt zeigt, dass Krankenhäuser auf unterschiedlichste Art beeinflusst werden. Damit Krankenhäuser sich optimal auf dem Partialmarkt Gesundheitswesen positionieren können, müssen zunächst weitere Makroinflussgrößen der Substitute, sowie der neuen potenziellen Konkurrenten analysiert werden. Anschließend muss die Krankenhausbranche an sich untersucht werden, um die Binnenstruktur herauszustellen. Durch die Kombination beider Kriterienkataloge werden Krankenhäuser in die Lage versetzt, die Kräfte innerhalb der eigenen Branche, sowie der auf sie einwirkenden Beziehungen in der Gesundheitswirtschaft zu erkennen und positiv für die eigene Positionierung zu nutzen.

Literaturverzeichnis

- BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE E. V. (2007): Pharma-Daten 2007, 37. überarb. Aufl. Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2005): Statistisches Taschenbuch 2005, Berlin.
- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V. (2008): Zahlen, daten, Fakten, Berlin.
- ERLEI, M. / LESCHKE, M. / SAUERLAND, D. (2007): Neue Institutionenökonomik. 2. Aufl., Stuttgart.
- HOMBURG, C. / KROHMER, H. (2006): Marketingmanagement. 2. Aufl. Wiesbaden.
- NICKERSON, J. A. / HAMILTON, B. H. / WADA, T. (2001): Market Position, Resource Profile, and Governance, in Strategic Management Journal, Vol. 22, No. 3, S. 251-273.
- o.V. (2009): Deutsche Bank Research, Stand: 07.01.2009
http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD0000000000222402.pdf.
- o. V. (2009 b): Deutsche Krankenhausgesellschaft, Stand: 06.01.2009
http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/23/aid/2/title/Aufgaben_und_Ziele.
- PICOT, A. / DIETEL, H. / FRANCK, E. (2008): Organisation. 5. akt. und überar. Aufl., Stuttgart.
- PORTER, M. E. (1999): Wettbewerbsstrategie: Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten. 10. durchges. und erw. Aufl., Frankfurt / Main.
- SCHLICHT, E. (1985): Isolation and Aggregation in Economics. Berlin et al.
- SPECKE, H. K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. 3. Aufl., Bern.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007): 4,3 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Pressemitteilung Nr. 028 vom 18.01.2007.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2008): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Gesundheitswesen, Wiesbaden.
- STRAUBHAAR, T. / GEYER, G. / LOCHER, H. / PIMPERTZ, J. / VÖPEL, H. (2006): Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen. Hrsg. Hamburgerisches WeltWirtschaftsinstitut, Hamburg.
- THIEME, H. J. (2007): Wirtschaftssysteme in Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Band 1, S. 1-52, 9. überar. Aufl., München.
- UNTERNEHMENSREGISTER STATISTISCHES BUNDESAMT (2007): pharmazeutische Unternehmen, Stand 31.12.200

**Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

- Nr. 1
Holger Bonus
Wirtschaftliches Interesse und Ideologie im
Umweltschutz
August 1984
- Nr. 2
Holger Bonus
Waldkrise - Krise der Ökonomie?
September 1984
- Nr. 3
Wilhelm Jäger
Genossenschaftsdemokratie und
Prüfungsverband - Zur Frage der Funktion und
Unabhängigkeit der Geschäftsführerprüfung
Oktober 1984
- Nr. 4
Wilhelm Jäger
Genossenschaft und Ordnungspolitik
Februar 1985
- Nr. 5
Heinz Grosseckler
Ökonomische Analyse der interkommunalen
Kooperation
März 1985
- Nr. 6
Holger Bonus
Die Genossenschaft als Unternehmungstyp
August 1985
- Nr. 7
Hermann Ribhegge
Genossenschaftsgesinnung in
entscheidungslogischer Perspektive
Februar 1986
- Nr. 8
Joachim Wiemeyer
Produktivgenossenschaften und
selbstverwaltete Unternehmen - Instrumente der
Arbeitsbeschaffung?
September 1986
- Nr. 9
Hermann Ribhegge
Contestable markets, Genossenschaften und
Transaktionskosten
März 1987
- Nr. 10
Richard Böger
Die Niederländischen Rabobanken - Eine
vergleichende Analyse -
August 1987
- Nr. 11
Richard Böger / Helmut Pehle
Überlegungen für eine mitgliederorientierte Unter-
nehmensstrategie in Kreditgenossenschaften
Juni 1988
- Nr. 12
Reimut Jochimsen
Eine Europäische Wirtschafts- und
Währungsunion - Chancen und Risiken
August 1994
- Nr. 13
Hubert Scharlau
Betriebswirtschaftliche und steuerliche Überleg-
ungen und Perspektiven zur Unternehmens-
gliederung in Wohnungsbaugenossenschaften
April 1996
- Nr. 14
Holger Bonus / Andrea Maria Wessels
Genossenschaften und Franchising
Februar 1998
- Nr. 15
*Michael Hammerschmidt /
Carsten Hellinger*
Mitgliedschaft als Instrument der
Kundenbindung in Genossenschaftsbanken
Oktober 1998
- Nr. 16
*Holger Bonus/Rolf Greve/Thorn Kring/
Dirk Polster*
Der genossenschaftliche Finanzverbund als
Strategisches Netzwerk - Neue Wege der
Kleinheit
Oktober 1999
- Nr. 17
Michael Hammerschmidt
Mitgliedschaft als ein Alleinstellungsmerkmal für
Kreditgenossenschaften - Empirische
Ergebnisse und Handlungsvorschläge
April 2000
- Nr. 18
Claire Binisti-Jahndorf
Genossenschaftliche Zusammenarbeit auf
europäischer Ebene
August 2000
- Nr. 19
Olaf Lüke
Schutz der Umwelt - Ein neues Betätigungsfeld
für Genossenschaften?
September 2000
- Nr. 20
Astrid Höckels
Möglichkeiten der Absicherung von Human-
kapitalinvestitionen zur Vermeidung
unerwünschter Mitarbeiterfluktuation
November 2000
- Nr. 21
José Miguel Simian
Wohnungsgenossenschaften in Chile - Vorbild
für eine Politik der Wohneigentumsbildung in
Deutschland?
Mai 2001

- Nr. 22
Rolf Greve / Nadja Lämmer
 Quo vadis Genossenschaftsgesetz? - Ein Überblick über aktuelle Diskussionsvorschläge
Christian Lucas
 Von den Niederlanden lernen? - Ein Beitrag zur Diskussion um die Reform des deutschen Genossenschaftsrechts
 Mai 2001
- Nr. 23
Dirk Polster
(unter Mitarbeit von Lars Testorf)
 Verbundexterne Zusammenarbeit von Genossenschaftsbanken - Möglichkeiten, Grenzen, Alternativen
 November 2001
- Nr. 24
Thorn Kring
 Neue Strategien - neue Managementmethoden - Eine empirische Analyse zum Strategischen Management von Genossenschaftsbanken in Deutschland
 Februar 2002
- Nr. 25
Anne Kretschmer
 Maßnahmen zur Kontrolle von Korruption - eine modelltheoretische Untersuchung
 Juni 2002
- Nr. 26
Andrea Neugebauer
 Divergierende Fallentscheidungen von Wettbewerbsbehörden - Institutionelle Hintergründe
 September 2002
- Nr. 27
Theresia Theurl / Thorn Kring
 Governance Strukturen im genossenschaftlichen Finanzverbund: Anforderungen und Konsequenzen ihrer Ausgestaltung
 Oktober 2002
- Nr. 28
Christian Rotter
 Risikomanagement und Risikocontrolling in Wohnungsgenossenschaften
 November 2002
- Nr. 29
Rolf Greve
 The German cooperative banking group as a strategic network: function and performance
 November 2002
- Nr. 30
Florian Deising / Angela Kock / Kerstin Liehr-Gobbers / Barbara Schmolzmüller / Nina Tantzen
 Die Genossenschaftsidee HEUTE: Hostsharing e.G. - eine Fallstudie
 Dezember 2002
- Nr. 31
Florian Deising
 Der Nitrofen-Skandal - Zur Notwendigkeit genossenschaftlicher Kommunikationsstrategien
 Januar 2003
- Nr. 32
Gerhard Specker
 Die Genossenschaft im Körperschaftsteuersystem Deutschlands und Italiens
 März 2003
- Nr. 33
Frank E. Münnich
 Der Ökonom als Berater - Einige grundsätzliche Erwägungen zur wissenschaftlichen Beratung der Politik durch Ökonomen
 April 2003
- Nr. 34
Sonja Schölermann
 Eine institutionenökonomische Analyse der „Kooperations-Beratung“
 August 2003
- Nr. 35
Thorn Kring
 Erfolgreiche Strategieumsetzung - Leitfaden zur Implementierung der Balanced Scorecard in Genossenschaftsbanken
 September 2003
- Nr. 36
Andrea Neugebauer
 Wettbewerbspolitik im institutionellen Wandel am Beispiel USA und Europa
 September 2003
- Nr. 37
Kerstin Liehr-Gobbers
 Determinanten des Erfolgs im Legislativen Lobbying in Brüssel - Erste empirische Ergebnisse
 September 2003
- Nr. 38
Tholen Eekhoff
 Genossenschaftsbankfusionen in Norddeutschland - eine empirische Studie
 Januar 2004
- Nr. 39
Julia Trampel
 Offshoring oder Nearshoring von IT-Dienstleistungen? - Eine transaktionskostentheoretische Analyse
 März 2004
- Nr. 40
Alexander Eim
 Das Drei-Säulen-System der deutschen Kreditwirtschaft unter besonderer Berücksichtigung des Genossenschaftlichen Finanzverbundes
 August 2004
- Nr. 41
André van den Boom
 Kooperationsinformationssysteme - Konzeption und Entwicklung eines Instruments zur Erkenntnisgewinnung über das Phänomen der Kooperation
 August 2004

