

# **1 Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf**

*Dieter Cassel*

Das deutsche Gesundheitswesen krankt seit längerem an gravierenden Versorgungsmängeln, Qualitätsdefiziten und Finanzierungsproblemen. Sie machen eine durchgreifende Strukturreform unumgänglich. Kern einer solchen Strukturreform muss es sein, den derzeitigen „Steuerungswirrwarr“ zugunsten eines intensiven Leistungswettbewerbs in allen Bereichen zu überwinden, ohne die als unverzichtbar geltenden Solidarprinzipien in Frage zu stellen. Dies ist eine genuine ordnungspolitische Aufgabe, nämlich die mit dem GSG von 1992 ansatzweise etablierte „solidarische Wettbewerbsordnung“ konsequent weiter auszubauen und damit das korporatistisch geprägte GKV-System weitestgehend der Selbststeuerung zu überantworten. Im vorliegenden Beitrag wird begründet, warum es einer derartigen wettbewerbsorientierten Strukturreform bedarf, welche Funktionen dem Leistungswettbewerb im Dreiecksverhältnis von Versicherten / Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringern im GKV-System zukommt und welche Rahmenbedingungen auf dem Versicherungs-, Behandlungs- und Leistungsmarkt als vordringliche gesundheitspolitische Reformaufgabe zu realisieren sind.

# **2 Marktorientierung von Krankenhäusern: Ein Überblick über Reformen im europäischen Vergleich**

*Reinhard Busse und Markus Wörz*

Wettbewerb zwischen Krankenhäusern setzt ein gewisses Maß an Handlungsfreiheit des einzelnen Krankenhauses voraus. Im internationalen Vergleich lassen sich öffentliche Krankenhäuser typologisch danach unterscheiden, wie autonom sie über Ressourcen und Leistungserbringung bestimmen können. Den größten Beschränkungen unterliegen Budgetkrankenhäuser. Manager eines solchen Krankenhauses sind im Wesentlichen Verwalter, die an zentraler Stelle festgelegte Vorgaben vollziehen. In autonomisierten Krankenhäusern sind die Entscheidungskompetenzen dezentralisiert. Das Krankenhausmanagement agiert nicht mehr so sehr als Verwaltung und trifft mehr Entscheidungen allein, z. B. bei der Verteilung des Krankenhausbudgets oder bei den Einnahmen des Krankenhauses. Den größten Grad an Unabhängigkeit erreichen verselbständigte Krankenhäuser, in denen das Management des Krankenhauses, das meist eine rechtlich eigenständige Einheit bildet, weitgehend unabhängig entscheiden kann.

Der europäische Vergleich, unterteilt nach Ländern mit einem Nationalen Gesundheitsdienst (Beveridge-Staaten) und Ländern mit einem Sozialversicherungssystem (Bismarck-Staaten), zeigt unterschiedliche Reformpfade entlang der oben genannten Typologie. Zwar ist in beiden Arrangements eine Tendenz zur Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen zu beobachten, diese ist jedoch in Beveridge-Staaten, allerdings vom Ausgangsniveau der Budgetkrankenhäuser, stärker ausgeprägt. Diese wurden in großem Umfang in autonomisierte oder verselbständigte Krankenhäuser umgewandelt und eine Trennung zwischen Käufern von Gesundheitsleistungen und Leistungserbringern eingeführt. In den Bismarck-Staaten mit traditioneller Käufer-Leistungserbringer-

Trennung ist die Richtung der Reform weniger eindeutig. So ist unklar, ob die in Bismarck-Staaten eingeführten Reformen tatsächlich zu einer größeren Autonomie der Häuser in Bezug auf Leistungserbringung oder Personalplanung geführt haben.

### **3 Das Krankenhaus als Unternehmen**

*Peter Eichhorn und Dorothea Greiling*

Mit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips begann vor fast einem Jahrzehnt ein deutlicher Wandel in den Rahmenbedingungen für Krankenhäuser, der durch den Umstieg auf ein DRG-basiertes Vergütungssystem ab dem Jahr 2003 einen weiteren Impuls in Richtung einer wettbewerblichen Ausrichtung und damit eines unternehmerischen Handels erfährt. Im Hinblick auf externe und interne Stakeholdergruppen hat sich ein deutlicher Einstellungswandel vollzogen, es wird zunehmend unternehmerisches Handeln eingefordert. Hinsichtlich der Unternehmenstypen finden sich heute im Krankensektor bedarfs- und erwerbswirtschaftliche Krankenhäuser, wobei bei Ersteren die Formalziele Rentabilität, Liquidität und Sekurität neben den Sachzielen zunehmend gleichberechtigt sind. Trägerunabhängig hat sich das unternehmerische Risiko deutlich erhöht. In einem auf Wettbewerb ausgerichteten Markt können nur diejenigen Krankenhäuser überleben, die mit dem durch die Fallpauschalen vorgegebenen Vergütungsrahmen auskommen und denen es gelingt, sich im Wettbewerb um Patienten strategisch zu positionieren. Für die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser sind neue Managementstrukturen unverzichtbar. Es gilt verstärkt betriebswirtschaftliche Managementinstrumente einzuführen. Die Modernisierungsbereitschaft und -fähigkeit hin zu wirtschaftlichen und qualitativ leistungsfähigen Dienstleistungen werden zunehmend über das Bestehen am Markt entscheiden.

