

**Analyse des Krankenhausmarktes
unter besonderer Berücksichtigung des DRG-Systems**

Auszug aus der Diplomarbeit von

Gregor Ostrowicz

sofia

Sonderforschungsgruppe
Institutionenanalyse

**Analyse des Krankenhausmarktes
unter besonderer Berücksichtigung des DRG-Systems**

Auszug aus der Diplom-Arbeit von

Gregor Ostrowicz

Sofia Diskussionsbeiträge
zur Institutionenanalyse
Nr. 05-3

ISSN 1437-126X

ISBN 3-933795-71-0

Gregor Ostrowicz: Analyse des Krankenhausmarktes unter besonderer Berücksichtigung des DRG-Systems. Diplomarbeit (Auszug). Sofia-Diskussionsbeiträge zur Institutionenanalyse Nr. 05-3, Darmstadt 2005.

Inhaltsverzeichnis

1 Problemstellung	1
1.1 Ziel der Arbeit	1
1.2 Aufbau der Arbeit	2
2 Der deutsche Krankenhausmarkt im Umbruch	3
2.1 Rolle der Krankenhäuser in einer Volkswirtschaft	3
2.1.1 Die Besonderheiten des Marktes	4
2.1.2 Der mehrstufige Charakter der Produktion im Krankenhaus	4
2.2 Finanzierungsmöglichkeiten deutscher Krankenhäuser	6
2.2.1 Krankenhausfinanzierung seit 1972	6
2.2.2 Krankenhausfinanzierung ab 2003	11
2.3 Zukünftige Entwicklungen im deutschen Krankenhausmarkt	16
2.3.1 Ausgangssituation deutscher Krankenhäuser	16
2.3.2 Handlungsalternativen deutscher Krankenhäuser	17
2.4 Zusammenfassung und Ziel der Untersuchung	18
3 Präsentation der Ergebnisse	20
3.1 Allgemeine Daten der Erhebung	20
3.1.1 Einteilung der Krankenhäuser nach Trägerorganisation	21
3.1.2 Einteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufe	21
3.1.3 Einteilung der Krankenhäuser nach Bettenanzahl	23
3.1.4 Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten	24
3.1.5 Die Bettennutzung der beteiligten Krankenhäuser	24
3.2 Einschätzung der finanziellen Auswirkungen des DRG-Systems	26
3.3 Ausgangssituation der untersuchten Krankenhäuser	28
3.3.1 Kostenstruktur der Krankenhäuser	28
3.3.2 Investitionsbedarf der Krankenhäuser	32
3.3.3 Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser	33
3.3.4 Die Bevölkerungsdichte im Umfeld der Krankenhäuser	34
3.4 Entwicklungen in der deutschen Krankenhausversorgung	38
3.4.1 Erhöhung der Fallzahlen im stationären Bereich	38
3.4.2 Maßnahmen zur Kostensenkung	39
3.4.3 Veränderung des Leistungsangebotes	44
3.4.4 Fusionen zwischen Krankenhäusern	49
3.5 Zusammenfassung	50

4 Diskussion der Ergebnisse	51
4.1 Allgemeine Entwicklungen im Krankenhausmarkt	51
4.1.1 Ausweitung der Behandlungszahlen	51
4.1.2 Kostensenkung in deutschen Krankenhäusern	53
4.1.3 Veränderung des Leistungsangebotes	59
4.1.4 Zusammenfassung	64
4.2 Entwicklungen der einzelnen Krankenhausgruppen	65
4.2.1 Situation der öffentlichen Krankenhäuser	65
4.2.2 Entwicklungen bei frei-gemeinnützigen Krankenhäusern	69
4.2.3 Entwicklungen bei privaten Krankenhäusern	71
4.3 Auswirkungen des DRG-Systems	74
4.3.1 Ziel der Beitragssatzstabilität	74
4.3.2 Effizienzüberlegungen	74
4.3.3 Sicherstellung der räumlichen medizinischen Versorgung	78
4.3.4 Ethische Aspekte	78
4.3.5 Abschließende Beurteilung des DRG-Systems	79
5 Zusammenfassung und Ausblick	81
Literaturverzeichnis	83

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: EFFIZIENZ DER LEISTUNGSERSTELLUNG IM KRANKENHAUS	5
ABBILDUNG 2: ZAHLUNGSSTRÖME IN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG	7
ABBILDUNG 3: DURCHSCHNITTLICHE BASE RATE – INDIVIDUELLE BASE RATE	15
ABBILDUNG 4: VERLIERER UND GEWINNER DES DRG-SYSTEMS	17
ABBILDUNG 5: KRANKENHAUSVERTEILUNG NACH TRÄGERORGANISATION	21
ABBILDUNG 6: KRANKENHAUSVERTEILUNG NACH VST	22
ABBILDUNG 7: KRANKENHAUSVERTEILUNG NACH VST UND TRÄGERORGANISATION	22
ABBILDUNG 8: BETTENVERTEILUNG DER TEILNEHMENDEN KLINIKEN	23
ABBILDUNG 9: EINSCHÄTZUNG DRGS	26
ABBILDUNG 10: ZUSAMMENHANG TRÄGER – EINSCHÄTZUNG DRGS	27
ABBILDUNG 11: ZUSAMMENHANG VST – FIXKOSTEN	28
ABBILDUNG 12: ZUSAMMENHANG FIXKOSTEN – TRÄGER	30
ABBILDUNG 13: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FINANZIERUNG	33
ABBILDUNG 14: ZUSAMMENHANG VST – FINANZIERUNG	34
ABBILDUNG 15: VERTEILUNG DER KRANKENHÄUSER NACH BEVÖLKERUNGSDICHTE	35
ABBILDUNG 16: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FALLZAHLENENTWICKLUNG	36
ABBILDUNG 17: ZUSAMMENHANG VST – FALLZAHLENENTWICKLUNG	37
ABBILDUNG 18: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FALLZAHLENENTWICKLUNG	39
ABBILDUNG 19: FREMDVERGABE VON KRANKENHAUSLEISTUNGEN	40
ABBILDUNG 20: ZUSAMMENHANG TRÄGER – VERWEILDAUERSENKUNG	42
ABBILDUNG 21: ZUSAMMENHANG TRÄGER – BETTENABBAU	43
ABBILDUNG 22: ZUSAMMENHANG TRÄGER – AUSBAU AMBULANZ SEITE 64!!!	47
ABBILDUNG 23: ZUSAMMENHANG TRÄGER – AUSBAU REHA	48
ABBILDUNG 24: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FUSIONEN	49

Tabellenverzeichnis

ABBILDUNG 1: EFFIZIENZ DER LEISTUNGSERSTELLUNG IM KRANKENHAUS	5
ABBILDUNG 2: ZAHLUNGSSTRÖME IN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG	7
ABBILDUNG 3: DURCHSCHNITTLICHE BASE RATE – INDIVIDUELLE BASE RATE	15
ABBILDUNG 4: VERLIERER UND GEWINNER DES DRG-SYSTEMS	17
ABBILDUNG 5: KRANKENHAUSVERTEILUNG NACH TRÄGERORGANISATION	21
ABBILDUNG 6: KRANKENHAUSVERTEILUNG NACH VST	22
ABBILDUNG 7: KRANKENHAUSVERTEILUNG NACH VST UND TRÄGERORGANISATION	22
ABBILDUNG 8: BETTENVERTEILUNG DER TEILNEHMENDEN KLINIKEN	23
ABBILDUNG 9: EINSCHÄTZUNG DRGS	26
ABBILDUNG 10: ZUSAMMENHANG TRÄGER – EINSCHÄTZUNG DRGS	27
ABBILDUNG 11: ZUSAMMENHANG VST – FIXKOSTEN	28
ABBILDUNG 12: ZUSAMMENHANG FIXKOSTEN – TRÄGER	30
ABBILDUNG 13: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FINANZIERUNG	33
ABBILDUNG 14: ZUSAMMENHANG VST – FINANZIERUNG	34
ABBILDUNG 15: VERTEILUNG DER KRANKENHÄUSER NACH BEVÖLKERUNGSDICHTE	35
ABBILDUNG 16: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FALLZAHLENENTWICKLUNG	36
ABBILDUNG 17: ZUSAMMENHANG VST – FALLZAHLENENTWICKLUNG	37
ABBILDUNG 18: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FALLZAHLENENTWICKLUNG	39
ABBILDUNG 19: FREMDVERGABE VON KRANKENHAUSLEISTUNGEN	40
ABBILDUNG 20: ZUSAMMENHANG TRÄGER – VERWEILDAUERSENKUNG	42
ABBILDUNG 21: ZUSAMMENHANG TRÄGER – BETTENABBAU	43
ABBILDUNG 22: ZUSAMMENHANG TRÄGER – AUSBAU AMBULANZ SEITE 64!!!	47
ABBILDUNG 23: ZUSAMMENHANG TRÄGER – AUSBAU REHA	48
ABBILDUNG 24: ZUSAMMENHANG TRÄGER – FUSIONEN	49

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AHB	Anschlussheilbehandlung
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AR-DRG	Australian Revised Diagnosis Related Group
BSC	Balanced Score Card
BNG	Bettennutzungsgrad
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
DRG	Diagnosis Related Groups
EV	Einkaufsverbund
f.-g.	frei-gemeinnützig
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IV	Integrierte Versorgung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Mrd.	Milliarden
REHA	Rehabilitation
SVR	Sachverständigenrat
VD	Verweildauer
VST	Versorgungsstufe

1

Problemstellung

Seit Jahren stehen die Probleme der sozialen Sicherungssysteme in der öffentlichen Diskussion. Neben der Renten- und Pflegeversicherung wird ebenso bei der Krankenversicherung nach Alternativen gesucht, um eine Nachhaltigkeit des Systems zu gewährleisten.

Im Fall der Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass die Einnahmen aus Beiträgen mit der Kostenentwicklung auf der Ausgaben-seite nicht mithalten können. Bisher hat der Gesetzgeber versucht, die hieraus resultierende Finanzierungslücke durch Beitragserhöhungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen, was zu Unmut in der Bevölkerung und Wirtschaft geführt hat. Problematisch erscheint hierbei vor allem der demographische Wandel innerhalb der deutschen Bevölkerung, der das Verhältnis von Beitragszahlern zu Leistungsempfängern zu Lasten der öffentlichen Kassen auch in Zukunft weiter zu verschieben droht.¹

Um die Situation der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern, ist daher 1999 das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 im Bundestag verabschiedet worden, welches Neuerungen u. a. bei dem größten Ausgabenblock, den Krankenhäusern, vorsieht. Angestrebt werden bei den Krankenhäusern eine stärkere Verzahnung mit dem ambulanten Bereich, um nicht abgestimmte Behandlungsverläufe und Kosten treibende Doppeluntersuchungen zu verhindern und der Übergang zu einer durchgängig leistungsorientierten Vergütung im stationären Bereich.² Letztere soll durch die Einführung eines Fallpauschalensystems erreicht werden. Um zu verhindern, dass die gesetzlichen Änderungen zu einer Herabsetzung der Behandlungsqualität oder zu einer Kostenexternalisierung genutzt werden, ist gleichzeitig eine Reihe von Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt worden.³

1.1

Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, an Hand einer Marktforschung Veränderungen im deutschen Krankenhausmarkt zu identifizieren. Der Schwerpunkt der Betrachtungen wird hierbei auf der Diskussion des Einflusses liegen, den

1 Vgl. Kommission für Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme (2003), S. 51 ff.

2 Vgl. Sachverständigenrat (1999), S. 180 f.

3 Vgl. Sachverständigenrat (2001), S. 169

das neue Vergütungssystem auf die deutsche Krankenhausversorgung haben könnte.

Des Weiteren ist es Ziel der Arbeit, ausgehend von den beobachteten Entwicklungen und unter Berücksichtigung weiterer Aspekte, eine abschließende Beurteilung des neuen Vergütungssystems durchzuführen.

1.2

Aufbau der Arbeit

In Kapitel 2 wird auf die Rolle von Krankenhäusern in der deutschen Volkswirtschaft eingegangen. Im Kern der Betrachtungen steht hierbei die Krankenhausfinanzierung und inwiefern sich diese durch das neue Vergütungssystem ändern wird. Durch die Gegenüberstellung von altem und neuem Vergütungssystem wird das Aufstellen von Hypothesen ermöglicht, die beschreiben, in welche Richtung sich der Krankenhausmarkt in Zukunft bewegen könnte.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde eine Marktforschung durchgeführt, deren Ergebnisse ausführlich im Kapitel 3 präsentiert werden. Die aus der schriftlichen Befragung gewonnenen Ergebnisse bilden die Grundlage für die Diskussion in Kapitel 4.

Im Rahmen der Diskussion werden zunächst die Entwicklungen im Klinikmarkt kritisch untersucht. Neben Entwicklungen, die für den gesamten Markt feststellbar sind, werden Entwicklungen einzelner Krankenhausgruppen untersucht. Den Abschluss von Kapitel 4 stellt eine Beurteilung des neuen Vergütungssystems dar, in die weitere Aspekte mit einfließen.

Die Arbeit endet in Kapitel 5 mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse und einem Ausblick.

2

Der deutsche Krankenhausmarkt im Umbruch

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen des deutschen Krankenhausmarktes vorgestellt. Nach einer Diskussion über die Rolle von Krankenhäusern in einer Volkswirtschaft wird die deutsche Krankenhausfinanzierung vorgestellt. Neben dem alten Vergütungssystem wird auf die Änderungen eingegangen, die sich durch das im GKV-Gesundheitsreformgesetz verankerte, neue Abrechnungssystem für den stationären Bereich ergeben werden. Hierbei wird die grundsätzliche Funktionsweise des neuen Abrechnungssystems erläutert. Ausgehend von diesen Überlegungen lassen sich am Ende des Kapitels dann Hypothesen aufstellen, inwiefern sich das neue Vergütungssystem auf die künftige Entwicklung von deutschen Krankenhäusern auswirken könnte.

2.1

Rolle der Krankenhäuser in einer Volkswirtschaft

In der Diskussion über finanzielle Probleme des Gesundheitswesens nimmt das Krankenhaus oft eine zentrale Rolle ein. Der Grund hierfür dürfte zumindest vordergründig in der quantitativen Bedeutung der Krankenhäuser zu finden sein. Kliniken stellen mit 33.4 % den größten Ausgabenposten der gesetzlichen Krankenversicherung dar und eignen sich somit aus Sicht der Politik als Hebel, um Einsparungen im großen Ausmaß zu realisieren.⁴ Zudem hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten ein beträchtliches Kostenwachstum im Krankenhausbereich gezeigt, welches in den anderen Ländern der westlichen Welt allerdings ebenfalls erkannt werden konnte.⁵

Um stabile Beitragssätze für die gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft gewährleisten zu können, hat die Bundesregierung 1999 daher die Einführung eines neuen Vergütungssystems für den stationären Krankenhausbereich beschlossen. Durch kürzere Verweildauern der Patienten sollen Betten und somit Kosten abgebaut werden.⁶ Inwiefern diese Ziele für die vorliegende Untersuchung Gültigkeit besitzen, wird später gezeigt.

4 Vgl. Sachverständigenrat (2000), S. 239

5 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 323

6 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 359

2.1.1

Die Besonderheiten des Marktes

Von anderen Märkten unterscheidet sich der Krankenhausmarkt dadurch, dass die Nachfrager von Krankenhausleistungen für diese nicht zahlen müssen. Durch den Krankenversicherungsschutz wird das finanzielle Risiko der Bürger gestreut und damit das Wohlergehen risikoscheuer Bürger erhöht, wobei das finanzielle Risiko verglichen mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens hier eine besondere Dimension hat.⁷

Durch den Versicherungsschutz wird folglich die Abstimmung von Angebot und Nachfrage durch freie Preisbildung unterbunden. Da der Patient die Kosten für das Gut „Krankenhausleistung“ nicht selber tragen muss, drückt seine Nachfragemenge nicht mehr seine relative Wertschätzung im Verhältnis zu dessen Knappheit aus, so dass es zu einem Marktversagen kommt. Aus diesem Grund ist vom Gesetzgeber festgelegt worden, dass die finanziellen Mittel, die in diesen Sektor fließen, nach genau definierten Regeln zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ausgehandelt werden.⁸

Eine weitere Besonderheit des Krankenhausmarktes besteht in der Struktur der Leistungsanbieter. So sind Krankenhäuser in der Mehrzahl nicht gewinnorientiert und haben demzufolge kein Eigeninteresse an einer kostenminimalen Produktion. Es kann daher vermutet werden, dass die ausgehandelten Leistungsmengen nicht kostenminimal produziert werden.⁹

2.1.2

Der mehrstufige Charakter der Produktion im Krankenhaus

Da das eigentliche Output der stationären Behandlung im Krankenhaus, die Gesundung des Patienten, sich nur sehr schwer messen lässt, bietet es sich an, das Output in mehrere Zwischenprodukte zu zerlegen. Abbildung 1 auf der folgenden Seite gibt den Behandlungsablauf des Patienten in der Klinik schematisch wieder.

7 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 324

8 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 324

9 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 325

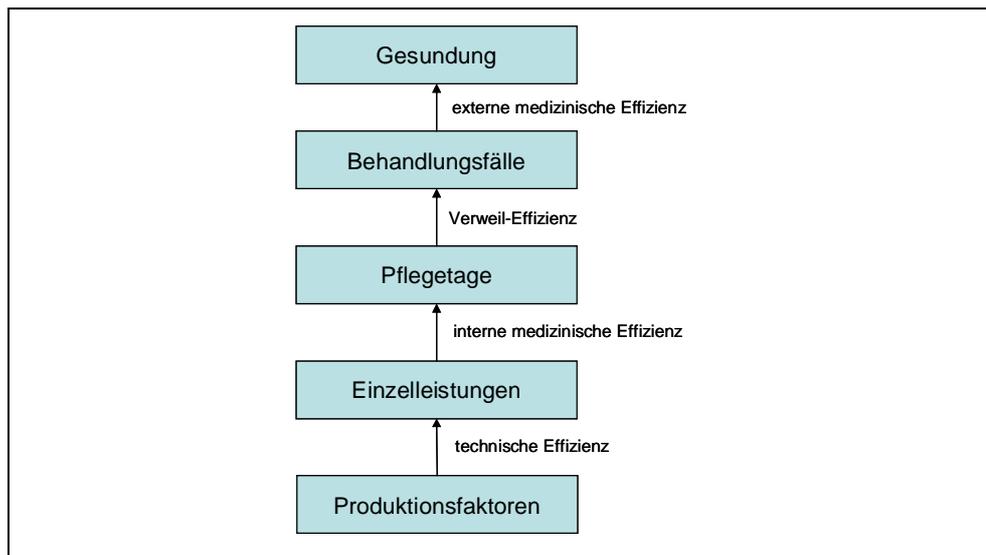


Abbildung 1: Effizienz der Leistungserstellung im Krankenhaus
(Quelle: Breyer/Zweifel (1999), S. 329)

Auf der untersten Ebene stehen zunächst Produktionsfaktoren wie die Arbeitsleistung der Ärzte und des Pflegepersonals, der Einsatz medizinischen Bedarfs oder von Strom und Brennstoffen. Durch das Zusammenwirken dieser Produktionsfaktoren lassen sich verschiedene Einzelleistungen erbringen. Beispiele für Einzelleistungen sind die am Patienten durchgeführten Operationen, Medikationen, Untersuchungen, Injektionen, etc.¹⁰ Als Folge der am Erkrankten durchgeführten Einzelleistungen ergibt sich die stationäre Liegezeit des Patienten, die ihren Ausdruck in den erbrachten Pfl egetagen des Krankenhauses findet. Die Pfl egetage können wiederum als Input für die Behandlungsfälle angesehen werden. Beispielsweise führen bei einer durchschnittlichen Verweildauer von Patienten im Krankenhaus von zehn Tagen zehn Pfl egetage zur „Produktion“ genau eines Behandlungsfalles. Durch die Zahl der Behandlungsfälle innerhalb der Gesellschaft ergibt sich schließlich der Grad der Gesundheit der Bevölkerung.

Entsprechend des Einsatzverhältnisses der verschiedenen Produktionsfaktoren lassen sich unterschiedliche Effizienzformen bei der Leistungserstellung im Krankenhaus unterscheiden. Diese werden im Rahmen der Diskussion noch einmal aufgegriffen.

Es wird sich im Laufe der Arbeit zeigen, dass der Staat einen sehr starken Einfluss auf die Leistungserstellung im Krankenhaus ausüben kann. In diesem Zusammenhang ist vor allem das Vergütungssystem von Bedeutung. Im Fol-

¹⁰ Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 327

genden wird daher auf die Finanzierungsmöglichkeiten deutscher Krankenhäuser eingegangen. Neben dem alten Finanzierungssystem werden die theoretischen Grundlagen des neuen Vergütungssystems, welches voraussichtlich ab 2008 eingeführt wird, vorgestellt.¹¹

2.2 Finanzierungsmöglichkeiten deutscher Krankenhäuser

2.2.1 *Krankenhausfinanzierung seit 1972*

Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland wird im Wesentlichen durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und durch die Bundespflegeverordnung geregelt.¹²

Mit der Neuregelung der Finanzierung im Jahr 1972 ist zugleich die Duale Finanzierung eingeführt worden, die den Bund bzw. die Länder und die Krankenkassen unterschiedlich an der finanziellen Sicherung der Krankenhäuser beteiligt. Die Investitionsfinanzierung ist der öffentlichen Hand übertragen und die laufenden Kosten für die Patientenbehandlung sind den Krankenkassen zugewiesen worden.¹³ In Abbildung 2 auf der folgenden Seite ist das Grundprinzip der Dualen Finanzierung graphisch dargestellt, wobei auf die einzelnen Bestandteile im Folgenden genauer eingegangen wird.

11 Die vollständige Einführung der DRGs sollte ursprünglich bis Ende 2006 erfolgen, so dass ab 2007 die gesamten Krankenhausbudgets nach dem neuen System abgerechnet werden können. Am 28. Mai dieses Jahres ist ein neues Gesetz, das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz, von der Bundesregierung eingereicht worden. Dieses sieht eine Verlängerung der Konvergenzphase bis Ende 2007 vor und wird Ende Oktober im Bundestag zur Zustimmung vorgelegt. Das Gesetz ist des Weiteren durch den Bundesrat zustimmungspflichtig. Vgl. http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_00077.html

12 Vor dem Jahr 1972 sind die deutschen Krankenhäuser monistisch finanziert worden, d. h. nur die gesetzlichen Krankenkassen waren für die Finanzierung zuständig.

13 Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 3

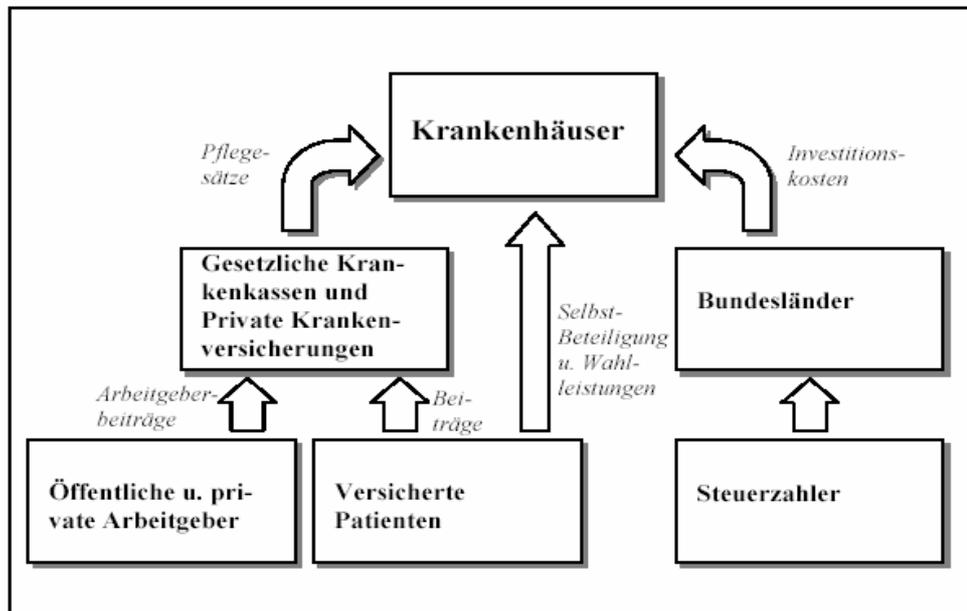


Abbildung 2: Zahlungsströme in der Krankenhausfinanzierung
(Quelle: In Anlehnung an Finsinger (1989), S. 160)

Die Unterscheidung zwischen der Finanzierung von Investitionen einerseits und Übernahme der Behandlungskosten durch die Kostenträger andererseits, kann auch wie folgt dargestellt werden: Durch die Vergütung der erbrachten Krankenhausleistungen durch die Krankenkassen, üben diese eine Finanzierungsfunktion aus. Der Staat hingegen ist für die Steuerung des Gesamtsystems verantwortlich und nimmt durch die Investitionsfinanzierung mittelbar Einfluss auf die vorhandenen Versorgungskapazitäten innerhalb der Volkswirtschaft. Beide, Finanzierungs- und Steuerungsfunktion, stellen die beiden wesentlichen Elemente eines Vergütungssystems dar.¹⁴

In den beiden nächsten Kapiteln wird erst auf die Finanzierungs- dann auf die Steuerungsfunktion des bestehenden Vergütungssystems in Deutschland eingegangen.

2.2.1.1

Behandlungskosten

Wird von der Selbstbeteiligung abgesehen, wird der Großteil der Kosten in diesem System über Pflegesätze zwischen Kostenträgern (gesetzliche und private Krankenkassen) und Krankenhäusern abgerechnet. Die Kostenträger

¹⁴ Vgl. Neubauer (2002a), Kapitel S. 72

wiederum finanzieren sich über die Beiträge der Versicherten und aus Arbeitgeberbeiträgen.

Die Berechnung der Pflegesätze erfolgt nach dem Selbstkostendeckungsprinzip auf folgende Weise: Die Krankenhäuser kalkulieren ihr erforderliches Budget für das nächste Jahr auf Selbstkostenbasis. Aufgrund der erwarteten Belegung ist es dann möglich, die Kosten pro Patient und Pflgetag, also den Pflegesatz, zu ermitteln und eine diesbezügliche Erstattung mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Problematisch bei dieser Art der Krankenhausfinanzierung ist die Kopplung des finanziellen Mittelzuflusses an die Verweildauer der Patienten. Je länger die Patienten stationär behandelt werden, desto höher ist die Zahl der abrechenbaren Pflegesätze und somit der Erlös.¹⁵

Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass die Orientierung des Entgelts an den Plankosten Anreize zu einem sparsameren Umgang mit beschränkten Ressourcen gibt. Das Interesse des Managements wird sich weniger darauf richten, Kosten zu vermeiden, als vielmehr entstandene Kosten nachzuweisen und diese in die Budgetplanung für das Folgejahr mit hinein zu nehmen. Sollte ein Krankenhaus Einsparerfolge realisieren, bedeutet dies in letzter Konsequenz eine Mittelkürzung im kommenden Jahr und dürfte daher wenig Anreize zu einem effizienteren Umgang mit Produktionsfaktoren geben.¹⁶

Auf Grund der beschriebenen Nachteile eines Finanzierungssystems, dass auf einer reinen Kostenerstattung beruht, ist 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft gesetzt worden. Das GSG sieht unter anderem vor, das Budget und die Pflegesätze medizinisch leistungsgerecht zu bemessen, so dass es einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung möglich sein müsste, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.¹⁷

Neben den tagesgleichen Pflegesätzen sind daher Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt worden, um eine effizientere Allokation der Ressourcen zu ermöglichen. Fallpauschalen vergüten sämtliche im Krankenhaus erbrachten Leistungen eines medizinisch definierten Behandlungsfalles bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber fixierten Grenzverweildauer. Das bedeutet, dass die Fallpauschale von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten den gesamten Behandlungsfall auf Vollkostenbasis abdecken soll. Ein Sonderentgelt bezieht sich dagegen nur auf „einen Behandlungsaspekt eines bestimmten Falles, ist

15 Vgl. Lebok (2000), S. 92

16 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 349 f.

17 Vgl. § 3 Abs. 1 und 2 BPflV.

als Teilleistung zu verstehen und beschreibt überwiegend chirurgische Eingriffe".¹⁸

Das Vergütungssystem besitzt somit Elemente eines Kostenerstattungssystems als auch leistungsorientierte Entgeltformen. Auch wenn durch die Einführung des Mischsystems die Verweildauer in den folgenden Jahren reduziert werden konnte, ist eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit bei der krankenhausinternen Leistungserstellung vor allem aufgrund des fehlenden Kostenbewusstseins und des relativ geringen Anteils der Fallpauschalen (20 – 30% der Krankenhausleistungen) bis heute weitgehend ausgeblieben.¹⁹

Hierin ist auch der Grund dafür zu sehen, dass die Regierung die Krankenhausfinanzierung erneut grundlegend verändern will. Ab 2008 werden fast alle im Krankenhaus erbrachten Leistungen durch Fallpauschalen vergütet. Die Vergütung nach Pflegesätzen wird von Ausnahmen abgesehen vollständig aufgegeben. Die grundlegende Funktionsweise des neuen Systems wird im späteren Teil der Arbeit vorgestellt.²⁰

2.2.1.2

Investitionsfinanzierung

Neben der Erstattung der in den Krankenhäusern angefallenen Kosten durch die Kostenträger übt der Staat durch die Finanzierung der Investitionen im Krankenhaussektor seine Steuerungsfunktion aus bzw. lässt sie mittlerweile durch die Länder ausüben. Diese haben seit 1985 sämtliche Investitionskosten voll zu tragen, womit ihnen in erster Linie die Planung der Versorgungskapazitäten im stationären Bereich obliegt.²¹

Bei der Ausübung ihrer Steuerungsfunktion greifen die Länder in Abhängigkeit der Investitionsform allerdings auf unterschiedliche Mechanismen zurück. Im Folgenden werden die beiden wichtigsten Investitionsformen, die Pauschalförderung und die Einzelförderung, kurz vorgestellt und die Lenkungsmöglichkeiten der Länder hierbei dargestellt.