- Nr. 42
Jacques Santer
Die genossenschaftliche Initiative - ein Baustein der Europäischen Wirtschaft
September 2004
- Nr. 43
Theresia Theurl (Hrsg.)
Die Zukunft der Genossenschaftsbanken - die Genossenschaftsbank der Zukunft, Podiumsdiskussion im Rahmen der IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 44
Theresia Theurl (Hrsg.)
Visionen in einer Welt des Shareholder Value, Podiumsdiskussion im Rahmen der IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 45
Walter Weinkauff (Hrsg.)
Kommunikation als Wettbewerbsfaktor, Expertendiskussion im Rahmen der IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 46
Andrea Schweinsberg
Organisatorische Flexibilität als Antwort auf die Globalisierung
Dezember 2004
- Nr. 47
Carl-Friedrich Leuschner
Genossenschaften - Zwischen Corporate und Cooperative Governance
März 2005
- Nr. 48
Theresia Theurl
Kooperative Governancestrukturen
Juni 2005
- Nr. 49
Oliver Budzinski / Gisela Aigner
Institutionelle Rahmenbedingungen für internationale M&A-Transaktionen - Auf dem Weg zu einem globalen Fusionskontrollregime?
Juni 2005
- Nr. 50
Bernd Raffelhüschen / Jörg Schoder
Möglichkeiten und Grenzen der Integration von genossenschaftlichem Wohnen in die Freiburger Zwei-Flanken-Strategie
Juni 2005
- Nr. 51
Tholen Eekhoff
Zur Wahl der optimalen Organisationsform betrieblicher Zusammenarbeit - eine gesamtwirtschaftliche Perspektive
Juli 2005
- Nr. 52
Cengiz K. Iristay
Kooperationsmanagement: Einzelne Facetten eines neuen Forschungsgebiets - Ein Literaturüberblick
August 2005
- Nr. 53
Stefanie Franz
Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen
März 2006
- Nr. 54
Peter Ebertz
Kooperationen als Mittel des Strategischen Risikomanagements
März 2006
- Nr. 55
Frank Beermann
Kooperation beim Stadtumbau - Übertragung des BID-Gedankens am Beispiel des Wohnungsrückbaus
Juni 2006
- Nr. 56
Alexander Geist
Flughäfen und Fluggesellschaften - eine Analyse der Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten
Juni 2006
- Nr. 57
Stefanie Franz / Mark Wipprich
Optimale Arbeitsteilung in Wertschöpfungsnetzwerken
Oktober 2006
- Nr. 58
Dirk Lamprecht / Alexander Donschen
Der Nutzen des Member Value Reporting für Genossenschaftsbanken - eine ökonomische und juristische Analyse
Dezember 2006
- Nr. 59
Dirk Lamprecht / Christian Strothmann
Die Analyse von Genossenschaftsbankfusionen mit den Methoden der Unternehmensbewertung
Dezember 2006
- Nr. 60
Mark Wipprich
Preisbindung als Kooperationsinstrument in Wertschöpfungsnetzwerken
Januar 2007
- Nr. 61
Theresia Theurl / Axel Werries
Erfolgsfaktoren für Finanzportale im Multikanalbanking von Genossenschaftsbanken - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung
Februar 2007
- Nr. 62
Bettina Schlelein
Wohnungsgenossenschaftliche Kooperationspotentiale - empirische Ergebnisse des Forschungsprojektes
März 2007
- Nr. 63
Gerhard Schwarz
Vertrauensschwund in der Marktwirtschaft, Vortrag anlässlich der Mitgliederversammlung der Forschungsgesellschaft für Genossenschaftswesen Münster
April 2007