### **4 Perspektiven des Wettbewerbs im Krankensektor**

*Bernt-Peter Robra, Enno Swart und Stefan Felder*

Wettbewerb im Krankensektor soll dazu beitragen, das Leistungsangebot stärker an den Präferenzen der Patienten auszurichten, die Integration und die Qualität der Leistungen zu erhöhen, die Kosten zu senken und die Mittelzuteilung fairer zu gestalten. Die Rollen des Staates, der Versicherungswirtschaft und der Leistungserbringer ändern sich. Erwartungen an die Wirkungen des Wettbewerbs im Krankenhaus-Sektor werden relativiert, wenn man Art und Umfang der Wettbewerbsparameter, Voraussetzungen und Nebenwirkungen marktlicher Orientierung im Gesundheitswesen betrachtet.

Insgesamt fehlen für einen wirksamen flächendeckenden Wettbewerb mit seinen Parametern Preis, Qualität und Menge noch wichtige Voraussetzungen. Preiswettbewerb kann unter dem Festpreissystem der DRGs systematisch kaum stattfinden. Die Einführung der DRGs kann bisher latente Überkapazitäten offen legen und damit einen Wettbewerb um Mengen (Marktanteile) fördern oder starten. Ein flexibler Markteintritt umgewidmeter oder neuer Kapazitäten ist aber nach der bisherigen Bettenplanung nicht vorgesehen. Die staatliche Kapazitätsplanung ist ein Wettbewerbshindernis. Allerdings wird Wettbewerb um Mengen schon wegen des regionalen Bezugs vieler Krankenhäuser begrenzt bleiben. Einer Mengenausweitung steht die Budgetierung entgegen. Für einen

Qualitätswettbewerb müssen wirksame Transparenz-Instrumente möglichst auf der Basis von GKV-Routinedaten noch geschaffen werden.

Es ist offen, ob Wettbewerb im stationären Sektor die alten Zielkonflikte besser lösen kann als das bisherige System. Wettbewerb scheint aber nicht weniger mit Patienten- und Mitarbeiterorientierung vereinbar als das herkömmliche Experten-Klienten-Paradigma medizinischer Leistungen. Auch ein voraussetzungsreicher, begrenzter, nicht notwendig bereits selbststeuernder oder nebenwirkungsfreier Wettbewerb signalisiert Chancen.

## 5 Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser

*Michael Arnold und Heinrich Geisbe*

Von verschiedenen Seiten wird mit zunehmender Dringlichkeit eine Stärkung der Autonomie des Patienten gefordert. Er soll nicht länger Objekt eines wohlwollenden ärztlichen Paternalismus sein, sondern ein grundsätzlich gleichberechtigtes Subjekt in einem partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies lässt sich einen inneren Zusammenhang stellen mit einer neuerdings ebenfalls angestrebten wettbewerblichen Orientierung auf der Leistungserbringerseite. Vor allem dort sind die nach aller Erfahrung mit dem Wettbewerb erzielbaren Effizienzgewinne zu erwarten: Durch ein professionelles Management, durch qualitätsfördernde Vergütungsformen, durch den Ausbau von möglichst sektorübergreifenden Versorgungsnetzen, durch Hochspezialisierung des Leistungsangebotes, durch eine explizite Berücksichtigung von Patientenpräferenzen u.a.m.

Der Patient kann aber nur dann eine „Stellgröße“ im Wettbewerb eines solidarisch finanzierten Versorgungssystems sein, wenn die Behandlungsqualität zum entscheidenden Wettbewerbsparameter wird. Dazu muss sie möglichst objektiv erhoben und in einer auch dem Laien verständlichen Form fassbar gemacht werden. Beides stößt auf teilweise grundsätzliche Schwierigkeiten, wie in dem Beitrag zum einen allgemein und zum anderen an Fallbeispielen deutlich gemacht wird. Es sind daher Zweifel angebracht, ob es selbst beim besten Willen, d. h. durch eine umfassende Aufklärung, die Einrichtung von Patientenfürsprechern, eine hohe Transparenz des Leistungsgeschehens usw., gelingt, den Patienten zu einem autonomen Wirtschaftssubjekt zu machen und so Patientenströme mit Hilfe von Qualitätskriterien im Krankenhaussektor zu lenken sowie die beklagte Anbieterdominanz zu beseitigen, ohne das für den Behandlungserfolg wesentliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu zerstören.

