

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management

Auswirkungen der DRG- Einführung auf die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser in Deutschland

Bachelor - Thesis

Tag der Abgabe: 10.09.2010

Vorgelegt von: Nicole Ebert

Betreuende Erstprüferin: Prof. Dr. S. Busch

Zweite Prüfende: Prof. Dr. C. Petersen-Ewert

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	
II.	Abbildungsverzeichnis	
1	Einleitung	1
2	Krankenhäuser in Deutschland	3
2.1	Begrifflichkeit.....	3
2.2	Krankenhausstrukturdaten im Überblick	4
2.3	Träger von Krankenhäusern	4
2.4	Krankenhausplan	6
2.5	Krankenhausleistungen.....	8
2.6	Duales System der Krankenhausfinanzierung	9
3	Wettbewerb im Krankenhaus	11
3.1	Begriffsklärung Wettbewerb	11
3.2	Besonderheiten des Krankenhausesektors.....	12
3.2.1	Systemvoraussetzungen	12
3.2.2	Besonderheiten seitens der Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen	14
3.3	Wettbewerbssituation der Krankenhäuser vor Einführung der DRGs	16
3.3.1	Einflussfaktoren für den Wettbewerb.....	16
3.3.2	Auswirkungen auf den Wettbewerb	18
4	Änderungen der Wettbewerbsordnung durch die DRGs	19
4.1	Ziele einer neuen Finanzierungs- und Wettbewerbsstruktur ...	19
4.2	Begriffsklärung DRGs	21
4.3	Wettbewerbsbestimmende Faktoren die im Zusammenhang mit der DRG- Einführung verändert wurden.....	23
4.4	Einfluss der Änderungen.....	26
4.4.1	Wirtschaftliche Leistungserstellung als Wettbewerbsparameter	26
4.4.2	Druck auf die Verweildauer	27
4.4.3	Fallzahlsteigerung	27
4.4.4	Qualität als zentrales Wettbewerbsparameter.....	28

4.4.5	Veränderte Versorgungsstrukturen fördern Wettbewerb	29
5	Strategien der Krankenhäuser auf die neuen Wettbewerbsbedingungen.....	29
5.1	Kostenwettbewerb	29
5.1.1	Personalanpassung.....	30
5.1.2	Anpassung des Leistungsangebotes / Setzung von Schwerpunkten.....	30
5.1.3	Konzentration auf Kernkompetenzen	31
5.1.4	Reorganisation der Behandlungsprozesse.....	32
5.1.5	Kosten- und Leistungssteuerung durch Medizincontroller	33
5.2	Fallzahl- und Qualitätswettbewerb	34
5.2.1	Qualitätskontrollen.....	35
5.2.2	Erstellung von Qualitätsberichten.....	36
5.2.3	Stärkung der Kundenorientierung.....	37
5.2.4	Nutzung von Informationsquellen zur Ermittlung der Patientenbedürfnisse.....	38
5.2.5	Marketing.....	38
5.2.6	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	39
5.2.7	Imageförderung	39
5.2.8	Qualitätsanreize für das Personal durch Zielvereinbarungen und leistungsbezogene Vergütung	40
5.2.9	Verbesserung des Serviceangebotes.....	41
5.2.10	Zusammenfassung: Qualitätswettbewerb als entscheidender Faktor für den Erfolg eines Krankenhauses	42
6	Fazit und Ausblick	44
7	Persönliche Stellungnahme.....	49
8	Quellenverzeichnis	50

I. Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandprodukt
BPfIV	Bundespflegsatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G- DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
INEK	Institut für Entgelte im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf
VK	Vollkräfte

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Trägerstruktur der Krankenhäuser 2008.....	5
Abbildung 2: Duale Krankenhausfinanzierung	10
Abbildung 3: Darstellung der Leistungsbeziehung in der stationären Versorgung	13
Abbildung 4: Vergleich der Anreizstrukturen für Krankenhäuser.....	24

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem ist historisch gewachsen und fand seinen Ursprung in der von Bismarck vor über einem Jahrhundert eingeführten Gesundheitsversorgung durch das Gemeinwesen, basierend auf einem Solidaritätsmodell (Kölking 2007, S. 19; Simon 2010, S. 25f). Das Sozialstaatsprinzip ist in der Verfassung Deutschlands festgeschrieben, worin sich die Grundstruktur der von Bismarck eingeführten Sozialgesetzgebung in Form eines staatlich regulierten und über Sozialversicherungsbeiträge finanzierten Gesundheitssystems wieder findet (Rosenbrock, Gerlinger 2009, S. 34, Simon 2010, S. 95). „Heute müssen wir feststellen, dass das gewachsene System und die damit verbundenen Strukturen, Prozesse und Verhaltensanreize zu Fehlentwicklungen geführt haben und die Zukunft gefährden.“ (Kölking 2007, S. 19) Sowohl die demographische Entwicklung, die gekennzeichnet ist von der Zunahme älter werdender, chronisch erkrankter und multimorbider Menschen als auch der medizinisch technischen Fortschritt und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung führen zu stetig steigenden Kosten. Die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenkassen wachsen schneller als der Anteil der über die Beiträge erzielten Einnahmen. Den Krankenhäusern kommt in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Funktion zu „(...) nicht nur weil sie an einem Ort gebündelt sachliche und personelle Kapazitäten für die Diagnostik und Therapie schwerer Erkrankungen und Verletzungen vorhalten, sondern auch weil sie eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung von Gesundheitsberufen spielen.“ (Simon 2010, S. 255) Damit die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in der Zukunft auf ähnlich hohem Niveau aufrecht erhalten werden kann, beschloss der Gesetzgeber im Jahr 2000 die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs), ein fallpauschaliertes Entgeltsystem für die Vergütung von Krankenhausleistungen. Vor dem oben genannten Hintergrund des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung, des demographischen Wandels und der Fortschritte in Medizin und Technik handle es sich laut Specke um einen Wachstumsmarkt mit Zukunft (Specke 2005, S. 193). Die Umstellung des Vergütungssystems soll durch gleiche Preise für gleiche Leistungen den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern anregen und mehr Transparenz in das Leistungs- und Kostengeschehen der

Krankenhäuser bringen. Welche Auswirkung die DRG- Einführung auf die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser hat und inwiefern die Kliniken darauf reagieren, dass heißt Strategien entwickelt haben, um sich auf diesem Wachstumsmarkt zu positionieren soll in der hier vorliegenden Arbeit im Folgenden untersucht werden. Als Ausgangsbasis liegt die Annahme zugrunde, dass Wettbewerb auf dem Kliniksektor kein neu zu beobachtendes Phänomen ist, sondern bereits vor der DRG- Einführung stattfand.

Die Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Im zweiten Kapitel werden für die Bearbeitung des Themas relevante Aspekte des Krankenhausesektors und deren rechtliche Grundlagen vorgestellt. Anschließend erfolgt im dritten Kapitel die Auseinandersetzung mit dem Wettbewerb in seiner originären Funktion, wobei die Besonderheiten seitens der Anbieter und Nachfrager ebenso wie deren Vertragsverhältnis Berücksichtigung findet. Anschließend wird die Wettbewerbssituation vor der DRG Einführung, die den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet im Hinblick auf relevante Wettbewerbsparameter und deren Wirkung auf den Wettbewerb vorgestellt. Im folgenden vierten Kapitel, dem Hauptteil dieser Arbeit, werden dann die wettbewerbsbestimmenden Faktoren, die im Zusammenhang mit der DRG- Einführung eingeleitet wurden, sowie deren Auswirkungen ausgeführt. Im fünften Kapitel werden die Strategien der Kliniken erläutert, die diese entwickelt haben, um ihre Existenz unter neuen Wettbewerbsbedingungen zu sichern.

Die Arbeit endet mit einem Fazit und einem Ausblick, worin die Tragweite der Veränderungen durch die Einführung der fallpauschalierten Vergütung verdeutlicht und mögliche zukünftige Entwicklungen aufgezeigt werden.

2 Krankenhäuser in Deutschland

2.1 Begrifflichkeit

Die Worte Krankenhaus und Klinik werden in dieser Arbeit synonym verwandt. Der Begriff Krankenhaus ist gesetzlich definiert. Krankenhäuser sind laut Krankenhausfinanzierungsgesetz¹ (KHG) Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können (§2 Abs.1 KHG).

Um gesetzlich Krankenversicherte behandeln zu dürfen, dies sind ca. 90 % der Bevölkerung, müssen die Krankenhäuser darüber hinaus die Anforderungen des §107 Abs.1 Sozialgesetzbuch (SGB) V erfüllen (GKV Spitzenverband, 2010a). Was bedeutet, dass über die in §2 Abs.1 KHG geforderten Leistungen zur Krankenhausbehandlung, Geburtshilfe, Unterbringung und Verpflegung hinaus, die Krankenhäuser „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten“, sowie „(...) mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem und Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten (...).“ (§107 Abs.1 SGB V)

Die Zulassungsbedingungen zur Inbetriebnahme einer privaten Klinik sind zudem in §30 der Gewerbeordnung geregelt.

Krankenhäuser sind Einrichtungen der stationären Versorgung und werden in allgemeine und sonstige Krankenhäuser unterschieden. Zu den Allgemeinkrankenhäusern zählen neben den für gesetzlich krankenversicherte zugelassenen Kliniken, mit in der Regel mehreren Fachabteilungen, auch reine Belegkliniken und Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken. Vorsorge- und

¹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (§ 1 KHG), findet jedoch keine Anwendung auf Krankenhäuser des Bundes, Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug, Polizeikrankenhäuser und Krankenhäuser der Gesetzlichen Renten und Unfallversicherung (§3 KHG).