Zunächst ist für beide Formen der Finanzierung festzuhalten, dass sie ausschließlich Krankenhäusern zufließen, die im Krankenhausplan des jeweiligen

18 Precht (2000), S. 225.

19 Vgl. Engelmoor (1999), S. 14 f.

20 Ausnahmen betreffen die Krankheiten, bei denen die Krankheitsbilder zu unterschiedlich sind, als dass sie zu Gruppen zusammengefasst werden könnten. Beispiele hierfür sind Behandlungen im Bereich der Psychiatrie.

21 Nach der Einführung des KHG im Jahr 1972 ist die Beteiligung des Bundes mit einem Drittel an den Investitionskosten vorgesehen gewesen. 1985 zog sich der Bund allerdings vollständig aus der Finanzierung zurück.

Bundeslandes aufgenommen sind.²² Der Krankenhausplan wird einmal durch die Sozialministerien der Länder aufgestellt und dann i. d. R. jährlich fortgeschrieben. In ihm sind alle Plankrankenhäuser mit ihren Fachabteilungen und dazugehörigen Bettenzahlen enthalten.²³

Bei der Pauschalförderung stellt der Krankenhausplan die Bemessungsgrundlage für die Höhe der Fördermittel dar. Je nach Anzahl der vom Land als förderungsfähig erachteten Betten, den vorhandenen Fachabteilungen und der Versorgungsstufe, der ein Krankenhaus an Hand des medizinischen Versorgungsangebotes zugeordnet werden kann, fließen dem Krankenhaus Fördermittel zu. Bei der Ermittlung der Sollwerte für die Bettenanzahl, wird dabei folgendermaßen vorgegangen. An Hand unterschiedlicher Verfahren wird der Gesamtbedarf an Betten eines Bundeslandes ausgerechnet. Oftmals wird hierzu auf die Hill-Burton-Formel zurückgegriffen:²⁴

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{1000 \times 365 \times BN}$$

Hierbei steht E für die Einwohnerzahl, KH für die Krankenhaushäufigkeit²⁵, VD für die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten im stationären Bereich und BN für den Bettennutzungsgrad.²⁶ Der Bettenbedarf wird anschließend auf einzelne Kreise und Krankenhäuser herunter gebrochen, so dass für jedes Krankenhaus im Krankenhausplan festgehalten werden kann, wie viele Betten es vorhalten sollte, um seinen Beitrag zur Gewährleistung einer angemessenen Krankenhausstruktur im jeweiligen Bundesland zu leisten.²⁷ Durch die Bindung der Fördermittel an den Krankenhausplan zeigen sich die Steuerungsmöglichkeiten, die den Ländern zur Steuerung der Kapazitäten im Krankenhausesektor zur Verfügung stehen.

Neben der Pauschalförderung, die für kurzfristige Investitionen gedacht ist (§ 9 Abs. 3 KHG), bezieht sich die Einzelförderung auf mittel- bis langfristige

22 Vgl. § 8 Abs. 1 KHG

23 Vgl. Bayrisches Staatsministerium (2004)

24 Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 11 f. ; Bayrisches Staatsministerium (2004), S. 5

25 Die Krankenhaushäufigkeit beschreibt die Relation der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe des Jahres stationär behandelt werden müssen, zu der Einwohnerzahl des Gebietes. Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 11 f.

26 Der Bettennutzungsgrad wird in den meisten Bundesländern vorgegeben (z.B. 80%). Er beschreibt die Auslastung der Bettenkapazitäten im stationären Bereich. Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 12

27 Vgl. Bayrisches Staatsministerium (2004), S. 4

Investitionen (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG). Die Krankenhausleitung stellt hierbei Anträge auf Investitionsförderung an das Land, beispielsweise aufgrund einer geplanten Umwidmung oder einem Neubau von Gebäuden. Das betreffende Land bringt anschließend alle Anträge in eine Rangfolge und stellt den Krankenhäusern die vom Finanzministerium gebilligten Mittel in Form eines Investitionsprogramms zur Verfügung.²⁸ Ebenso wie bei der Pauschalförderung ergeben sich auch in diesem Bereich Möglichkeiten für das Bundesland, Investitionen in bestimmte Richtungen zu lenken.

Abschließend muss allerdings erwähnt werden, dass die Rolle der Investitionsfinanzierung für die Zukunft ungewiss ist. Die seit Jahren abnehmenden Zuschüsse des Staates und somit der Bundesländer führen bei den Krankenhäusern zu einer im Vergleich zur restlichen Volkswirtschaft deutlich geringeren Investitionsquote und somit zu einem Investitionsstau.²⁹ So ist vom Bankhaus Sal. Oppenheim in einer Studie im Jahr 2001 für den Gesamtmarkt der Akutkrankenhäuser ein Investitionsbedarf von etwa 30 Mrd € ermittelt worden.³⁰ Oberender et al. schätzen das aufgelaufene Investitionsvolumen auf etwa 25 bis 50 Mrd. €.³¹

In der vorliegenden Analyse des Krankenhausmarktes wird es daher interessieren, inwiefern sich dieser Investitionsbedarf auf die künftige Entwicklung von deutschen Krankenhäusern vor dem Hintergrund der DRG-Einführung auswirken wird.

2.2.2

Krankenhausfinanzierung ab 2003

Aufgrund der durch die Bundesregierung angestrebten Beitragssatzstabilität bei den gesetzlichen Krankenkassen soll eine weitere Belastung der Bevölkerung und der Arbeitgeber verhindert werden. Diese Beitragssatzstabilität setzt allerdings Kosteneinsparungen auf der Ausgabenseite voraus, die bei den Krankenhäusern durch ein neues Vergütungssystem erreicht werden sollen. Das neue Vergütungssystem soll Anreize zur Verweildauersenkung setzen und somit einen verstärkten Bettenabbau induzieren.³²

Das neue Vergütungssystem bezieht sich somit in erster Linie auf die Neugestaltung der Finanzierungsfunktion. Auch wenn von vielen Seiten ein Übergang

28 Vgl. Neubauer (2002a), Kapitel S. 74

29 Vgl. Anhang A 1

30 Vgl. Sal. Oppenheim (2001), S. 24

31 Vgl. Oberender/Hacker/Schommer (2002), S. 130

32 Vgl. Sachverständigenrat für Gesundheit (2002a), S. 359

des derzeitigen Dualen Systems hin zu einer Monistik gefordert wird, liegen diesbezügliche Planungen der Bundesregierung bislang nicht vor.³³ Neben der neuen Vergütung von Krankenhausleistungen, wird die Investitionsfinanzierung zunächst unverändert über Krankenhauspläne und Investitionspläne der Länder durchgesetzt. Aus diesem Grund kann eine Betrachtung der Investitionsförderung in diesem Kapitel ausbleiben.

2.2.2.1

Grundlagen der Diagnosis Related Groups

Ab dem ersten Januar des vergangenen Jahres gilt für deutsche Krankenhäuser das DRG-System, welches als ein durchgängiges, leistungsorientiertes Entgeltsystem angesehen werden kann. Es ersetzt damit das 1995 im Rahmen des GSG eingeführte Mischsystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und krankenhausindividuellen, tagesgleichen Pflegesätzen.³⁴

Die Diagnosis Related Groups sind in den siebziger Jahren an der Yale University entwickelt worden und stellen ein Patienten-Klassifikationssystem dar, welches neben der Hauptdiagnose ebenso das Vorliegen von Nebenerkrankungen und Komplikationen, das Alter sowie die Behandlungsart (operativ oder konservativ) zu berücksichtigen vermögen.³⁵ Erstmals ist das System in den USA eingesetzt worden, wo ab 1983 für die staatliche Versicherung Medicare, welche die Absicherung von Rentnern und dauerhaft Behinderten übernimmt, ein Instrument für die Kontrolle der Qualität und Notwendigkeit durchzuführender Behandlungen gesucht worden ist.³⁶ Mittlerweile sind weltweit eine Vielzahl von DRG-Systemen im Einsatz, die jeweils an die nationalen Erfordernisse angepasst worden sind.

Am 27. Juni 2000 ist von der Bundesregierung entschieden worden, das in Australien verwendete System der Australian Revised DRGs (AR-DRGs) als Grundlage für die German DRGs (G-DRGs) zu nehmen und an die Erfordernisse der deutschen Krankenhauslandschaft anzupassen.

33 Die Monistik beschreibt ein System, bei dem neben den Behandlungskosten auch die Investitionskosten durch die Kostenträger vergütet werden. Vgl. Neubauer (2002a), Kapitel S. 85

34 Vgl. Sachverständigenrat für Gesundheit (2002a), S. 357

35 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 332

36 Vgl. Coffey/Louis (2000), S. 33

Die gesetzliche Umsetzung ist in § 17b KHG, aus dem folgende zeitliche Rahmenrichtlinien für die Umsetzung hervorgehen, festgelegt worden.³⁷

ab 2003	Optionslösung: Krankenhäuser können freiwillig das neue Abrechnungssystem einführen. Die bisher verhandelten Budgets bleiben bestehen, die Abrechnung erfolgt allerdings ausschließlich über Fallpauschalen.
ab 2004	Die Teilnahme an der DRG-Abrechnung ist Pflicht. Die Budgets bleiben weiterhin unberührt.
2005 – 2006	Konvergenzphase: Die für die Krankenhäuser errechneten Verrechnungssätze werden an ein landeseinheitliches Niveau angeglichen. Teile des Budgets werden nach dem neuen Vergütungssystem gezahlt.
ab 2007	Vollständige Umstellung der alten Budgets auf Fallpauschalen.

Tabelle 1: Zeitplan DRG-Einführung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Hierbei muss erneut erwähnt werden, dass die „Scharfstellung“ des Systems zu Beginn des Jahres 2007 ungewiss ist. Aufgrund des Drucks, der von den Krankenhäusern und Verbänden ausgeht, wird die Bundesregierung im Oktober 2004 einen Gesetzesvorschlag zur Verlängerung der Konvergenzphase bis 2008 in den Bundestag einbringen. Weitere Verschiebungen der Einführung sind durchaus denkbar, da die Abdeckung der stationären Leistungen und der Zeitplan weltweit beispiellos sind.³⁸

2.2.2.2

Berechnung der DRGs

Im Gegensatz zu einem System der Kostenerstattung zeichnen sich leistungsorientierte Entgeltformen vor allem dadurch aus, dass die Zahlung eines Preises je Einheit einer vorher festgelegten Leistungseinheit vorgesehen ist. Es kommt somit zu einer Entkoppelung von Einnahmen und Ausgaben und somit zu der Möglichkeit, dass ein Krankenhaus Gewinne oder Verluste erwirtschaften kann.³⁹ Bei den DRGs sind unter den Leistungseinheiten die Anzahl

³⁷ Vgl. Sachverständigenrat (2002), S. 170

³⁸ Vgl. Sachverständigenrat für Gesundheit (2002a), S. 358

³⁹ Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 348

der behandelten Patienten zu verstehen, die je nach Art und Schwere der Erkrankung unterschiedlich vergütet werden. Um die Auswirkungen, welche das DRG-System für den Krankenhaussektor haben kann, zu verstehen, wird die Funktionsweise des Systems im Folgenden vereinfacht dargestellt.

Die Berechnung der Preise, die in Zukunft für die Leistungseinheit Behandlungsfall durch die Krankenkassen gezahlt werden, wird durch das DRG-Institut wie folgt durchgeführt:

Seit Anfang 2003 hat das Institut mit der Sammlung von Kosten- und Leistungsdaten von Krankenhäusern begonnen. Während die Teilnahme zu diesem Zeitpunkt noch freiwillig war, müssen ab 2004 alle Plankrankenhäuser in Deutschland ihre Daten an die Sammelstelle übermitteln. Übertragen werden dabei die Kosten, die in den jeweiligen Kliniken bei der Behandlung von Patienten im stationären Bereich entstanden sind. Nach der Zusendung der Daten an das Institut, fasst dieses die einzelnen Behandlungen zu Fallgruppen zusammen, wobei innerhalb der Fallgruppen eine weitgehende Kostenhomogenität vorhanden sein muss. Erscheinen Unterteilungen innerhalb der DRGs als notwendig, können einzelne Schweregrade festgelegt werden, die eine weitergehende Differenzierung der Kosten innerhalb der DRG erlauben.⁴⁰

In einem weiteren Schritt werden die Relativgewichte oder Kostengewichte der einzelnen Fallgruppen ermittelt. Die Relativgewichte drücken aus, welche durchschnittliche ökonomische Schwere Fälle einer Fallgruppe im Verhältnis zu einer Bezugsgröße haben. Diese Bezugsgröße bildet den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch aller Fälle ab und wird auf 1 normiert (Berechnung der Bezugsgröße: Kosten aller Behandlungsfälle dividiert durch Gesamtzahl aller Fälle).⁴¹ Ergibt sich für eine Fallgruppe beispielsweise ein Relativgewicht von 2, so ist dessen ökonomische Schwere doppelt so hoch einzuschätzen, wie die des Durchschnittsfalls.

Die Vergütung der einzelnen DRGs durch die Kostenträger wird in Zukunft so durchgeführt, dass die Relativgewichte der verschiedenen Fallgruppen mit den durchschnittlichen Fallkosten (Base Rate) multipliziert werden. Die Base Rate wird jedes Jahr neu berechnet, indem die Gesamtkosten aller Fälle in deutschen Krankenhäusern durch die Fallzahl insgesamt dividiert werden. Die Berechnung der jährlichen Krankenhausbudgets kann daher in Zukunft wie folgt durchgeführt werden:

1. Zunächst werden die Relativgewichte aller Fallgruppen mit der Behandlungszahl im vergangenen Jahr multipliziert. Dies ergibt den Casemix.

40 Vgl. Lauterbach/Lüngen (2002), S. 151 ff.

41 Vgl. Fischer (2000), S. 16 f.

2. Eine Multiplikation des Casemix mit der Base Rate ergibt das Jahresbudget.

Um einen Hinweis über die durchschnittliche Ressourcenintensität von den in einem Klinikum behandelten Fällen zu erhalten, kann der Case-Mix-Index herangezogen werden. Hierzu werden alle Relativgewichte aufsummiert und durch die Anzahl der Behandlungsfälle innerhalb des Krankenhauses dividiert.⁴²

Um die finanziellen Veränderungen, die durch die Einführung des DRG-Systems für das Krankenhaus eintreten werden, abschätzen zu können, können die Krankenhäuser ihre eigene Base Rate ausrechnen. Hierzu ist das mit den Krankenkassen bis dato vereinbarte Budget durch die Fallzahl und den Casemix-Index zu dividieren und mit der für alle Krankenhäuser geltenden Base Rate zu vergleichen.⁴³ Abbildung 3 gibt den Zusammenhang zwischen durchschnittlicher und individueller Base Rate wieder.

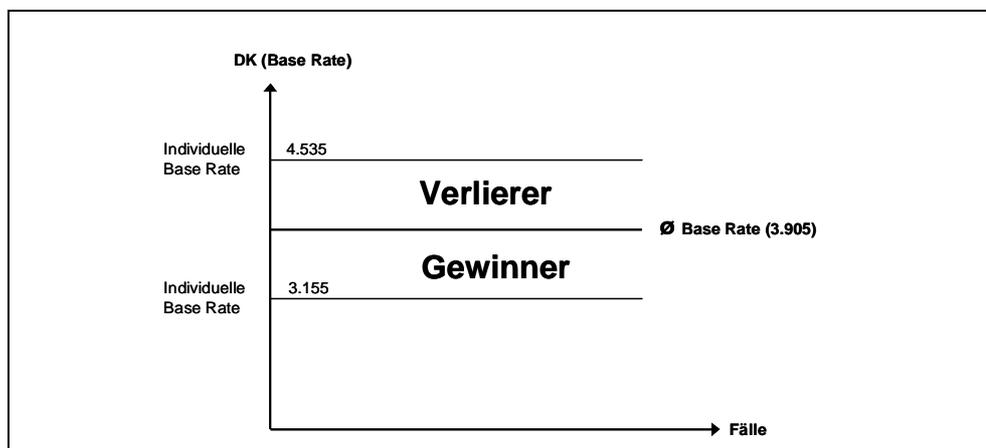


Abbildung 3: Durchschnittliche Base Rate – Individuelle Base Rate
(Quelle: In Anlehnung an Neubauer (2002a), S. 84)

Die Abbildung zeigt zwei Krankenhäuser, die sich vor der DRG-Einführung in einer unterschiedlichen Ausgangssituation befinden. Das eine Krankenhaus weist eine individuelle Base Rate auf, die signifikant über dem Bundesdurchschnitt liegt. Obwohl dieses Krankenhaus zur Deckung der eigenen Kosten etwa 4.500 € pro Patient benötigen würde, bekäme es nach der Einführung der DRGs in 2008 lediglich 3.900 € pro Fall bezahlt. Das Gegenteil träfe für

⁴² Vgl. Stryker Howmedica GmbH, S. 6 ff.

⁴³ Vgl. Stryker Howmedica GmbH, S. 6 ff.

das andere Krankenhaus zu, welches deshalb als Gewinner des neuen Vergütungssystems dargestellt werden könnte.

Durch die Ablösung eines Kostenerstattungssystems durch ein System, welches ausschließlich leistungsorientierte Vergütungsbestandteile enthält, ergeben sich für die deutschen Krankenhäuser tief greifende Änderungen.

2.3

Zukünftige Entwicklungen im deutschen Krankenhausmarkt

Aus volkswirtschaftlicher Sicht stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die leistungsorientierte Vergütung auf den Krankenhausmarkt in Zukunft haben wird. Neben den Entwicklungen bei den Krankenhäusern sind ebenso die Wirkungen, die sich auf das Gesamtsystem ergeben, interessant. Zu nennen sind hierbei vor allem Effizienzaspekte, da diese über den Erfolg der Reformen insgesamt Aufschluss geben können. Hierauf wird am Ende der Arbeit, in Kapitel 5.3, eingegangen.

Im Rahmen der vorliegenden Ausarbeitung liegt der Schwerpunkt der Betrachtungen aber auf den zukünftigen Entwicklungen bei Krankenhäusern und somit eher auf der mikroökonomischen Ebene. Im den folgenden Kapiteln werden daher mögliche Strategien, mit denen Krankenhäuser auf das DRG-System reagieren könnten, vorgestellt.

2.3.1

Ausgangssituation deutscher Krankenhäuser

Wie bereits im letzten Kapitel angeführt, ist davon auszugehen, dass sich die Reformen im deutschen Gesundheitswesen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser auswirken werden. Je nach individueller Base Rate, welche die Durchschnittskosten des jeweiligen Krankenhauses darstellt, können die Kliniken in Zukunft mit Mehr- bzw. Mindererlösen rechnen.

Die Durchschnittskosten der Kliniken lassen sich aber weiter differenzieren, nämlich in fixe und variable Bestandteile. Hierin zeigt sich eine weitere Besonderheit der Krankenhäuser, da diese gegenüber anderen Gesellschaftsformen sehr hohe Fixkosten aufweisen.⁴⁴ Über 70 % der Kosten können im Krankenhaus als gegeben angesehen werden, worunter vor allem folgende Kostenarten fallen: Personalkosten (66.3 %), Kosten für Wasser, Energie und Brennstoffe (2.0%) sowie die Kosten für Instandhaltung (4.5%).⁴⁵ In Abhängigkeit

⁴⁴ Vgl. Neubauer (2002b), S. 163 f.

⁴⁵ Vgl. Anhang A 2

von variablen und fixen Kosten, lassen sich somit die Auswirkungen der DRG-Einführung wie in Abbildung 4 darstellen:

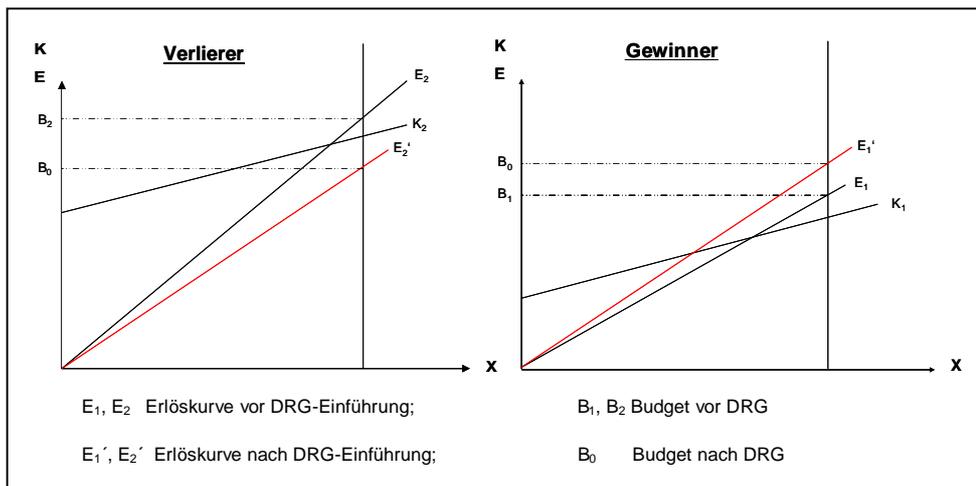


Abbildung 4: Verlierer und Gewinner des DRG-Systems
 (Quelle: Neubauer (2002b), S. 164)

Es zeigt sich, dass das durch die linke Seite repräsentierte Krankenhaus deutlich höhere Fixkosten als das rechte Krankenhaus aufweist und daher durch die Vergütung nach landesweiten Durchschnittswerten eine klare Benachteiligung erfahren dürfte.

2.3.2

Handlungsalternativen deutscher Krankenhäuser

Zentraler Ausgangspunkt bei der Entwicklung von Strategien sind die Kosten. Neubauer geht davon aus, dass Krankenhäuser mit höheren Durchschnittskosten kurzfristig versuchen dürften, diese über eine höhere Zahl an behandelten Patienten abzusenken. Bezogen auf die obige Abbildung käme es bei gleichem Verlauf der Kostenfunktion zu einer Ausweitung der Fallzahl, bis zumindest wieder ein ausgeglichenes Budget vorliegt. Um die Ausweitung der Fallzahl bei gegebener Auslastung zu gewährleisten, dürfte ebenfalls eine Absenkung der durchschnittlichen stationären Verweildauer erforderlich sein.⁴⁶

Eine eher mittelfristige Anpassungsstrategie deutscher Krankenhäuser könnte nach Neubauer in der Spezialisierung des Leistungsangebotes liegen. Hierunter ist zu verstehen, dass Kliniken in Zukunft ihr medizinisches Angebot konzentrieren und Bereiche, die nicht wirtschaftlich arbeiten, aufgeben werden.

⁴⁶ Vgl. Neubauer (2002b), S. 163 f.

Die verbleibenden Bereiche könnten dann aufgrund der höheren Behandlungszahl bei ähnlichen Erkrankungen zum einen wirtschaftlicher, zum anderen auf einem höheren Qualitätsniveau arbeiten.⁴⁷

Ebenso ist mittel- bis langfristig mit einer gezielten Senkung der Verweildauer im stationären Bereich zu rechnen, da sich hierdurch die Kosten des Krankenhauses senken lassen. Dadurch, dass die Patienten kürzer liegen, können bei gleicher Fallzahl und Bettenausnutzung die Bettenkapazitäten insgesamt abgebaut werden. Der Bettenabbau geht mit einem Personalabbau einher, der einen Großteil der Fixkosten im Krankenhaus ausmacht.⁴⁸

Neben dem kurzfristigen Bestreben, die Behandlungszahlen zu erhöhen, werden Kliniken auch mittel- bis langfristig versuchen, ihre Fallzahl zu erhöhen. Neubauer geht daher von einer Verschärfung des Wettbewerbs unter Krankenhäusern aus, der Vorteile für den Patienten mit sich bringen könnte. Da der Kunde nicht für seine Behandlungskosten aufkommen muss, könnte der Wettbewerb zu einem Qualitätswettbewerb werden, in welchem die Krankenhäuser mit der besseren Ergebnisqualität den höheren Patientenzulauf haben könnten.⁴⁹

2.4 Zusammenfassung und Ziel der Untersuchung

In diesem Kapitel ist zunächst auf die Rolle von Krankenhäusern in einer Volkswirtschaft eingegangen worden. Nach einer kurzen Darstellung der Marktstrukturen, folgte die allgemeine Beschreibung des Produktionsprozesses im Krankenhaus, wobei unterschiedliche Arten von Produktionsfaktoren unterschieden worden sind.

Umfassend wurde hierbei das System der Dualen Krankenhausfinanzierung erläutert, welches im Jahr 1972 in Deutschland eingeführt worden ist. Während die Finanzierungsfunktion durch die Kostenträger übernommen wird, ist der Staat für die Steuerung des Gesamtsystems zuständig. Diese erfolgt über die Investitionsfinanzierung der Bundesländer, die seit Jahren stark rückläufig ist und somit zu einem wachsenden Investitionsbedarf bei den Kliniken geführt hat.

Die Finanzierungsfunktion ist von 1972 bis 1995 über ein System der Kostenerstattung von den Krankenkassen wahrgenommen worden. 1995 wurde das System der Kostenerstattung durch ein Mischsystem ersetzt, welches von

47 Vgl. Neubauer (2002b), S. 168

48 Vgl. Neubauer (2002b), S. 166

49 Vgl. Neubauer (2002b), S. 167 f.

2003 bis 2008 sukzessive durch das neue Vergütungssystem nach Diagnosis Related Groups abgelöst wird. Das DRG-System ist als leistungsorientiertes Vergütungssystem mit der Leistungseinheit Behandlungsfall anzusehen.

Ausgehend von den vorgestellten Änderungen in der Bezahlung von Krankenhausleistungen, sind schließlich mögliche Reaktionsmöglichkeiten deutscher Krankenhäuser vorgestellt worden.

Wie bereits angeführt, ist es ein wesentliches Ziel der Arbeit, die möglichen Veränderungen im deutschen Krankenhausmarkt zu erfassen und darzustellen. Hierzu ist eine Befragung deutscher Kliniken durchgeführt worden, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel vorgestellt und in Kapitel 4 diskutiert werden.

Um eine geeignete Fragestellung entwickeln zu können, ist es notwendig gewesen verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, wobei vor allem die Überlegungen Neubauers mit in die Betrachtungen einbezogen wurden (vgl. Kapitel 2.3.2).

Folgende Hypothesen lassen sich abschließend festhalten und sind an Hand der Umfrageergebnisse später zu überprüfen:

Krankenhäuser werden aufgrund des DRG-Systems verstärkt versuchen,

- ihre stationären Behandlungszahlen zu erhöhen,
- ihr Leistungsangebot zu verändern oder
- Kostensenkungsmaßnahmen zu verfolgen.

Die Veränderung des Leistungsangebotes wird hierbei weiter gefasst als bei Neubauer, der unter diesem Punkt ausschließlich Spezialisierungstendenzen erfasst hat. Neben der Spezialisierung sollen ebenso Anpassungsstrategien wie die Generalisierung oder die Veränderung des Leistungsangebotes hin zu nicht stationären Leistungen oder so genannten Integrierten Versorgungskonzepten untersucht werden.

Von einer Veränderung des Leistungsangebotes sind Strategien zu unterscheiden, die auf eine reine Kostensenkung bei gegebenem Leistungsangebot abzielen. Untersucht werden in der vorliegenden Ausarbeitung u. a. Kostensenkungsmaßnahmen wie das Outsourcing, das Senken der Verweildauer sowie das Eintreten von Krankenhäusern in Einkaufsverbände.

3

Präsentation der Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse, die im Rahmen der durchgeführten Umfrage gewonnen wurden, präsentiert. Um die Diskussion der Ergebnisse in Kapitel 4 zu erleichtern, sind die vorliegenden Daten nach Themengebieten angeordnet:

In Kapitel 3.1 werden zunächst allgemeine Daten der Erhebung vorgestellt. Diese Daten vermitteln einen besseren Überblick über die Struktur der vorliegenden Stichprobe.

Kapitel 3.2 wird die Einschätzung der befragten Kliniken bezüglich des DRG-Systems wiedergeben. Diese Ergebnisse vermitteln einen Eindruck von der Stimmungslage in deutschen Krankenhäusern.

Kapitel 3.3 beschäftigt sich anschließend mit den Antworten auf Fragen, welche sich auf die derzeitige Situation, also die Ausgangssituation, der untersuchten Häuser beziehen.

Kapitel 3.4 wird schließlich auf die Kernfrage der Untersuchung näher eingehen, nämlich welche Entwicklungen für die Zukunft an Hand der Umfrageergebnisse antizipiert werden können.

Um Zusammenhänge zwischen den einzelnen Fragen nachweisen zu können, wurde je nach Skalenniveau der Fragen auf Korrelations- und Kontingenzanalysen zurückgegriffen, wobei ein Signifikanzniveau von 5 % zu Grunde gelegt worden ist. Die Ergebnisse der Analysen sind in den folgenden Abschnitten ebenfalls angegeben.

3.1

Allgemeine Daten der Erhebung

Im Rahmen der schriftlichen Befragung sind 500 deutsche Krankenhäuser angeschrieben und gebeten worden, insgesamt 31 Fragen zu beantworten. Von diesen 500 Krankenhäusern antworteten 118, wobei acht Krankenhäuser aus den weiteren Betrachtungen herausgenommen worden sind, da sich diese im Profil von den anderen Anstalten stark unterschieden bzw. nicht auf die der Arbeit zugrunde liegende Fragestellung untersucht werden konnten.

Insgesamt ergibt sich nach Ausschluss dieser acht Häuser eine Rücklaufquote von 22 Prozent, womit 5 % des deutschen Krankenhausmarktes erfasst werden konnten. Die untersuchten Krankenhäuser lassen sich nach verschiedenen Kriterien einteilen.