## 6 Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen

*Günter Neubauer*

Die duale Krankenhausfinanzierung in Verbindung mit staatlicher Krankenhausplanung erweist sich immer mehr als ein Hindernis zur Einführung eines wettbewerblichen Vergütungssystems zur Steuerung der Krankenhausversorgung. Staatliche Angebotsplanung im Verbund mit einer staatlichen Investitionslenkung sind mit einer wettbewerblichen Vergütung grundsätzlich inkompatibel. Das System wendet sich heute immer mehr gegen jene Krankenhäuser, die ursprünglich dadurch gefördert werden sollten, nämlich die öffentlichen Krankenhäuser. Diese leiden unter den unzureichenden staatlichen Fördermitteln, während private Krankenhausträger die Defizite über den Kapi-

talmarkt ausgleichen und dadurch deutliche Wettbewerbsvorteile erreichen. Investitionen sind vor allem in Form von Rationalisierungsinvestitionen im Kostenwettbewerb und als Erweiterungsinvestitionen im Qualitätswettbewerb für die Krankenhäuser überlebenswichtig. Eine erste Antwort wäre die Einführung einer monistischen Finanzierung. Bei ihr werden die Investitionen über die Preise finanziert. Notwendige Konsequenz davon wäre die Reduktion der staatlichen Krankenhausplanung. Die Zukunft gehört jedoch der wettbewerblichen Nachfragesteuerung. Bei ihr steuern Versicherte und Patienten durch ihre Wahlentscheidungen das Angebot. Dies erfordert freilich Preis-Leistungs-Transparenz und -verantwortung. Die Voraussetzungen hierfür muss die Politik schaffen, der allerdings der Mut fehlt.

## 7 Wettbewerb und Planung

*Ernst Bruckenberger*

In Deutschland gibt es nicht nur eine seit Jahren stereotyp beklagte doppelt besetzte Facharztschiene, sondern auch ein doppelt besetztes Ordnungssystem. Dabei werden von der Marktwirtschaft allerdings nur die wettbewerblichen Begriffe und Thesen entliehen, von der Daseinsvorsorge jedoch nach wie vor die ungebremste Neigung zur Reglementierung und das damit verbundene reale Verhalten übernommen. Im Ergebnis führt dies systemimmanent dazu, dass bei einem vorgegebenen Deckel (Beitragssatzstabilität) der Verwaltungsaufwand für das Gesundheitssystem zu Lasten der Beschäftigten (Leistungsverdichtung) bei dennoch steigenden Ausgaben und wachsendem Frust ununterbrochen zunimmt und für die Behandlung der Patienten selbst immer weniger Mittel übrig bleiben. Mit der angestrebten „Rahmenplanung“ wird der Verwaltungsaufwand ein weiteres Mal nicht reduziert, sondern sogar exponentiell gesteigert.

Die völlig unzureichende öffentliche Investitionsförderung für die Krankenhäuser führt gleichzeitig zu einer drastisch abnehmenden Akzeptanz und Realisierungsmöglichkeit von staatlichen Planungsentscheidungen und zu einer sich beschleunigenden unstrukturierten Privatisierung, verbunden mit einer zunehmenden Zwei-Klassen-Medizin. Ohne eine mittelfristige Planungssicherheit und eine ausreichende Investitionsquote kann man weder, wie gefordert, die Angebots- und Ablaufstrukturen verbessern noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven wecken. Unter den gegebenen widersprüchlichen rechtlichen und (un)ordnungspolitischen Vorgaben ist eine zukunftsfähige Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens als wesentlicher Teil eines funktionierenden Gesundheitssystems in Frage zu stellen.

## 8 Wettbewerb als Motor der Integration?

*Klaus Jacobs und Wilhelm F. Schröder*

Ein zentrales Kennzeichen des deutschen Gesundheitssystems – und zugleich eine zentrale Ursache für vielfältige Qualitäts- und Wirtschaftsdefizite der Gesundheitsversorgung – ist die starre Abschottung der einzelnen Versorgungssektoren. Dies betrifft sowohl die Organisation des Leistungsangebots als auch die jeweiligen Finanzierungsmodalitäten. Alle bisherigen Ansätze sektorübergreifender Integrationsmodelle der Gesundheitsversorgung sind letztlich gescheitert, weil die grundsätzliche Eigenständigkeit der einzelnen Versorgungssektoren und ihrer spezifischen Organisations- und Finanzierungsregularien nicht wirklich infrage gestellt wurden. Erforderlich ist deshalb eine patientenorientierte Produktdefinition von integrierter Versorgung, an der sich die Entwicklung

geeigneter betriebswirtschaftlicher Folien – einschließlich integrierter Vergütungssysteme – orientieren muss.

Vor dem Hintergrund einer solchen Definition des Dienstleistungsprodukts integrierte Versorgung kommt die Analyse aktueller Integrationstendenzen – Arztnetze (horizontale Integration) bzw. Krankenhaus-Ärzte-Kooperationen (vertikale Integration) – zu dem Ergebnis, dass bei einem zunehmenden Vertrags- und Anbieterwettbewerb zwar mit einer Intensivierung derartiger Entwicklungen zu rechnen ist, dass aber die Produktivitätspotenziale einer "echten" Integration damit nicht erschlossen werden können. Hierzu müssen vielmehr weitere Voraussetzungen geschaffen werden, zu denen neben der Beseitigung rechtlicher Barrieren insbesondere aufwendige betriebswirtschaftliche Aufgaben zur Entwicklung neuer Dienstleistungstechnologien zählen.