Rehabilitationseinrichtungen werden den sonstigen Krankenhäusern zugeordnet (Statistisches Bundesamt 2009, S. 8).

2.2 Krankenhausstrukturdaten im Überblick

In Deutschland stehen rund 2000 Krankenhäuser mit einer Kapazität von 503.000 Betten zur stationären Behandlung der Bevölkerung zur Verfügung, was einer Bettendichte von 613 Betten pro 100.000 Einwohner entspricht (Statistisches Bundesamt 2009, S. 13). Im Jahr 2008 wurden mehr als 17,5 Millionen Patienten, behandelt (ebd., S. 14). Die Auslastung der in den Kliniken vorgehaltenen Betten liegt bei 77,4 %, bei einer durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von 8,1 Tagen (ebd., S. 13)

Mit mehr als 1,1 Millionen Beschäftigten auf ca. 800.000 Vollzeitstellen sind mehr als $\frac{1}{4}$ aller Beschäftigten im Gesundheitswesen in der stationären Versorgung tätig (ebd., S. 16; Simon 2010, S. 225). Damit sind Krankenhäuser die größten Arbeitgeber in der Gesundheitsversorgung (Specke 2005, S. 263). Aufgrund des jährlichen Umsatzvolumens von rund 67 Milliarden Euro kommt den Krankenhäusern als größtem Zweig der gesamtdeutschen Dienstleistungsbranche auch in wirtschaftlicher Hinsicht eine große Bedeutung zu. Im Jahr 2008 beliefen sich die Gesamtgesundheitsausgaben in Deutschland auf eine Summe von 263,2 Milliarden Euro, was einem Anteil von 10,5 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) entspricht (Statistisches Bundesamt 2008). Das BIP gibt den Wert (monetär) aller im Inland erstellten bzw. produzierten Güter und Dienstleistungen eines Zeitabschnittes an (Pollert, Kirchner et al. 2008, S. 13).

2.3 Träger von Krankenhäusern

Als Träger eines Krankenhauses wird der Betreiber oder Besitzer der Klinik bezeichnet. Ein Krankenhaus befindet sich in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft (Nagel 2007, S. 138). Der Anteil der nicht zugelassenen Kliniken, das heißt der Kliniken die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, liegt bei 10%. Sie halten ein Bettenangebot von circa 1% der Gesamtbettenzahl vor, weshalb deren Bedeutung für die stationäre Krankenhausversorgung als gering einzustufen ist (Simon 2010, S. 279).

Aus diesem Grund beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen ausschließlich auf die in den Krankenhausplan aufgenommenen beziehungsweise zugelassenen Kliniken.

Die folgende Graphik veranschaulicht zum einen die prozentuale Verteilung der Kliniken bezüglich ihrer Trägerschaft und zeigt parallel dazu deren Anteile am Bettenangebot auf.

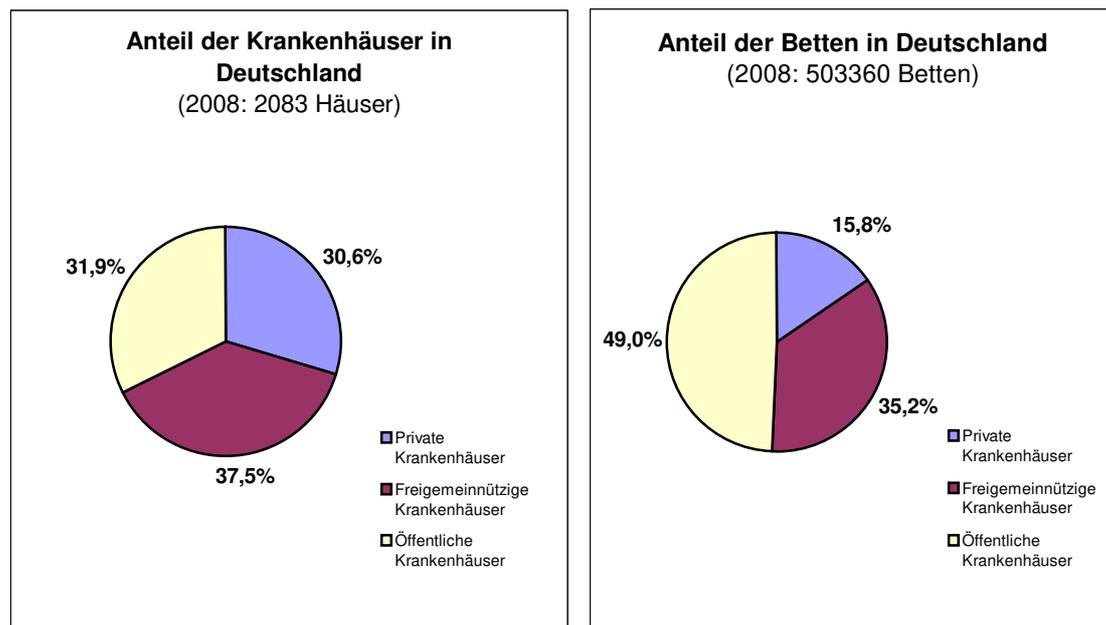


Abbildung 1: Trägerstruktur der Krankenhäuser 2008

Quelle: N. Ebert, Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2009, S. 18

Die öffentlichen Krankenhäuser werden in erster Linie von Städten, Gemeinden, Landkreisen und Sozialversicherungsträgern (z.B. Berufsgenossenschaften) betrieben. Zu den öffentlichen Kliniken zählen auch die von den Bundesländern betriebenen Universitätskliniken und die vom Bund betriebenen Bundeswehrkrankenhäuser (Simon 2010, S. 256). Hier wird, wie auch der oben dargestellten Graphik zu entnehmen ist, aufgrund des hohen Bettenanteils der Hauptteil der stationären Krankenversorgung geleistet. Öffentliche Krankenhäuser haben keine erwerbswirtschaftlichen Ziele, ihr Auftrag liegt in der Abdeckung gesellschaftlicher bzw. rechtlich definierter Bedarfe, welche sich aus dem Krankenhausplan (s. Kapitel 2.4) der Bundesländer ableiten lassen. Die Träger freigemeinnütziger Krankenhäuser sind hauptsächlich Ordensgemeinschaften, Religionsgemeinschaften, Einrichtungen der freien

Wohlfahrtspflege (z.B. das Deutsche Rote Kreuz) und Stiftungen (z.B. die Bodelschwingschen Stiftungen Bethel). Die Versorgung der Bevölkerung steht auch hier im Mittelpunkt. Sowohl öffentliche als auch freigemeinnützige Krankenhausträger verfolgen ausschließlich gemeinnützige Ziele, so dass sie als Non Profit Unternehmen keine Gewinne erzielen (Eichhorn, Greiling 2003, S. 34f). „Freigemeinnützige Krankenhäuser sind nach den öffentlichen Krankenhäusern die zweite tragende Säule der stationären Krankenversorgung.“ (Simon 2010, S. 258)

Im Gegensatz dazu können Träger von Privatkliniken sowohl private als auch juristische Personen sein, beispielsweise in Form einer GmbH oder Aktiengesellschaft. Diese Krankenhäuser sind gewerbliche Unternehmen und arbeiten gewinnorientiert, im erwerbswirtschaftlichen Sinne, d.h. sie streben ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen Erlös und Kosten an, um einen Betriebsüberschuss und damit Gewinne zu erzielen (Eichhorn, Greiling 2003, S. 34f).

Die Trägerstruktur hat sich in den letzten Jahren stark verändert und zugunsten der privaten Anbieter entwickelt. Im Jahr 1991 lag die Anzahl der Kliniken in privater Trägerschaft noch bei 358, im Jahr 2008 existieren 637 privat geführte Kliniken. Hingegen hat sich die Anzahl der Kliniken in öffentlicher Hand im gleichen Zeitraum von 1110 auf 665 Kliniken fast um die Hälfte reduziert. Die Trägervielfalt ist vom Gesetzgeber gewünscht und gesetzlich in § 1 Abs. 2 KHG festgelegt.

2.4 Krankenhausplan

„Das System der stationären Krankenversorgung ist im hohen Maße staatlich reguliert“ (Simon 2010, S. 279) Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit „(...) leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ obliegt der Zuständigkeit der Bundesländer (Specke 2005, S. 265). Zur Verwirklichung der Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stellen die Länder Krankenhauspläne auf (§6 KHG). Dieser hat beispielsweise in Hamburg den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für die bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Versorgungsstufe, Bettenzahl,

Fachrichtung, Trägerschaft und Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung auszuweisen (§15 Abs. 4 Hamburgisches Krankenhausgesetz). Somit wird das medizinische Leistungsangebot einer Klinik durch die Vorgaben im Krankenhausplan eingegrenzt. Dabei werden in den Krankenhausplan nur Krankenhäuser aufgenommen, die zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. In Deutschland gibt es mehr Kliniken als in den Krankenhausplan aufgenommen werden können. Einen Rechtsanspruch der Kliniken zur Aufnahme in den Krankenhausplan besteht gemäß §8 Abs. 2 KHG nicht. Die Zulassung erfolgt durch den Feststellungsbescheid. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan werden zum einen die Voraussetzungen für die staatliche Förderung von Investitionen geschaffen, zum anderen kommt ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen zustande, so dass in den Krankenhausplan aufgenommene Kliniken als zugelassene Krankenhäuser laut §§ 108-110 SGB V berechtigt und verpflichtet sind, gesetzlich krankenversicherte Patienten zu behandeln.