3.1.1

Einteilung der Krankenhäuser nach Trägerorganisation

Da davon ausgegangen wurde, dass die Trägerorganisation einen starken Einfluss auf die Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser ausübt, sind die Kliniken gebeten worden, diesbezüglich Angaben zu machen. Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung wiedergegeben:

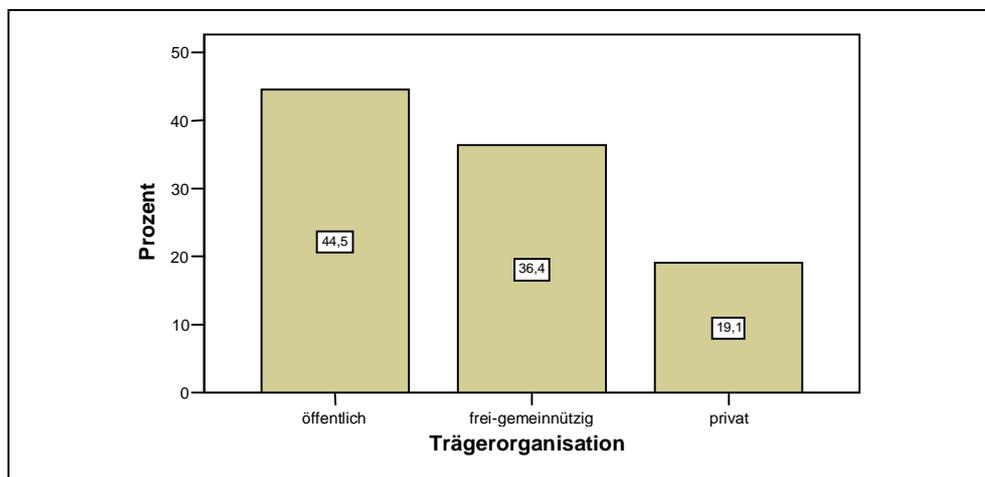


Abbildung 5: Krankenhausverteilung nach Trägerorganisation
(Quelle: Eigene Darstellung)

Im Gegensatz zur Krankenhausverteilung in Deutschland zeigt sich, dass die öffentlichen Krankenhäuser in der vorliegenden Stichprobe überrepräsentiert (+ 8.3 %), die frei-gemeinnützigen (- 3.9 %) und die privaten Krankenhäuser (- 4.4 %) leicht unterrepräsentiert sind.⁵⁰

3.1.2

Einteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufe

Neben der Einteilung von Krankenhäusern nach Art des Trägers, können Krankenhäuser entsprechend ihres medizinischen Angebotes nach Versorgungsstufen gegliedert werden.

Zur Berechnung der Versorgungsstufen sind die Befragten gebeten worden, Angaben über ihre derzeit vorhandenen Fachrichtungen zu tätigen.⁵¹ Ausgehend von diesen Angaben und in Anlehnung an den bayrischen Krankenhausplan, der in Abhängigkeit der vorhandenen Fachrichtungen die Versor-

⁵⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2001)

⁵¹ Eine Auflistung der verschiedenen klinischen Fachrichtungen ist im Anhang A 3 wiedergegeben

gungsstufe der Plankrankenhäuser definiert, wurden die Häuser der Stichprobe dementsprechend segmentiert. Das Ergebnis der Einteilung ist in folgender Abbildung dargestellt:

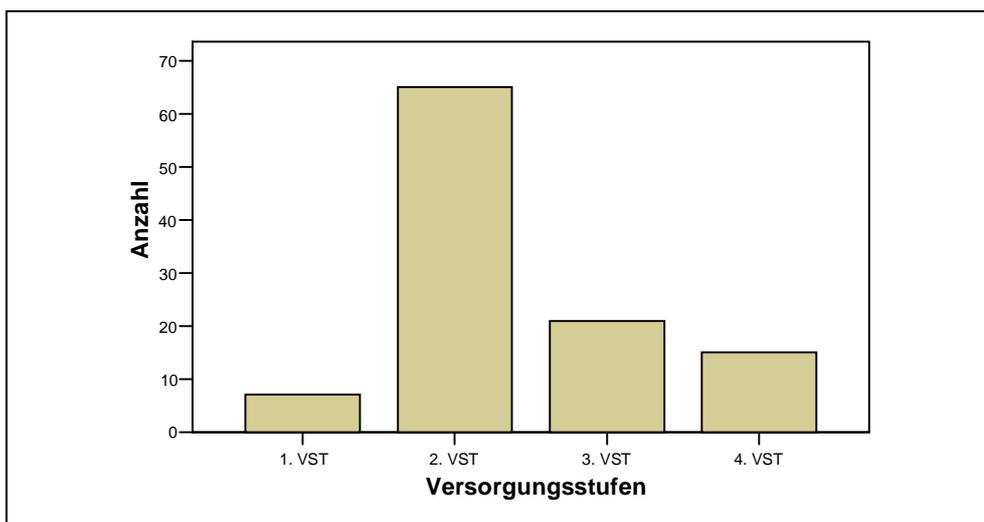


Abbildung 6: Krankenhausverteilung nach VST
 (Quelle: Eigene Darstellung)

Eine Kontingenzanalyse zwischen den errechneten Versorgungsstufen und der Trägerorganisation zeigt einen signifikanten Zusammenhang von 0.487, welcher in Abbildung 7 wiedergegeben ist:

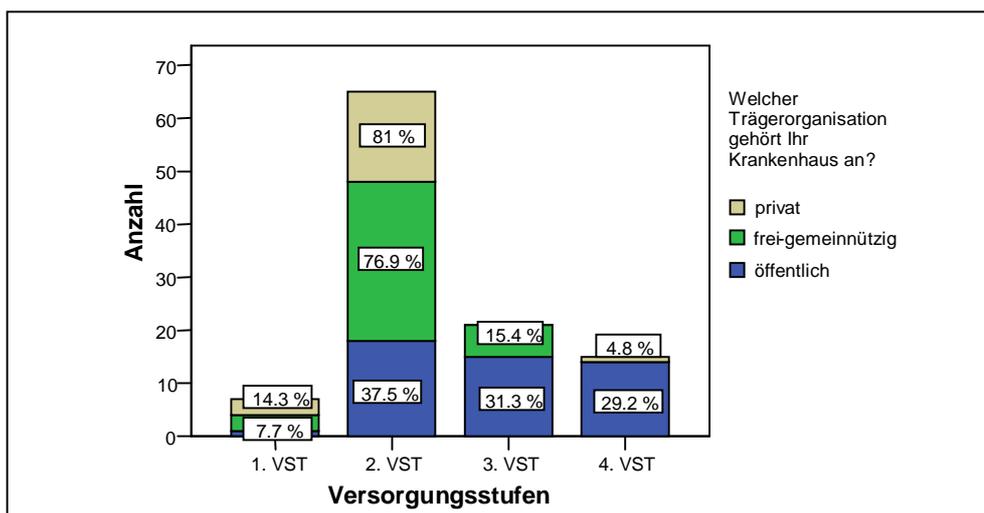


Abbildung 7: Krankenhausverteilung nach VST und Trägerorganisation
 (Quelle: Eigene Darstellung)

Demzufolge halten öffentliche Kliniken medizinische Leistungen im Bereich der zweiten, dritten und vierten VST vor, wobei sie in der dritten und vierten VST zu über 70 % bzw. zu über 90 % vertreten sind. Neben den öffentlichen Häusern, bieten die f.-g. Kliniken ihre Leistungen vor allem im Bereich der Regelversorgung und teilweise auch im Bereich der Grund- und Zentralversorgung an. Sie werden nach unten hin ergänzt durch die privaten Krankenhäuser, die ihren Leistungsschwerpunkt zwar im Bereich der 2. VST haben, allerdings auch über einige Kliniken der Grundversorgung verfügen.

3.1.3

Einteilung der Krankenhäuser nach Bettenanzahl

Eine dritte Möglichkeit der Einteilung von Krankenhäusern besteht in der Segmentierung nach Bettenanzahl. Da die Bettenanzahl als Indikator für die Größe eines Krankenhauses angesehen werden kann und vermutet wurde, dass sich die befragten Häuser in Abhängigkeit hiervon unterschiedlich verhalten könnten, wurde die Bettenanzahl im Rahmen der Erhebung abgefragt. Die Auswertung zeigt folgendes Ergebnis:

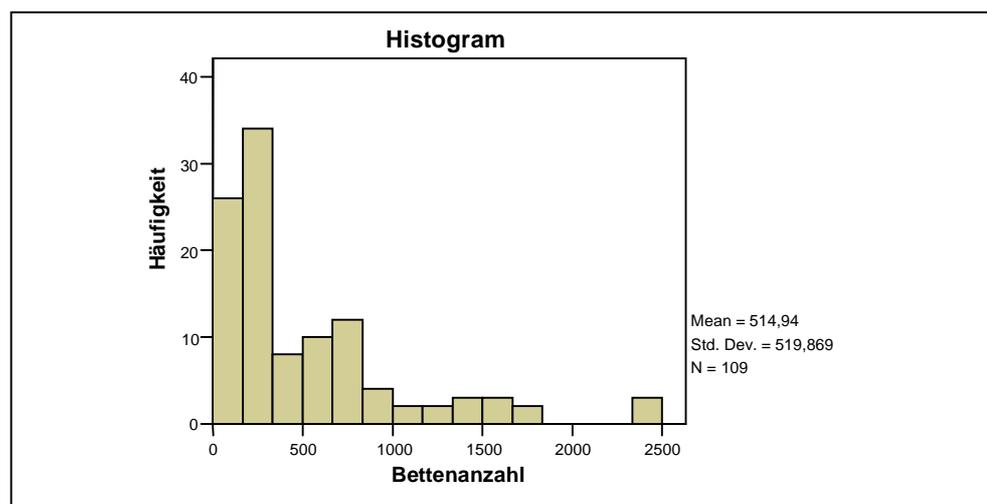


Abbildung 8: Bettenverteilung der teilnehmenden Kliniken
(Quelle: Eigene Darstellung)

In der vorliegenden Untersuchung konnte ein fast linearer Zusammenhang zwischen der Bettenanzahl und der Versorgungsstufe festgestellt werden (Spearman's Rho = 0.792). Mit höherer Versorgungsstufe steigt dementsprechend die Bettenanzahl.

Neben der Segmentierung der befragten Krankenhäuser konnten durch die getätigten Angaben verschiedene Kennzahlen berechnet werden. Auf zwei Kennzahlen, die bei der Betrachtung und Beschreibung von Entwicklungen im Krankenhaussektor oft Verwendung finden, wird im Folgenden eingegangen: Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten sowie der durchschnittliche Bettennutzungsgrad im stationären Bereich der Kliniken.⁵²

3.1.4

Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten

An Hand der abgerechneten Pflgetage und Fallzahlen im stationären Bereich war es möglich, die durchschnittliche Verweildauer der betrachteten Häuser für das vergangene Jahr zu berechnen. Hierzu wurden die Pflgetage durch die Fallzahl dividiert. Das Ergebnis ist in folgender Tabelle in Abhängigkeit zur Trägerorganisation angegeben:

Trägerorganisation	öffentlich	f.-g.	privat	insgesamt
VD (Mittelwert)	8.4 Tage	8.0 Tage	9.5 Tage	8.5 Tage

Tabelle 2: Zusammenhang Träger – Verweildauer
(Quelle: Eigene Darstellung)

Insgesamt liegen die Patienten in den untersuchten Krankenhäusern 8.5 Tage, was gegenüber der für 2001 ausgewiesenen Verweildauer von 9.8 Tagen einen deutlichen Trend darstellt.⁵³ Für die vorliegende Stichprobe zeigt sich somit die Fortsetzung einer Entwicklung, die zu einer weiteren Senkung der Verweildauern im stationären Bereich führt. Obwohl diesbezügliche Vermutungen vorlagen, konnte an Hand einer Korrelationsanalyse kein signifikanter Zusammenhang zwischen VD und Träger, VST oder Bettenanzahl festgestellt werden.

3.1.5

Die Bettennutzung der beteiligten Krankenhäuser

Eine weitere Kennzahl stellt der Bettennutzungsgrad dar. Er weist ähnliche Eigenschaften wie aus der Industrie bekannte Auslastungsgrade auf und kann

⁵² Diese Kennzahlen finden vor allem in den Krankenhausplänen der Bundesländer Anwendung. Vgl. Bayerisches Staatsministerium (2004), S. 7; Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 11 f.

⁵³ Vgl. Statistisches Bundesamt <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab12.php>

ebenso zur Messung von Leistungsprozessen im Krankenhaus herangezogen werden. Die Berechnung wird an Hand folgender Formel

$$BNG = (Pflegetage * 100) / (Betten * 365)$$

durchgeführt. Das Ergebnis für die vorliegende Stichprobe ist in der folgenden Tabelle wiedergegeben:

Trägerorganisation	öffentlich	f.-g.	privat	insgesamt
BNG (Mittelwert)	77.3 %	78.3 %	78.4 %	77.9 %

Tabelle 3: Zusammenhang Träger – Bettennutzungsgrad
(Quelle: Eigene Darstellung)

Für die vorliegende Stichprobe ergibt sich somit ein durchschnittlicher BNG von 77.9 %. Verglichen mit dem für 2001 für das Bundesgebiet ermittelten Wert von 80.7 % fällt der berechnete BNG leicht geringer aus.⁵⁴

Selbst wenn dahingehende Vermutungen vor der Auswertung der Daten bestanden hatten, konnte festgestellt werden, dass der BNG nicht in Abhängigkeit zu anderen Variablen steht.

54 Vgl. Statistisches Bundesamt <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab12.php>

3.2

Einschätzung der finanziellen Auswirkungen des DRG-Systems

Nach der Präsentation der allgemeinen Daten, wird an dieser Stelle ein erster Eindruck davon vermittelt, wie deutsche Krankenhäuser die finanziellen Auswirkungen des neuen Vergütungssystems einschätzen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 dargestellt:

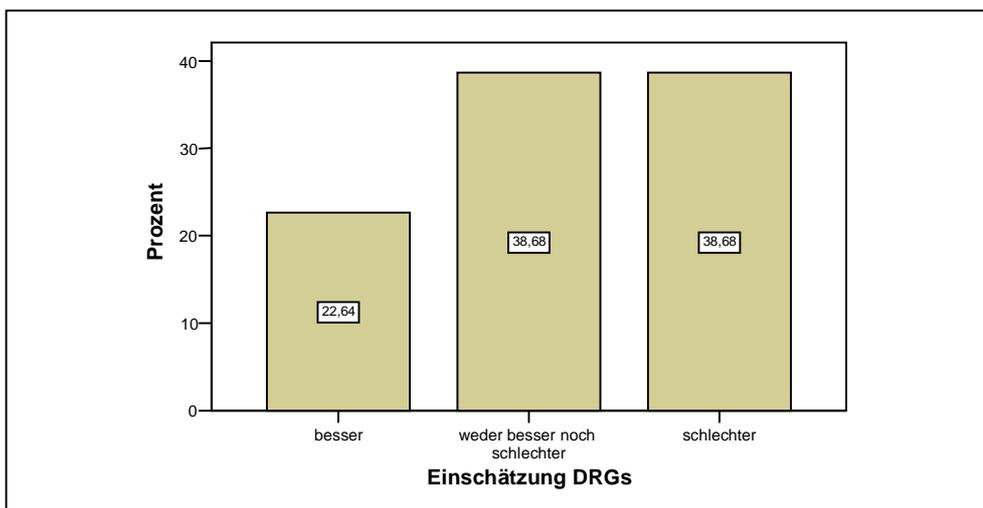


Abbildung 9: Einschätzung DRGs
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es zeigt sich, dass deutlich mehr Krankenhäuser von einer Verschlechterung der eigenen Situation ausgehen, als dass sie finanzielle Chancen in der Einführung des neuen Vergütungssystems sehen. Der Anteil der Krankenhäuser, die keine Folgen für ihr Krankenhaus erwarten und der Anteil der Skeptiker sind gleich groß.

Wird dieselbe Auswertung in Abhängigkeit der Trägerorganisation durchgeführt, ergibt sich das auf der folgenden Seite dargestellte Bild. Im Besonderen die öffentlichen Kliniken scheinen von einer Verschlechterung ihrer Situation durch das DRG-System auszugehen.

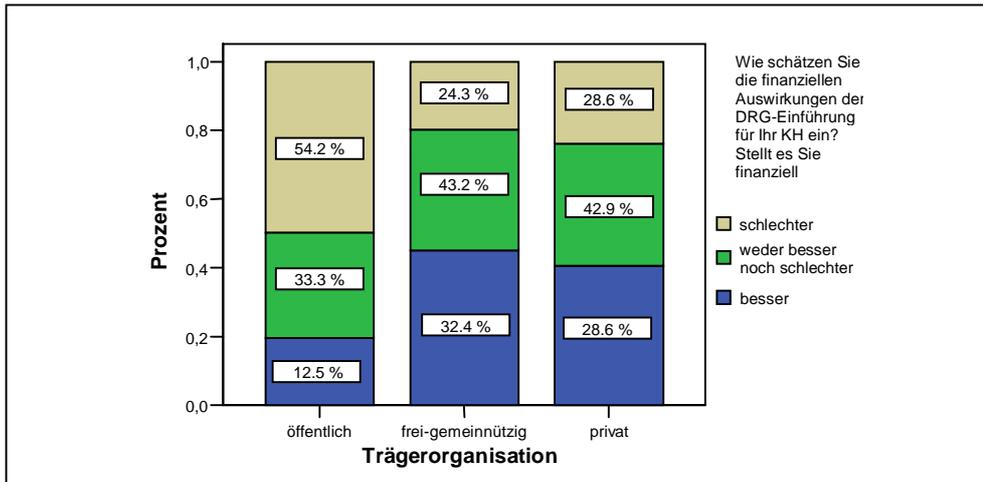


Abbildung 10: Zusammenhang Träger – Einschätzung DRGs
(Quelle: Eigene Darstellung)

Eine Korrelationsanalyse hat gezeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Fixkostenstruktur der beteiligten Häuser und der Einschätzung des neuen Vergütungssystems besteht (Spearman's Rho = 0.326). Krankenhäuser mit höheren Fixkosten sehen die Folgen der Umstellung auf eine leistungsorientierte Vergütung als finanziellen Nachteil im Gegensatz zu Kliniken mit niedrigeren Fixkosten. Diese Vermutungen sind bereits im Vorfeld der Untersuchung angestellt worden.

3.3 Ausgangssituation der untersuchten Krankenhäuser

Im Folgenden werden Ergebnisse präsentiert, an Hand derer ein gutes Bild von der Ausgangssituation der befragten Kliniken gewonnen werden kann.

Da die Ausgangssituation bedeutend für die weiteren Entwicklungen der Krankenhäuser ist, wird auf sie in den nächsten Kapiteln ausführlich eingegangen.

3.3.1 Kostenstruktur der Krankenhäuser

Aufgrund der Bedeutung, die Kostenstrukturen im Akutbereich in Zukunft einnehmen werden, ist eine genauere Betrachtung dieser erforderlich. Daher werden im Folgenden mögliche Einflussfaktoren vorgestellt und auf Signifikanz überprüft.

3.3.1.1 Die Versorgungsstufe

Eine Korrelationsanalyse zwischen den Variablen Fixkosten und Versorgungsstufe ergab einen deutlich positiven Zusammenhang (Spearman's Rho = 0,319). Die folgende Abbildung stellt diesen Zusammenhang graphisch dar:

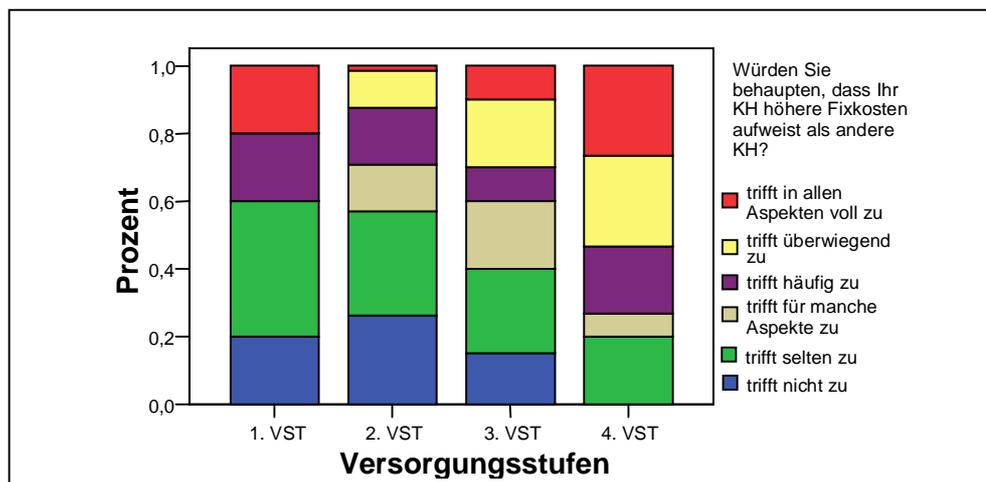


Abbildung 11: Zusammenhang VST – Fixkosten
(Quelle: Eigene Darstellung)

Wie aus der Graphik ersichtlich ist, steigt mit der Versorgungsstufe bei den Kliniken der Eindruck, höhere Fixkosten als andere Krankenhäuser aufzuweisen. Sind die Unterschiede innerhalb der ersten drei Versorgungsstufen noch gering, schätzen Kliniken der 4. VST ihre Kostensituation sehr viel schlechter ein. Dies könnte vor allem auf die teuren Vorhalteleistungen (Vorhandensein von kapitalintensiven Geräten, Behandlung durch Spezialisten) zurückzuführen sein, welche gerade von den Universitätskliniken bereitzustellen sind.⁵⁵

3.3.1.2

Die Bettenanzahl

Neben der VST lässt sich untersuchen, welchen Einfluss die Bettenanzahl auf die Kostenstruktur und somit auf die Fallkosten im Krankenhaus hat.

Im vorliegenden Fall ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bettenanzahl und Höhe der Fixkosten festgestellt worden (Spearman's Rho = 0,334). Da allerdings nicht generell davon ausgegangen werden kann, dass das Vorhandensein von vielen Betten automatisch zu einer Kostensteigerung führt, wurde dieser Zusammenhang auf Kausalität geprüft.

Da ein nahezu linearer Zusammenhang zwischen Bettenanzahl und VST festgestellt werden konnte (Spearman's Rho = 0,792), drängt sich vielmehr die Vermutung auf, dass es sich bei der Bettenanzahl um eine Scheinkorrelation handelt. Da die Versorgungsstufe stark mit der Kostenstruktur in Beziehung steht, allerdings ebenso mit der Bettenanzahl zusammenhängt, hängt die Bettenanzahl wiederum mit den Fixkosten zusammen.

Abschließend wird festgehalten, dass aufgrund eines fehlenden sachlogischen Zusammenhanges die Beziehung zwischen Bettenanzahl und Kosten nicht gesehen werden kann.

3.3.1.3

Die durchschnittliche Verweildauer

Als weiteres Ergebnis der Untersuchung zeigt sich, dass Krankenhäuser, die eine höhere durchschnittliche Verweildauer als andere Krankenhäuser aufweisen davon ausgehen, relativ höhere Fixkosten zu haben (Spearman's Rho = 0,248). Tabelle 4 gibt diese Zusammenhänge auf der nächsten Seite wieder.

55 Vgl. Siess (2002), S. 139

	Haben Sie höhere Fixkosten als andere Häuser in der Region?					
	trifft nicht zu	trifft selten zu	trifft für manche Aspekte zu	trifft häufig zu	trifft überwiegend zu	trifft in allen Aspekten voll zu
Ø VD (in Tagen)	7,6	8,4	8,7	8,5	8,9	9,2

Tabelle 4: Zusammenhang Fixkosten – Verweildauer
(Quelle: Eigene Darstellung)

Eine Erklärung für diesen Zusammenhang könnte darin gefunden werden, dass Krankenhäuser mit durchschnittlich längeren Verweildauern, gleiche Bettenausnutzung vorausgesetzt, weiter gehende Bettenkapazitäten und somit mehr Personal benötigen, was sich als Kostentreiber herausstellen kann.

3.3.1.4 Die Trägerorganisation

An dieser Stelle wird schließlich der Einfluss der Trägerorganisation auf die Kostenstruktur eines Krankenhauses dargestellt. Der starke Zusammenhang (Kontingenzkoeffizient = 0,448) ist in der folgenden Abbildung deutlich erkennbar:

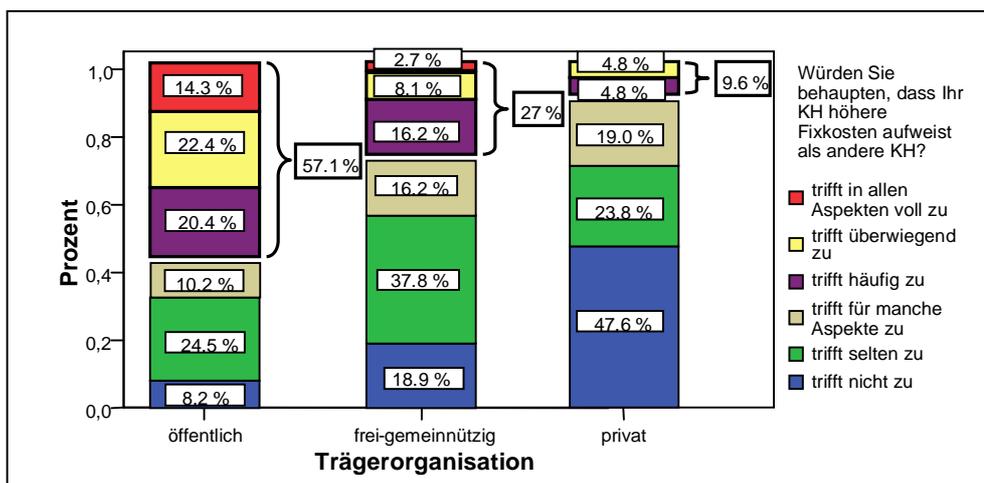


Abbildung 12: Zusammenhang Fixkosten – Träger
(Quelle: Eigene Darstellung)

Eine Erklärung für den Zusammenhang von Trägerorganisation und Kostenstruktur könnte sich aus der bereits hergeleiteten Beziehung zwischen Träger

und VST ergeben. Da beispielsweise öffentliche Häuser sehr stark in hohen VST vertreten sind und diese wiederum von deutlich höheren Kosten ausgehen, kann im Umkehrschluss eine Beziehung zwischen Träger und Fixkosten hergestellt werden. Da diese Beziehung mit 0.487 allerdings nicht so stark wie die annähernd lineare Beziehung zwischen Bettenanzahl und VST ausfällt, soll nicht von einer Scheinkorrelation ausgegangen werden. Abgesehen von der VST muss die Trägerorganisation somit weitere Faktoren mit sich bringen, die zu höheren Kostenstrukturen beitragen. Es sind daher zwei weitere Untersuchungen angestellt worden:

Hypothese 1: Der Träger übt einen Einfluss auf die interne Organisationsform aus. Je nachdem, welchem Träger das Krankenhaus angehört, werden Prozesse leistungsorientiert oder eher abteilungsbezogen organisiert. Durch eine leistungsbezogene Organisation können i. d. R. höhere Kosteneinsparungen realisiert werden.

Hypothese 2: In Abhängigkeit des Trägers sind Rationalisierungspotentiale mehr oder weniger stark realisiert worden. Diese Hypothese hängt insofern mit der vorherigen zusammen, als davon ausgegangen werden kann, dass gerade eine leistungsbezogene Organisation für Rationalisierungen im Krankenhaus förderlich sein kann.⁵⁶

Beide Hypothesen konnten an Hand der Umfrageergebnisse überprüft und abgelehnt werden. So bestehen keine Zusammenhänge zwischen den Antworten auf die entsprechenden Fragen und der Trägerzugehörigkeit. Es kann folglich nicht davon ausgegangen werden, dass private Krankenhäuser ihre Prozesse stärker als öffentliche oder frei-gemeinnützige Häuser rationalisiert haben. Ebenso muss die Vermutung, dass private Krankenhäuser prozessorientierter als öffentliche Krankenhäuser arbeiten, verworfen werden.

Es lässt sich abschließend festhalten, dass eine Beziehung zwischen Träger und Fixkosten festgestellt werden kann, die sich unter anderem auf die Beziehung zwischen der Trägerorganisation und der VST zurückführen lässt.

Ausgehend von den gewonnenen Daten zeigt sich, dass die Variablen VST, durchschnittliche Verweildauer der Patienten und Trägerzugehörigkeit einen signifikanten Einfluss auf die Kostenstruktur der Krankenhäuser haben.

56 Vgl. Rathje (2001), S. 80

3.3.2

Investitionsbedarf der Krankenhäuser

Nach einer Analyse der Kostenstrukturen der teilnehmenden Krankenhäuser, wird im Folgenden überprüft, ob der in der Literatur festgestellte Investitionsstau ebenso für die vorliegende Stichprobe Gültigkeit besitzt (vgl. Kapitel 2.2).

Um hierüber genaueres zu erfahren, sind die Kliniken gebeten worden, ihren Investitionsbedarf in folgenden Bereichen einzuschätzen:

- Erneuerungsinvestitionen für bestehende Gebäude
- Umgestaltung oder Neubau von Gebäuden
- Erneuerungsinvestitionen für bestehende Gerätetechnik
- Neuanschaffung von Geräten
- Neuanschaffung von IT

Bei der Betrachtung der Antworten kann folgendes festgestellt werden:

- Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Trägerorganisation und Investitionsbedarf liegt nicht vor.
- Ein signifikanter Zusammenhang kann dagegen zwischen VST und den Investitionen in Gebäude und IT erkannt werden. Bei den Gebäuden betrifft dies sowohl den Mittelbedarf für Neubauten als auch für Erneuerungsinvestitionen.