## **9 Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen?**

*Rüdiger Strehl*

Der Beitrag analysiert den gegenwärtigen Umfang der Privatisierung gegenüber den vielfach sehr optimistischen Prognosen und diskutiert die aktuellen Herausforderungen und strategischen Optionen für öffentlich-rechtliche Krankenhäuser. Anstelle einer isolierten gesellschafts- oder steuerrechtlichen Betrachtung ist eine Zusammenschau von wirtschaftlichen, rechtlichen, politischen und institutionellen Gesichtspunkten notwendig, um die Dimensionen der Privatisierungsfrage aufzuzeigen. Die Privatisierungsdebatte stellt sich für die öffentlichen Träger von Krankenhäusern für die Zukunft in einem sehr genau definierten Kontext. Der erforderliche Strukturwandel mit einem radikalen Kapazitätsab- und -umbau und die schärfere Ausrichtung an einheitlichen Wirtschaftlichkeitsstandards erfordern ein rigides, an strategischen Entscheidungen ausgerichtetes Krankenhausmanagement, das eine ausreichende Immunität gegen lokalpolitische Aspekte und die Sonderinteressen von Chefarzten, anderen Mitarbeitern und Gewerkschaften impliziert.

Im Blick auf die verschiedenen Rechtsformen ergibt sich kein eindeutiger Vorteil für eine bestimmte Rechtsform. Strategische Entscheidungsfähigkeiten und eine effiziente Leitungsorganisation sind in einer rechtlich selbständigen Anstalt des Öffentlichen Rechts und in den Privatformen der AG und GmbH herstellbar, wenn nicht über persönliche Elemente diese Strukturen unterlaufen werden. Öffentlich getragene Krankenhäuser haben dann eine Zukunftsperspektive, wenn es ihnen gelingt, evolutionäre Entscheidungsfähigkeit in Strukturfragen zu demonstrieren, im Kostenwettbewerb mitzuhalten, Leistungsträger zu attrahieren und die notwendigen Investitionen zu finanzieren. Derartige Krankenhäuser können im Wettbewerb nicht durch unmoderne Tarifverträge gefesselt werden und sie müssen die Investitionsprobleme lösen, sei es durch die Bloßlegung interner Wirtschaftlichkeitsreserven, sei es durch den Zugang zu neuartigen Finanzierungsquellen. Diese „Zumutungen“ an öffentlich-rechtliche Träger stellen den eigentlichen Kern des Privatisierungsproblems dar und machen es so aktuell.

## 10 Freigemeinnützigkeit im Wettbewerb der Krankenhausträger

*Markus Müschenich*

Das deutsche Krankenhauswesen ist durch eine ausgeprägte Trägervielfalt gekennzeichnet. Im Rahmen der Diskussion um Konzentrationsbewegungen im Krankenhausbereich stellt sich die Frage, inwieweit Art und Selbstverständnis eines Trägers Rückschlüsse auf dessen Zukunftsfähigkeit zulassen. Der Beitrag erläutert die Entwicklung und heutige Stellung der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft und beschäftigt sich insbesondere mit ihren spezifischen Möglichkeiten, Antwortstrategien auf zukünftige kritische Entwicklungen im Wettbewerb zu formulieren. Falsch ist ein Verständnis von Freigemeinnützigkeit als organisatorische Struktur zur Erbringung nicht-marktfähiger Leistungen. Eine solche Sichtweise ist weder für die Gegenwart haltbar noch für Zukunft tragfähig. Unter Bezug auf den Ansatz des Nonprofit-Governance-Ansatzes wird vielmehr die These vertreten, dass aus der strategischen Verbindung von ökonomischen und meta-ökonomischen Variablen besondere Wettbewerbsvorteile der freigemeinnützigen Trägerschaften erwachsen können. Potenzial liegt u. a. in den besonderen Investitionsmöglichkeiten oder in den guten Möglichkeiten zur Versorgungsintegration mit eigenen Einrichtungen und Diensten der ambulanten Pflege und Betreuung. Notwendig ist u. a. eine Abstrukturierung des z. T. hohen Laienpotenzials unter den Führungskräften und die Etablierung eines professionellen Managements. Über die Neugestaltung der Rechtsformen müssen letztendlich international wettbewerbsfähige Holdingstrukturen entstehen.

## 11 Universitätsklinika im Wettbewerb

*Martin Siess*

Aufgrund ihrer dreigliedrigen Aufgabenstellung in Krankenversorgung, Forschung und Lehre unterscheiden sich die 35 Universitätsklinika hinsichtlich Organisation, Finanzierung und ihrer Stellung im Wettbewerb grundlegend von den anderen ca. 2 200 Kliniken in Deutschland. Charakteristisch ist vor allem das komplexe und komplizierte Zusammenspiel zwischen Universitätsklinika, medizinischen Fakultäten, Universitäten und staatlichem Träger. Die besondere Aufgabenstellung und Struktur hat großen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Universitätsklinika im Wettbewerb, der in der Krankenversorgung regional, in der Lehre national und in der Forschung international ausgerichtet ist.