Im Rahmen der Krankenhausplanung können die Kliniken ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend einer der drei gängigen Versorgungsstufen zugeordnet werden (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 37).

- Grund- und Regelversorgung zur wohnortnahen Bedarfsdeckung
- Schwerpunktversorgung in Kliniken mit besonderer Spezialisierung wie z.B. im Bereich der Hals-, Nasen-, Ohren- oder/und Augenheilkunde
- Maximalversorgung mit überregionalem Versorgungscharakter wie z.B. Universitätskliniken

In der Literatur wird an anderer Stelle auch von vier bis sieben Versorgungsstufen gesprochen (Simon 2010, S. 288; Doege, Martini 2008, S. 17f). Die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe und auch die Zuordnungskriterien sind in jedem Bundesland unterschiedlich, d.h. sie sind individuell geregelt. Während beispielsweise das Saarland auf die Zuordnung der Kliniken in Versorgungsstufen verzichtet, werden in Bremen drei und in Baden-Württemberg vier Versorgungsstufen unterschieden (Busse, Schreyögg et al. 2010, S. 54).

Die Zuordnung einer Klinik zu der jeweiligen Versorgungsstufe erfolgt meist anhand der folgenden Kriterien:

- Abteilungs- oder Fachspektrum
- Größe der Einrichtung bzw. Anzahl der vorgehaltenen Betten
- technische Ausstattung mit Geräten
- Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung

(Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 37; Simon 2010, S. 288; Doege, Martini 2008, S. 17f)

Auf weitere Differenzierungsmöglichkeiten soll im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden.

2.5 Krankenhausleistungen

Im §39 SGB V ist festgelegt, dass die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird.

Die vollstationäre Behandlung beinhaltet neben der stationären Aufnahme, Unterkunft und Verpflegung. In der teilstationären Behandlung sind Unterkunft und Verpflegung ebenso wie bei der vollstationären Behandlung inbegriffen, die Behandlung selbst findet jedoch nur am Tage (z.B. zur Chemotherapie) oder nachts (z.B. Schlaflabore) statt. Vor- und nachstationäre Behandlung ist seit 1993 erlaubt und beinhaltet weder Unterkunft noch Verpflegung. Diese Behandlungsform ist zulässig, um die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung im Vorfeld abzuklären oder vorzubereiten (Specke 2005, S. 266f). Der nachstationäre Aufenthalt in einer Klinik soll darüber hinaus die Sicherstellung des Behandlungserfolges ermöglichen (§115a SGB V). Die ambulante Behandlung im Krankenhaus, zum Beispiel in Form ambulant durchgeführter Operationen nach § 115b SGB V, beinhaltet ebenfalls weder Unterkunft noch Verpflegung. Sie dient ausschließlich der ambulanten ärztlichen Behandlung und bedarf in der Regel einer gesonderten Zulassung in Form einer Ermächtigung des Krankenhauses oder des behandelnden Krankenhausarztes (§ 116 SGB V).

Der Zugang für Patienten zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgt durch die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisung) des ambulant behandelnden Arztes. Denn nach § 73 Abs. 4 SGB V darf der behandelnde Arzt Krankenhausbehandlung nur verordnen, wenn die ambulante Versorgung eines Versicherten zur Erreichung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreicht. Hier kommt der Grundsatz ambulante vor stationärer Behandlung zum Tragen. Der Notfall stellt eine Ausnahme dar, hier wird der Patient auch ohne Vorlage einer Verordnung im Krankenhaus behandelt (Simon 2010, S. 279). Jede Aufnahme in ein Krankenhaus muss durch den Krankenhausarzt daraufhin geprüft werden, ob zur Erreichung des Behandlungsziels die vollstationäre Aufnahme notwendig ist. Patienten können das Krankenhaus in dem sie behandelt werden wollen grundsätzlich frei wählen. Wird in der Verordnung jedoch ein bestimmtes Krankenhaus genannt und wählt der Versicherte ohne zwingenden Grund eine andere Klinik, so kann ihm die Krankenkasse dadurch entstehende Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegen (§39 Abs. 2 SGB V). Von diesem Recht machen die Krankenkassen üblicherweise keinen Gebrauch (Simon 2010, S. 279).

2.6 Duales System der Krankenhausfinanzierung

Die Basis und der Ausgangspunkt der dualen Krankenhausfinanzierung wurden im Jahr 1972 mit Einführung des KHG festgeschrieben und haben sich bis heute nicht gravierend verändert. Zum Zweck der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern wurde die wirtschaftliche Sicherung, der im Krankenhausplan aufgenommenen Kliniken, in Form der dualen Krankenhausfinanzierung in § 4-5 KHG geregelt. „Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser wird dadurch erreicht, dass ihre Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung übernommen werden und sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.“ (Wied, Warmbrunn 2007, S.461). Zum einen ist der Staat als übergeordnete Instanz mit den Bundesländern als ausführende Institution für die Finanzierung von Investitionskosten in den Krankenhäusern zuständig.

Auf der anderen Seite übernehmen die Krankenkassen die Finanzierung der laufenden Betriebskosten (Specke 2005, S. 271; Rosenbrock, Gerlinger 2009, S. 163).

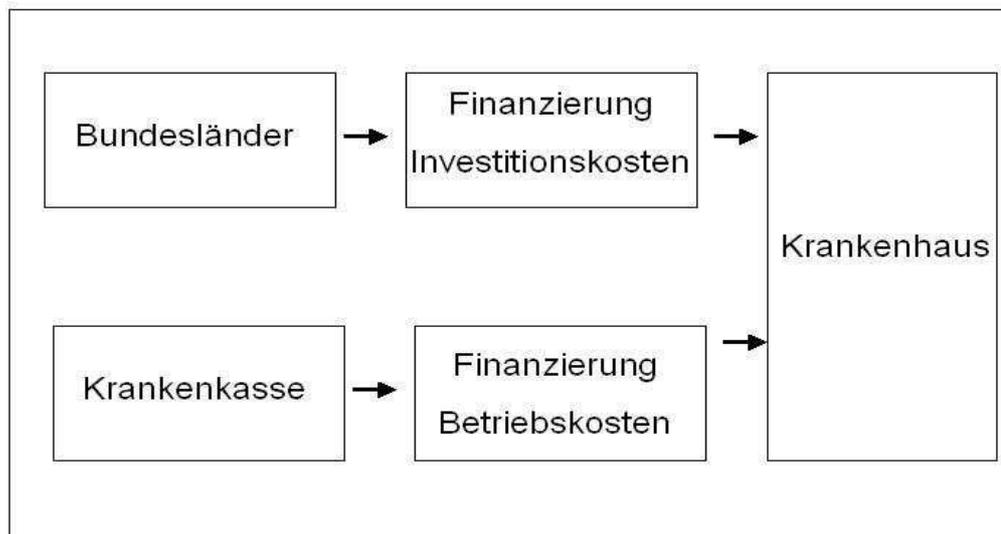


Abbildung 2: Duale Krankenhausfinanzierung
Quelle: N. Ebert

- **Finanzierung der Investitionen**

Die staatliche Finanzierung sei laut Rosenbrock und Gerlinger Ausdruck der verbreiteten Auffassung, dass die Gewährleistung ausreichender Versorgungskapazitäten eine öffentliche Aufgabe darstelle (Rosenbrock, Gerlinger 2009, S. 163). Grundsätze zur Investitionsförderung sind im §§ 8-11 KHG festgeschrieben. Investitionskosten sind laut § 2 Abs. 2 KHG „die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter)“, und „die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).“ (§ 2 Abs. 2 KHG)

Die Verpflichtung der Bundesländer die im Krankenhausplan aufgenommenen Kliniken mit Investitionsmitteln auszustatten gilt sowohl für die Einzelförderung gemäß § 9 Abs. 1 KHG z.B. für die Anschaffung von Großgeräten als auch für die Pauschalförderung § 9 Abs. 3 KHG zur Finanzierung laufender Investitionen oder kleiner baulicher Maßnahmen. Die Bundesländer kamen in den vergangenen Jahren aufgrund knapper Etats ihrer Zahlungsverpflichtung

gegenüber den Krankenhäusern immer weniger nach, wodurch Wartezeiten von bis zu zehn Jahren vor Investitionsbewilligung entstanden sind (Viering, Söhnle 2010, S. 6).

- **Finanzierung der Betriebskosten**

Die Finanzierung der laufenden Betriebskosten, also derjenigen Kosten, die unmittelbar bei der Inanspruchnahme einer Krankenhausdienstleistung entstehen, erfolgt gemäß § 2 Abs. 4-5 KHG über Pflegesätze bzw. Fallpauschalen, das heißt durch Entgelte die vom Nutzer oder dessen Kostenträger zu entrichten sind. Pflegesätze sind abhängig von der Anzahl der Behandlungstage und geben keinerlei Aufschluss über real entstandene Behandlungskosten (Doege, Martini 2008, S. 23). Die Kostenträger sind die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die ihre Mittel aus den Beitragszahlungen ihrer Versicherungsmitglieder beziehen.