Das bedeutet, dass Krankenhäuser höherer Versorgungsstufe im besonderen Ausmaß davon ausgehen, über eine schlechte Bausubstanz und IT zu verfügen. Werden ausschließlich die Antworten der Krankenhäuser vierter VST betrachtet, so zeigt sich, dass bei diesen Häusern zudem ein überdurchschnittlich hoher Investitionsbedarf bei neuen medizinischen Geräten besteht.⁵⁷

Es lässt sich demnach festhalten, dass für die vorliegende Erhebung ein Investitionsstau in einigen Bereichen festgestellt werden kann, der in Abhängigkeit zur VST zunimmt. Kliniken der vierten VST, worunter im Besonderen die Universitätskliniken fallen, weisen insgesamt den höchsten Kapitalbedarf aus.

57 Vgl. Anhang A 4

3.3.3

Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser

Neben dem Investitionsbedarf ist es zudem interessant, wie es um die Finanzsituation deutscher Krankenhäuser steht. Die untersuchten Kliniken sind daher gebeten worden, die Struktur ihrer Investitionsfinanzierung für die Zukunft einzuschätzen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 13 dargestellt:

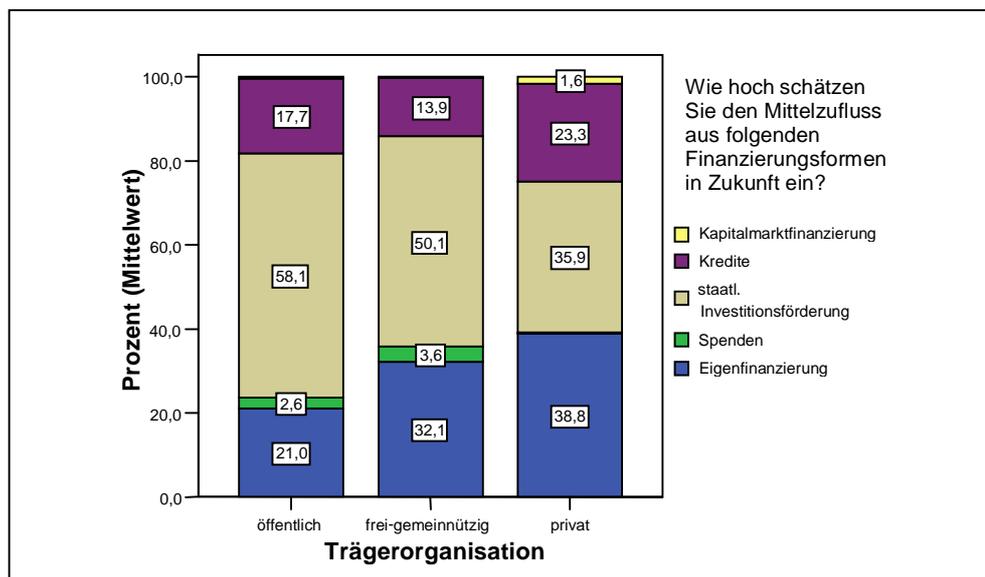


Abbildung 13: Zusammenhang Träger – Finanzierung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Aus einem Vergleich der Mittelwerte ergibt sich, dass öffentliche Krankenhäuser mit 21,0 % den geringsten Anteil am Investitionsvolumen mit Eigenmitteln decken und von allen Gruppen am stärksten auf die staatliche Investitionsförderung in Zukunft setzen.

Auch wenn der Anteil an staatlichen Beihilfen bei den f.-g. Krankenhäusern ebenfalls eine sehr hohe Bedeutung einnimmt, bringen diese mit 32,1 % weitaus mehr Eigenmittel als die öffentlichen Krankenhäuser auf. Zudem gehen sie mit 3,6 % am stärksten von einem Mittelzufluss durch Spenden aus.

Die privaten Häuser schätzen ihre finanzielle Situation, was die Finanzierung mit Eigenmitteln betrifft, leicht besser als die f.-g. Krankenhäuser ein. Mit 35,9 % sind sie allerdings am geringsten auf die staatliche Investitionsförderung angewiesen, was vor allem an der Nutzung der Kreditfinanzierung liegt.

Ebenso wie bei der Ermittlung des Investitionsbedarfs, wurde neben der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Träger und Finanzierung, der Zusammenhang zwischen VST und Finanzierung für die vorliegende Stichprobe hergestellt. Dieser ist in der folgenden Graphik dargestellt:

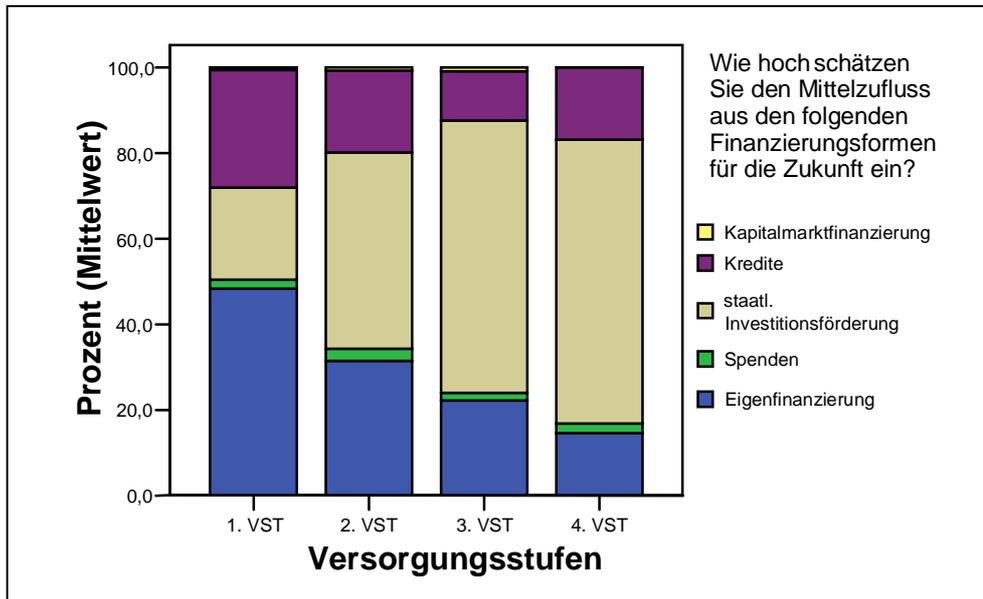


Abbildung 14: Zusammenhang VST – Finanzierung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Die Abbildung zeigt, dass sich die Finanzierungsstruktur in Abhängigkeit zu der VST ändert. Je höher die VST, desto weniger Eigenmittel stehen zur Verfügung und desto mehr muss auf die staatliche Investitionsförderung vertraut werden.

3.3.4

Die Bevölkerungsdichte im Umfeld der Krankenhäuser

In Rahmen der Markterhebung hatten die untersuchten Krankenhäuser die Bevölkerungsdichte im Umfeld des Krankenhauses einzuschätzen. Hierdurch ist es möglich, Aufschluss über die regionale Verteilung der Kliniken zu bekommen und zu analysieren, inwiefern die Bevölkerungsdichte im Umfeld eines Krankenhauses in Beziehung zu anderen Variablen steht.

Die Abbildung auf der folgenden Seite gibt die regionale Verteilung der befragten Krankenhäuser wieder.

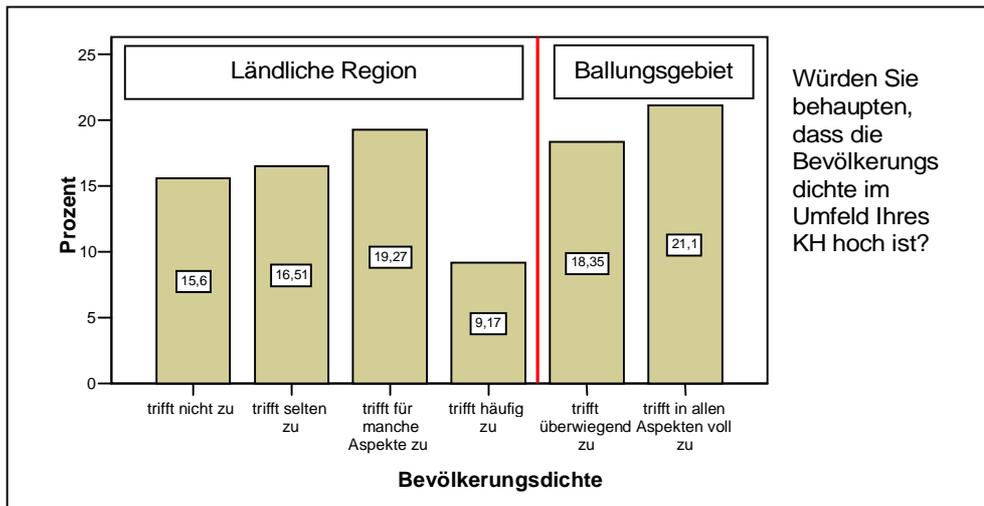


Abbildung 15: Verteilung der Krankenhäuser nach Bevölkerungsdichte (Quelle: Eigene Darstellung)

Wird die Verteilung der Krankenhausgruppen in Abhängigkeit zur Bevölkerungsdichte untersucht, zeigt sich, dass öffentliche und f.-g. Krankenhäuser zu gleichen Teilen auf ländliche und dichter besiedelte Gebiete verteilt sind. Private Kliniken liegen dagegen zu 81 % auf dem Land.⁵⁸

Das Ergebnis der durchgeführten Korrelationsanalysen zeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und folgender Frage nachweisbar ist: „Wie schätzen Sie die Entwicklungen der Fallzahlen im stationären Bereich ein? Gehen Sie von mehr, weniger oder gleich bleibenden Fallzahlen in Zukunft aus?“

Differenziert nach Trägerorganisation und Bevölkerungsdichte, ergeben sich die Verteilungen auf der folgenden Seite.

⁵⁸ Vgl. Anhang A 5

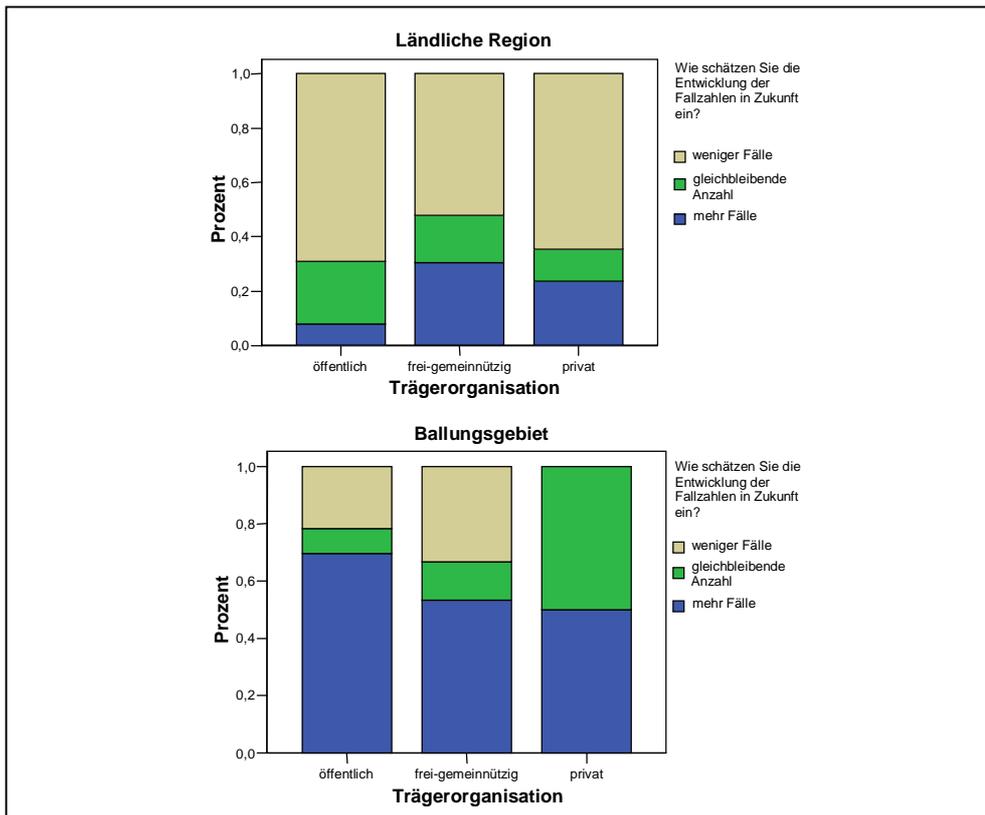


Abbildung 16: Zusammenhang Träger – Fallzahlenentwicklung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Analog zeigt die Unterscheidung von VST und Bevölkerungsdichte das in Abbildung 17 dargestellte Ergebnis.

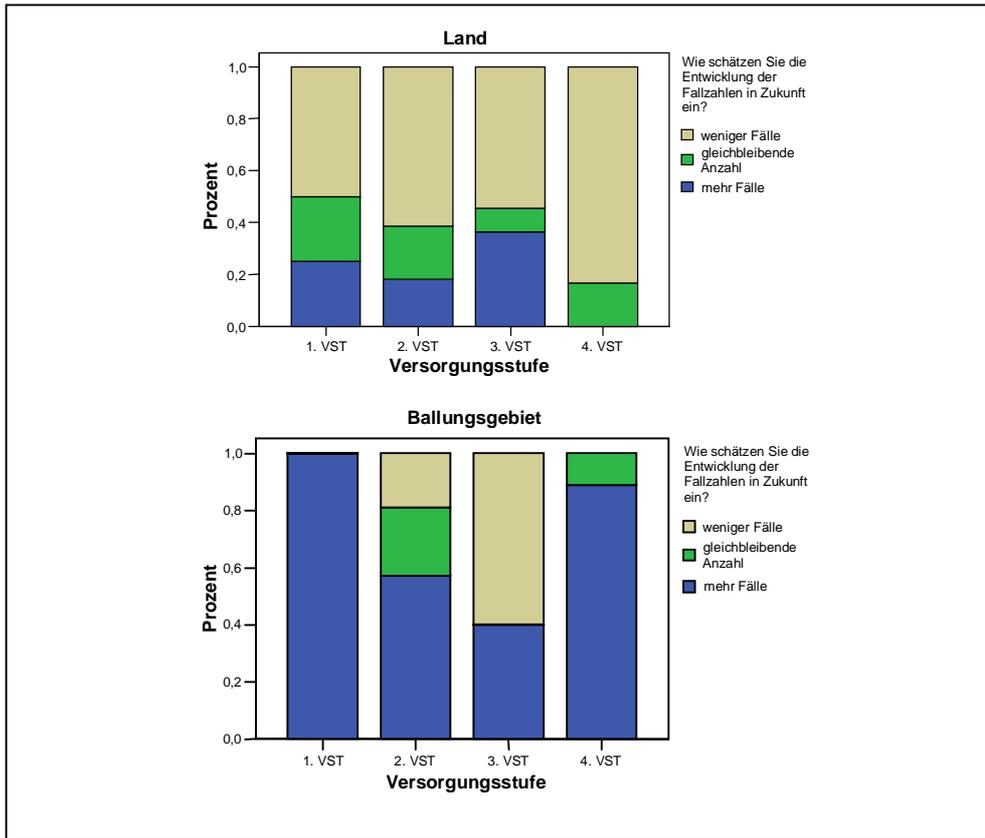


Abbildung 17: Zusammenhang VST – Fallzahlenentwicklung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es ergibt sich somit die Situation, dass Kliniken, die sich auf dem Land befinden, von stark fallenden Behandlungszahlen für die Zukunft ausgehen.

Welche Konsequenzen sich hieraus ergeben können, wird in späteren Untersuchungen geklärt.

3.4

Entwicklungen in der deutschen Krankenhausversorgung

Nach der Analyse der Ausgangssituation werden in den folgenden Kapiteln die Ergebnisse vorgestellt, mit denen im Rahmen der Untersuchung die Entwicklungen bei den deutschen Krankenhäusern abgeschätzt werden sollten. Im Einzelnen werden hierbei folgende Entwicklungen untersucht:

- Ausweitung der stationären Behandlungszahlen,
- Veränderung des Leistungsangebotes und
- Reduzierung der Kosten durch die Krankenhäuser

Da bei der Auswertung der erhobenen Daten festgestellt wurde, dass Variablen sowohl mit der Trägerorganisation als auch mit der Versorgungsstufe signifikant zusammen hängen, ist die Entscheidung getroffen worden, die Ergebnisse in Abhängigkeit zur Trägerorganisation darzustellen. Da die Trägerzugehörigkeit mit der VST korreliert, kann davon ausgegangen werden, dass somit weitgehend homogene Gruppen untersucht werden können.

3.4.1

Erhöhung der Fallzahlen im stationären Bereich

Wie in Kapitel 2.3 erwähnt, könnten Krankenhäuser mit höheren Kosten versuchen, über eine Ausweitung der stationären Fallzahlen, ihre Erlössituation zu verbessern.

Die Auswertung zeigt, dass 36.1 % der Heilanstalten von mehr Behandlungsfällen, 16.7 % von einer gleich bleibenden Anzahl und 47.2 % von weniger Fällen in der Zukunft ausgehen. Differenziert nach der Trägerorganisation ergibt sich das in Abbildung 18 dargestellte Bild.

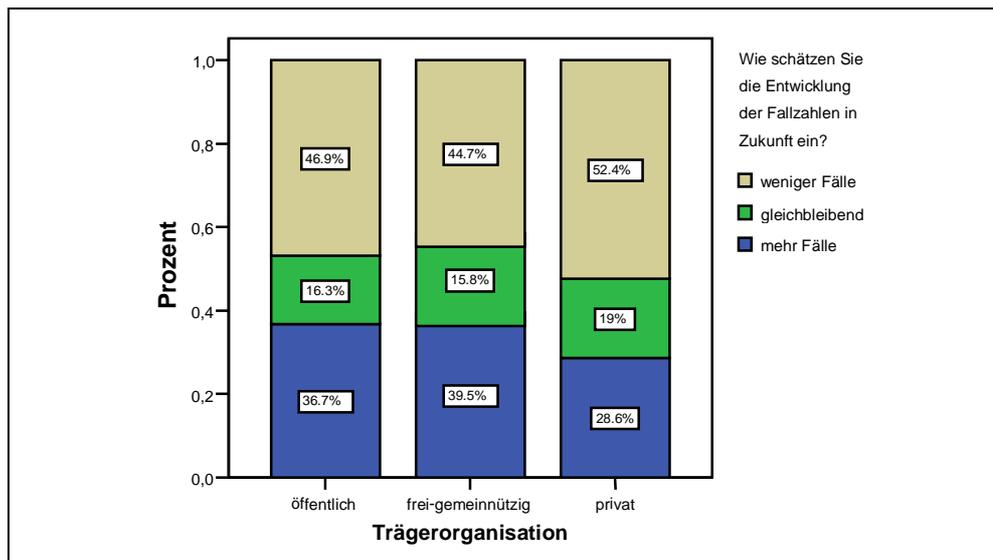


Abbildung 18: Zusammenhang Träger – Fallzahlenentwicklung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es zeigt sich, dass öffentliche Krankenhäuser in ähnlichem Umfang wie f.-g. Krankenhäuser von einer Reduzierung der Patientenbehandlungen im stationären Bereich ausgehen. Noch stärker als diese beiden Gruppen, gehen die privaten Krankenhäuser von einer Reduzierung der Fallzahlen in Zukunft aus.

3.4.2

Maßnahmen zur Kostensenkung

3.4.2.1

Einsparungen durch Fremdvergabe

In der vorliegenden Arbeit sind die Kliniken befragt worden, inwiefern bei ihnen Bestrebungen bestehen, Abteilungen wie Küche, Gebäudereinigung und Technik aus der Organisation herauszulösen und ob ebenfalls an eine Fremdvergabe von Managementtätigkeiten gedacht wird.

Da zwischen den Trägerorganisationen keine signifikanten Unterschiede bei der Auswertung der Daten festgestellt werden konnten, sind in den Diagrammen auf der nächsten Seite die Antworten aller befragten Krankenhäuser dargestellt.

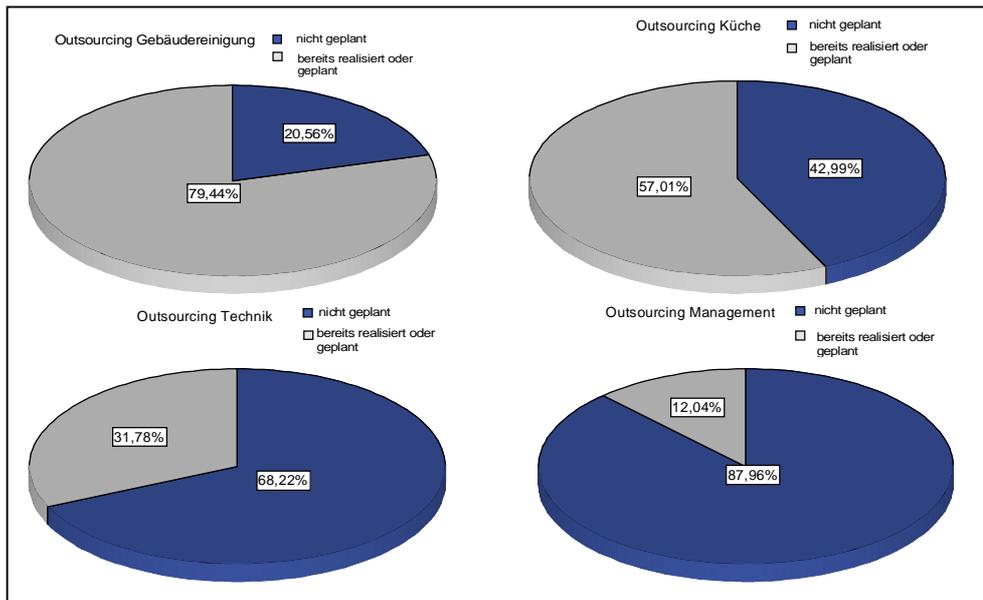


Abbildung 19: Fremdvergabe von Krankenhausleistungen
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es zeigt sich, dass die befragten Kliniken sehr deutlich von einer Fremdvergabe einzelner Bereiche ausgehen bzw. diese bereits erfolgt ist. Bei der Gebäudereinigung sind die Tendenzen am stärksten ausgeprägt, gefolgt von der Küche und der Technik, die vor allem die medizinische Gerätetechnik beinhalten dürfte. Bei der Fremdvergabe von Managementaufgaben, die beispielsweise in Form von Managementverträgen an Dritte erfolgen könnte, sind die Bestrebungen deutlich schwächer ausgeprägt. Es zeigt sich, dass nur 12 % aller untersuchten Häuser über eine derartige Auslagerung von Leistungen nachdenken.

Es lässt sich festhalten, dass ein Großteil deutscher Krankenhäuser über eine Fremdvergabe von bisher im Krankenhaus erbrachten Leistungen nachdenkt bzw. diese bereits erfolgt ist.

3.4.2.2

Einsparungen durch den Beitritt in Einkaufsverbände

Eine weitere Möglichkeit der Kostensenkung könnte in dem Eintreten von Krankenhäusern in Einkaufsverbände gesehen werden.

Um diesbezügliche Entwicklungen aufzufangen, sind die Häuser gebeten worden, ihr Interesse am Beitritt in Einkaufsverbände anzugeben. Das Ergebnis zeigt, dass insgesamt ein Drittel aller Häuser in Einkaufsverbänden repräsentiert sind, wohingegen zwei Drittel ihren Einkauf bislang alleine erledigen.

In Abhängigkeit zur Trägerorganisation ergibt sich die in Tabelle 5 dargestellte Verteilung.

Träger	öffentlich	f.-g.	privat	insgesamt
in EV vertreten:	25.0 %	38.5 %	42.9 %	33.3 %
nicht vertreten:	75.0 %	61.5 %	57.1 %	66.7 %

Tabelle 5: Repräsentativität der Trägerorganisationen in EV
(Quelle: Eigene Darstellung)

Bei der Betrachtung der Häuser, die bislang in keinem Einkaufsverbund Mitglied sind, konnte eine Kontingenzanalyse zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Träger und Interesse zum Beitritt vermutet werden kann, wobei der durchgeführte Test am Signifikanzniveau von 5 % knapp scheiterte. Das bedeutet, dass öffentliche Häuser am stärksten, private Häuser am schwächsten am Beitritt in Beschaffungsverbünde interessiert sind. In Tabelle 6 sind diese Zusammenhänge verdeutlicht.

		Träger	öffentlich	f.-g.	privat	Zeilen- Σ
Besteht Ihrerseits Interesse, einem EV beizutreten?	trifft nicht zu		16,7 %	12,5 %	41,7%	19,4%
	trifft selten zu		2,8 %	8,3 %	8,3%	5,6%
	trifft für manche Aspekte zu		2,8 %	25,0 %	16,7%	12,5%
	trifft häufig zu		11,1 %	8,3 %	8,3%	9,7%
	trifft überwiegend zu		19,4 %	29,2 %	8,3%	20,8%
	trifft in allen Aspekten voll zu		47,2 %	16,7 %	16,7%	31,9%
		Spalten- Σ	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 6: Zusammenhang Träger – Interesse EV
(Quelle: Eigene Darstellung)

Diese Zusammenhänge werden im Rahmen der Diskussion noch einmal aufgegriffen.

3.4.2.3

Einsparungen durch Senkung der durchschnittlichen Verweildauer

Während die eben vorgestellten Maßnahmen darauf abzielen, durch die Weggabe eigener Leistungen an einen Agenten (Dienstleistungsgesellschaft, Einkaufsverbund, anderes Krankenhaus) Kosten zu senken, besteht ebenso die

Möglichkeit, durch eine Optimierung der Leistungserstellung im Krankenhaus Kostenblöcke abzubauen.

Als Maß für die Effizienz der krankenhauses-internen Leistungserstellung kann die durchschnittliche Verweildauer von Patienten im stationären Bereich herangezogen werden. Um Informationen über die zukünftige Entwicklung der Verweildauer und somit der Effizienz der befragten Kliniken zu erhalten, sind diese um ihre Einschätzung gebeten worden, inwiefern sie von einer deutlichen Senkung der stationären Liegezeit in Zukunft ausgehen. Das Ergebnis zeigt die folgende Abbildung:

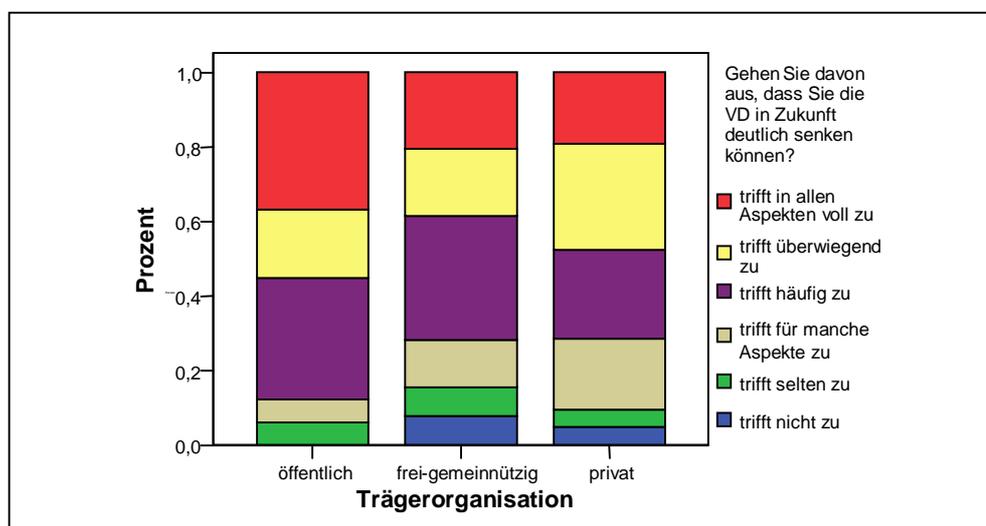


Abbildung 20: Zusammenhang Träger – Verweildauersenkung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es kann zum einen festgehalten werden, dass alle drei Krankenhausgruppen sehr deutlich von einer Reduzierung ihrer Verweildauern in Zukunft ausgehen. Zum anderen zeigt die Abbildung, dass die öffentlichen Häuser am stärksten ihre stationäre Liegezeit senken wollen.

Ein weiterer Effekt, der mit der Verkürzung der Verweildauern einhergeht, betrifft die Bettenanzahl. Da eine Verweildauerverkürzung mit einer Reduzierung der Pflage-tage einhergeht, führt sie automatisch zu einer Herabsetzung des Bettennutzungsgrades, der nur durch den Abbau von Betten abgefangen werden kann, wenn die Behandlungszahlen nicht dementsprechend erhöht werden.

In der vorliegenden Untersuchung sind die Krankenhäuser danach befragt worden, wie sie die Entwicklung der Bettenanzahl für die Zukunft einschätzen. Das Ergebnis zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Verweildauersenkung und Bettenabbau auch für die vorliegende Stichprobe Geltung hat (Spear-

man's Rho = 0.627). Um eine hohe Auslastung der Betten in Zukunft gewährleisten zu können, gehen alle Krankenhäuser von einer deutlichen Bettenreduzierung aus:

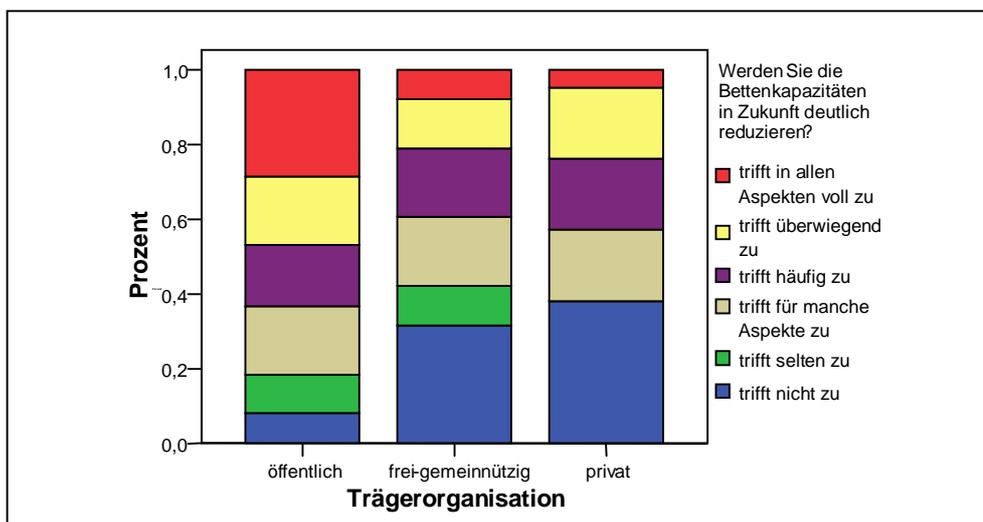


Abbildung 21: Zusammenhang Träger – Bettenabbau
(Quelle: Eigene Darstellung)

3.4.2.4

Einsparungen durch das gemeinsame Nutzen technischer Geräte

Eine weitere Möglichkeit der Kostensenkung kann in Kooperationen gesehen werden, bei denen mehrere Kliniken medizinische Großgeräte gemeinsam nutzen. Neben den Investitionskosten, lassen sich hierdurch auch laufende Kosten aufteilen.