- Nr. 64
Theresia Theurl / Stefanie Franz
 "Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen"- Erste empirische Ergebnisse
 April 2007
- Nr. 65
Christian Albers / Dirk Lamprecht
 Die Bewertung von Joint Ventures mit der Free Cash Flow-Methode unter besonderer Berücksichtigung kooperationsinterner Leistungsbeziehungen
 Mai 2007
- Nr. 66
Pierin Vincenz
 Raiffeisen Gruppe Schweiz:
 Governancessstrukturen, Erfolgsfaktoren, Perspektiven
 Ein Gespräch mit Dr. Pierin Vincenz,
 Vorsitzender der Geschäftsleitung der Raiffeisen Gruppe Schweiz
 Juni 2007
- Nr. 67
Alexander Wesemann
 Die Gestaltung der Außenbeziehungen von Kooperationen und ihre Rückwirkungen auf das Kooperationsmanagement - Ein Problemaufriss
 August 2007
- Nr. 68
Jörg-Matthias Böttiger / Verena Wendlandt
 Kooperationen von Logistikunternehmen
 - Eine hypothesenbasierte Auswertung von Experteninterviews
 November 2007
- Nr. 69
Christian Strothmann
 Die Bewertung Strategischer Allianzen mit dem Realloptionsansatz
 November 2007
- Nr. 70
Theresia Theurl / Jörg-Matthias Böttiger
 Stakeholderorientierte Berichterstattung in Genossenschaften - Einordnung, Zielsetzung und Grundsätze des MemberValue-Reportings
 Dezember 2007
- Nr. 71
Konstantin Kolloge
 Kooperationsstrategien der internationalen Beschaffung - eine qualitative empirische Analyse für China und Indien
 Dezember 2007
- Nr. 72
Theresia Theurl / Konstantin Kolloge
 Kategorisierung von Unternehmenskooperationen als Grundlage eine „More Economic Approach“ im europäischen Kartellrecht - Die Notwendigkeit eines regelbasierten Ansatzes und erste Vorschläge zu seiner Umsetzung
 April 2008
- Nr. 73
Anne Saxe
 Erfolgsfaktoren von Stiftungs Kooperationen - ein Problemaufriss
 Mai 2008
- Nr. 74
Christian Albers
 Kooperationen als Antwort auf die Herausforderungen in der Versicherungswirtschaft - eine Analyse am Beispiel der Kapitalanlage
 Mai 2008
- Nr. 75
Carsten Sander
 Aktuelle Herausforderungen kommunaler Energieversorgungsunternehmen - Kooperationen als strategische Option
 Juni 2008
- Nr. 76
Konstantin Kolloge
 Die Messung des Kooperationserfolges in der empirischen Forschung - Ergebnisse einer Literaturstudie
 Januar 2009
- Nr. 77
Christoph Heller
 Akteure der deutschen Gesundheitswirtschaft - Eine Analyse des Wirkungszusammenhangs der Gesundheitsbranche -
 Januar 2009