3 Wettbewerb im Krankenhaus

3.1 Begriffsklärung Wettbewerb

Synonym für Wettbewerb wird das Wort Konkurrenz verwendet.

Im Allgemeinen gilt das Bestreben zweier oder mehrerer Personen bzw. Gruppen nach einem Ziel als Wettbewerb, wenn es bei einem direkten Leistungsvergleich darum geht, die beste Leistung zu erreichen (Gabler 2010, S. 3399). Das Ziel wird demzufolge zu Lasten des Konkurrenten erreicht.

Aus wirtschaftlicher Sicht entsteht Wettbewerb, wenn auf einem Markt mindestens zwei Anbieter um die Gunst der Nachfrager konkurrieren (ebd., S. 3399). Unter einem Markt versteht man das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage (Wöhe, Döring 2008, S. 414). Das Verhältnis von Angebot und Nachfrage steht in einem unmittelbaren Zusammenhang zur Preisentwicklung (Dichtl, Issing 1987, S. 939). „Wachsende Nachfrage führt bei zunächst unveränderten Angebotsmengen zu steigenden Preisen; dadurch wird es als Reaktion auf die neu entstandene Situation so lange zur Ausweitung des Angebotes und durch den höheren Preis möglicherweise auch zur Abnahme der Nachfrage kommen, bis Angebot und Nachfrage wieder übereinstimmen (Marktgleichgewicht).“ (Dichtl, Issing 1987, S. 937) Im Mittelpunkt des unternehmerischen Interesses steht neben dem Erzielen von Gewinnen auch

die Sicherung von Marktanteilen. „Insofern schafft Wettbewerb einen Zugang zu aktivem Handeln, um nicht Marktnachteile hinnehmen zu müssen (Umsatz- und Marktanteilsrückgang, Preis- und Gewinnverfall, Bedrohung der Unternehmensexistenz).“ (Aberle 1992, S. 13)

Beim funktionsfähigen Wettbewerb handelt es sich um einen dynamischen Prozess, bei dem die Aktivität der Akteure (Anbieter und Nachfrager) auf einem Wechselspiel aus Aktion und Reaktion beruht. Während sich die Anbieter darum bemühen, durch marktstrategische Maßnahmen (z.B. über Marketing, Preis, Produktentwicklung oder neue Produkte) beim Nachfrager Aufmerksamkeit zu erregen, lösen sie gleichzeitig Handlungsdruck beim Konkurrenten aus (Dichtl, Issing 1987, S. 937). Alle Maßnahmen bzw. Aktionen, die ein Unternehmen zur Stärkung seiner Marktposition ergreift, werden als Wettbewerbs- oder auch Aktionsparameter bezeichnet (ebd., S. 937). Zwei Arten des Wettbewerbs lassen sich unterscheiden, der Preis- und der Nichtpreiswettbewerb. Beim Preiswettbewerb ist der Preis des Produktes das maßgebliche Kaufentscheidungskriterium für den Nachfrager. Auf dem freien Markt ist der Nachfrager souverän, was bedeutet, dass er unter gleichartigen Gütern das Angebot mit dem geringsten Preis auswählen kann. Auf dem Sektor des Nichtpreiswettbewerbs spielen individuelle Präferenzen des Kunden wie Qualitätsmerkmale eines Produktes bzw. einer Dienst- oder Serviceleistung als Wettbewerbsparameter eine übergeordnete Rolle, welche die Kaufentscheidung des Kunden mitunter stärker beeinflussen als der Preis (Aberle 1992, S.14). Von der steten Notwendigkeit zur Leistungssteigerung profitiert der Nachfrager. Ihm kommt der Wettbewerb unter anderem in Form einer größeren Auswahl, Qualitätssteigerungen und Preisnachlässen zugute (Vahs, Schäfer-Kunz 2007, S. 194). Der Wettbewerb hat überdies eine marktberreinigende Funktion, da nur die Unternehmen dauerhaft am Markt bestehen können, die wettbewerbsfähig produzieren (Pollert, Kirchner et al. 2008, S. 93).

3.2 Besonderheiten des Krankenhausesektors

3.2.1 Systemvoraussetzungen

Das deutsche Gesundheitssystem ist als Sozialversicherungsmodell eingebettet in das Wirtschaftssystem der sozialen Marktwirtschaft (Simon 2010, S. 93ff). In

diesem Wirtschaftssystem wurde die rechtlich gesicherte Freiheit mit den sozialstaatlichen Zielvorgaben mittels der Kombination von demokratischer Staatsform und privatkapitalistischer Wirtschaftsweise miteinander verknüpft. Durch die Abgabe von Sozialversicherungsbeiträgen ergeben sich staatlich verbürgte Ansprüche der Bevölkerung auf Sozialleistungen, welche nach rechtlich definierten Bedarfskriterien beansprucht werden können.

Übertragen auf den Bereich der stationären Gesundheitsversorgung wird dieses Prinzip anhand der Leistungsbeziehung in der stationären Versorgung im Folgenden dargestellt. Im Mittelpunkt der Bemühungen aller Wettbewerbsteilnehmer steht als Kunde bzw. Nachfrager der Patient, wenngleich dieser nicht direkter Vertragspartner der Kliniken ist. Das heißt, zwischen dem Krankenhaus als Leistungserbringer und dem Patienten als Leistungsempfänger besteht kein lineares Vertragsverhältnis, der Kostenträger ist mit Ausnahme der Selbstzahler in jedem Fall die Krankenkasse (Simon 2010, S. 94).

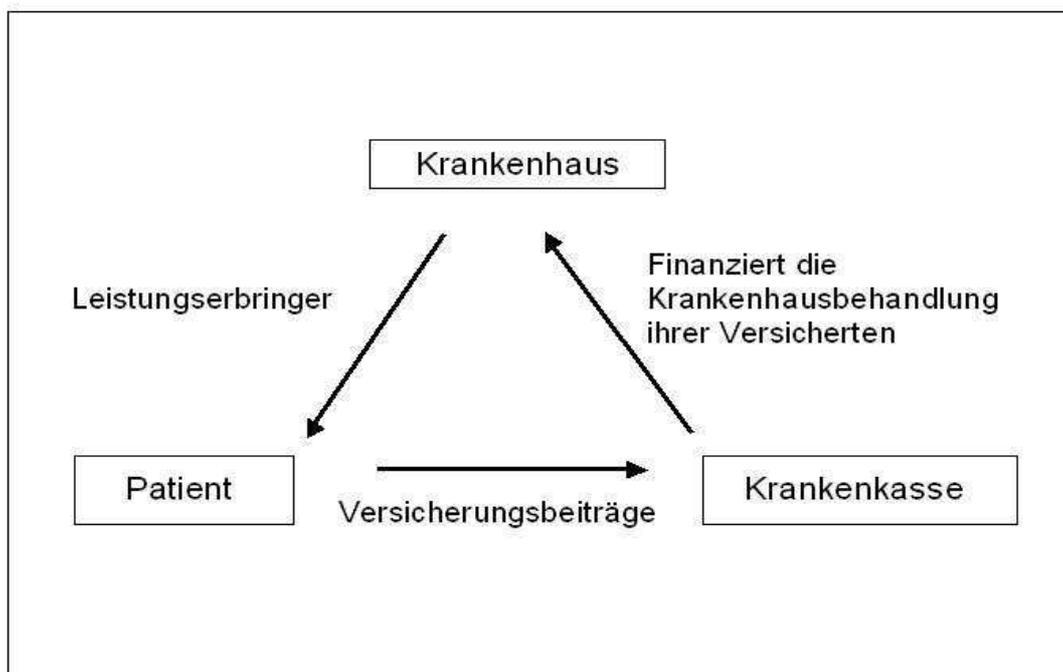


Abbildung 3: Darstellung der Leistungsbeziehung in der stationären Versorgung
Quelle: N. Ebert

Der Patient entrichtet Versicherungsbeiträge an seine Krankenkasse, die ihn dafür als Versicherten aufnimmt und im Falle einer Krankenhausbehandlung die Rechnung für ihn als Versicherten begleicht. Das Krankenhaus übernimmt die

Behandlung des Patienten gegen Vorlage des Einweisungsscheins und stellt die entstandenen Kosten bei gesetzlich Versicherten der jeweiligen Krankenversicherung in Rechnung.

Bei privat krankenversicherten Patienten erhält und bezahlt der Versicherte zunächst die Rechnung über die in der Klinik entstandenen Kosten. Nachdem der Versicherte diese Rechnung bei seiner Krankenversicherung eingereicht hat, bekommt er die Kosten, je nach Leistungsvereinbarung, von seiner Krankenversicherung erstattet.

„Die Nachfrage der Versicherten nach Gesundheitsgütern ist daher nicht durch Preise reguliert, d.h. weder durch ihre Zahlungsfähigkeit noch durch ihre Zahlungsbereitschaft. Der Verzicht auf die Nachfragesteuerung durch Unterschiede in der Zahlungsfähigkeit ist sozialpolitisch gewollt: niemand soll von den Leistungen des Gesundheitssystems wegen zu geringer Kaufkraft ausgeschlossen werden.“ (Lampert, Althammer 2007, S. 296)

Für das Vertragsverhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen hingegen spielt der Preis durchaus eine Rolle. Betriebsvergleiche, die seit 1998 durchgeführt werden, stärken die Verhandlungsposition der Krankenkassen, da sich die Preise insbesondere was die Verhandlung von Krankenhausbudgets betrifft, an denen vergleichbarer Häuser (Lage, Versorgungsstufe) orientieren. Verträge zu neueren Versorgungsformen wie der integrierten Versorgung bieten zudem erste Ansätze zur Abkehr von den Kollektivverträgen (d.h. das Krankenhaus- Budget wird von allen Krankenkassen gemeinsam verhandelt) zur selektiven Einzelvertragsgestaltung, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ausgehandelt werden kann (Gührs 2010, Expertengespräch).