Um über Bestrebungen in diesem Bereich mehr zu erfahren, sind die Krankenhäuser gebeten worden, diesbezüglich Angaben zu machen. Die Auswertung ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Träger	öffentlich	f.-g.	privat	insgesamt
Kooperation	52.1 %	43.6 %	26.3 %	44.3 %
Keine Koop.	47.9 %	56.4 %	73.7 %	55.7 %

Tabelle 7: Zusammenhang Träger – Kooperation zur Nutzung von Geräten
(Quelle: Eigene Darstellung)

Auch wenn keine signifikante Korrelation nachgewiesen werden konnte, zeigt die Auswertung, dass vor allem die öffentlichen und f.-g. Krankenhäuser an derartigen Kooperationen interessiert sind bzw. diese bereits durchführen.

3.4.3

Veränderung des Leistungsangebotes

Neben der Veränderung der Ausbringungsmenge oder der Kosteneinsparung durch eine Erhöhung der Effizienz in der Leistungserstellung, eröffnet sich für Krankenhäuser eine weitere bedeutende Alternative: Eine Veränderung des Leistungserstellungsprozesses an sich, die wie folgt realisiert werden könnte:

1. Schließen von Bereichen/Abteilungen (Spezialisierung), die hohe Kosten verursachen.
2. Anbieten neuer Leistungen (Generalisierung), die zusätzliche Erlöse erwirtschaften.

Im Folgenden wird zunächst untersucht, inwiefern Krankenhäuser eine Spezialisierung für die Zukunft anstreben. Anschließend wird auf Möglichkeiten der Generalisierung eingegangen. Bei der Generalisierung werden folgende Aspekte behandelt: Eintreten von deutschen Kliniken in integrierte Versorgungskonzepte und die Ausweitung des Leistungsangebotes in den Bereichen der Ambulanz und Rehabilitation.

3.4.3.1

Einsparung durch Spezialisierung

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass die Einführung von DRGs als Katalysator für Spezialisierungstendenzen von Krankenhäusern wirken wird, da durch die Spezialisierung auf einzelne Bereiche die Möglichkeit besteht, Kosten durch Skalen- und Erfahrungskurveneffekte abzusenken.⁵⁹

In der vorliegenden Untersuchung wurden zunächst Spezialisierungstendenzen bei den klinischen Fachrichtungen untersucht.⁶⁰

Hierbei zeigt sich, dass überraschenderweise keine Tendenzen in dieser Richtung festgestellt werden können. Fast sämtliche in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser gehen nicht von einer Schließung einzelner Fachrichtungen in Zukunft aus.

59 Vgl. Arnold/Geisbe (2002), S. 57 f.; Neubauer (2002b), S. 168; Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 369

60 Eine Auflistung der klinischen Fachrichtungen ist im Anhang A 3 wiedergegeben

Die zweite Untersuchung betrifft die Spezialisierung auf einzelne Funktionseinheiten. Zunächst zeigt sich, dass sich keine Unterschiede in Abhängigkeit der Trägerorganisation erkennen lassen. Für alle Kliniken lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen:⁶¹

1. Im Bereich der Anästhesie ergeben sich keine Änderungen.
2. Bei der Cryokonservierung stellt sich ein marginales Wachstum ein (etwa 2%).
3. Der Apothekenbetrieb wird geringfügig eingeschränkt (etwa 2%).
4. In den Bereichen physikalische und rehabilitative Medizin, Pathologie, nuklearmedizinische Diagnostik und Wachkoma gleichen sich Schließung und Neueröffnung aus.
5. Stärkere Tendenzen können ausschließlich bei der Radiologie und dem Labor erkannt werden. Bei der Radiologie geben 6,5 % und beim Labor 9,4 % der Krankenhäuser an, diese Funktionseinheiten in Zukunft nicht mehr vorhalten zu wollen.

Wie diese Spezialisierungstendenzen zu interpretieren sind, wird im Kapitel 4.1 erörtert.

3.4.3.2

Generalisierung durch Integrierte Versorgungskonzepte

Die Generalisierung betreffend sind in der vorliegenden Erhebung zwei Handlungsalternativen untersucht worden:

Inwieweit bestehen bei Krankenhäusern Tendenzen, ihr Leistungsangebot durch die Gründung eines integrierten Versorgungskonzeptes ganzheitlicher zu gestalten und welche Bestrebungen lassen sich im nicht DRG relevanten ambulanten und rehabilitativen Bereich aufzeigen.

Das Grundprinzip der Integrierten Versorgung besteht darin, dass ein Patient Sektoren übergreifend und interdisziplinär von allen Behandlungspartnern nach einem bestimmten Behandlungskonzept therapiert wird. Behandlungspartner sind auf medizinischer Ebene neben den Krankenhäusern vor allem die niedergelassenen Ärzte. Nach dem Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung zwischen Krankenhaus, niedergelassenem Bereich und Kostenträger besteht dann des Weiteren die Möglichkeit, weitere Partner wie Physiotherapeuten, Logopäden, Sanitätshäuser und Apotheken in das Versorgungsnetz zu integrieren. Das Besondere dieser Konzepte ist zum einen darin zu sehen, dass sie für einzelne Indikationsgruppen vereinbart werden, also

61 Eine grafische Darstellung aller Ergebnisse ist im Anhang A 6 und A 7 nachzuschlagen

nicht auf alle Krankenhausleistungen übertragbar sind. Zum anderen besteht für die Beteiligten die Möglichkeit, Vergütungen abweichend von den DRG Vorgaben mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Oftmals wird diesbezüglich das Konzept einer Kompletpauschale befürwortet, die ähnlich wie bei den DRGs einen Pauschalbetrag für die gesamte Behandlung vorsieht, der zwischen den Leistungserbringern aufzuteilen ist.⁶²

Die Befragung der Kliniken, inwiefern sie bereits Mitglied eines Integrierten Versorgungskonzeptes sind oder ob diesbezügliche Planungen vorliegen, ergibt in Abhängigkeit des Trägers folgendes Ergebnis:

Träger	öffentlich	f.-g.	privat	insgesamt
Mitglied bzw. Interesse an IV	89.6 %	84.6 %	57.1 %	81.5 %
kein Interesse an IV	10.4 %	15.4 %	42.9 %	18.5 %

Tabelle 8: Zusammenhang Träger – Interesse an Integrierter Versorgung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es zeigt sich demnach, dass alle Krankenhäuser sehr deutliches Interesse an Integrierten Versorgungskonzepten haben bzw. bereits in solchen eingebunden sind. Inwieweit diese Ergebnisse kritisch zu betrachten sind, wird in Kapitel 4.1.3 erörtert.

3.4.3.3

Generalisierung durch Ausbau des ambulanten Bereichs

Die Integrierte Versorgung beinhaltet vor allem Kooperationen zwischen Krankenhäusern und dem ambulanten und rehabilitativen Bereich. Neben einer Kooperation könnte eine weitere Strategie von Krankenhäusern darin bestehen, ambulante und rehabilitative Leistungen selber zu erbringen, um einerseits zusätzliche Erlöse zu generieren und andererseits die vorhandenen Kosten besser zu verteilen.

Um Informationen über Tendenzen im ambulanten Bereich zu bekommen, wurden die Kliniken gefragt, inwiefern bei ihnen Überlegungen zum Ausbau dieses Bereiches vorliegen. Abbildung 22 auf der folgenden Seite gibt die entsprechenden Ergebnisse wieder.

62 Vgl. Riedel/Schmidt/Hefner (2004), S. II-1; § 140a-d SGB V

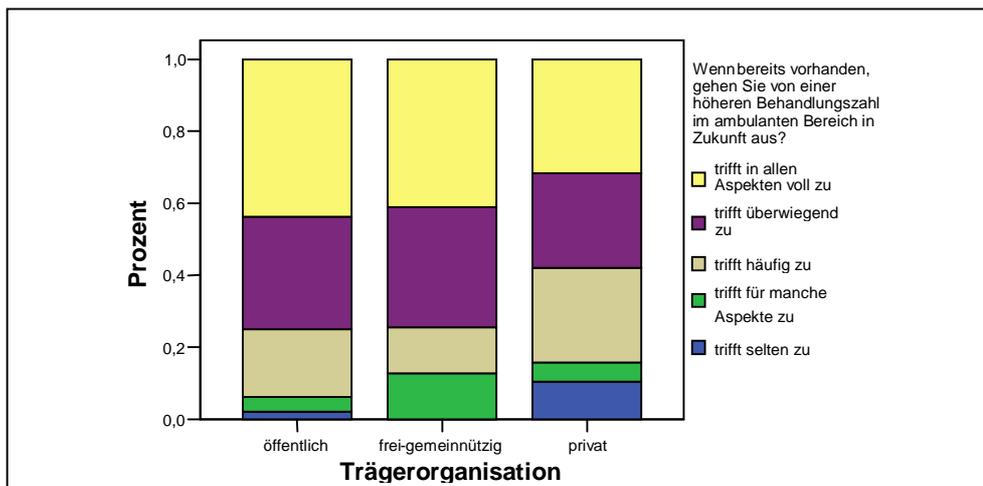


Abbildung 22: Zusammenhang Träger – Ausbau Ambulanz
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es zeigt sich, dass alle Krankenhäuser ein starkes Interesse am Ausbau des ambulanten Angebotes haben. Besonders deutlich ist das Interesse bei den öffentlichen und f.-g. Kliniken ausgeprägt.

3.4.3.4

Generalisierung durch Ausbau der Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation zeigt sich für die untersuchten Kliniken, dass 43.1 % bereits über REHA-Einrichtungen verfügen, bei 9.2 % diesbezügliche Planungen vorliegen und 47.7 % auch in Zukunft auf das Angebot derartiger Leistungen verzichten wollen.

Werden die Häuser, die bereits REHA-Leistungen anbieten, danach befragt, wie sie die Entwicklung dieses Bereiches für die Zukunft einschätzen, ergibt sich das in Abbildung 23 dargestellte Bild.

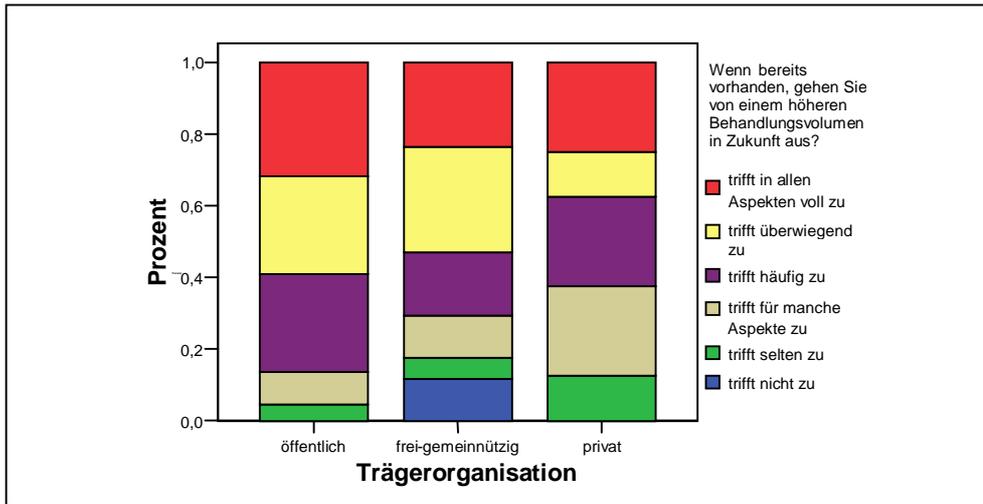


Abbildung 23: Zusammenhang Träger – Ausbau REHA
(Quelle: Eigene Darstellung)

Öffentliche Krankenhäuser gehen gegenüber f.-g. und privaten Einrichtungen stärker von einer Erhöhung der Behandlungen im Pflegebereich aus.

Es lässt sich abschließend festhalten, dass insgesamt der Trend zum Ausbau rehabilitativer Leistungen stark ist. Neben den 9.2 %, die Pflegeleistungen in Zukunft auch anbieten wollen, werden bereits vorhandene Einrichtungen im großen Umfang ausgebaut werden.

3.4.4

Fusionen zwischen Krankenhäusern

Eine weitere Handlungsoption stellt die Fusion von Krankenhäusern dar. Da die Fusion allerdings mit weit gehenden Veränderungen verbunden ist, durch die das Krankenhaus in seiner bisherigen Form verschwindet, kann sie weniger als Strategie, sondern eher als ultima Ratio angesehen werden.

In der vorliegenden Erhebung sind die Krankenhäuser bezüglich ihrer Absicht, eine Fusion mit einem anderen Krankenhaus einzugehen, ebenfalls befragt worden. Das Ergebnis ist in Abbildung 24 wiedergegeben:

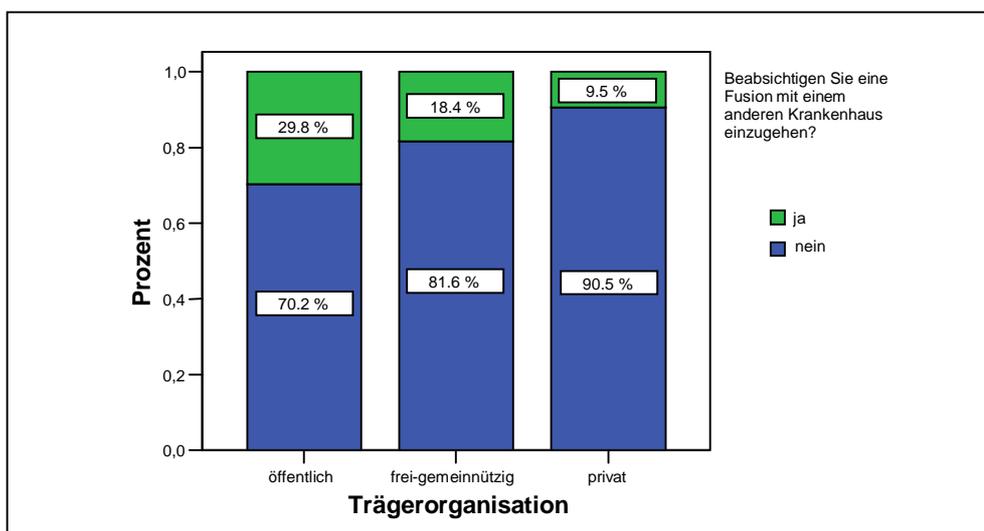


Abbildung 24: Zusammenhang Träger – Fusionen
(Quelle: Eigene Darstellung)

Es zeigt sich, dass in Abhängigkeit zur Trägerorganisation daran gedacht wird, eine Fusion mit einer anderen Klinik einzugehen. Was die Gründe hierfür sein könnten, wird im Kapitel 4.2 diskutiert.

3.5 Zusammenfassung

Die folgende Abbildung stellt die drei Krankenhausgruppen in Abhängigkeit ihrer aus der Erhebung erkennbaren Zielsetzungen gegenüber:

Träger	öffentlich	f.-g.	privat
Strategie			
Fallzahlenausweitung	–	–	– –
Out Küche	+++	+++	+++
Out Facility	+++	+++	+++
Out Technik	++	++	++
Out Management	+	+	+
Beitreten Einkaufsverbund	+++	++	+
Verweildauerverkürzung	+++	++	++
Bettenabbau	+++	++	++
Sharing	+++	+++	++
Spezialisierung Fachrichtungen	o	o	o
Spezialisierung Funktionseinh.	+	+	+
Beitritt Integrierte Versorgung	+++	+++	+++
Ausweitung amb. Behandlungen	+++	+++	++
Ausweitung Reha	+++	++	++
Eingehen einer Fusion	+++	++	+

Tabelle 9: Zusammenfassung Strategien
(Quelle: Eigene Darstellung)

4

Diskussion der Ergebnisse

Ausgehend von der durchgeführten Erhebung konnten verschiedene Entwicklungen bei den befragten Krankenhäusern festgestellt werden. In den nächsten Kapiteln werden die Ergebnisse aus Kapitel 3 aufgegriffen und diskutiert.

In Kapitel 4.1 liegt der Schwerpunkt der Betrachtungen auf Entwicklungen, die für den gesamten Krankenhausmarkt festgestellt werden konnten.

Kapitel 4.2 wird sich eingehender mit Entwicklungen beschäftigen, die in Abhängigkeit zu den einzelnen Trägerorganisationen festgestellt werden konnten.

Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 4.3, in dem mögliche Auswirkungen des DRG-Systems auf andere Bereiche des deutschen Gesundheitssystems skizziert werden.

4.1

Allgemeine Entwicklungen im Krankenhausmarkt

4.1.1

Ausweitung der Behandlungszahlen

In Kapitel 2 ist vermutet worden, dass deutsche Krankenhäuser versuchen könnten, durch die Ausweitung ihrer Behandlungszahlen die eigene Erlössituation zu verbessern. Die Auswertung zeigt, dass insgesamt eher von sinkenden als von steigenden Fallzahlen ausgegangen wird. Es können des Weiteren keine Unterschiede in Abhängigkeit zur Trägerorganisation festgestellt werden. Was allerdings bemerkenswert erscheint ist die Tatsache, dass fast alle Häuser in Ballungsgebieten von steigenden Fallzahlen ausgehen. Je höher die Bevölkerungsdichte im Umfeld einer Klinik eingeschätzt wird, desto deutlicher wird von steigenden Patientenzahlen in Zukunft ausgegangen. Es stellt sich die Frage, welche Schlüsse aus diesen Ergebnissen abgeleitet werden können bzw. was die Ursache für die festgestellte Umverteilung zwischen ländlichen Gebieten und Ballungsgebieten sein könnte.

Wird auf Abbildung 17 zurückgegriffen zeigt sich, dass der Rückgang der Patientenzahlen die Kliniken der 4. VST besonders hart zu treffen scheint, aber auch die anderen Häuser mit sinkenden Fallzahlen in der Zukunft rechnen. Die oft vertretene Auffassung, dass es in ländlichen Gebieten zu einer Patientenwanderung von kleinen zu großen Häusern kommt, kann für die vorliegende Stichprobe demnach nicht geteilt werden. Ebenso wenig lässt sich die Aussage

treffen, dass im Besonderen größere Krankenhäuser auf dem Land wie etwa Kreiskrankenhäuser ihre regionale Marktmacht ausnutzen können.⁶³ Alle Krankenhäuser gehen von einem deutlichen Verlust von Patienten für die Zukunft aus. Wird erneut auf Abbildung 17 zurückgegriffen, zeigt sich das komplementäre Bild für die Ballungsgebiete. Abgesehen von Häusern der dritten VST gehen Krankenhäuser in dicht besiedelten Gebieten von einer klaren Zunahme der stationären Behandlungen aus. Hieraus lassen sich zwei Schlussfolgerungen ziehen. Zum einen kommt es zwischen den Krankenhäusern in Ballungsgebieten zu einem verstärkten Wettbewerb um Patienten im stationären Bereich. Zum anderen wird sich dieser Wettbewerb über die Grenzen des Ballungsgebietes auf ländliche Regionen ausweiten, indem von den Kliniken der Städte ein Sog in die Fläche erzeugt wird.⁶⁴ Sollte eine derartige Entwicklung eintreten, könnten sich hieraus folgende Konsequenzen ergeben:

1. Die Abwanderung weiterer Patienten führt bei einem Großteil der kleinen Krankenhäuser auf dem Land zur Unterschreitung des Betriebminimums, so dass einzelne Abteilungen oder die Klinik geschlossen werden müssen. Als Betriebsminimum könnte eine Bettenanzahl von etwa 150 bis 200 Betten bei Vollversorgung angesehen werden.⁶⁵
2. Die Ausdünnung der medizinischen Versorgung auf dem Land führt zur Rationierung gerade der weniger mobilen älteren Patienten, was zu Gerechtigkeitsproblemen führt.
3. Die Erhöhung der Behandlungen in den Städten führt zu einer stärkeren Belastung der Ärzte und des Pflegepersonals, die aufgrund des allgemeinen Personalabbaus in Zukunft ohnehin stärker in Anspruch genommen werden dürften. Werden die Belastungen zu groß, können hieraus ebenso Qualitätsprobleme entstehen. Auf die Wirkungen, die eine sinkende Verweildauer auf die Beanspruchung des Personals ausüben kann, wird im folgenden Kapitel eingegangen.

Um ein besseres Bild von den Ursachen der festgestellten Entwicklung zu bekommen, müssen weitergehende Forschungen angestellt werden. Folgende Entwicklungen sind zu prüfen:

- Ist eine Wanderung der Bevölkerung in Städte feststellbar?
- Gibt es bei den Erwartungen regionale Unterschiede, z. B. zwischen dem Westen und dem Osten Deutschlands?

63 Vgl. Robra/Swart/Felder (2002), S. 47 f.

64 Vgl. Warburg (2003), S. 4

65 Vgl. Neubauer (2002b), S. 166

- Inwieweit könnte sich eine steigende Mobilität hierauf ausgewirkt haben?

4.1.2

Kostensenkung in deutschen Krankenhäusern

Neben der Fallzahlenausweitung, dürften deutsche Krankenhäuser aufgrund des Kostendrucks, dem viele Häuser durch das DRG-System ausgesetzt sind, vor allem Kostensenkungsstrategien verfolgen. Auf die Ergebnisse und wie diese zu interpretieren sind, wird im Folgenden eingegangen.

4.1.2.1

Senkung der Verweildauer und Abbau von Betten

Die Ergebnisse zeigen, dass Kliniken u. a. versuchen werden, die Verweildauern der stationär behandelten Patienten weiter abzusenken. Lagen die Verweildauern im Jahr 2001 noch bei 9.8 Tagen, so ergibt sich für die vorliegende Stichprobe ein Durchschnittswert von lediglich 8.5 Tagen, was bereits eine klare Tendenz darstellt. Im Zusammenhang mit einer angestrebten Verweildauersenkung, kann ein Bettenabbau festgestellt werden. Im Folgenden gilt es zu klären, welche weiteren Aspekte Berücksichtigung finden müssen und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben können.

In Anlehnung an Abbildung 1 könnte eine Möglichkeit einer höheren Verweileffizienz darin gesehen werden, die Zahl der Behandlungen bei gleich bleibendem Faktoreinsatz zu erhöhen und somit mehr Behandlungen abzurechnen. Problematisch erscheint hierbei, dass im Rahmen der durchgeführten Erhebung deutlich wurde, dass die Kliniken insgesamt eher von sinkenden Behandlungszahlen ausgehen. Für den Gesamtmarkt betrachtet, wird die Verweildauersenkung somit einen Bettenabbau nach sich ziehen, da die Auslastung der Kapazitäten (Bettennutzungsgrad) nicht auf dem hohen Niveau gehalten werden kann. Selbst Krankenhäuser mit steigenden Fallzahlen dürften die steigende Verweileffizienz nicht kompensieren können. Zur Verdeutlichung dient folgendes Beispiel:

Reduziert ein Krankenhaus mit 1000 Akutbetten seine VD um einen Tag von acht Tagen auf sieben, müsste es bei gleicher Auslastung über 5000 neue Patienten gewinnen (+ 14.3 %), um einen Bettenabbau zu verhindern.⁶⁶ Es wird daher davon ausgegangen, dass die Senkung der Verweildauer mit einem deutlichen Bettenabbau einhergehen wird, welcher wiederum dazu genutzt

⁶⁶ Bei der Berechnung wurde auf die Burton-Hill-Formel bei Unterstellung einer Auslastung von 80 % zurückgegriffen. Zur Berechnung der Burton-Hill-Formel vgl. Kapitel 2.2

werden kann, Personal und somit Kosten einzusparen. Der eigentliche Nutzen des Effizienzgewinns kann somit nur bedingt in der Produktion und Abrechnung weiterer Behandlungsfälle gesehen werden, sondern dürfte aus Sicht des Krankenhauses eher in dem Absenken der hohen Fixkosten durch Personaleinsparungen gesehen werden.

Die entscheidende Frage bei der Betrachtung der Verweildauer ist aber, wo dieser Effizienzgewinn erzeugt wird. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Patienten von „heute auf morgen“ gesünder werden, sind im Folgenden diesbezüglich Betrachtungen anzustellen.

Wird erneut auf Abbildung 1 zurückgegriffen, zeigt sich, dass die Verweildauer dadurch verkürzt werden kann, dass die medizinische oder technische Effizienz im Krankenhaus angehoben wird. Hierbei könnten folgende Maßnahmen in Frage kommen:

Erhöhung der med. Effizienz	Erhöhung der techn. Effizienz
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Doppeluntersuchungen • Durchlaufterminierung • Wirksamere Diagnostik • Wirksamere Therapien/Operationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Einzelleistungen pro Patient

Tabelle 10: Möglichkeiten zur Verweildauersenkung
Quelle: Eigene Darstellung

Die medizinische Effizienz könnte grundsätzlich durch eine bessere Koordination der vorhandenen Einzelleistungen erhöht werden.

So ließe sich die Gefahr von Doppeluntersuchungen dadurch verringern, dass die Leistungserstellung zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich besser koordiniert wird. Durch Weitergabe der Befunde an die Krankenhäuser dürften erneute Diagnosen im Krankenhaus teilweise überflüssig werden, wodurch sich Kosten und Zeit einsparen ließen.⁶⁷

Eine Verbesserung der Ablaufprozesse könnte des Weiteren in einer Art Durchlaufterminierung erzielt werden. Durch Absprache mit dem niedergelassenen Bereich wird der Zeitpunkt der Einlieferung mit den vorhandenen Kapazitäten abgestimmt und eine interne Prozessabfolge festgelegt, an Hand derer

⁶⁷ Vgl. Rychlik (1999), S. 18

der Patient schnellst möglich durch den stationären Bereich geschleust werden kann.

Eine dritte Möglichkeit zur Erhöhung der medizinischen Effizienz, dürfte in einer Verbesserung der Diagnostik durch moderne technische Geräte gesehen werden. So lassen sich durch den Einsatz von MRT-Geräten⁶⁸ im Krankenhaus die Anzahl der Untersuchungen zur Befundstellung zum Teil deutlich reduzieren und damit Zeitvorteile gewinnen.⁶⁹

Analog zum Bereich der Diagnostik könnten wirksamere Therapien und Operationsmethoden im Bereich des invasiven Eingriffs und danach zu einer höheren medizinischen Effizienz führen. Beispiele in diesem Bereich sind so genannte Fast Track Programme, bei denen Patienten nach einer Krebsoperationen des Dickdarms bereits nach zwei Tagen anstatt nach 3 bis 4 Tagen wieder nach Hause entlassen werden. Diese Gewinne basieren vor allem auf neuen Methoden bei der Vor- und Nachbehandlung der Patienten. Durch eine frühzeitige orale Ernährung des Patienten und durch eine andere Art der Schmerztherapie, lassen sich die Verweildauern zum Teil erheblich senken.⁷⁰

Eine Erhöhung der technischen Effizienz lässt sich dadurch erzielen, dass die vorhandenen Produktionsfaktoren besser genutzt und somit mehr medizinische Einzelleistungen pro Patient erbracht werden können. Beispiele hierfür wären der verstärkte Einsatz von Medikamenten oder die Ausweitung der Pflegeleistungen durch das Personal.

Werden die Entwicklungen der vergangenen Jahre sowie die Ergebnisse der Untersuchung zugrunde gelegt, stehen diesen Möglichkeiten zur Verweildauernsenkung eine Reihe von Faktoren entgegen. Problematisch dürften hierbei vor allem die begrenzten finanziellen und personellen Kapazitäten sein.

Durch den seit Jahren feststellbaren Personalabbau im Krankenhaussektor dürften die Krankenhausangestellten bereits heute starken Belastungen ausgesetzt sein.⁷¹ Die an Hand der Untersuchung festgestellte Verweildauerverkürzung wird diesen Trend weiter forcieren und vor allem den Bereich der Anschlussheilbehandlung betreffen. Da die Anzahl der Patienten und somit die zu erbringenden medizinischen Einzelleistungen nicht geringer werden, müssen weniger Angestellte mehr Leistungen erbringen. Diese höhere technische Effizienz wird, sofern sie überhaupt erreicht werden sollte, nicht dazu beitra-

68 MRT steht für Magnetresonanztomographie

69 Vgl. May (2002), S. 68

70 Vgl. http://www.endoskopie-online.at/modern/100504_fasttrack.html

71 Allein zwischen 1990 und 2001 sank der Anteil der Vollbeschäftigten im Krankenhausbereich um 5 %, während im selben Zeitraum die stationären Fallzahlen um 19 % anstiegen. Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 14

gen, dass Patienten schneller gesunden. Um eine raschere Gesundung zu ermöglichen, müssten mehr medizinische Einzelleistungen pro Patient erbracht werden. Ohne weiteres Personal vor allem im Bereich der Pflege erscheint eine Senkung der Verweildauer durch die alleinige Steigerung der technischen Effizienz aus diesem Grund nicht realistisch.

Eine Steigerung der medizinischen Effizienz durch wirksamere Verfahren (Fast Track Programme) oder eine bessere Diagnostik dürfte neben qualifizierten Personal zusätzlich finanzielle Ressourcen erfordern. Wirksamere Verfahren benötigen oftmals teurere Medikamente sowie einen erhöhten Personaleinsatz. Im Bereich der Diagnostik könnten die hohen Investitionskosten (z. B. bei MRT-Geräten) gegen die Neuanschaffung von neuer Medizintechnik sprechen.