Damit sich die Universitätsklinika in Zukunft den zahlreichen neuen Herausforderungen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre erfolgreich stellen können, brauchen sie deutlich mehr Handlungsfreiheiten, um mit fachkompetenten, zügigen Entscheidungen die finanziellen Mittel auf die richtigen Themen, Aufgaben und Personen lenken zu können. In diesem Zusammenhang müssen die Leitungsstrukturen der Klinika und Fakultäten, das Verhältnis zum Träger und die Kooperation zwischen den Universitätsklinika, medizinischen Fakultäten und Universitäten grundlegend überdacht werden. Nur durch eine gemeinsame, strategische Ausrichtung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre sowie Schwerpunktbildung können die Universitätsklinika in Zukunft mit ihrer dreigliedrigen Zielsetzung im Wettbewerb bestehen.

## **12 Der Klinikmarkt für Rehabilitation – Wettbewerbsdynamik und Entwicklungstendenzen**

*Jochen Messemer und Verena Margreiter*

Die deutsche Reha-Landschaft steht nach den tief greifenden Veränderungen der Vergangenheit erneut vor erheblichen Umbrüchen. Die Autoren fassen die bisherigen Entwicklungen des Reha-Marktes zusammen und erläutern die anstehenden Herausforderungen. Mitte der 90er Jahre bewirkten gesetzliche Beschränkungen einen dramatischen Nachfragerückgang, mit der Folge erheblicher Überkapazitäten. Seitdem hat sich der Markt Schritt für Schritt wieder erholt. Einige Fachbereiche konnten dabei einen überproportionalen Nachfrageanstieg verbuchen, andere Bereiche erlitten Einbußen.

Nun aber steht erneut ein einschneidender Strukturwandel bevor. Auslöser sind unter anderem weitere gesetzliche Eingriffe wie die Einführung der Diagnosis Related Groups, die zunehmende Bedeutung von Anschlussheilbehandlungen sowie demographische und medizinische Entwicklungen. Insbesondere dürften dadurch die klassischen Kurkliniken unter erheblichen Druck geraten, und die Direktzuweiser werden im Kampf um die Belegung eine wichtigere Rolle spielen. Außerdem macht die fortschreitende Verzahnung zwischen Akut- und Reha-Versorgung den Aufbau eigener Reha-Kapazitäten durch Klinikgruppen und -verbände in Ballungsraumnähe zunehmend attraktiv. Der Veränderungsprozess der Reha-Landschaft hat damit insgesamt an neuer Dynamik gewonnen.

## **13 Qualität im Krankenhaus – Überlegungen zu Begriffen und Methoden der Leistungsbewertung**

*Nikolas Matthes und Axel Wiest*

Der Beitrag definiert Grundbegriffe der Leistungsmessung im Krankenhaus, die zum Verständnis von Leistungsmesssystemen und Indikatoren unabdingbar sind. Die Autoren definieren zentrale Konzepte wie Donabedians Trias von Struktur, Prozess und Ergebnis und demonstrieren an Beispielen, wo die Möglichkeiten und Grenzen der Konzepte liegen. Darüber hinaus erläutern die Autoren wichtige technische Begriffe und Methoden der Leistungsmessung wie Reliabilität, Validität und Risikoadjustierung. Die Vorteile und Nachteile verschiedener Datenquellen wie Krankenhausakten, administrative Daten und Patientendaten werden kritisch besprochen und in Bezug zu gängigen Methoden der Datenanalyse gesetzt. Diese beinhalten die vergleichende und interne Datenanalyse wie auch die Analyse von Einzelereignissen. Abschließend diskutiert der Beitrag neueste Ansätze bei der Leistungsmessung im Krankenhaus, insbesondere die Systemanalyse und krankheitsspezifische Indikatoren.

## 14 Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein?

*Gérard de Pourville*

Die Krankenhäuser sind mehr und mehr gefordert zu zeigen, dass sie nicht nur Kosten reduzieren, sondern auch hohe Qualität bieten können. In vielen entwickelten Ländern werden Leistungserbringer mit der Veröffentlichung von „Bestenlisten“ in den Medien konfrontiert, in denen Einrichtungen nach ihrer Leistung in zahlreichen Aspekten der Krankenbehandlung in eine Rangfolge gebracht werden: Mortalität, Komplikationsraten, Verweildauer etc. Der Gedanke, dass die Publikation solcher Informationen Patienten und Kostenträgern mehr Macht verschafft, indem ein Leistungswettbewerb unter den Krankenhäusern erzwungen wird, setzt sich immer mehr durch.

Der Beitrag stellt zunächst die wichtigsten Instrumente zur Messung der Behandlungsqualität vor und diskutiert dann die Auswirkungen des Öffnens der Blackbox auf das Verhalten von Leistungsempfängern, Leistungserbringern und Kostenträgern. Bestenlisten liefern bei der Messung der Behandlungsqualität keine genauen Ergebnisse und die Rangordnung der Leistungserbringer können missverständlich sein. Darüber hinaus ist ihre Wirkung kurzlebig und die Bedeutung der gebotenen Informationen wird von den Patienten nicht immer verstanden. Die Kostenträger erhalten durch solche Tabellen ebenfalls keine vollständigen und genauen Informationen über die Krankenhausqualität, so dass zwischen Leistungsempfängern und Kostenträgern auf der einen Seite und Leistungserbringern auf der anderen Seite eine erhebliche Informationsasymmetrie herrscht.