3.2.2 Besonderheiten seitens der Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen

Der einzeln Versicherte kann im Krankheitsfall kaum in die Rolle eines gewöhnlichen Kunden versetzt werden, „(...) der sich erst möglichst umfassend über Art, Umfang, Qualität, Verfügbarkeit und Preis der angebotenen Leistungen informiert und dann seinen Präferenzen gemäß entscheidet.“ (Cassel 2003, S. 10). Auf dem Gesundheitsmarkt herrscht überdies eine gewisse Anbieterdominanz vor, da der Patient selbst häufig nicht in der Lage

ist, die tatsächlich vorhandenen Produkteigenschaften objektiv zu beurteilen. Ein Grund dafür ist die asymmetrische Informationsverteilung zwischen dem Arzt als Experten und dem Patienten als Laien. Der Patient kann als medizinischer Laie in aller Regel nicht einschätzen, „(...) ob die Indikation zu einer medizinischen Behandlung besteht und wie sich diese auswirken wird“. (v. Troschke, Mühlbacher 2005, S. 113f) Da er weder die Notwendigkeit der vom Arzt vorgeschlagenen Diagnostik und Therapie, noch deren Auswirkungen auf das gewünschte Behandlungsergebnis angemessen beurteilen kann, befindet sich der Patient in einem Abhängigkeitsverhältnis. Auf die Expertise des behandelnden Arztes muss der Patient vertrauen, zumal er im Krankheitsfall auf eine angemessene medizinische Behandlung angewiesen ist. „Gesundheit lässt sich somit als „Vertrauensgut“ charakterisieren (...).“ (Lampert, Althammer 2007, S. 298)

Seitens der Patienten als Nachfrager von Gesundheitsleistungen besteht eine hohe Unsicherheit über deren Nutzen. Diese Unsicherheit könnte der Mediziner wiederum zu seinem eigenen wirtschaftlichen Vorteil nutzen, indem er Patienten zur Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Leistungen, „(...) die sie bei hinreichender Information über ihren wahren Gesundheitszustand sowie über die gesicherten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nicht nachgefragt hätten (...)“, rät (Cassel 2003, S. 10). Dieses Vorgehen wird als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet, welche auf dem Gesundheitsmarkt besonders prägnant erscheint.

Eine weitere Besonderheit bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen ist die aktive Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess. Nicht der Anbieter allein erbringt die Leistung, wie dies auf anderen Märkten der Fall ist, vielmehr ist der Patient Co- Produzent der ärztlichen Leistung. Durch sein den Behandlungsprozess positiv oder negativ beeinflussendes Verhalten (wird auch als Compliance bezeichnet) trägt der Patient maßgeblich zum Behandlungserfolg bei (ebd., S. 10). So sei laut Cassel die vertrauensvolle Arzt-Patienten- Beziehung eine notwendige Bedingung für den ärztlichen Behandlungserfolg und die gesundheitsfördernde Compliance des Patienten als „Selbstmanager“ (ebd., S.12).

3.3 Wettbewerbssituation der Krankenhäuser vor Einführung der DRGs

3.3.1 Einflussfaktoren für den Wettbewerb

Da die Wettbewerbssituation im engen Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenhausleistungen steht, folgt zunächst ein grob gefasster Überblick zur Krankenhausfinanzierung vor der DRG Einführung. Auf die Grundlagen der dualen Finanzierung wurde bereits in Kapitel 2.6 dieser Arbeit eingegangen. Im Weiteren steht die Betriebs- und Behandlungskostenfinanzierung seitens der Krankenkassen im Mittelpunkt der Ausführungen.

Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 1972 (vor der Wiedervereinigung Deutschlands, die Aussage bezieht sich deshalb für den Zeitraum bis 1989 auf die „alte“ BRD) hatten die Kliniken unter anderem Anspruch auf die Deckung der Selbstkosten und die Vergütung der Betriebs- und Behandlungskosten über allgemeine tagesgleiche Pflegesätze (Weyel, Mühlhauser 2003, S. 83). Selbstkostendeckung bedeutet, dass die Pflegesätze so zu berechnen waren, „(...) dass sie die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses deckten.“ (Simon 2010, S. 38)

Folglich wurden alle nachgewiesenen im Krankenhaus angefallenen Kosten, sowohl für die medizinisch-/pflegerische Behandlung (Diagnostik und Therapie) als auch für die sogenannten Hotelleistungen (Unterkunft, Verpflegung, Reinigung, Strom etc.) von den Krankenkassen, unabhängig von der Effizienz der Leistungserbringung, erstattet. Dies führte zu teilweise unnötig langen Aufenthalten der Patienten in der Klinik, da jeder zusätzliche Behandlungstag (über die Behandlungsnotwendigkeit hinaus) zur Erlössteigerung für das jeweilige Krankenhaus beitrug. „Die hohen Kosten, die am Anfang eines Krankenhausaufenthaltes durch umfangreiche Diagnostik und kostenintensive Therapien entstanden sind, sollten so am Ende wieder ausgeglichen werden, da dann nur noch die verhältnismäßig kostengünstigen Versorgungsleistungen erbracht werden mussten.“ (Weyel, Mühlhauser 2003, S. 82f) Die wirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser wurde durch das Selbstkostendeckungsprinzip keinesfalls gefördert, da „(...) die Gegenfinanzierung aller nachgewiesenen Aufwendungen und angefallenen Kosten sichergestellt war.“ (Rau, Roeder et al. 2009, S. 9) Die rein kostenorientierte Krankenhausfinanzierung war gekennzeichnet von fehlender Transparenz über Kosten- sowie Leistungsstrukturen. Zudem enthielt die Vergütung nach Tagespauschalen „(...)

wirtschaftliche und ressourcenorientierte Fehlanreize, die den ökonomischen Einsatz der Ressourcen nicht erforderten“. (Doege, Martini 2008, S. 42) In der Folge stiegen die Kosten für Gesundheitsausgaben rasant an und konnten durch die Beitragszahlungen der Versicherten nicht mehr gedeckt werden. 1993 wurden daher erste strukturelle Veränderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und 1995 durch die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) zur Beitragsstabilität und Neuorientierung zu Gunsten der Kostendämpfung angestoßen (Eichhorn, Greiling 2003, S. 32). Die bisherige kostenorientierte Finanzierung wurde zum Jahresbeginn 1995 auf freiwilliger Basis und ab 1996 verbindlich für alle Krankenhäuser umgestellt. Somit trat ein leistungsorientiertes Entgeltsystem bestehend aus, für alle Fachabteilungen eines Krankenhauses einheitlichen, Basis²- und Abteilungspflegesätzen³ an Stelle des Kostenerstattungsprinzips (Rau, Roeder et al. 2009, S. 9; Weyel, Mühlhauser 2003, S. 83ff). Weiterhin wurden die Kliniken im Rahmen dieser Reform zur prospektiven Leistungs- und Kalkulationsaufstellung verpflichtet, was zudem die Grundlage für die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen darstellte. Die erhoffte Eindämmung bzw. Senkung der Kosten blieb jedoch aus, denn Grundlage der jährlichen Budgetverhandlungen bildete weiterhin das Vorjahresbudget. So erhielt das Fortschreiben der Budgets letztlich das Selbstkostendeckungsprinzip (GKV Spitzenverband 2010e).

Die relative Finanzierungssicherheit der Kliniken insbesondere durch die Selbstkostendeckung bot jedoch keinerlei Bestandsgarantie. So ging ein hohes Maß an Unwirtschaftlichkeit spätestens nach der Einführung des Krankenhausvergleichs⁴ mit Erklärungsnotén der Kliniken gegenüber den Krankenkassen einher, die ihrerseits nun durch den Betriebsvergleich eine Argumentationsgrundlage hatten. Hinzu kam das Ansinnen seitens der Krankenkassen und Behörden Bettenüberkapazitäten⁵ abzubauen (Eichhorn, Greiling 2003, S. 32f). Mit einem Bettenabbau ging die Reduzierung pauschaler Fördermittel einher. Diese benötigten die Kliniken jedoch dringend für Investitionen. Um dem drohenden Bettenabbau entgegen zu wirken, mussten

² beinhaltet Unterkunft und Verpflegung in § 13 Abs. 3 BPfIV geregelt

³ Entgelt für Arzt- und Pflegeleistungen (z.B. Diagnostik, Therapie) siehe § 13 Abs. 2 BPfIV

⁴ geregelt in der BPfIV 1995

⁵ Anzahl der Betten, die über eine gegebene oder erwartete Nachfrage hinausgeht

die Kliniken Strategien zur Kundengewinnung entwickeln. Der Wettbewerb um Patienten wurde somit angestoßen, denn geringe Fallzahlen bzw. Nachfrage führten zunächst zu Budgetkürzungen und konnten in letzter Konsequenz auch bis zur Klinikschließung führen (Gührs 2010, Expertengespräch).