Insgesamt bleibt also abzuwarten, welche Konsequenzen sich aus der weiteren Reduktion der stationären Liegezeit ergeben werden. Nicht auszuschließen sind an Hand der eben geschilderten Probleme Fehlentwicklungen wie die verfrühte Entlassung von Patienten oder die Abnahme von am Patienten erbrachten Leistungen und somit der Qualität der Behandlung aufgrund fehlender personeller Ressourcen.

Eine kostengünstige und Personal schonende Alternative dürfte in einer verstärkten Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich zu finden sein. Besonders vorteilhaft könnte hierbei die direkte Ansiedelung von Arztpraxen auf dem Gelände des Klinikums sein, da sich hierdurch eine bessere Abstimmung zwischen den Bereichen erzielen ließe.⁷² Das starke Interesse der befragten Krankenhäuser an Integrierten Versorgungskonzepten könnte als Hinweis in diese Richtung gesehen werden.

4.1.2.2

Die Fremdvergabe von betriebsfremden Leistungen

Eine weitere Möglichkeit der Kostensenkung könnte für deutsche Krankenhäuser in der Fremdvergabe von Leistungen bestehen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Patientenbehandlung stehen.

Die Erhebung zeigt, dass ein derartiger Trend vor allem in den Bereichen der Gebäudereinigung und Küche ausgeprägt ist. Bei der Technik sind es noch etwa ein Viertel der befragten Krankenhäuser, die derartige Rationalisierungen durchführen wollen und über eine Übertragung von Managementaufgaben an Dritte denken rund 10 % der untersuchten Kliniken nach. Zunächst ist zu

72 Ein Beispiel hierfür ist das Evangelische Krankenhaus Elisabethenstift in Darmstadt. Hier werden bereits seit längerer Zeit im Rahmen einer Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich Synergieeffekte genutzt, indem im direkten Anschluss an das Akutkrankenhaus ein Ärztehaus errichtet wurde. Vgl. Elisabethenstift <http://www.krankenhaus-elisabethenstift.de/>

klären, worauf die unterschiedlich starken Ausprägungen zurückgeführt werden können. Eine mögliche Interpretation geht dabei in folgende Richtung:

Der Großteil deutscher Kliniken wird in Zukunft versuchen, durch die Fremdvergabe von Abteilungen Personalkosten in Sachkosten umzuwandeln. Betroffen sind vor allem die Abteilungen, die mit den Kernprozessen der Klinik nur indirekt in Verbindung stehen bzw. die für die Klinik nur eine untergeordnete Rolle spielen. So kann erklärt werden, warum Technik und Management in einer deutlich geringeren Anzahl an Fällen aus der Organisation herausgelöst werden. Unter den Bereich Technik fällt insbesondere die medizinische Gerätetechnik, auf die das Krankenhaus zur Durchführung von Diagnosen und Operationen angewiesen ist, so dass durch die Weggabe dieses Bereichs an Dritte ein Abhängigkeitsverhältnis entstehen würde. Die Übertragung von Managementaufgaben auf Externe dürfte zwar mit einer Reihe von Vorteilen verbunden sein, denen aber ebenfalls ein Verlust an Unabhängigkeit entgegensteht.

Insgesamt ist zu hinterfragen, ob durch die festgestellten Tendenzen beim Outsourcing die Gesamtkosten des Krankenhauses gesenkt werden können. Da die Fremdvergabe vor allem Bereiche betrifft, in denen Personal in niedrigen Vergütungsgruppen arbeitet, könnten diese Maßnahmen nicht zu dem gewünschten Effekt führen. Wirkungsvoller wäre der Abbau von ärztlichem oder pflegerischem Personal, welches den Großteil der Personalkosten ausmacht.⁷³ Das Outsourcing wird daher als flankierende Maßnahme den bereits beschriebenen Personalabbau in dem Bereich der Anschlussheilbehandlung unterstützen.

4.1.2.3

Interesse der befragten Krankenhäuser an Beschaffungsverbänden

Der Beitritt von Kliniken in Beschaffungsverbände könnte als weitere Möglichkeit der Krankenhäuser gesehen werden, um ihre Kostenstrukturen zu verbessern. In Zahlen ausgedrückt ergeben sich folgende Einsparpotentiale:⁷⁴

- Alleine durch Standardisierung der Produkte und durch Optimierung der Produktspezifikationen können zwischen 10 und 15 % der Gesamtkosten eingespart werden.
- Wird darüber hinaus eine Optimierung der Vertragsverhandlung und Vertragsgestaltung durchgeführt, lassen sich weitere 10 % einsparen.

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, sind bereits viele der befragten Kliniken Mitglied in einem Einkaufsverbund. 42.9 % der privaten, 38.5 % der f.-g. und 25 %

73 Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003), S. 16

74 Vgl. Deutsches Krankenhaus Institut/A. T. Kearney (2003), S. 4

der öffentlichen Häuser führen ihren Einkauf nicht mehr alleine durch. Ein Grund für die Unterschiede zwischen den Trägerorganisationen könnte in der Krankenhaus übergreifenden Organisation gesehen werden. So zeigt eine weitere Untersuchung, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Trägerorganisation und der Zugehörigkeit von Kliniken zu Krankenhausketten besteht (0.378). Öffentliche Kliniken sind am geringsten, private Kliniken am stärksten in Ketten organisiert. Es kann vermutet werden, dass Krankenhäuser, die einer Kette angehören, eher über einen zentralen Einkauf verfügen dürften, als allein operierende Kliniken.

Wie Tabelle 6 zeigt, kann aber davon ausgegangen werden, dass sich die Zahl der Kliniken, die Mitglied einer Einkaufsgesellschaft sind, deutlich erhöhen wird. Sehr groß ist das festgestellte Interesse der Kliniken, die ihren Einkauf bislang alleine durchführen.

Inwiefern sich aus diesen Veränderungen Einsparpotentiale für die Krankenhäuser ergeben können, hängt entscheidend von der Marktmacht der Einkaufsgesellschaften gegenüber den Medizindienstleistern ab. Wird beispielsweise die ProSpitalia GmbH betrachtet, die in Deutschland das Beschaffungsmanagement von mittlerweile 375 Kliniken übernimmt, kann von einer starken Marktmacht dieses Verbundsystems ausgegangen werden, dessen Einfluss sich kaum ein Medizindienstleister entziehen dürfte.⁷⁵

Es kann abschließend festgehalten werden, dass der Beitritt von Kliniken in Einkaufsverbände zu einer deutlichen Reduzierung der Gesamtkosten beitragen und somit die krankenhausindividuelle Base Rate absenken könnte.

4.1.2.4

Kooperationen zur Nutzung medizinischer Großgeräte

Wie bei der Präsentation der Ergebnisse dargestellt, liegen bei über 40 % der öffentlichen und f.-g. und bei etwa einem Viertel der privaten Kliniken Bestrebungen zur Kooperation mit anderen Häusern zur gemeinsamen Nutzung medizinischer Großgeräte vor.

Das entscheidende Moment, welches sich auf die Planungen der untersuchten Krankenhäuser ausgewirkt haben dürfte, sind die Investitionskosten kapitalintensiver Anlagegüter. So kann davon ausgegangen werden, dass für Einzelgeräte nicht selten 1 Mio. € und mehr durch das Krankenhaus ausgegeben werden müssen.⁷⁶ Die Finanzierung dieser Investitionen, bei denen von einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren ausgegangen werden kann, erfolgt über

⁷⁵ Vgl. ProSpitalia <http://www.prospitalia-gmbh.de/>

⁷⁶ Vgl. Bruckenberg (1999)

die in Kapitel 2 vorgestellte Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 KHG). Aufgrund der finanziellen Engpässe, unter denen die Bundesländer derzeit leiden und die in den vergangenen Jahren zu einem Investitionsstau geführt haben, dürften die von den Krankenhäusern aufgestellten Investitionsprogramme weit reichenden Kürzungen unterliegen. Einen Ausweg aus diesen Kürzungen könnten daher Kooperationen zwischen Krankenhäusern darstellen, bei denen je nach Inanspruchnahme des einzelnen Krankenhauses Teile der Investitionskosten übernommen werden müssen, hierdurch allerdings auch ein Miteigentum am Großgerät erworben wird.⁷⁷

Die ungünstige Situation bei der Investitionsfinanzierung vor allem der öffentlichen Kliniken könnte als Ursache für das große Interesse an einer derartigen Kooperation angesehen werden.

4.1.3

Veränderung des Leistungsangebotes

Ein weiteres Ziel der Untersuchung besteht darin herauszufinden, ob deutsche Kliniken in Zukunft versuchen werden, ihr Leistungsangebot zu verändern. Durch die Spezialisierung oder den Auf- und Ausbau anderer Bereiche, könnten Kosten gesenkt und neue Einnahmemöglichkeiten erschlossen werden. Im Folgenden werden die aus der Umfrage gewonnenen Ergebnisse erörtert.

4.1.3.1

Weggabe von Funktionseinheiten

Wie bereits in Kapitel 2 angesprochen, könnten Krankenhäuser versuchen ihre Kosten zu senken, indem sie sich auf einzelne Bereiche spezialisieren.

Wie die Ergebnisse der Umfrage zeigen, sind bei den klinischen Fachrichtungen keine derartigen Spezialisierungstendenzen feststellbar. Hierfür könnten zwei Gründe verantwortlich sein:

1. Die untersuchten Krankenhäuser haben ihr Angebot in der Vergangenheit bereits reduziert.
2. Die Krankenhäuser haben entgegen aller Annahmen kein originäres Interesse an einer Spezialisierung.

Das fehlende Interesse an einer Spezialisierung könnte auf die Krankenhausplanung der Länder zurückgeführt werden, welche die Anzahl der vorzuhaltenden Fachrichtungen vorgibt. Werden einzelne Abteilungen durch das Krankenhaus weggegeben, kann es zu einer Reduzierung der staatlichen In-

⁷⁷ Vgl. Bruckenberg (1995)

vestitionsförderung kommen, da diese das Versorgungsangebot der Kliniken bei der Mittelvergabe berücksichtigt. Eine Spezialisierung wäre für Krankenhäuser somit uninteressant.

Im Gegensatz zu den Fachrichtungen konnten bei den Funktionseinheiten Spezialisierungstendenzen festgestellt werden: Bei der Radiologie gehen 6.5 % der Kliniken und beim Labor 9.4 % von einer Fremdvergabe aus. Während im Bereich der Labormedizin vor allem die Personalkosten für eine Fremdvergabe sprechen dürften, kommt bei der Radiologie ein weiterer Faktor hinzu. Da die Radiologie aufgrund der Gerätschaften (z. B. CT-Geräte, MRT-Geräte) zu den kostenintensivsten Bereichen des Krankenhauses zählt, dürfte eine Weggabe in Anbetracht der finanziellen Situation der meisten Kliniken sinnvoll erscheinen. Es wird davon ausgegangen, dass eine qualifizierte Radiologie erst in Krankenhäusern mit über 300 Betten wirtschaftlich arbeiten kann und der Anteil der Häuser ohne eigene Radiologie daher weiter steigen wird.⁷⁸ Inwiefern die Entwicklungen von der Größe, Trägerorganisation oder VST des Krankenhauses abhängen, konnte aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Umfrage nicht festgestellt werden.

Kritisch sind diese Entwicklungen insofern zu betrachten, als dass das Weggeben von Radiologie- und von Laborleistungen Probleme hervorrufen kann bzw. nur unter bestimmten Bedingungen Sinn machen dürfte. Zum einen ist eine regionale Konzentration der Leistungen bei Fremdvergabe erforderlich. Bei der Radiologie zeigen sich in „aktiven Kooperationen“, die in Niedersachsen seit 1979 praktiziert werden, Entwicklungen, bei denen Radiologieabteilungen kleinerer Krankenhäuser geschlossen und die Leistungen dafür in benachbarten größeren Kliniken oder in radiologischen Praxen auf dem Krankenhausgelände durchgeführt wurden.⁷⁹ Im Bereich der Laborleistungen ist eine umgehende Beförderung der Proben erforderlich, um eine hohe Aussagekraft der labormedizinischen Untersuchungen zu gewährleisten.⁸⁰ Zum anderen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Schließung dieser Abteilungen zu Schnittstellenproblemen führt. Um dies zu vermeiden, müsste ein Kommunikationsapparat zwischen den Beteiligten aufgebaut und die Kompetenzen vertraglich fixiert werden.

78 Vgl. Bruckenberger (1999)

79 Vgl. Bruckenberger (1995)

80 Vgl. Knoop (2004), S. A-1226

4.1.3.2

Aufbau Integrierter Versorgungsformen

Wie die Werte in Tabelle 8 zeigen, gehen über 80 % der öffentlichen und f.-g. sowie fast 60 % der privaten Kliniken davon aus, bereits Mitglied in einem Integrierten Versorgungskonzept zu sein oder planen einen künftigen Beitritt. Werden diese Werte mit den Zahlen des Deutschen Ärzteblattes verglichen, ist eine Diskrepanz feststellbar. So geht das Deutsche Ärzteblatt in seiner Augustausgabe aus dem Jahr 2004 von bisher rund 100 bundesweit abgeschlossenen Integrierten Versorgungsverträgen aus.⁸¹ Bei einer Anzahl von 2200 Krankenhäusern in Deutschland entsprächen 100 abgeschlossene Verträge somit einem Anteil von nicht einmal 5 %. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass der Großteil der angegebenen Konzepte mit dem vom Gesetzgeber postulierten Begriff der Integrierten Versorgung wenig zu tun hat.

Ein Grund für diese Fehleinschätzung könnte darauf zurückzuführen sein, dass aufgrund eines mangelnden Verständnisses der Befragten bezüglich des Inhaltes der Frage falsche Angaben gemacht worden sind. Zum anderen könnten die Antworten darauf hindeuten, dass ein Großteil der Krankenhäuser zumindest vorgeben will, Bestandteil eines Integrierten Versorgungskonzeptes zu sein. Wie von Experten ausgegangen wird, versuchten einige Krankenhäuser alten und uralten Wein in neue Schläuche zu gießen, indem bestehende Struktur- und Modellverträge als Integrierte Versorgungskonzepte deklariert und beantragt werden. Grund hierfür dürften die neuen Regelungen zur Anschubfinanzierung Integrierter Versorgungskonzepte sein, die zur Finanzierung der neuen Systeme bis Ende 2006 jedes Jahr 1 % des Budgets der Kliniken einbehalten, die keinem Integrierten Versorgungskonzept angehören.⁸²

Aus den Ergebnissen können insofern Entwicklungen bei den deutschen Krankenhäusern abgeleitet werden, als dass in Zukunft mit einer deutlich steigenden Anzahl von Integrierten Versorgungskonzepten zu rechnen ist. Werden die Schätzungen des Deutschen Ärzteblattes übernommen, dürfte der Anteil integrierter Behandlungsmethoden in den nächsten 10 bis 15 Jahren auf etwa 20 % ansteigen.⁸³

81 Vgl. Clade (2004), S. A-2164

82 Vgl. Clade (2004), S. A-2164

83 Vgl. Späth (2001), S. A-526

4.1.3.3

Ausweitung ambulanter Eingriffe

Neben Integrierten Versorgungskonzepten könnten Krankenhäuser zusätzliche Einnahmequellen im Ausbau des ambulanten oder rehabilitativen Bereichs sehen. In diesem Kapitel wird auf den ambulanten Bereich eingegangen, im nächsten Kapitel folgt die Darstellung des REHA-Bereiches.

Die Auswertung ergibt, dass 93.9 % der öffentlichen, 87.1 % der f.-g. und 84.2 % der privaten Kliniken von einer Ausweitung ihres ambulanten Angebotes ausgehen (vgl. Abbildung 22). Worauf diese sehr deutliche Tendenz zurückzuführen sein könnte, wird im Folgenden analysiert.

Zunächst kann festgehalten werden, dass die Vergütung ambulanter Eingriffe nicht über DRGs erfolgt und auf Operationen beschränkt ist, die in einem eigenen Katalog festgelegt werden (§ 115b SGB V). Da dieser Katalog unter anderem dazu dient, die Qualität der Behandlung und somit die Sicherheit des Patienten zu schützen, beschränkt er sich auf Eingriffe, die derzeit gefahrlos ambulant durchgeführt werden können. Aufgrund des medizinischen Fortschritts ist aber davon auszugehen, dass sich mittelfristig die Menge ambulant möglicher Leistungsbestandteile erhöhen wird.⁸⁴ In den USA hat die Einführung des DRG-Systems im Zeitraum von 1980 bis 1993 einen Anstieg ambulanter Operationen um 211 % gezeigt, während die Zahl stationärer Operationen um 7 % zurückging. Wurde 1980 etwa jede sechste Operation ambulant durchgeführt (16.3 %), fand 1996 bereits mehr als jede zweite Operation (60 %) im ambulanten Bereich des Krankenhauses statt.⁸⁵

Es stellt sich die Frage, inwiefern der in der vorliegenden Umfrage festgestellte Ausbau ambulanter Leistungen sich auf den stationären Bereich auswirken könnte. Zunächst kann angenommen werden, dass durch den zusätzlichen Betrieb des ambulanten Bereichs Synergieeffekte genutzt werden können. Die vorhandenen Kapazitäten wie Operationssäle und Geräte im Bereich der Diagnostik lassen sich mitbenutzen und somit stärker auslasten, wodurch sich die durchschnittlichen Behandlungskosten senken lassen. Werden die Vergütungen zwischen ambulanten und stationären Bereich verglichen, zeigt sich bei ähnlichen Verweildauern ein deutlicher Mehrerlös bei Operationen im stationären Bereich (nach DRG). Aus ökonomischen Gründen dürfte es aus Sicht des Krankenhauses daher nicht ratsam sein, eine Ausweitung des ambulanten Bereichs bei gleich bleibendem Patientenspektrum anzustreben.⁸⁶ Um die Er-

84 Vgl. Bruckenberger (2001), S. 624

85 Vgl. Coffey/Louis (2000), S. 39

86 Vgl. Möws (2003), S. 327

lössituation zu verbessern, müssten daher zusätzliche Patienten mit leichteren Risikogruppen für den ambulanten Bereich gewonnen werden.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der entsprechenden Frage und anderen Fragen gefunden werden. So konnte auch kein Zusammenhang zwischen der Fallzahlenerwartung im stationären Bereich und der Ausweitung ambulanter Eingriffe festgestellt werden. Werden die Ergebnisse der USA und die der vorliegenden Auswertung zugrunde gelegt, kann insgesamt von einer sinkenden Zahl an Behandlungen für den stationären Bereich ausgegangen werden. Aufgrund des medizinischen Fortschritts dürften in Zukunft mehr Operationen ambulant durchgeführt werden, da sich hierdurch auch Kosteneinsparungen für die Kostenträger ergeben dürften.

4.1.3.4

Ausweitung des Angebots rehabilitativer Leistungen

Unter die Veränderung des Leistungsangebotes fällt ebenso der Ausbau von Leistungen im Pflegebereich. Für Akutkrankenhäuser könnte ein zusätzliches Angebot von REHA-Leistungen folgende Vorteile mit sich bringen:⁸⁷

- Abrechnung zusätzlicher Erlöse. In Verbindung mit dem Akutbereich könnten Komplexpauschalen mit den Kostenträgern vereinbart werden.
- Nutzung bereits vorhandener personeller Kapazitäten. Neben dem medizinischen Personal dürfte vor allem der Rückgriff auf Fachärzte von hohem Wert sein.
- Nutzung der medizinischen Infrastruktur (Gerätetechnik).
- Optimale Steuerung des Patientendurchlaufs und Einflussnahme auf die Qualität.
- Nicht auszuschließen ist des Weiteren, dass Kliniken, die über einen eigenen REHA-Bereich verfügen, Patienten schneller nach dem invasiven Eingriff hierhin überweisen. Hierdurch könnte wiederum die am Anfang des Kapitels angesprochene Verweildauer gesenkt werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen sehr deutlich, dass bereits viele Kliniken derartige Leistungen anbieten (43.1 %) und dass weitere Kliniken über einen Aufbau eines eigenen REHA-Bereichs nachdenken (9.2 %). Die Krankenhäuser, die bereits eigene Leistungen anbieten, rechnen mit einem Ausbau für die Zukunft, wobei Unterschiede in Abhängigkeit mit der Trägerorganisation fest-

⁸⁷ Vgl. Messemer/Margreiter (2002), S. 157 f.

stellbar sind (vgl. Abbildung 23). Für den Aufbau eines REHA-Bereichs bieten sich in Abhängigkeit der Kapitalintensität folgende Möglichkeiten an:⁸⁸

- Die günstigste Form stellt die Umwandlung von abgebauten Akut-Betten in REHA-Betten dar, wobei die Räumlichkeiten vorhanden und die Anzahl durchführbarer Behandlungen klein ist.
- Die nächste Möglichkeit besteht in dem An- oder Neubau einer REHA-Einheit in unmittelbarer Nähe der Klinik, wobei sich auch hierbei eine Reihe von Synergieeffekten nutzen lassen.
- Bei Erreichen der kritischen Mindestgröße und der nötigen Kapitale Ausstattung, ist der Bau einer eigenständigen REHA-Klinik denkbar.

Inwiefern die befragten Krankenhäuser ihre Leistungen tatsächlich ausweiten werden, hängt entscheidend von den finanziellen Möglichkeiten ab. Je größer die Klinik, desto größer dürfte der Investitionsbedarf sein, da dementsprechend umso mehr REHA-Betten benötigt werden. Des Weiteren kann angenommen werden, dass der Erfolg eines REHA-Bereichs von seiner Kostenstruktur abhängt. Werden ähnliche Kostenstrukturen wie im stationären Bereich aufgebaut, dürfte sich dieser Bereich als nicht wettbewerbsfähig erweisen.⁸⁹

4.1.4

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es u. a. herauszufinden, in welche Richtung sich der deutsche Krankenhausmarkt in Zukunft bewegen wird. Hierzu sind in den letzten Kapiteln die aus der Umfrage gewonnenen allgemeinen Ergebnisse diskutiert und erörtert worden.

Wie bereits bei der Präsentation der Ergebnisse deutlich wurde, können neben allgemeinen aber auch spezielle Entwicklungen identifiziert werden. Diese speziellen Entwicklungen unterscheiden sich in erster Linie in Abhängigkeit zur Trägerorganisation und Versorgungsstufe. In den nächsten Kapiteln wird daher untersucht, inwiefern die Ergebnisse der Umfrage Rückschlüsse auf die Entwicklungen einzelner Krankenhausgruppen zulassen. Es wird hierbei eine separate Betrachtung der öffentlichen, f.-g. und privaten Kliniken durchgeführt.

88 Vgl. Messemer/Margreiter (2002), S. 158 f.

89 Vgl. Messemer/Margreiter (2002), S. 159

4.2

Entwicklungen der einzelnen Krankenhausgruppen

Nach der Diskussion allgemeiner Entwicklungen, werden im Folgenden die einzelnen Krankenhausgruppen untersucht. Ziel ist es hierbei, Aussagen über die künftige Positionierung dieser Anstalten im Markt treffen zu können.

4.2.1

Situation der öffentlichen Krankenhäuser

4.2.1.1

Ausgangssituation

Die Einschätzung der finanziellen Auswirkungen des DRG-Systems eignet sich als Einstieg für die folgenden Betrachtungen. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass öffentliche Krankenhäuser die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems am ungünstigsten von allen drei Krankenhausgruppen einschätzen. Während mehr als die Hälfte der Kliniken von einer Verschlechterung ausgehen, erwarten nur 12.5 % der Häuser eine finanzielle Verbesserung. Grund hierfür dürften vor allem die hohen Kostenstrukturen dieser Häuser sein, die auf das breite medizinische Angebot (Versorgungsstufen) zurückgeführt werden können. Öffentliche Krankenhäuser sind zu etwa gleichen Teilen in der zweiten, dritten und vierten Versorgungsstufe vertreten. Sie stellen damit 70 % aller Kliniken der dritten und über 90 % der Krankenhäuser der vierten Versorgungsstufe dar (vgl. Abbildung 7). Die hohen Kostenstrukturen sind zum einen auf die höheren Fixkosten zurück zu führen. Diese werden dadurch erzeugt, dass mehr und besser ausgebildetes Personal sowie kapitalintensivere Geräte vorgehalten werden müssen. So zeigt ein Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt 46.5 % höhere Personalkosten und 72 % höhere Instandhaltungskosten. Zum anderen ist der Anteil der Patienten mit komplizierten Krankheitsbildern deutlich höher, so dass auch die Behandlungskosten (variable Kosten) ansteigen. Hierunter fallen vor allem die Arzneimittelkosten und die Kosten für den medizinischen Bedarf. Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt geben Universitätskliniken fast 130 % mehr Geld für Arzneimittel und medizinischen Bedarf aus.⁹⁰

Es ist zu erwarten, dass bei Beibehaltung des derzeitigen DRG-Systems die höheren Kosten dieser Häuser nicht abgedeckt werden, da die DRG-

90 Vgl. Statistisches Bundesamt (2003)

Vergütungen nach den durchschnittlichen Kosten aller Kliniken kalkuliert werden. Ausnahmen stellen Behandlungen dar, die ausschließlich in Krankenhäusern der Maximalversorgung durchgeführt werden, da in diesem Fall auch nur diese Häuser bei der Kalkulation berücksichtigt werden.⁹¹

Der hohe Anteil von Kliniken der Zentrums- und Maximalversorgung ist als Grund dafür aufzufassen, dass öffentliche Kliniken die DRG-Einführung als finanzielle Bedrohung ansehen.

4.2.1.2

Strategien öffentlicher Krankenhäuser

Die Ergebnisse der Studie zeigen verschiedene Strategien, die von öffentlichen Krankenhäusern in Zukunft verfolgt werden könnten. Im Einzelnen lassen sich hierbei Bestrebungen zur Fallzahlenerhöhung im stationären Bereich, zur Kostensenkung und zur Veränderung des Leistungsangebotes unterscheiden. Wie aus Tabelle 9 ersichtlich ist, weisen öffentliche Kliniken insgesamt die größte Dynamik auf, was auf ihre sehr ungünstige finanzielle Situation zurückzuführen sein dürfte.

Um die Erlössituation zu verbessern können öffentliche Kliniken ihre stationären Behandlungszahlen erhöhen. Wie die Umfrage ergibt, gehen hiervon nur Kliniken in Ballungsgebieten aus. Wird berücksichtigt, dass der Großteil der Kliniken dritter und vierter Versorgungsstufe staatlich ist, kann gefolgert werden, dass vor allem die staatlichen Maximalversorger von höheren Fallzahlen ausgehen, wohingegen Kliniken der dritten VST eher von sinkenden als von steigenden Behandlungszahlen ausgehen. Grund hierfür könnte eine Wanderung von Patienten hin zu den Häusern der Maximalversorgung sein (vgl. Abbildung 17). Der erwartete Zuwachs an Patienten bei den großen Kliniken könnte auf ihr umfassendes Leistungsangebot als auch auf ihr Renommée zurückgeführt werden. Die Ergebnisse implizieren somit aber auch eine Veränderung der Angebotsstrukturen dieser Häuser, wenn eine Öffnung hin zur Grund- und Regelversorgung erfolgen soll. Da Patienten mit einfacheren Behandlungsverläufen auch andere Wertigkeiten haben dürften, sind weitgehende Investitionen notwendig, um die Klinik im Vergleich zu kleineren Häusern attraktiver zu gestalten (moderne Infrastruktur, Dienstleistungen etc.).⁹² Wie die Abbildung 13 und Abbildung 14 zeigen, sind finanzielle Engpässe aber vor allem bei den großen öffentlichen Kliniken zu erwarten, was somit Neuinvestitionen behindern dürfte. Hinzu kommt der im Rahmen der Umfrage fest-

91 Vgl. Universitätsklinikum Münster (2002)

92 Vgl. Siess (2002), S. 139

gestellte hohe Investitionsbedarf dieser Häuser, so dass Umstrukturierungen im stationären Bereich unter diesen beiden Gesichtspunkten sehr schwierig erscheinen. Es bleibt abzuwarten, inwiefern Maximalversorger ihre Fallzahlen ausweiten können, wobei diese Strategie unter Berücksichtigung der DRG-Problematik durchaus eine Option darstellen dürfte, um stärker niedrigere Indikationsgruppen in das Leistungsangebot einzubinden.

Neben der Generierung zusätzlicher Erlöse durch eine Erhöhung der Behandlungszahlen zeigen die untersuchten Krankenhäuser sehr deutliche Bestrebungen zur Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauern im stationären Bereich, die von einem massiven Bettenabbau gefolgt werden dürfte. Es ist zu vermuten, dass eine Verkürzung der Verweildauer vor allem dadurch erreicht werden kann, dass die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich verbessert wird und Abläufe innerhalb der Klinik optimiert werden, z. B. durch eine wirksamere Diagnostik oder wirksamere Operationsverfahren. Der Zusammenhang zwischen Versorgungsstufe und Investitionsbedarf, der durch die Untersuchung festgestellt worden ist, sowie die schlechten Finanzierungsmöglichkeiten der großen öffentlichen Kliniken dürften klare Wettbewerbsnachteile dieser Krankenhäuser sein. Eine Optimierung der internen Prozessabläufe wird durch alte Gebäude und IT behindert. Eine Erneuerung dieser führt aufgrund der Größe der Kliniken zu sehr hohen Investitionskosten. Vor allem aus Sicht der Universitätskliniken erscheinen folgende Maßnahmen sinnvoll, wobei der Investitionsbedarf in anderen Bereichen hierdurch nicht kompensiert werden kann:

- Eingehen von Kooperationen mit dem niedergelassenen Bereich.
- Kooperationen unter Krankenhäusern, um Investitionskosten und laufende Kosten im Bereich der Diagnostik zu senken.
- Nutzung des Know-hows in Unikliniken zur Entwicklung neuer wirksamerer Behandlungsmethoden.