Diese Situation könnte u. a. durch den Einsatz eines Mediators verbessert werden, der zwischen Leistungsempfängern und Leistungserbringern vermittelt und Qualitätsinformationen „übersetzt“, damit diese den Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung überhaupt etwas nutzen. Eine solche Rolle könnten auch Patientenvereinigungen oder einweisende Ärzte übernehmen. Die Kostenträger benötigen hingegen mehr detaillierte Informationen über Krankheiten und Prozeduren, wenn sie in der Lage sein wollen, mit den Leistungserbringern Entgelte und Qualitätsniveaus auszuhandeln.

## 15 Mindestmengen in der stationären Versorgung

*Afschin Gandjour, Christian Günster, Jürgen Klauber und Karl Lauterbach*

Mit dem Fallpauschalengesetz besteht in Deutschland der Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus für Leistungen zu vereinbaren, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist (§ 137 SGB V Abs. 1 Satz 3 Nr. 3). Die Mindestmenge postuliert einen Zusammenhang zwischen der Frequenz, mit der eine ärztliche Leistung erbracht wird, und dem Behandlungsergebnis für Patienten. In den USA sind Mindestmengen bereits heute Bestandteil der Regulierung des Krankenhausmarktes. Es gibt kaum deutsche Analysen zu diesem Zusammenhang, u. a. aufgrund der bisher unzureichenden Datenlage.

Der Beitrag untersucht vor diesem Hintergrund erstmals die Verteilung der Jahresmengen für neun Interventionen in deutschen Krankenhäusern auf der Basis der Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen der Krankenhäuser (LKA). Untersucht werden u. a. folgende Operationen: Herz- und Lebertransplantation, Kniegelenkersatz, Prostata- und Pankreatektomie. Internationale Studien zum Zu-

sammenhang zwischen Leistungsmenge und Letalitätsrate werden herangezogen, um zu prüfen, wie solche Verteilungen für die Qualitätssicherung genutzt werden können. Der Anteil an Krankenhäusern, welche entsprechende Mindestmengen erreichen, wird berechnet. Dokumentiert werden mitunter deutliche Auffälligkeiten hinsichtlich der geleisteten Mengen in einzelnen Häusern gegenüber internationalen Mindeststandardwerten. Im Anschluss an die Diskussion der Ergebnisse und der Grenzen dieses Analyseansatzes werden die Handlungsrelevanz sowie der in Deutschland bestehende Forschungsbedarf skizziert.

## **16 Klinische Audits als Verfahren der Qualitätsentwicklung**

*Karl Blum*

Der Beitrag berichtet über die Ergebnisse des vom Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Projektes „Qualitätsverbesserung durch Einführung von Audits“. Das klinische Audit (peer review) ist eine strukturierte fachliche Beratung einer Krankenhausabteilung durch Fachkollegen aus anderen Krankenhäusern mit dem Ziel, die medizinisch-pflegerische Behandlungsqualität zu verbessern.

Das klinische Audit ist prinzipiell geeignet, eine große Zahl von Handlungsempfehlungen von hohem praktischen Nutzen hervorzubringen. Falls Handlungsempfehlungen umgesetzt wurden, haben sie überwiegend zu nachhaltigen Verbesserungen geführt, schwerpunktmäßig mit Blick auf die Patienten- und Mitarbeiterorientierung. Das Audit-Verfahren hat Einstellungsänderungen zu Gunsten des Qualitätsmanagements in den teilnehmenden Krankenhäusern bewirkt. Der Audit-Ansatz als solcher traf bei den Projektbeteiligten auf eine außerordentlich hohe Akzeptanz.

Trotz einiger Detailkritik bzw. Verbesserungspotenziale hat sich das klinische Audit im Rahmen des Modellprojektes weitgehend bewährt. Die Übertragbarkeit des Audit-Verfahrens auf andere Kliniken ist somit gewährleistet. Ein allgemeiner Leitfaden für das Audit-Wesen lag bei Projektende vor. Klinische Audits stellen, so das zentrale Ergebnis des Modellprojekts, eine sinnvolle Variante des Qualitätsmanagements dar. Mit dem Audit-Projekt ist es gelungen, die methodischen, inhaltlichen und praktischen Grundlagen für klinische Audits in Deutschland zu schaffen.

## **17 Krankenhausvergleich in der Psychiatrie – der gemeinsame Vergleich nach 5 § BPfIV und Diskussion eines alternativen Ansatzes**

*Jörg Friedrich und Frank Reinermann*

Die Bestimmung von medizinisch leistungsgerechten Budgets ist die große Herausforderung der jährlich wiederkehrenden Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. Die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) sieht dazu die Berücksichtigung der Ergebnisse von Krankenhausbetriebsvergleichen vor. Das Thema Betriebsvergleich stellt sich zukünftig insbesondere für die Psychiatrie, weil die 750 Einrichtungen und Abteilungen, die bundesweit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) unterliegen, von der Vergütung nach DRGs ausgenommen sind.