3.3.2 Auswirkungen auf den Wettbewerb

Die Ausführungen in Kapitel 3.3.1 verdeutlichen, dass Krankenhäuser bereits vor der DRG- Einführung im Wettbewerb (um Patienten) standen.

Dies wurde vornehmlich dort spürbar, wo ähnliche bzw. gleichartige Leistungsangebote im gleichen Einzugsgebiet von mehreren Marktteilnehmern erbracht worden sind. Davon betroffen waren insbesondere Kliniken in den Städten und den Ballungszentren, denn durch eine hohe Anbieterdichte konnte der Kunde entsprechend seinen Präferenzen medizinische Leistungen auswählen und beanspruchen (Robra, Swart et al. 2003, S. 47). Der Einflussfaktor Wohnortnähe war in dicht besiedelten Regionen mit einer hohen Anbieterdichte demzufolge kein relevanter Wettbewerbsparameter. Hier bemühten sich Kliniken vermehrt um ein gutes Image, da die Zufriedenheit der Patienten unmittelbaren Einfluss auf die Fallzahlen hatte (Eichhorn, Greiling 2003, S. 33). Da nicht alle vom Kunden nachgefragten medizinischen Leistungen auch von deren Krankenkassen finanziert wurden, spielte das Angebotsspektrum (z.B. Ausstattung mit Großgeräten, Intensivmedizin, Zimmerausstattung) eines Krankenhauses, insbesondere für Selbstzahler, durchaus eine Rolle bei der Wahl der Klinik.

Allerdings gab es vor DRG- Einführung keinen direkten Preis- bzw. Kostenwettbewerb, weil die Abrechnung mit krankenhauseinheitlichen oder abteilungsbezogenen Pflegesätzen für die Krankenkassen intransparent und damit schwerer vergleichbar war. Trotzdem haben die Krankenkassen versucht, die Steigerung der Pflegesätze mit Verweis auf niedrige Kosten bei anderen Marktteilnehmern zu vermeiden oder zu begrenzen. Die Kliniken argumentierten Ihrerseits mit steigenden Fallzahlen und besserer, aber schwer messbarer und somit kaum nachweisbarer Qualität gegenüber den anderen Wettbewerbsteilnehmern. Beim früheren Kostendeckungsprinzip war der Kostenwettbewerb zwischen den Kliniken eher gering (Gührs 2010, Expertengespräch).

Um die finanzielle Situation der Klinik zu stärken, ging es daher eher um einen Mengenwettbewerb. Konnte eine Klinik den Krankenkassen gegenüber nachweisen, dass mehr Fälle behandelt wurden als vereinbart, so war es möglich, darüber eine Budgeterhöhung für das Folgejahr auszuhandeln. Zudem hatten Krankenhäuser, die steigende Fallzahlen nachweisen konnten, eher eine Chance auf Einzelförderung (s. Kapitel 2.6 Investitionsförderung) durch das Bundesland (Neubauer 2004, S. 105). Somit konnten Investitionen zur Finanzierung eines notwendigen Umbaus oder eines Großgerätes getätigt werden, die regulär nicht zur Verfügung gestanden hätten und wiederum im Wettbewerb um Patienten einen Vorteil gegenüber anderen Kliniken verschafften. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es Wettbewerb zwischen den Kliniken auch vor Einführung der DRGs gab, dieser hatte jedoch in aller Regel keinen existenzbedrohenden Charakter.

4 Änderungen der Wettbewerbsordnung durch die DRGs

4.1 Ziele einer neuen Finanzierungs- und Wettbewerbsstruktur

Steigende Fallzahlen und der medizin-technische Fortschritt führten und führen zu permanenter Kostensteigerung. Die Kosten konnten in dem Tempo nicht über die Krankenversicherungsbeiträge gedeckt werden. Also galt es im Interesse aller Beteiligten und Betroffenen, Bedingungen zu schaffen, die die Krankenhäuser dazu veranlassen, die vorhandenen Ressourcen so einzusetzen, dass sie qualitativ hochwertige Leistungen bedarfsgerechter und effizienter anbieten (Kölking 2007, S. 22). Dabei ging es in erster Linie darum, eine Marktordnung zu schaffen die diese Ziele fördert, damit die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft finanzierbar gewährleistet werden kann (ebd., S. 30).

„Ausgehend von einer bisher, rein kostenorientierten Krankenhausfinanzierung und der bis dato fehlenden Transparenz über Kosten- und Leistungsstrukturen in der stationären Versorgung wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems beschlossen“. (Wied, Warmbrunn 2007, S. 198). Die Reform betrifft alle nach KHG geförderten Krankenhäuser, die im Krankenhausplan (s. Kapitel 2.4) aufgenommen sind (Wied, Warmbrunn 2007, S. 198).

Ein Vergütungs- bzw. Entgeltsystem ist definitionsgemäß ein staatlich begründetes und reguliertes Preissystem (Neubauer 2004, S. 106).

Zum 01.01.2003 trat das DRG- System mit einjähriger budgetneutraler Übergangsphase, in der zunächst 500 Kliniken und bis zum Jahresende dann 1000 Kliniken auf freiwilliger Basis auf das DRG- Vergütungssystem umstiegen, in Kraft. Seit dem 01.01.2004 sind die DRGs als Vergütungssystem für erbrachte medizinische Leistungen in Form von Fallpauschalen von allen Krankenhäusern in Deutschland verbindlich anzuwenden (Simon 2010, S. 296; Führung, Gausmann 2004, S. 47). Die DRGs lösen somit das bis dahin gültige Vergütungssystem mit krankenhausindividuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten ab. Mit Ausnahme der Psychiatrie, dort bleiben die bisher gültigen Basis- und Abteilungspflegesätze zur Leistungsabrechnung vorerst bestehen (Führung, Gausmann 2004, S. 47; Wied, Warmbrunn 2007, S. 258).

Folgende Ziele wurden seitens des Gesetzgebers mit der DRG Einführung verfolgt:

- Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus
- Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung
- Begrenzung der insgesamt zukünftig zu erwartenden Kostensteigerungen im stationären Bereich
- leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
- mehr Transparenz über Kosten und Leistungen der Krankenhäuser, um die Vergleichbarkeit zu erhöhen
- mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
- Förderung des Strukturwandels, weg von einem kosten- hin zu einem leistungsorientierten zukunftsfähigen Entgeltsystem
- Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“, d.h. die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern zu vereinheitlichen
- Abbau von Überkapazitäten

(GKV Spitzenverband 2010)

4.2 Begriffsklärung DRGs

- DRG ist die Abkürzung für **D**iagnostics **R**elated **G**roups
- G- DRG ist die Abkürzung für **G**erman **D**iagnostics **R**elated **G**roups

Basierend auf einem internationalen Klassifikationssystem zur Leistungsberechnung im Krankenhaus bilden DRGs durch diagnoseorientierte Fallpauschalen⁶ ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Wied, Warmbrunn 2007, S. 198). Die Fallpauschalen setzen sich aus dem Basisfallwert⁷ und aus einem Relativgewicht⁸ zusammen. In der mehrjährigen Konvergenzphase von 2004 – 2014 erfolgt die stufenweise Anpassung vom krankenhausesindividuellen Basisfallwert an einen einheitlichen Landesbasisfallwert (Busse, Schreyögg et al. 2010, S. 54). Die notwendigen Informationen für die Zuordnung eines Falls zu einer DRG werden routinemäßig im Krankenhausinformationssystem für alle stationären Krankenhausesfälle nach folgenden Kriterien erfasst:

- Hauptdiagnose
- Prozeduren (z.B. Operation)
- Nebendiagnosen, Komplikationen (bei Mehrfacherkrankungen)
- Entlassungsgrund (regulär, verlegt, verstorben)
- Alter, Geschlecht, Aufnahmegewicht bei Neugeborenen, Beatmungstunden
(Wied, Warmbrunn 2007, S. 198)

„Im Rahmen der Abrechnung über DRGs wird jeder Patientenfall je nach Diagnose, Prozeduren und Behandlungskosten in eine Fallgruppe und damit in eine Vergütungskategorie eingruppiert.“ (Loßin 2006, S. 56) Das heißt, jeder DRG- Fallgruppe ist ein Punktwert, der mit einem jährlich neu festzulegenden Basisfallwert multipliziert wird, und damit den Geldwert einer erbrachten Leistung bestimmt, zugeordnet (Wied, Warmbrunn 2007, S. 200).

⁶ ist ein „(...) fester Vergütungsbetrag für die Behandlung eines nach Diagnose und Art des Eingriffs definierten medizinischen Falles.“ (Wied, Warmbrunn 2007, S.258)

⁷ ist eine Wirtschaftlichkeitskennzahl, die sich aus den durchschnittlichen Kosten die ein Behandlungsfall in einer Klinik verursacht ergibt (Wied, Warmbrunn 2007, S.199).

⁸ gibt den Ressourcenverbrauch und damit den ökonomischen Aufwand der einzelnen DRG an (Wied, Warmbrunn 2007, S.199)

Die Eingruppierung erfolgt durch den sogenannten Grouper, ein Softwareprogramm, in dem jeder Behandlungsfall genau einer DRG zugeordnet wird. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen können unterschiedliche Schweregrade (in drei Abstufungen) der Behandlungsfälle im Krankenhaus abgebildet werden (GKV Spitzenverband 2010c).