Bei den übrigen Kostensenkungsmaßnahmen gehen öffentliche Kliniken ähnliche Wege wie f.-g. und private Krankenhäuser, zeigen aber ein stärkeres Interesse am Beitritt in Beschaffungsverbünde. Da die Einsparmöglichkeiten durch den Beitritt in Einkaufsgesellschaften hoch einzuschätzen sind, dürfte ein Großteil der öffentlichen Kliniken diesen beitreten und einen Teil seiner Medizinprodukte in Zukunft hierüber beziehen.

Neben einer Fallzahlenerhöhung und Kostensenkungsmaßnahmen, gehen öffentliche Kliniken sehr stark von einer Veränderung ihres Leistungsangebotes hin zu ambulanten und rehabilitativen Leistungen aus. Vor allem im Bereich der Pflege könnten diesen Bestrebungen finanzielle Grenzen gesetzt sein. Hier kommt hinzu, dass die großen, öffentlichen Häuser umfangreichere Kapazitäten als kleine Krankenhäuser bereithalten müssen. Ob die Umwidmung von stationären Bereichen in Pflegebereiche ausreichend ist, muss daher

hinterfragt werden. Eventuell könnte der Anbau oder Neubau von Gebäuden erforderlich sein, um rehabilitative Leistungen in Zukunft sinnvoll anbieten zu können. In diesem Bereich könnten daher Kooperationen sinnvoll erscheinen. Unter Zugrundelegung eines Qualitätsstandards könnten Kontingente in anderen REHA-Einrichtungen gekauft werden, in welche die behandelten Patienten je nach Vereinbarung überwiesen werden.

4.2.1.3

Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser

An Hand der durchgeführten Untersuchung konnte ein gutes Bild von der derzeitigen Situation öffentlicher Krankenhäuser gewonnen werden. Aufgrund ihrer sehr hohen Kostenstrukturen dürften sie unter den derzeitigen Bedingungen einer existentiellen Bedrohung ausgesetzt sein. Problematisch erscheint hierbei vor allem der Mangel finanzieller Mittel, der eine schnelle Anpassung an das neue Vergütungssystem nicht gestattet.

Wie gezeigt werden konnte, sind es vor allem die Maximalversorger, die zunehmend unter Druck geraten. In diesem Bereich ist es erforderlich zu verfolgen, in wie fern Änderungen von der Bundes- oder den Landesregierungen durchgesetzt werden. Jüngste Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums, Sonderregelungen für diese Kliniken nicht mehr ausschließen zu wollen, gehen in eine solche Richtung.⁹³

Eine letzte Möglichkeit der Existenzsicherung stellen schließlich Fusionen dar. Wie die Ergebnisse der Umfrage zeigen (vgl. Abbildung 24), gehen 30 % der befragten öffentlichen Kliniken, von einer Fusion mit einem anderen Krankenhaus in Zukunft aus. Wie die Fusion der Universitätskliniken Kiel und Lübeck gezeigt hat, dürften sich die Fusionen nicht auf kleinere, öffentliche Häuser beziehen, sondern ebenso oder gerade die Universitätskliniken betreffen.

Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Gruppe in Zukunft entwickeln wird und ob sich der Trend der vergangenen 10 Jahre (private Kliniken: + 21 %, f.-g. Kliniken: keine Veränderung, öffentliche Krankenhäuser: - 27 %) fortsetzen wird.⁹⁴

93 Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2004), S. 598

94 Vgl. Neubauer (2002a), S. 83

4.2.2

Entwicklungen bei frei-gemeinnützigen Krankenhäusern

4.2.2.1

Ausgangssituation

Wird wie bei den öffentlichen Krankenhäusern zunächst die Einschätzung des neuen Vergütungssystems betrachtet, zeigt sich, dass f.-g. Kliniken die finanziellen Auswirkungen der DRG-Einführung am positivsten beurteilen. Grund hierfür dürften erneut die Kostenstrukturen sein. Nur 27 Prozent der befragten Häuser gehen davon aus, höhere Fixkosten als andere Kliniken aufzuweisen. Bei den öffentlichen Kliniken waren dies noch 57 % der Stichprobe (vgl. Abbildung 12). Eine analoge Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Träger und VST zeigt den Schwerpunkt f.-g. Kliniken im Bereich der Regelversorgung (76.9 %). Darüber hinaus werden auch Leistungen bei der Grund- (7.7 %) und der Zentrumsversorgung (15.4 %) angeboten. Diese Ausrichtung könnte daher ein wesentlicher Grund für die günstigeren Kostenstrukturen der f.-g. Kliniken gegenüber den öffentlichen Einrichtungen sein. Aufgrund der niedrigeren VST sind einerseits die Vorhalteleistungen (Gerätetechnik, Spezialisten) und somit die Fixkosten geringer, andererseits sinken auch variable Kostenbestandteile, wenn die Komplexität der Behandlungen sinkt. Gegenüber öffentlichen Maximalversorgern besteht zudem eine vorteilhafte Situation darin, dass Fälle hoher Indikationsgruppen weiter überwiesen werden können, wohingegen Kliniken der 4. VST alle zugewiesenen Fälle annehmen müssen.

4.2.2.2

Strategien frei-gemeinnütziger Krankenhäuser

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten auch bei den f.-g. Kliniken auf starke Veränderungen in der Zukunft hin. Selbst wenn die feststellbaren Entwicklungen nicht so ausgeprägt wie bei den öffentlichen Häusern sind, ist davon auszugehen, dass die Neuerungen im Gesundheitswesen Reaktionen bei f.-g. Trägern hervorrufen werden. Im Folgenden werden auf Bestrebungen zur Fallzahlenerhöhung, zur Kostensenkung und zur Veränderung des Leistungsangebotes, die bei dieser Krankenhausgruppe festgestellt worden sind, eingegangen.

Auch wenn bei f.-g. Krankenhäusern insgesamt von sinkenden Fallzahlen ausgegangen wird, gehen Häuser in Ballungsgebieten von einem Patientenzuwachs aus. Über die Hälfte der f.-g. Kliniken erwartet dort eine Erhöhung der

Behandlungszahlen, was vor allem auf die positiven Erwartungen der Kliniken der ersten und zweiten Versorgungsstufe zurückzuführen sein dürfte.

Ebenso wie bei den öffentlichen Kliniken wird ein Bettenabbau aber selbst bei steigenden Fallzahlen nicht zu verhindern sein, da auch die f.-g. Häuser von einer weiteren deutlichen Reduzierung der Verweildauer ausgehen (vgl. Abbildung 20). Die an Hand der Befragung festgestellte Verweildauer von 8.1 Tagen wird daher in Zukunft weiter absinken. Wie bereits angesprochen, dürfte die Reduzierung der Verweildauer vor allem dadurch erreicht werden, dass die Abläufe bei der Patientenbehandlung optimiert werden. Die Tatsache, dass Patienten in f.-g. Einrichtungen am kürzesten im Vergleich zu den anderen Krankenhausgruppen liegen, zeigt ihre Wettbewerbsfähigkeit in diesem Bereich. Vorteilhaft gegenüber den großen öffentlichen Kliniken dürfte insbesondere der geringere Investitionsbedarf sein, der im Rahmen der Auswertung festgestellt werden konnte. Nachteilig wirkt sich allerdings auch hier die ungenügende Investitionsfinanzierung aus, die kapitalintensiven Investitionen im Weg stehen dürfte. Mögliche Handlungsalternativen könnten daher vor allem in Kooperationen gesehen werden. Einerseits könnte eine bessere Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich angestrebt werden, andererseits könnten Kooperationen zwischen den Kliniken helfen, die Investitionskosten für wirksamere Medizingeräte vor allem im Bereich der Diagnostik zu senken. Neben der Verweildauersenkung verfolgen die f.-g. Krankenhäuser weitere Einsparmaßnahmen, die sich allerdings nicht maßgeblich von denen der öffentlichen Häuser unterscheiden. Leichte Unterschiede zeigen sich bei der Einstellung zu Beschaffungsverbänden. Einerseits sind die Krankenhäuser bereits stärker vertreten, andererseits zeigen die Häuser, die ihren Einkauf bisher alleine durchführen, ein geringeres Interesse zum Beitritt. Die Gründe hierfür konnten nicht geklärt werden.

Beim Angebot von ambulanten und rehabilitativen Leistungen schlagen f.-g. Kliniken eine ähnliche Richtung wie öffentliche Häuser ein. Einen Wettbewerbsvorteil könnten diese Häuser vor allem im Bereich der Pflege haben, in dem sie bereits heute stark repräsentiert sind. So bieten 75 % aller kirchlichen Trägerorganisationen neben dem stationären Bereich weitere Dienstleistungen an, unter anderem den parallelen Betrieb von Pflegeheimen. Da davon auszugehen ist, dass dieser Bereich aufgrund der demographischen Entwicklung weiter wachsen wird, sind die f.-g. Krankenhäuser diesbezüglich gut aufgestellt.⁹⁵ Sind allerdings größere Umbaumaßnahmen in diesem Bereich erforderlich, könnten den erforderlichen Investitionen ebenso wie bei öffentlichen Häusern fehlende finanzielle Mittel entgegenstehen. Auch wenn f.-g. Kliniken über eine stärkere Eigenfinanzierung verfügen, ist der Anteil der staatlichen

⁹⁵ Vgl. Müschenich (2002), S. 134 f.

Investitionsfinanzierung mit etwa 50 % immer noch sehr hoch (vgl. Abbildung 13). Die Ergebnisse zeigen des Weiteren, dass f.-g. Häuser im noch geringeren Ausmaß als öffentliche Kliniken auf die Kreditfinanzierung in Zukunft setzen. Aufgrund der angespannten finanziellen Lage der Länder dürfte ein Großteil der Investitionsfinanzierung f.-g. Kliniken daher ungeklärt sein.

4.2.2.3

Zukunft der frei-gemeinnützigen Krankenhäuser

Es hat sich in der vorliegenden Untersuchung gezeigt, dass die f.-g. Kliniken ähnliche Strategien wie staatlich getragene Häuser verfolgen. Es hat sich aber ebenso gezeigt, dass die Ausgangssituation eine andere ist, da die f.-g. Krankenhäuser im Gegensatz zu den öffentlichen Anstalten über günstigere Kostenstrukturen verfügen, was sie in Anbetracht der DRG-Einführung wettbewerbsfähiger erscheinen lässt.

Wettbewerbsvorteile könnten sie auch dadurch erlangen, dass sie aufgrund ihrer Ausrichtung in vielen Bereichen des Gesundheits- und Sozialbereichs bereits vertreten sind. Neben dem Nutzen von Synergieeffekten dürften die Erfahrung des Pflegepersonals und die gemeinnützige Ausrichtung der Kliniken dazu beitragen, dass sich diese Einrichtungen weiterhin einer großen Beliebtheit erfreuen.

Als Gefahr dürfte sich wie bei den öffentlichen Häusern die Investitionsfinanzierung herausstellen. Auch wenn sich f.-g. Kliniken stärker eigen finanzieren können, vertrauen sie zu etwa 50 % auf staatliche Beihilfen in der Zukunft. Einen Ausweg aus dieser Situation würden daher Fusionen anbieten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich diesbezüglich 18.4 % der befragten Krankenhäuser Gedanken machen (vgl. Abbildung 24).

Aufgrund der optimistischen Antworten, die im Rahmen der Befragung gegeben wurden, kann vermutet werden, dass sich die f.-g. Kliniken insgesamt halten können und somit auch in Zukunft die größte Krankenhausgruppe in Deutschland darstellen werden.

4.2.3

Entwicklungen bei privaten Krankenhäusern

4.2.3.1

Ausgangssituation

Die Antworten privater Kliniken zeigen, dass gleich viele Häuser von einer Verbesserung bzw. von einer Verschlechterung durch das neue Vergütungssystem

ausgehen. Etwa 43 % gehen davon aus, dass die Abrechnung nach DRGs keine finanziellen Folgen für ihr Krankenhaus haben wird. Das Ergebnis der Umfrage überrascht insofern, als dass private Kliniken die Auswirkungen der DRGs schlechter einschätzen als f.-g. Häuser, obwohl sie niedrigere Kostenstrukturen aufweisen (vgl. Abbildung 10). Die Ursache für die geringeren Kostenstrukturen dürfte erneut im medizinischen Leistungsangebot zu finden sein. So zeigt die Untersuchung, dass der Schwerpunkt dieser Häuser im Bereich der zweiten VST zu finden ist (81 %).

Im Folgenden wird auf mögliche Strategien, die private Kliniken verfolgen könnten, eingegangen.

4.2.3.2

Strategien privater Krankenhäuser

Es ist zu vermuten, dass die sehr günstige Kostenstruktur der privaten Krankenhäuser ein wesentlicher Grund dafür sein dürfte, dass diese Häuser mit einer deutlich geringeren Dynamik auf die Veränderungen im Gesundheitswesen reagieren. Auch wenn sich ähnliche Trends wie bei den anderen Krankenhausgruppen zeigen, sind sie weniger stark ausgeprägt.

Bei der Betrachtung der Fallzahlen zeigt sich, dass private Kliniken insgesamt am deutlichsten von sinkenden Fallzahlen ausgehen (vgl. Abbildung 18). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass private Häuser fast ausschließlich in ländlichen Gebieten vorzufinden sind (81 %).⁹⁶ Von den Häusern in den Ballungsgebieten geht kein einziges von sinkenden Fallzahlen aus (vgl. Abbildung 16). Es zeigt sich somit auch bei den privaten Häusern eine sehr unterschiedliche Einschätzung in Abhängigkeit der Bevölkerungsdichte, die im unmittelbaren Umfeld des Krankenhauses vorliegt.

Ähnlich wie bei den f.-g. und öffentlichen Einrichtungen werden auch die privaten Häuser ihre Verweildauer weiter absenken und somit einen verstärkten Bettenabbau betreiben. Als Wettbewerbsvorteil könnten sich für die privaten Kliniken vor allem die besseren Finanzierungsmöglichkeiten erweisen. So verfügen sie über die meisten Eigenmittel und können am stärksten auf die Kreditfinanzierung zurückgreifen, so dass sie am geringsten von der staatlichen Investitionsförderung abhängig sind (vgl. Abbildung 13). Insgesamt zeigen die privaten Kliniken ein geringeres Interesse an Kostensenkungsstrategien, was darauf zurückgeführt werden könnte, dass sie bereits über niedrige Kostenstrukturen verfügen bzw. einen geringeren Nachholbedarf als andere Krankenhäuser aufweisen. So zeigt die Auswertung zwar ähnliche Tendenzen

⁹⁶ Vgl. Anhang A 5

im Bereich des Outsourcing, das Interesse an einer Kooperation zur gemeinsamen Nutzung technischer Geräte und am Beitritt in Beschaffungsverbände erweist sich aber als deutlich geringer.

Bei der Veränderung des Leistungsangebotes verfolgen private Krankenhäuser ähnliche Strategien wie öffentliche und f.-g. Es konnten auch hier deutliche Bestrebungen zum Beitritt in Integrierte Versorgungskonzepte sowie zum Ausbau des ambulanten und rehabilitativen Bereichs erkannt werden. Wie bereits erwähnt dürfte die breitere Finanzierungsbasis die Zielerreichung begünstigen.

4.2.3.3

Zukunft der privaten Krankenhäuser

In Anbetracht der DRG-Einführung erscheinen die günstigeren Kostenstrukturen der privaten Häuser als wesentlicher Wettbewerbsvorteil. Diese dürften einerseits auf das medizinische Angebot, andererseits auf ihr wirtschaftswissenschaftliches Interesse zurückzuführen sein. So streben private Kliniken seit jeher eine Gewinnmaximierung an, die eine Kostenminimierung beinhaltet. Vorteilhaft könnte des Weiteren die starke Eingebundenheit der Häuser in Ketten sein, wodurch eine zentrale Ressourcenallokation unterstützt wird.

Aufgrund dieser Vorteile konnte in der durchgeführten Untersuchung eine abgeschwächte Reaktion auf die gesundheitspolitischen Änderungen festgestellt werden. Durch die geringere Abhängigkeit von der staatlichen Investitionsförderung kann angenommen werden, dass Umstrukturierungsmaßnahmen leichter durchgeführt werden können als etwa bei den öffentlichen Einrichtungen.

Dennoch könnte auch bei den privaten Kliniken der Konzentrationsprozess weiter zunehmen, so zeigen immerhin 10 % der befragten Häuser Interesse an Fusionen. Ob diese Fusionen allerdings Fusionen „unter Gleichen“ sind oder ob es sich um einen Aufkauf öffentlicher Häuser handelt, kann nicht gesagt werden. Deutschlandweit wird mittel- bis langfristig von der Etablierung 2 bis 3 starker privater und etwa 6 bis 10 f.-g. Ketten ausgegangen, wobei der wachsende Anteil privater Kliniken zu Lasten der Öffentlichen gehen wird.⁹⁷

97 Vgl. Warburg Studie (2003), S. 12

4.3

Auswirkungen des DRG-Systems

Aufbauend auf den Kapiteln 4.1 und 4.2 und unter Berücksichtigung weiterer Aspekte, wird an dieser Stelle eine abschließende Beurteilung des DRG-Systems durchgeführt. Der Schwerpunkt der Betrachtungen wird hierbei auf der Effizienz des Gesamtsystems liegen.

4.3.1

Ziel der Beitragssatzstabilität

Wie bereits in Kapitel 2 angesprochen, bestand ein wesentliches Ziel der Einführung der DRGs in der Reduzierung von Krankenhausbetten infolge verkürzter Verweildauern, die als eine Voraussetzung zur Erreichung stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet wurde. Diese Zielsetzung wurde vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als zu kurz bezeichnet, da die Interessen der Versicherten und Patienten an einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Grundversorgung hiermit nicht angemessen wiedergegeben würden.⁹⁸

Das Ziel des neuen Vergütungssystems kann vielmehr nur in einer Effizienzsteigerung gesehen werden.⁹⁹

Im Folgenden gilt es zu untersuchen, wie sich die festgestellten Entwicklungen im Krankenhausmarkt auf die Effizienz des Gesamtsystems auswirken können bzw. welche weiteren Aspekte berücksichtigt werden müssen.

4.3.2

Effizienzüberlegungen

4.3.2.1

Verkürzung der Verweildauer

Wie gezeigt werden konnte, gehen deutsche Krankenhäuser von einer deutlichen Reduzierung der stationären Liegezeit aus. Es kommt somit zu einem Effizienzgewinn, der durch eine Erhöhung der technischen oder medizinischen Effizienz innerhalb des Krankenhauses erreicht werden könnte. Bei der Diskus-

⁹⁸ Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 359

⁹⁹ Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 359

sion wurde allerdings darauf hingewiesen, dass die deutliche Verkürzung der Liegezeiten ebenso zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität führen könnte, da vor allem finanzielle und personelle Kapazitäten rationierend zu wirken scheinen. Krankenhäuser würden demnach die Verweileffizienz zu Lasten der Gesundheit des einzelnen Patienten erhöhen, solange keine bei der Entlassung der Patienten verbindlichen Normen bestehen.¹⁰⁰ Um Qualität mindernde Wirkungen des DRG-Systems zu verhindern, wurden im Rahmen der Einführung eine Reihe von Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen:¹⁰¹

- Regelungen über Art und Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation.
- Vorgabe eines Mindestmengenkatalogs für Leistungen, bei denen ein besonderer Zusammenhang zwischen Qualität und Quantität besteht.
- Verpflichtung der Krankenhäuser zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten, die unter anderem Aufschluss über die Einhaltung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität geben sollen.
- Stichprobenprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen sollen vorzeitige Entlassungen oder Verlegungen verhindern.

Neben diesen Bestimmungen wurden für die einzelnen DRGs Grenzverweildauern festgelegt: Die Obere Grenzverweildauer gibt hierbei an, nach wie vielen stationären Behandlungstagen Zuschläge auf die DRG-Erlöse erteilt werden, die Untere Grenzverweildauer legt die stationäre Mindestbehandlungszeit fest, die eingehalten werden muss, wenn keine Abschläge auf die DRG-Erlöse in Kauf genommen werden wollen.¹⁰²

In Bezug auf die stationäre Behandlung lassen sich Vermutungen anstellen, dass Kliniken versuchen werden, ihre Patienten in unmittelbarer Nähe der Unteren Grenzverweildauer zu behandeln. Eine Unterschreitung durch vorzeitige Entlassung oder Überweisung der Patienten dürfte nicht sehr wahrscheinlich sein, da in diesen Fällen hohe Abschläge zu zahlen sind. Andererseits könnte die untere Grenzverweildauer auch dazu führen, dass Patienten, die kürzer behandelt werden können, mindestens bis zum Erreichen der Unteren Grenzverweildauer im Krankenhaus behalten werden und es in diesem Bereich somit zu einer künstlichen Verlängerung der Verweildauer kommt.¹⁰³ Eine strikte Ausrichtung der stationären Liegezeit nach der Unteren Grenzverweildauer dürfte dann zu einer so genannten „blutigen Entlassung“ des Patienten füh-

100 Vgl. Breyer/Zweifel (1999), S. 329

101 Vgl. Sachverständigenrat (2002), S. 170 f.

102 Vgl. Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)

103 Vgl. Leber/Schlottmann/Stackelberg (2000), S. 82

ren, wenn der individuelle Gesundheitsprozess nicht berücksichtigt wird. Hier dürfte sich vor allem für ältere Patienten eine Benachteiligung ergeben, da diese i. d. R. einen längeren Heilverlauf erfordern. Eine vorzeitige Entlassung von Patienten könnte damit zu einer Externalisierung der Kosten auf andere Bereiche der Krankenversorgung führen. Vor allem für den Bereich der Rehabilitation werden deutliche Mehrbelastungen erwartet, zum einen aufgrund der demographischen Entwicklung, die für Deutschland erwartet werden kann, zum anderen durch verfrühte Entlassungen von Patienten aus dem stationären Bereich durch das DRG-System.¹⁰⁴

Das Veröffentlichen von Qualitätsberichten, welche durch erhöhte Transparenz einen Krankenhausvergleich ermöglichen, könnte diesen negativen Auswirkungen zumindest mittel- bis langfristig entgegenwirken. Kurzfristig dürfte der enorme Kostendruck, der auf deutschen Kliniken lastet, aber zu einer Reduzierung der am Patienten erbrachten medizinischen Leistungen führen und einer Effizienzsteigerung somit entgegenstehen.

4.3.2.2

Patienten- bzw. Fallselektion

Eine Vergütung nach Fallpauschalen könnte bei Krankenhäusern den ökonomischen Anreiz zur Patientenselektion setzen. Werden vor der Behandlung Patientenmerkmale erkannt, die darauf schließen lassen, dass eine Behandlung des Patienten höhere Kosten verursacht, als über Fallpauschalen abgerechnet werden können, könnten diese abgewiesen werden.¹⁰⁵

Sollten Patientenmerkmale erst nach der Einlieferung erkannt werden, könnten ökonomische Anreize dazu führen, dass der Patient medizinisch unterversorgt wird oder die Fehlanreize bei der Entscheidung über die Verlegung des Patienten in vor oder nach gelagerte Versorgungseinrichtungen bzw. Abteilungen des Krankenhauses wirksam werden.¹⁰⁶

Hieraus könnten sich für das Gesamtsystem negative Effekte ergeben, da die Patientenselektion zum einen für den Patienten mit persönlichen Nachteilen verbunden ist, zum anderen durch die Weiterüberweisung auch weitere Kosten für das Gesamtsystem entstehen dürften (z. B. Transportkosten). Des Weiteren könnten große öffentliche Maximalversorger hierdurch benachteiligt werden, da sie die Aufnahme von Patienten nicht verweigern können und

104 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2003), S. 76

105 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 365

106 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 365

somit innerhalb der einzelnen DRGs vor allem die ressourcenaufwändigeren Fälle bekommen würden.

Um einer Patientenselektion entgegen zu wirken, müsste innerhalb der einzelnen DRGs eine nach medizinischen Kriterien orientierte Kostenhomogenität vorliegen.¹⁰⁷ Hierunter ist zu verstehen, dass die DRGs so aufgebaut werden, dass die Varianz bei den zu erbringenden medizinischen Leistungen gering gehalten wird und somit eine weitgehende Kostenhomogenität geschaffen wird. Unterschiedlich schwere Fälle werden dann innerhalb einer anderen DRG behandelt, weshalb es keinen Grund zur Patientenselektion mehr gäbe. Schließlich könnten auch öffentliche Reaktionen dazu beitragen, einer Selektion von Patienten entgegen zu wirken. Es lässt sich vermuten, dass Krankenkassen dann Anreize hätten, verstärkt gegen solche Kliniken vor zu gehen und mit der Kündigung des Versorgungsvertrages zu drohen.¹⁰⁸

4.3.2.3

Indikationsausweitung und Fallhöhergruppierung

Aufgrund der finanziellen Situation vieler deutscher Kliniken, kann befürchtet werden, dass die Vergütung nach Fallpauschalen Fehlanreize zu einer entgeltwirksamen, medizinisch nicht notwendigen, Ausweitung der Indikation setzen könnte. Dieses Phänomen wird als DRG-upcoding bezeichnet und kann dadurch erreicht werden, dass die Haupt- und Nebendiagnosen vertauscht werden, Codierregeln missachtet werden oder unvollständige Patientenunterlagen manipuliert werden.¹⁰⁹ So gaben einige Krankenkassen nach der Einführung der DRGs im letzten Jahr an, dass es zu deutlichen Kostensteigerungen bei einer Vielzahl von Behandlungen im ersten Quartal gekommen sei. Die Barmer Ersatzkasse stellte beispielsweise eine Steigerung der Knieoperationen um ein Drittel fest. Zudem wurde bei jedem 100. Patienten eine Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlaf) als Nebendiagnose angegeben, was einer Steigerungsrate von 50 % entsprach.¹¹⁰

Inwiefern diese Entwicklungen allerdings dauerhaft anhalten werden, kann schwer gesagt werden. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass ein Großteil des Up-coding mit der mangelhaften Erfahrung der Ärzte und der Codierqualität in Zusammenhang stand. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht von einem Problem aus, dass eher tempo-

107 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 396

108 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 401

109 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 366 f.

110 Vgl. Turner-Fromm (2003)

rär gesehen werden muss und durch entsprechende Abstufungen in der Vergütungshöhe und durch DRG-verfahrensinterne Codierkontrollen begrenzt werden kann.¹¹¹

4.3.3

Sicherstellung der räumlichen medizinischen Versorgung

Neben der Gewährleistung einer weitgehenden Effizienz im Krankenhausbereich, tritt das Ziel einer in räumlicher Hinsicht bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung.¹¹² Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, sind die Bundesländer im Rahmen ihrer Krankenhausplanung dafür verantwortlich, eine ausreichende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung bereitzustellen.

In der vorliegenden Erhebung konnte eine Wanderung von Patienten in Ballungsgebiete festgestellt werden. Sollte diese Entwicklung Bestand haben, könnte ein Kapazitätsabbau auf dem Land eintreten, der durch die Schließung ganzer Kliniken gefolgt werden könnte. Es stellt sich somit die Frage, ob eine derartige Entwicklung zu einer Unterversorgung der ländlichen Bevölkerung führen könnte.

Auch wenn ein weiterer Kapazitätsabbau in bereits schwach versorgten Gebieten einzelne Bevölkerungsgruppen benachteiligen könnte (z. B. alte Menschen), so liegen die Bettenzahlen in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD Ländern immer noch auf einem sehr hohen Niveau, so dass aus versorgungspolitischer Sicht keine Bedenken zu äußern sind. Eine Veränderung der stationären Bedarfsplanung aufgrund der DRG-Einführung müsste also nicht zwangsläufig erforderlich sein.¹¹³

4.3.4

Ethische Aspekte

Wie in den letzten Kapiteln bereits angesprochen, könnte das neue Vergütungssystem unter Umständen die ökonomischen Kriterien bei der Patientenbehandlung in den Vordergrund stellen. Sollte es hierdurch zu einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten kommen, besteht die Gefahr, ethische Aspekte außen vor zu lassen. Das folgende Beispiel verdeutlicht die Problematik: Die Bezahlung für die Amputation verhindernde Be-

111 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 367, 396

112 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 369

113 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 370; OECD (2000)

handlung eines offenen Diabetiker-Beins beträgt derzeit rund 4.500 €. Da für die Amputation des Beins etwa 8.300 € abgerechnet werden können, wäre es rein aus ökonomischen Gründen sinnvoll, die Amputation als Behandlungsform zu wählen.¹¹⁴

Auch wenn dieser Fall als ein Extremfall anzusehen ist, dürften Ärzte in Zukunft vermehrt mit derartigen Problemen konfrontiert werden. Inwieweit über eine entsprechende Gestaltung des Vergütungssystems ethische fragwürdige Entscheidungen verhindert werden können, ist fraglich. Sinnvoller könnte ein Verhaltenskodex für Ärzte sein, wobei grundsätzliche Richtungen von der Bevölkerung vorgegeben werden müssen.

4.3.5

Abschließende Beurteilung des DRG-Systems

Wie bereits erwähnt, ist das generelle Festhalten an der Beitragssatzstabilität als zu eng zu betrachten. Eine Beurteilung des DRG-Systems müsste daher vor allem unter Effizienzgesichtspunkten erfolgen. Diesbezüglich wurde im Rahmen der Befragung festgestellt, dass ein Großteil der Kliniken durch Kosteneinsparungen eine Steigerung der Effizienz bei der Leistungserstellung verfolgt. Das Interesse an Integrierten Versorgungsformen lässt auf künftige Kooperationen zwischen den verschiedenen Bereichen schließen, die ebenso zu einem verbesserten Behandlungsablauf von Patienten führen könnten. Langfristig kann eine Ausweitung der ambulant durchgeführten Eingriffe erwartet werden, wodurch sich weitere Kosten senken lassen. In der vorliegenden Untersuchung konnten aber auch eine Reihe von Fehlanreizen erkannt werden, welche einer Effizienzsteigerung im Wege stehen könnten. Zu nennen ist vor allem die verfrühte Entlassung von Patienten aus der stationären Behandlung.