Hier stehen neue Regelungen und eine entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner an.

Der Beitrag führt in die bislang geltenden Regelungen zum gemeinsamen Vergleich in der Psychiatrie ein und stellt ein alternatives Gruppenbildungsverfahren zur Diskussion. Die Vergleichbarkeit von Einrichtungen wird dabei nicht über die Ähnlichkeit im Patientenprofil erreicht, sondern über die Gewichtung von Leistungsminuten nach Psych-PV anhand von relativen Personalkosten. Vorgelegt werden zudem vergleichende Analysen der beiden Verfahren auf der Basis vorliegender Daten. Eine zentrale Erkenntnis des Beitrages ist, dass die Gruppenbildungsmethode im gemeinsamen Vergleich nur für die Teilmenge der Einrichtungen sinnvolle Ergebnisse liefern wird, die ein relativ häufiges Patientenprofil aufweisen. Alle übrigen Einrichtungen bleiben außen vor. Das vorgestellte alternative Gruppenbildungsverfahren ist dagegen in der Lage, für alle Einrichtungen leistungsge-rechte Orientierungswerte zu ermitteln. Somit stellt es einen konzeptionellen Vorschlag für die neu zu treffende Vereinbarung zum gemeinsamen Krankenhausvergleich in der Psychiatrie dar.

## **18 Der DRG-Methoden-Pretest: Startschuss mit (Neben-) Wirkungen**

*Claudia Conrad und Michael Monka*

Die Krankenhäuser werden die Zeit bis zur vollständigen Einführung des DRG-Entgeltsystems für die Anpassung ihrer Controlling- und Steuerungsinstrumente nutzen müssen. Zu diesen Aufgaben gehören der Aufbau eines effektiven Kostenrechnungssystems, die weitere Verbesserung der DV-technischen Leistungserfassung hinsichtlich der Analyse und Steuerung sowie die aktive Teilnahme an Benchmarkprojekten. Hinzu kommen eine mittel- und langfristige Strategieentwicklung, basierend auf den durchgeführten betriebsinternen Kennzahlenanalysen und der Benchmarkergebnisse sowie die Durchführung von Maßnahmen zur Senkung der Gemeinkosten, z. B. durch Outsourcing/Insourcing oder den Zusammenschluss kleinerer Häuser zur Steigerung der Fallzahlen.

Die Implementierung eines umfassenden Kosten- und Leistungscontrollings eröffnet den Krankenhäusern verschiedene Möglichkeiten zur betrieblichen Steuerung. Diese Steuerungsmöglichkeiten gilt es für jedes Krankenhaus zu finden und zu nutzen.

## **19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser**

*Christiane Rosenow und Anke Steinberg*

Im Jahr 2000 gab es in Deutschland 2 242 Krankenhäuser, 10 weniger als 1999. Die Zahl der Betten ging um 1 % auf 559 651 zurück. Die Zahl der vollstationär behandelten Patienten nahm gegenüber 1998 um 1,4 % oder 225 887 auf 16,5 Millionen zu. Gleichzeitig gingen die Pfl egetage um 2 Millionen auf 167 Mill. zurück. Dadurch sank die durchschnittliche Verweildauer von 10,4 Tagen im Jahr 1999 auf 10,1 im Jahr 2000. (1998: 11,7 Tage, 1999: 10,4). Der Kapazitätsabbau in den Krankenhäusern wirkt sich auch bei den Beschäftigten aus: Die Zahl der Vollkräfte sank um 1,1% auf 843 452. Die Zahl der Ärzte stieg dagegen um 14,1%, die der Pflegekräfte um 1,9%. Die berei-

nigten Kosten der Krankenhäuser sind von 1999 auf 2000 um 2,0 % gestiegen. Sie lagen 2000 bei 51,6 Mrd. €. Die bereinigten Kosten je vollstationärer Fall lagen bei 3216 € (+0,7%), die Kosten je vollstationärer Pflegetag stiegen um 2,9% auf 317 €.

Die niedrigsten Kosten entstanden 2000 mit 2 735 € je vollstationärer Fall in Brandenburg, die höchsten Kosten verursachte ein Krankenhausaufenthalt in den Stadtstaaten Berlin (4 444 €), Hamburg (3 976 €) und Bremen (3 731 €). Die Tendenz zum Bettenabbau ist seit 1991 auch auf Fachabteilungsebene zu beobachten. Den stärksten Rückgang gab es in diesem Zeitraum mit 35,1% bei den psychiatrischen Abteilungen. Zuwächse bei den Betten gab es seit 1991 nur in Bereichen mit neuen oder modernen Behandlungsbereichen. Hierzu gehören die Nuklearmedizin (+49,9%), die Neurochirurgie (+31,2%) und die Psychosomatik (+24,3%). Diese Entwicklung hat sich seit von 1999 auf 2000 jedoch stark verlangsamt.

## 20 Krankenhausdiagnosestatistik 1999 – Unterjährige Betrachtungen

*Rita Berning und Christiane Rosenow*

Durch die Umstellung auf den neuen ICD-10 Schlüssel liegen Diagnosedaten für das Jahr 2000 noch nicht vor. In diesem Beitrag werden deshalb erstmals in einer unterjährigen Betrachtung die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik 1999 auf Basis einer 10-prozentigen Stichprobe analysiert.