DRGs sind:

- leistungsorientiert
- abhängig von der Verweildauer
- fachabteilungsübergreifend
- pauschal vergütet

Seit nunmehr sechs Jahren rechnen die deutschen Kliniken stationäre Leistungen nach G- DRGs ab. Diese „(...) sollen in erster Linie die leistungsorientierte Finanzierung der Krankenhäuser durch aufwandsbezogene Fallpauschalen vornehmen.“ (Wied, Warmbrunn 2007, S. 199)

Das fallpauschalierte Vergütungssystem, welches auf der Systematik der Australian Refined Diagnosis (AR- DRG) basiert, wurde an die in Deutschland vorherrschenden Bedingungen und Bedarfe angepasst und weiterentwickelt, so dass sich das G- DRG System inzwischen deutlich vom australischen Ursprungssystem unterscheidet (Führung, Gausmann 2004, S. 65).

Der DRG- Katalog wird jährlich vom Institut für Entgelte im Krankenhaus (INEK), dem sogenannten DRG Institut, weiterentwickelt und aktualisiert. Für das Jahr 2010 stellte das INEK einen Katalog mit 1200 DRG Fallpauschalen und 143 Zusatzentgelten für die Abbildung des stationären Leistungsgeschehens zur Verfügung. Kalkulationsgrundlage hierfür bildeten die tatsächlichen Behandlungskosten von 225 Kliniken, sowie die gesamten Daten aller Behandlungsfälle in den Kliniken Deutschlands⁹ (GKV Spitzenverband 2010b).

Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen zur DRG- Einführung und Vergütung sind im KHG, im Fallpauschalengesetz, im ersten und zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz sowie den Verordnungen zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser geregelt.

⁹ Datenbestand nach § 21 KHEntgG

- **Zu-/Abschläge für Lang-/Kurzlieger und Verlegungen**

Für jede DRG ist ein Verweildauerkorridor hinterlegt. Zuschläge fallen bei der Überschreitung einer jeweils festgelegten oberen Grenzverweildauer an, der Fall gilt somit als Langlieger. Die Zuschläge reichen allerdings nicht aus um die Kosten zu decken. Als Kurzlieger werden Fälle bezeichnet, in denen die untere Grenzverweildauer unterschritten wurde, was zu Abschlägen in der Vergütung führt. Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus muss die bisher behandelnde Klinik Abschläge hinnehmen, wenn die mittlere Verweildauer bereits überschritten wurde (GKV Spitzenverband 2010d).

Fazit: „Die Einführung des DRG- Systems leitet nun einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der steuernden Wirkung des Preises bzw. für den preispolitischen Gestaltungsrahmen eines Krankenhauses ein. Zunächst zergliedert es das bis dahin recht intransparente Leistungsgeschehen in ein überschaubares, standardisiertes und relativ exakt definiertes Set von Einzelleistungen, dem Qualitätsausprägungen, Kosten und eben auch Preise zugeordnet werden können.“ (ter Haseborg, Zastra 2007, S. 289)

4.3 Wettbewerbsbestimmende Faktoren die im Zusammenhang mit der DRG- Einführung verändert wurden

Der Umstieg auf das DRG- basierte Vergütungssystem zwingt die Klinikbetreiber zum Umdenken. Am Markt zu bestehen heißt, sich dem zunehmenden Wettbewerb durch eine Vielzahl von Veränderungen zu stellen und die Marktposition zu behaupten. Hierfür ist es unerlässlich, das Krankenhaus als (Wirtschafts-) Unternehmen zu begreifen. „Diese Transformation geschieht auf einem Sektor, in dem aufgrund des Selbstkostendeckungsprinzips traditionell wenige Anreize für ein wirtschaftliches Handeln bestanden.“ (Eichhorn, Greiling 2003, S. 31)

Die Wettbewerbssituation der Kliniken hat sich jedoch nicht allein durch die Einführung der Vergütung stationärer Leistungen durch DRGs verändert. Vielmehr ist die Vergütung ein wesentlicher Faktor, der in eine Vielzahl von Veränderungen eingebettet ist.

In der folgenden Abbildung werden wesentliche, den Wettbewerb beeinflussende Faktoren (Merkmale) aufgeführt und die traditionellen den wettbewerblichen Anreizstrukturen gegenübergestellt.

Merkmale	Traditionell	Wettbewerblich
Bedeutung des Wettbewerbs	Abschottung vom Marktdruck	Bewähren am Markt
Marktstellung	Monopolistisch	Polypolistisch
Umweltdynamik	Gering	Hoch
Steuerungsmechanismus	Bürokratisch	Unternehmerisch
Finanzierung	Kostenerstattung	Wettbewerbspreise
Insolvenzrisiko	Keines	Hoch
Patientenorientierung	Schwach	Stark
Zielsetzung	Sachzieldominanz	Formal- und Sachzieldualität
Rationalisierungsdruck	Gering	Hoch
Reglementierungsintensität	Dirigistische Feinsteuerung	Gesetzgeberische Zurückhaltung
Vergütungsstruktur	Dominanz des Bundesangestelltentarifs	Leistungsorientierte Vergütung

Abbildung 4: Vergleich der Anreizstrukturen für Krankenhäuser
Quelle: Greiling 2010, S. 54

Im Zusammenhang mit der DRG- Einführung erfolgte seitens des Gesetzgebers (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA) auch die:

- Ausweitung des Leistungskataloges für ambulantes Operieren in den Krankenhäusern (§ 115b SGB V)
 - flächendeckende Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors in Form von integrierter Versorgung nach §140a-h SGB V durch die Öffnung zu ambulanten Leistungen in Form von Kooperation mit Vertragsärzten beispielsweise in medizinischen Versorgungszentren
- Informationen der Bundesregierung zufolge wurden bis August 2009 bereits über 1200 medizinische Versorgungszentren in Deutschland gegründet (Regierung online 2009).

- Verwendung von im Krankenhaus erzielten Gewinnen für Investitionen
- Öffnung der Märkte für neue Wettbewerber, dies betrifft insbesondere den ambulanten Sektor, da durch neue Behandlungsverfahren zunehmend Leistungen ambulant bzw. als ambulante Operationen beispielsweise in Praxiskliniken erbracht werden können
- Umstellung der pauschalen Fördermittel vom Bettenschlüssel auf einen Fallschlüssel
- Mindestmengenregelungen für mehrere operative Leistungen. Bei Nichterreichen dieser Mindestmengen (sowohl auf den Arzt als auch die Klinik bezogen) für z.B. Operationen wie Lebertransplantationen oder Knieendoprothesen, darf die Leistung auch nicht mehr erbracht werden (§ 137 Abs. 1 SGB V)
- Verpflichtung für die Kliniken zur Veröffentlichung von strukturierten Qualitätsberichten im Abstand von 2 Jahren
Die gesetzliche Grundlage hierfür ist in § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V festgeschrieben. So sollen die Berichte eine Informationsgrundlage für Patienten und einweisende Ärzte darstellen. Darüber hinaus dienen sie den Krankenkassen, dort können somit klinikbezogene Daten ausgewertet und verglichen werden, um den Versicherten gegenüber Empfehlungen aussprechen zu können. Für Krankenhäuser bieten die Qualitätsberichte eine Chance, die in der Vergangenheit erbachten Leistungen und deren Qualität darzustellen, um somit das Vertrauen der Patienten zu gewinnen (G-BA 2010).

Durch die zunehmende Bedeutung des Internets haben immer mehr Patienten und auch Krankenkassen sowie ambulant tätige Ärzte die Möglichkeit, sich über Qualitäten, Umfrageergebnisse zu Qualitätsaspekten, Rankings etc. über Kliniken zu informieren und sie nutzen diese Möglichkeit auch. „Bereits rund 40% der Patienten informieren sich dort vor und nach einem Arztbesuch über ihre Diagnose und hinterfragen den Therapieplan des Arztes.“ (Henke, Lohmann et al. 2009, S. 13) Der Patient und seine Angehörigen rücken somit als Nachfrager mehr und mehr in den Mittelpunkt der Bemühungen seitens der Leistungserbringer. Die in Kapitel 3.2 beschriebene Anbieterdominanz schwindet mit steigendem Informationsgrad.