Als entscheidendes Problem ist in diesem Zusammenhang die Finanzierung des Krankenhausbereiches anzusehen. Durch die ungenügende Investitionsfinanzierung wird vielen Kliniken die Möglichkeit genommen, auf die Veränderungen durch Investitionen reagieren zu können. Auf der anderen Seite führt die Vergütung der stationären Leistungen nach DRGs dazu, dass eine gewaltige Umverteilung der Krankenhausbudgets stattfindet. Universitätskliniken werden hierbei am stärksten von Budgetkürzungen betroffen sein. Durch die mangelnde Finanzierung muss zwangsläufig der Fall eintreten, dass Kosten in andere Bereiche verschoben bzw. externalisiert werden.

Ein weiteres Problem besteht in der geplanten Umsetzung des Systems. Der aufgestellte Zeitrahmen und die Abdeckung stationärer Leistungen durch

114 Vgl. Möhrle (2003), S. 566

DRGs sind weltweit einmalig.¹¹⁵ Abgesehen davon, dass die Beteiligten aufgrund der Geschwindigkeit, mit der das neue System eingeführt wird, überfordert sein dürften, stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, alle stationären Leistungen über DRGs abzurechnen. Hierdurch werden medizinische Leistungen pauschalisiert, bei denen eine individuelle Abrechnung u. U. angebracht erscheinen könnte.¹¹⁶

Es lässt sich abschließend festhalten, dass es schwer zu sagen ist, inwiefern die Einführung der DRGs zu einer Effizienzsteigerung im Gesamtsystem führen wird. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass die Einführung von Fallpauschalen zwar die Krankenhauskosten senken konnte, die Kosten im Gesamtsystem aber ähnlich hoch geblieben sind. Es wurde vor allem eine Verschiebung der Kosten vom stationären Sektor in den Bereich der REHA festgestellt.¹¹⁷

115 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 358

116 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2002a), S. 361

117 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2003), S. 76

5

Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, vor dem Hintergrund der DRG Einführung eine Analyse des deutschen Krankenhausmarktes durchzuführen, um hieraus auf künftige Entwicklungen in diesem Markt schließen zu können.

Hierzu wurden im Kapitel 2 drei Hypothesen aufgestellt, inwiefern sich der deutsche Krankenhausmarkt in Zukunft verändern könnte:

- Erstens werden Krankenhäuser versuchen, die Anzahl der stationären Behandlungsfälle zu erhöhen.
- Zweitens werden Kliniken verstärkt Kostensenkungsstrategien verfolgen.
- Drittens werden Krankenhäuser ihr Leistungsangebot verändern.

Um die Richtigkeit der Hypothesen zu überprüfen, wurde eine schriftliche Befragung unter deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Die Antworten von 110 Kliniken wurden als Grundlage für die weiteren Betrachtungen herangezogen.

Bei der Diskussion der Ergebnisse in Kapitel 4 zeigte sich, dass die Annahmen durch die vorliegende Stichprobe grundsätzlich bestätigt wurden. Es konnte dargestellt werden, dass die untersuchten Kliniken sehr deutlich versuchen, ihre Kosten zu senken, indem Bereiche ausgelagert werden, die stationäre Liegezeit abgesenkt und Bettenkapazitäten abgebaut werden. Weiter stellte sich heraus, dass bei einem Großteil der Krankenhäuser Interesse an Kooperationen besteht, sei es zur kollektiven Nutzung technischer Geräte oder zur Beschaffung von Arzneimitteln und sonstigem medizinischen Bedarf. Die Vermutung, dass Kliniken ihr Leistungsangebot in Zukunft verändern könnten, wurde durch die Ergebnisse bestätigt. Neben dem Interesse an Integrierten Versorgungsformen, planen Krankenhäuser eine Erhöhung ihrer Kapazitäten im Bereich der Rehabilitation und Ambulanz. Eine Vermutung, die nicht bestätigt werden konnte, war die Spezialisierung von Krankenhäusern auf einzelne Abteilungen. Ein wesentlicher Grund hierfür wurde in der Krankenhausplanung der Bundesländer gesehen, die einer Spezialisierung entgegenstehen könnte. Bei der Auswertung der Behandlungszahlen wurde festgestellt, dass diesbezüglich ausschließlich Kliniken in Ballungszentren Planungen vorliegen haben. Die Gründe hierfür sind in weiteren Untersuchungen zu klären.

Nach der Diskussion der allgemeinen Entwicklungen, schloss sich eine Betrachtung der verschiedenen Krankenhausgruppen an. Eine separate Untersuchung der öffentlichen, f.-g. und privaten Kliniken war angebracht, da sich bei der Auswertung der Ergebnisse hier deutliche Unterschiede zeigten. Insgesamt

konnte festgestellt werden, dass die öffentlichen Kliniken ihre wirtschaftliche Situation am schlechtesten einschätzen, was vor allem auf die relativ hohen Kostenstrukturen zurückgeführt werden konnte. Innerhalb dieser Krankenhausgruppe sind daher auch die weitest gehenden Veränderungen für die Zukunft zu erwarten: Allein 30 % der öffentlichen Häuser gaben an, eine Fusion mit einem anderen Krankenhaus zu planen. Die f.-g. und privaten Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Situation deutlich günstiger ein, wobei der große Nachteil der f.-g. Krankenhäuser in der mangelnden Investitionsfinanzierung gesehen wurde. Auf Grund der Finanzierungskraft und der Konzentration auf kleine, weniger kapitelintensive Kliniken, könnte eine Zunahme der privaten Häuser zu Lasten der öffentlichen Krankenhäuser in Zukunft realistisch erscheinen.

Ausgehend von den durchgeführten Beobachtungen und unter Berücksichtigung weiterer Aspekte, wurde eine abschließende Beurteilung des neuen Vergütungssystems durchgeführt. Es zeigte sich, dass eine Effizienzsteigerung bei der Leistungserstellung im Krankenhausbereich zu erwarten ist. Aus den bestehenden Rahmenbedingungen konnte des Weiteren gefolgert werden, dass es zu einer Kostenverschiebung in andere Bereiche kommen dürfte. Aufgrund der Erfahrungen, die in anderen Ländern gesammelt werden konnten, wurde grundsätzlich in Frage gestellt, ob es im Gesamtsystem zu einer Reduzierung der Kosten kommen wird und somit die angestrebte Beitragssatzstabilität erreicht werden kann.

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass durch die Einführung des neuen Vergütungssystems ein grundlegender Wandel in der deutschen Krankenhausversorgung eintreten wird. Kliniken, die anhaltend Verluste erwirtschaften, werden vor einer existentiellen Bedrohung stehen. Dies betrifft unter den derzeitigen Bedingungen vor allem die Maximalversorger, aber auch die kleineren Häuser, die bereits in der Nähe des Betriebsminimums ihre Leistungen anbieten. Bei den Maximalversorgern ist mit Interesse zu verfolgen, inwieweit Sonderregelungen von der Bundesregierung in diesem Bereich eingeführt werden. Neben den ökonomischen Folgen des Systemwechsels, dürften in Zukunft vermehrt ethische Probleme auftreten. Hier ist es erforderlich, ausgehend von einer Diskussion innerhalb der Gesellschaft Verhaltensrichtlinien zu entwickeln, die im Besonderen die Krankenhausärzte bei ihren Entscheidungen entlasten.

Literaturverzeichnis

Arnold, M./Geisbe, H. (2002): *Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser*, in: Krankenhausreport 2002, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 55-69

Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2004): *Krankenhausplan des Freistaates Bayern*,
<http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/plan/khplan04.pdf>, so gesehen am 29.09.2004

Breyer, F./Zweifel, P. (1999): *Gesundheitsökonomie*, 3. Aufl., Berlin et al.

Bruckenberg, Ernst (2001): *Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter*, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 8, S. 620-625

Bruckenberg, Ernst (1999): *Standortplanung für den wirtschaftlichen Einsatz von Großgeräten*,
<http://www.bruckenberg.de/doc/mtg/mtgbonn.htm>, so gesehen am 12.08.2004

Bruckenberg, Ernst (1995): *Die Großgeräteabstimmung ist tot, es lebe die regionalisierte Radiologieabstimmung*,
<http://www.bruckenberg.de/doc/mtg/mtg95/mtg.htm>, so gesehen am 03.09.2004

Clade, Harald (2004): *Gesundheitsreform: Wettlauf um Win-Win-Verträge*, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 31-32, Köln, S. A 2164-2165

Coffey, R. M./Louis, D. Z. (2000): *Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA*, in: Krankenhausreport 2000, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 33-47

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2004): *Unikliniken: Gesundheitsministerin sichert Prüfung der Rahmenbedingungen des DRG-Systems zu*, in: *das Krankenhaus*, 96 Jg., Heft 8, Stuttgart, S. 598

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003): *Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*,

<http://www.dkgev.de/pdf/125.pdf>, so gesehen am 6.10.2004

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2001): *Krankenhausstatistik 2001*, Stuttgart

Deutsches Krankenhaus Institut/A. T. Kearney Management Consultants (2003): *Best Practise in der Beschaffung im Krankenhaus*,

http://peg-einkauf.de/upload/media/studie_Beschaffung_im_Krankenhaus.pdf, so gesehen am 15.08.2004

Engelmohr, Ines (1999): *Fallpauschalen und Sonderentgelte führen zu sinkender Verweildauer – und zu Wartelisten! Abschlußbericht: Begleitforschung zur Bundespflegesatzordnung 1995*, in: *KlinikManagement aktuell*, Juli 1999, S. 14-17

Finsinger, Jörg (1989): *Einige Aspekte der Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland*, in: *Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich*, Hrsg.: Duru, G./Launois, R./Schneider, F./Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Frankfurt am Main, New York

Fischer, Wolfram (2000): *Grundzüge von DRG-Systemen*, in: *Krankenhausreport 2000*, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 13-31

Knoop, Jürgen (2004): *Labormedizin: Outsourcing notwendig*, in *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 18, Köln, S. A-1226

Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, Berlin

Lauterbach, K. W./Lüngen, M. (2002): *Verstärken Diagnosis Related Groups (DRG) den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern?* in: Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Hrgs.: Wille, Eberhard, Baden-Baden

Leber, W.-D./Schlottmann, N./v. Stackelberg, J.-M. (2000): *Die Einführung von DRGs in Deutschland – Erste Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung*, in: Krankenhausreport 2000, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, 75-86

Lebok, Uwe (2000): *Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenhausverweildauer in Deutschland*, Berlin

May, Bernd (2002): *Bildkommunikation – Träge Systemstrukturen überwinden*, in: Klinik Management Aktuell (KMA), Heft 12, S. 68-73

Messemer, J./Margreiter, V. (2002): *Der Klinikmarkt für Rehabilitation – Wettbewerbsdynamik und Entwicklungstendenzen*, in: Krankenhausreport 2002, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 147-160

M. M. Warburg & Co (2003): *Krankenhäuser in der Finanzierungskrise*, [http://www.mmwarburg.com/coremedia/download.do?filename=Krankenh%E4user%20in%20der%20Finanzierungskrise%20\(Studie%20Okt.%202003\).pdf&resourceId=4534](http://www.mmwarburg.com/coremedia/download.do?filename=Krankenh%E4user%20in%20der%20Finanzierungskrise%20(Studie%20Okt.%202003).pdf&resourceId=4534), so gesehen am 28.08.2004

Möhrle, Katja (2003): *DRGs und die Folgen*, in: Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe November 2003, S. 565-567

Möws, Volker (2003): *G-DRGs werden das ambulante Operieren im Krankenhaus fördern*, das Krankenhaus, Heft 4, S. 327-328

Müschenich, Markus (2002): *Freigemeinnützigkeit im Wettbewerb der Krankenhausträger*, in: Krankenhausreport 2002, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 131-136

Neubauer, Günter (2002a): *Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen*, in: Krankenhausreport 2002, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 71-91

Neubauer, Günter (2002b): *Auswirkungen eines DRG-basierten Vergütungssystems auf den Wettbewerb der Krankenhäuser*, in: *Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen*, Hrgs.: Wille, Eberhard, Baden-Baden

OECD (2000): *OECD Health Data 2000*, Paris

Oberender, P./Hacker, J./Schommer, R. (2002): *Krankenhäuser und Kapitalmarkt*, in: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 19 Jg., Heft 2, S. 130

Precht, Claus (2000): *Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen*, Stuttgart, Berlin, Köln

Rathje, Eckehardt (2001): *Der Patient im Spannungsfeld zwischen Effizienz und Gerechtigkeit*, Stuttgart, Berlin, Köln

Riedel, R./Schmidt, J./Hefner, H. (2004): *Leitfaden zur Integrierten Versorgung aus der Praxis*, Rheinische Fachhochschule Köln

Robra, B.-P./Swart, E./Felder, S. (2002): *Perspektiven des Wettbewerbs im Krankensektor*, in: *Krankenhausreport 2002*, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 43-54

Rosenow, C./Steinberg, A. (2002): *Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser*, in: *Krankenhausreport 2002*, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 259-276

Rychlik, Reinhard (1999): *Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement*, Stuttgart

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): *Kurzfassung vom Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*,

<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/sogu03/03deut/kurzfo3.pdf>, so gesehen am 11.09.2004

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Band II, Baden-Baden

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung (2002): Jahresgutachten 2002/03: *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*, Stuttgart

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung (2001): Jahresgutachten 2001/02: *Für Stetigkeit – gegen Aktionismus*, Stuttgart

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung (2000): Jahresgutachten 2000/01: *Chancen auf einen höheren Wachstumspfad*, Stuttgart

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung (1999): Jahresgutachten 1999/00: *Wirtschaftspolitik unter Reformdruck*, Stuttgart

Sal. Oppenheim Research GmbH (2001): *Life Science Gesunde Erträge*, Köln

Siess, Martin (2002): *Universitätskliniken im Wettbewerb*, in: Krankenhausreport 2002, Hrgs.: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H., Stuttgart, S. 137-145

Späth, Michael (2001): *Integrationsversorgung: Gewinner und Verlierer*, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 9, Köln, S. A-524-526

Statistisches Bundesamt (2003): *Kostennachweis der Krankenhäuser 2001*, Fachserie 12, Reihe 6.3, Stuttgart

Stryker Howmedia GmbH: *Diagnosis Related Groups (DRG's) – Grundlagen und Hintergründe*,

<http://www.stryker.de/drg-leitfaden-4.pdf>, so gesehen am 01.09.2004

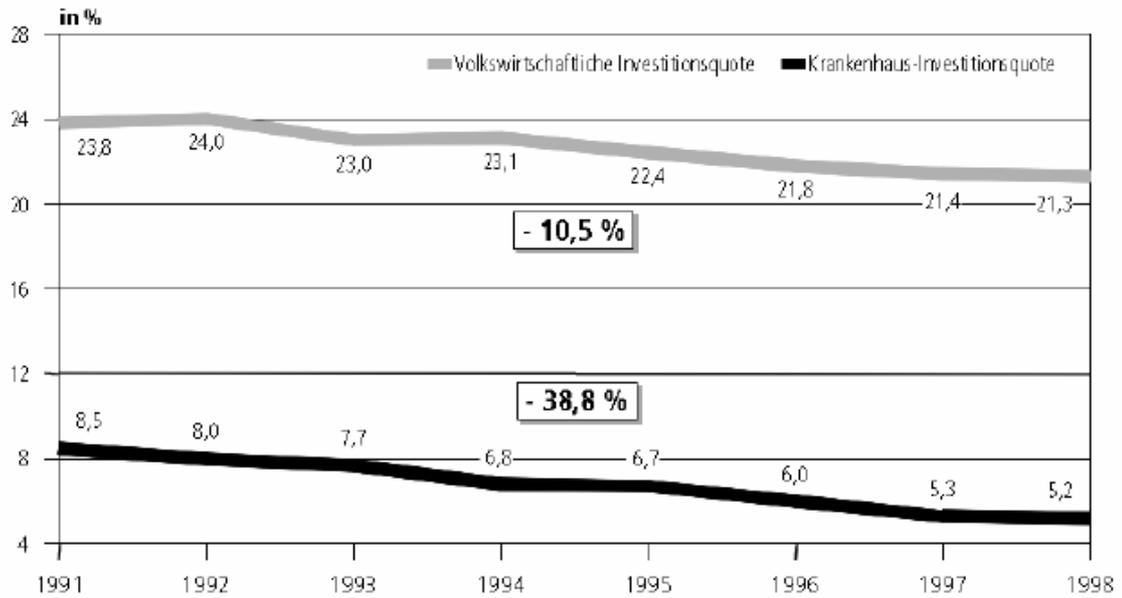
Turner-Fromm, Barbara (2003): *Fangprämien und lukrative Pauschalen*, in: Stuttgarter Zeitung, Ausgabe 111 vom 15.05.2003, Seite 2, Stuttgart

Universitätsklinikum Münster (2002): *Letztmals festes Budget*,
http://medweb.uni-muenster.de/organisation/pulsschlag/alt/ausgaben/2004/01_04/letztmalsfestesbudget.php, so gesehen am 28.09.2004

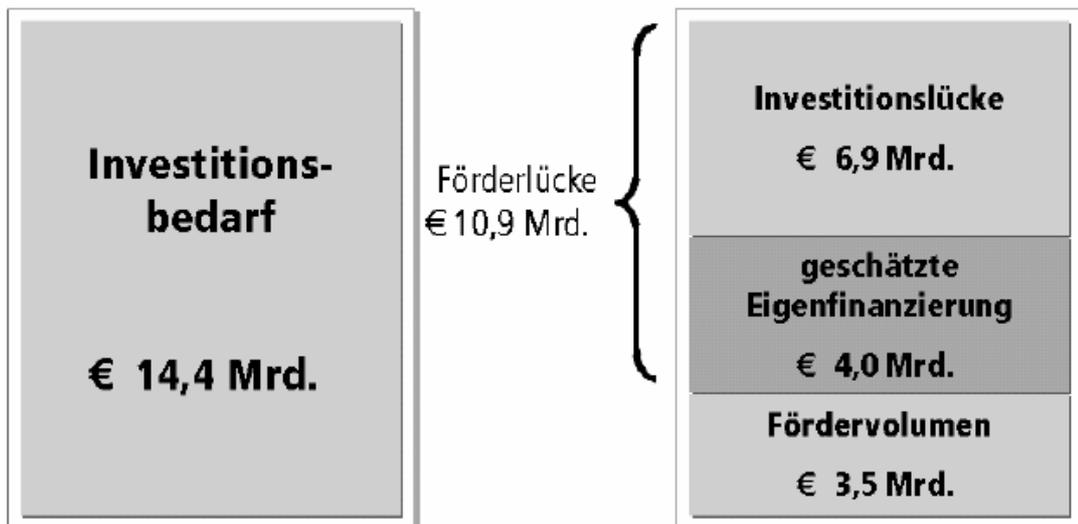
Anhang - Inhaltsverzeichnis

A1: Investitionsbedarf und Förderlücke von Krankenhäusern	VII
A2: Personal- und Sachkosten von Krankenhäusern	VIII
A3: Auflistung der unterschiedenen klinischen Fachrichtungen	IX
A4: Definition der Versorgungsstufen	X
A5: Zusammenhang Versorgungsstufe – Bedarf med. Geräte	XI
A6: Spezialisierung Funktionseinheiten 1/2	XII
A7: Spezialisierung Funktionseinheiten 2/2	XIII

A 1: Jährlicher Investitionsbedarf und Förderlücke von Krankenhäusern



Quelle: Neubauer (2002a), S. 76



Quelle: Neubauer (2002a), S. 77

A 2: Personal- und Sachkosten in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2000

Tabelle 19-6: Kosten der Krankenhäuser 2000 nach Kostenarten

Kostenarten	Kosten in 1000 EUR	Anteil an den Netto- Gesamtkosten	Kosten (EUR) je vollstat. Fall	Pflege- tag
	2000			
Personalkosten	35 168 197	66,3%	2 133,13	210,57
darunter - Ärztlicher Dienst	7 700 413	14,5%	487,07	46,11
- Pflegedienst	13 792 315	26,0%	836,57	82,58
- Med.-techn. Dienst	4 036 073	7,6%	244,93	24,18
- Funktionsdienst	3 296 995	6,1%	197,55	19,50
- Klinisches Hauspersonal	618 201	1,2%	37,50	3,70
- Wirt. und Versorgungsdienst	2 073 305	3,9%	125,76	12,41
- Technischer Dienst	791 972	1,5%	48,04	4,74
- Verwaltungsdienst	2 184 613	4,1%	132,52	13,08
- Sonderdienste	155 411	0,3%	9,43	0,93
- Sonstiges Personal	196 977	0,4%	11,95	1,18
- nicht zurechenb. Pers.kosten	359 722	0,7%	21,82	2,15
Sachkosten	17 414 485	32,8%	1 056,28	104,27
- Lebensmittel	1 117 492	2,1%	67,78	6,69
- Med. Bedarf	8 577 120	16,2%	520,25	51,36
- dar.: - Arzneimittel	2 080 569	3,9%	126,20	12,46
- Blut, Blutkonserven, -plasma	691 864	1,1%	35,90	3,54
- Verband-, Heil, Hilfsmittel	206 577	0,4%	12,53	1,24
- Verbr.-material, Instrumente	1 028 759	1,9%	62,40	6,16
- Narkose- u. sonst. OP-Bedarf	1 054 205	2,0%	63,94	6,31
- Laborbedarf	749 493	1,4%	45,46	4,49
- Wasser, Energie, Brennstoffe	1 059 760	2,0%	64,28	6,35
- Wirtschaftsbedarf	1 817 740	3,4%	110,26	10,88
- Verwaltungsbedarf	995 039	1,8%	60,35	5,96
- Zentrale Verwaltungsdienste	229 353	0,4%	13,91	1,37
- Zentrale Gemeinschaftsd.	100 504	0,2%	6,10	0,60
- Steuern, Abgaben, Versich.	471 064	0,9%	29,57	2,92
- Instandhaltung	2 381 598	4,5%	143,24	14,14
- Gebrauchsgüter	124 177	0,2%	7,53	0,74
- Sonstiges	560 640	1,1%	34,01	3,36
Zinsen für Betriebsmittelkredite	73 966	0,1%	4,49	0,44
Kosten der Ausbildungsstätten	361 203	0,7%	21,91	2,16
-Netto-Gesamtkosten	53 017 870	100,0%	3 215,80	317,45
-Abzüge	1 414 399	2,7%	85,79	8,47
darunter - Vor- und nachstationäre Beh.	110 271	0,2%	6,69	0,66
- Wahlleistungen	776 921	1,5%	47,12	4,66
- Übrige Abzüge	527 208	1,0%	31,98	3,16
=Bereinigte Kosten	51 603 471	97,3%	3 130,01	308,98
Zusätzliche Selbstkosten	216 700	0,4%	13,14	1,30

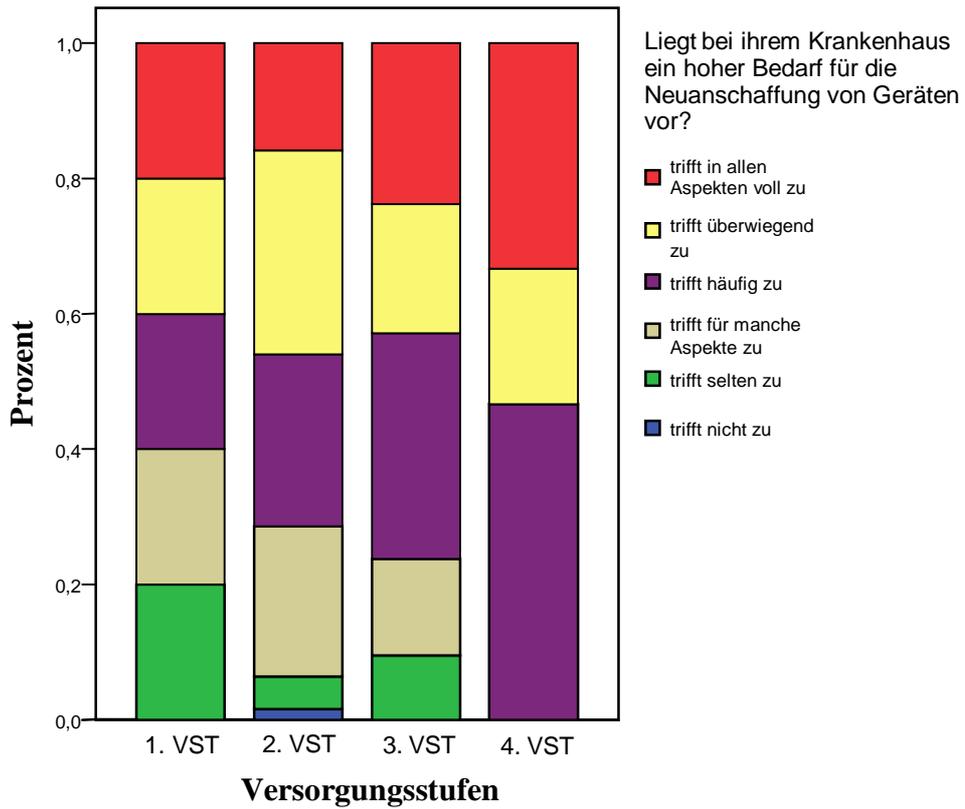
© Statistisches Bundesamt 2002

Quelle: Rosenow/Steinberg (2002), S. 267 f.

A 3: Auflistung der unterschiedenen klinischen Fachrichtungen

- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Herzchirurgie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin
- Pneumologie
- Kinderchirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiartrie
- und -psychotherapie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Strahlentherapie
- Urologie

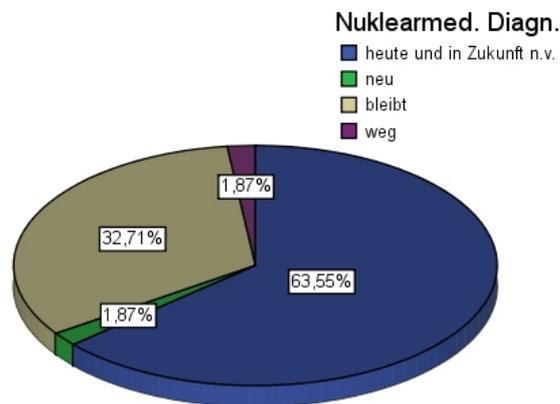
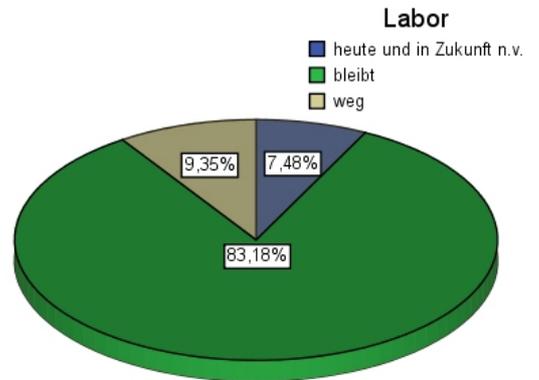
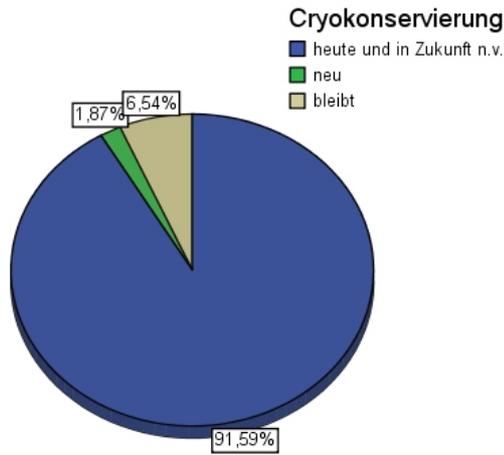
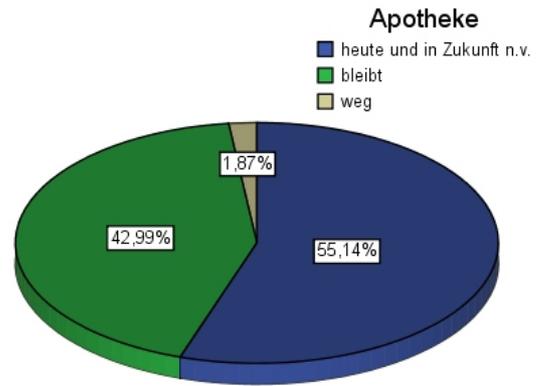
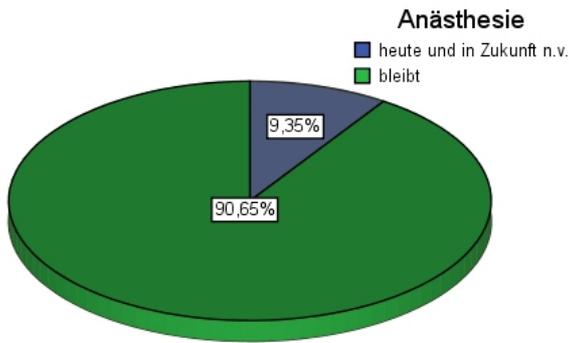
A 4: Zusammenhang zwischen Versorgungsstufe und Bedarf an neuen med. Geräten



A 5: Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Trägerorganisation

Welcher Trägerorganisation gehört Ihr KH an?		öffentlich	f.-g.	privat
Würden Sie sagen, dass die Bevölkerungsdichte im Umfeld Ihres KH hoch ist?	trifft nicht zu	10,2%	17,9%	23,8%
	trifft selten zu	12,2%	15,4%	28,6%
	trifft für manche Aspekte zu	16,3%	17,9%	28,6%
	trifft häufig zu	14,3%	7,7%	,0%
	trifft überwiegend zu	24,5%	17,9%	4,8%
	trifft in allen Aspekten voll zu	22,4%	23,1%	14,3%
	Spalten- Σ	100,0%	100,0%	100,0%

A 6: Spezialisierung Funktionseinheiten 1/2



A 7: Spezialisierung Funktionseinheiten 2/2