Der Wochentag mit den meisten Krankenhausaufnahmen ist der Montag: Hier werden im Durchschnitt 67 000 Patienten aufgenommen. Der Wochentag mit den wenigsten Aufnahmen (knapp 20 000) ist der Samstag. Die meisten Krankenhausentlassungen gab es mit 65 000 am Freitag, der Tag mit den wenigsten Entlassungen (13 500) war der Sonntag.

Die Bewegungen nach Monaten verlaufen relativ konstant. Zugangsstärkster Monat ist der März mit knapp 1,5 Millionen Fällen gegenüber sonst ca. 1,3 Millionen. Bei den Entlassungen ist ebenfalls der März der Monat mit den höchsten Werten. Die wenigsten Entlassungen gab es im Januar und August mit unter 1,3 Millionen. Nach Kalenderwochen betrachtet fallen erwartungsgemäß Zeiträume im Umfeld von Ferien und Feiertagen (z.B. Ostern Pfingsten, Sommerferien) auf. Einbrüche bei den Patientenbewegungen vor Feiertagen lassen auf planbare Behandlungen schließen. Zu Weihnachten standen geringe Aufnahmezahlen hohe Entlassungszahlen (335 000) gegenüber. Bei den Stundenfällen bleiben die Zahlen hingegen das ganze Jahr über relativ konstant. Interessante Details hinsichtlich der zeitlichen Struktur des Behandlungsgeschehens ergeben sich bei der differenzierten Analyse nach Fachabteilungen und Diagnosegruppen. So zeigt sich die unterschiedliche Bedeutung von nicht planbaren Fällen im Aufnahmegeschehen der Fachabteilungen nach Wochentagen. Auch Sonderereignisse wie die Grippewelle zum Jahresbeginn 1999 lassen sich anhand der Einweisungsdaten nachvollziehen.

## 21 Veränderungen der Trägerschaft von Krankenhäusern seit 1992

*Bettina Gerste*

Verschiebungen zwischen öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft sind ein Ausdruck eines sich ständig wandelnden Krankenhausmarkts in Deutschland. Der Beitrag analysiert die bundesweiten und länderspezifischen Veränderungen von 1992 bis 2000. Bundesweit lässt sich feststellen, dass der private Sektor ständig wächst und der öffentliche Sektor schrumpft: Im Jahr 2000 gab es 105 (+ 30,8%) private Häuser mehr und 215 (-22,4%) weniger öffentliche Häuser als 1992. Der Anteil privater Kliniken an den Allgemeinen Krankenhäusern stieg von 15,9% im Jahr 1992 auf 22,3% im Jahr 2000.

Auch länderspezifisch gesehen gibt es hohe Zuwachsraten beim privaten Sektor, mit Ausnahme der Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin, wo ein umfassender Bettenabbau alle Sektoren gleichermaßen betraf. In öffentlichen Häusern gab es starke Bettenreduzierungen, während der Abbau in freigemeinnützigen Häusern eher moderat war.

Die Marktanteile der Träger sind je nach Land verschieden. In Bayern und Sachsen-Anhalt sind drei Viertel aller Betten in öffentlichen Häusern. In Nordrhein-Westfalen finden sich dagegen drei Viertel aller Betten in freigemeinnützigen Häusern. Die meisten Privathäuser haben Thüringen und Schleswig-Holstein mit rund 20%; nur geringe Anteile privater Träger (unter 3%) gibt es dagegen in Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Hamburg, Bremen und im Saarland. Die Analysen werden ergänzt durch vertiefende Betrachtungen der drei Länder Berlin, Rheinland-Pfalz und Sachsen hinsichtlich Rechtsformwechsel und Dimensionen des Wandels, d. h. Fusionen, Schließungen, Umwidmungen oder Namenswechsel.

## 22 Krankenhaus-Directory – Mengenverschiebungen bei Fallpauschalen/Sonderentgelten im Drei-Jahres-Vergleich

Im diesjährigen Directory wird für über 1100 deutsche Krankenhäuser die Mengenentwicklung für 10 ausgewählte Fallpauschalen und Sonderentgelte im Zeitraum 1998-2001 untersucht. Gefragt wird für besonders häufige und/oder besonders umsatzstarke Fallpauschalen (FP) und Sonderentgelte (SE), wie sich die entsprechenden Anteile am Gesamtbudget verändert haben und wie sich die Umsätze einzelner Positionen im jeweiligen Haus verändert haben. Die ausgewählten FP und SE sind im Einzelnen (Kurzbezeichnung): FP 7.01 (Chronische Tonsillitis); FP 9.021 (koronare Herzkrankheit) FP 10.01 (Stammvaricosis); FP 12.07 (Hernien); FP 15.02 (Uterus myomatosus); FP 16.041 (Schwangerschaft); FP 17.061 (Coxarthrose); FP 17.091 (Gonarthritis); SE 12.06 (Teilresektion des Kolons); SE 21.02 (Linksherzkatheteruntersuchung).