4.4 Einfluss der Änderungen

4.4.1 Wirtschaftliche Leistungserstellung als Wettbewerbsparameter

Der Grundsatz gleiche Preise für gleiche Leistungen, der mit der DRG Einführung zum Tragen kommt, löst spätestens mit Abschluss der Konvergenzphase einen erheblichen Kostendruck auf die Kliniken aus. Er bewirkt einen Selektionsvorgang zwischen den Kliniken, aus dem Gewinner und Verlierer hervorgehen (Machnik 2008, S. 207f). Kliniken, die ihre Leistungen günstig, d.h. mit weniger Ressourceneinsatz erstellen und anbieten, erzielen demzufolge Gewinne (Eichhorn, Greiling 2003, S. 32). Diese Gewinne stehen dann für Investitionen wie z.B. zur Qualitätssteigerung oder zur Erweiterung des Leistungsangebotes zur Verfügung, woraus sich ein Wettbewerbsvorteil ergibt. Im Gegensatz dazu müssen Krankenhäuser, die im Bereich der Leistungserstellung teurer sind, d.h. mehr Ressourcen verbrauchen als der Durchschnitt aller deutschen Kliniken, Verluste hinnehmen und können somit in Existenznot geraten. Die leistungsorientierte Vergütung hat zu einer gesteigerten Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern geführt. Hinzu kommt die schlechte Finanzlage der Klinikträger. Diese sind oft nicht mehr in der Lage, Defizite der Krankenhäuser auszugleichen, daraus folgt dann die Fusionierung, der Verkauf von Kliniken an große Klinikketten oder die Schließung von Kliniken. Die Aussage wird durch die Entwicklung der statistischen Daten von 1991-2008 bezüglich der Klinikanzahl insgesamt und die Veränderung der Trägerstruktur bekräftigt (Statistisches Bundesamt 2009, S. 18). Ferner prognostiziert die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young in ihrer aktuellen Studie – Krankenhauslandschaft im Umbruch: Wirtschaftskrise, Wettbewerb und neue Kundenwünsche – dass der Marktanteil privater Anbieter zukünftig steigen wird (Viering, Söhnle 2010, S. 37). „Die Zunahme von Wettbewerb im Krankenhaussektor führt zusammen mit der Tendenz zur Privatisierung und Kettenbildung bzw. Kooperationen von Krankenhäusern u.a. dazu, dass das Kartell- und Wettbewerbsrecht einen immer deutlicheren Stellenwert im deutschen Kliniksektor einnimmt.“ (Glaeske 2009, S. 10)

4.4.2 Druck auf die Verweildauer

Jeder DRG ist bereits eine Verweildauer zugeordnet. Nur bei einer Entlassung des Patienten im Korridor zwischen unterer Grenzverweildauer und mittlerer Verweildauer kann die Klinik variable Kosten sparen, d.h. Gewinne erzielen. Bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Überschreiten der mittleren Verweildauer müssen Abschläge in Kauf genommen werden. Die Regelung für Abschlagszahlungen, die eine Klinik für die Entlassung von Patienten beim Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer hinnehmen muss, steht insbesondere vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und damit einhergehend kürzeren Verweildauern entgegen. So besteht keinerlei Anreiz, den Patienten ungeachtet der medizinischen Notwendigkeit vor diesem Zeitpunkt zu entlassen, was wiederum die Entwicklung innovativer, verweildauerreduzierender Verfahren verhindert (Machnik 2008, S. 209). Die zunehmende Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor tragen vor dem Hintergrund steigender Überkapazitäten zu mehr Wettbewerb zwischen den Kliniken bei. Die rückläufige Entwicklung der Verweildauer bedeutet bundesweit den Abbau von Krankenhausbetten und führte in den vergangenen Jahren auch zur Schließung nicht wettbewerbsfähiger Krankenhäuser (Lohmann 2010, S. 414).

4.4.3 Fallzahlsteigerung

Kostenreduktion wird oft nur durch größere Fallzahlen erreicht, was zur Folge hat, dass die Fallzahlsteigerung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dies kann sowohl durch Spezialisierung als auch durch die Leistungsaufteilung in einem Klinikverbund gelingen. Die Kehrseite dieser Entwicklung ist, dass durch die steigenden Fallzahlen und die gesetzlich begrenzte Steigerung des Gesamtbudgets auf Landesebene die Fallwerte seit Jahren sinken, wodurch ein erheblicher Kostendruck auf die Kliniken entsteht. Hiervon sind insbesondere Kliniken betroffen, die bisher ihre Kostenstrukturen noch nicht hinreichend angepasst haben (Gührs 2010, Expertengespräch).

4.4.4 Qualität als zentrales Wettbewerbsparameter

Qualität bezeichnet das Ausmaß der Übereinstimmung von tatsächlichen Produkt- bzw. Leistungseigenschaften zu den Erwartungen des Kunden (Vahs 2009, S. 240). Da der Wettbewerbsparameter Preis im Rahmen des DRG-Systems weitgehend reguliert ist, findet der Wettbewerb um Patienten auf der Qualitätsebene statt (Böge 2007, S. 39). Die Qualität der Leistungen im Krankenhaus bzw. einzelner Abteilungen innerhalb der Kliniken stehen zunehmend im öffentlichen Interesse. Qualitätsaspekte gewinnen an Bedeutung und sind insbesondere für die Leistungsempfänger bzw. Nachfrager (Patienten, potenzielle Kunden), Vertragspartner (Krankenkassen, Hausärzte etc.) aber auch die breite Öffentlichkeit (Medien) ein zentrales Entscheidungskriterium (Wettbewerbsparameter), welches die Wahl für oder gegen ein Krankenhaus beeinflusst. Um Qualität beurteilen zu können muss das Leistungsgeschehen nachvollziehbar abgebildet werden. Somit ist Transparenz die wichtigste Voraussetzung für Wettbewerb (Specke 2005, S. 572). Qualitätsberichte, zu deren Erstellung und Veröffentlichung die Kliniken seit 2004 verpflichtet sind, tragen dazu bei, dass die in der Klinik erbrachten Leistungen transparenter und somit vergleichbarer werden (§ 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Im Zuge der gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung gemäß § 135a und § 137 SGB V sowie der damit verbundenen Pflicht der Kliniken zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements gewinnen Qualitätsmanagementsysteme (wie z.B. Total- Quality- Management, European Foundation for Quality Management, DIN EN ISO 9001:2008, Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zur Selbst- und Fremdbewertung massiv an Bedeutung (Eichhorn, Greiling 2003, S. 38). Sie sind inzwischen für die Außendarstellung eines Krankenhauses unverzichtbar. Mit der Überwachung der gesetzlichen Vorgaben ist die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) als gemeinnützige GmbH beauftragt. „Qualitätsbezogene Vergütungselemente sind in einigen Verträgen zur integrierten bzw. hausarztzentrierten Versorgung enthalten und werden z.B. in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung diskutiert.“ (Schrappe 2010, S. 349)

4.4.5 Veränderte Versorgungsstrukturen fördern Wettbewerb

Zur wirtschaftlichen Sicherung agieren Krankenhäuser mittlerweile verstärkt in Kooperation oder im Verbund mit anderen Kliniken und sektorenübergreifend mit dem ambulanten Bereich. So können mittels Kooperationen Ressourcen optimal durch die gemeinsame Nutzung von z.B. Labor-, Apotheken- oder Röntgenleistungen ausgeschöpft werden. „Hierzu zählt insbesondere die Erbringung eines komplementären Leistungsspektrums mit entsprechender gegenseitiger Zuweisung von Patienten (...)“ (Rau, Roeder 2009, S. 276). Um die Marktposition der Klinik zu stärken besteht im Klinikverbund zudem die Möglichkeit „(...) durch Spezialisierung in bestimmten Häusern Leistungsangebote zu zentralisieren und für den gesamten Verbund oder für Teilbereiche von ihm zur Verfügung zu stellen.“ (Damkowski, Meyer-Pannwitt 2000, S. 42) Der Wettbewerb findet nicht mehr nur zwischen Krankenhäusern statt. Der ambulante Sektor hat enorm an Bedeutung in der Patientenversorgung gewonnen (Aufwertung) und kann für das Krankenhaus entweder ein durchaus ernst zu nehmender Konkurrent oder das Gegenteil dessen, ein Kooperationspartner sein.

5 Strategien der Krankenhäuser auf die neuen Wettbewerbsbedingungen

5.1 Kostenwettbewerb

Seit Einführung der DRG- basierten Leistungsvergütung ist der Wettbewerbsdruck auf die Kliniken insbesondere im Hinblick auf den geplanten Abbau von Überkapazitäten gestiegen, weshalb es notwendig ist, Gewinne zu erzielen und somit die Existenz zu sichern. Die Kosten und Erlössituation werden maßgeblich von der Effizienz der Leistungserstellung beeinflusst (Sens, Wenzlaff et al. 2009, S. 45). Dabei geht es im Kern um „(...) die Optimierung von existierenden Behandlungs- und Leistungserstellungsprozessen (...)“ mit vorhandenen und verfügbaren Mitteln (Ahrens, Böcking et al. 2005, S. 27).

Die Krankenhäuser konzentrieren sich deshalb vor allem auf folgende Strategien:

5.1.1 Personalanpassung

Den größten Kostenblock stellen mit einem Anteil von mehr als 60 % der Gesamtausgaben einer Klinik die Personalkosten dar (Statistisches Bundesamt 2007). Um den neuen Anforderungen zu begegnen wurden u.a. Personalanpassungen in Form von Personalabbau oder Umsetzung von Personal, beispielsweise durch den Einsatz von Kodierkräften zur Unterstützung der DRG- Dokumentation und der Implementierung von Medizincontrolling vorgenommen (Sens, Wenzlaff et al. 2009, S. 78). Im Ergebnis kam es dabei in den Jahren 2000 bis 2008 zu einer kontinuierlichen Aufstockung des ärztlichen Personals von circa 109000 auf 128000 Vollkräfte (VK) und einem Abbau des nicht ärztlichen Personals (dazu gehören der Pflegedienst und der medizinisch technische Dienst) von rund 726000 auf 669000 VK im Jahresdurchschnitt (Statistisches Bundesamt 2008). Als Einflussfaktoren für die Aufstockung des ärztlichen Personals, welche sich auf die DRG- Einführung zurückführen lassen, sind unter anderem die Mindestmengenregelung, die steigenden Patientenzahlen und der damit verbundene höhere Dokumentationsaufwand (Kodierung der DRG) zu nennen.

5.1.2 Anpassung des Leistungsangebotes / Setzung von Schwerpunkten

Das Leistungsangebot einer Klinik sei laut Kölking ein ganz wesentlicher Erfolgsfaktor (Kölking 2007, S. 42). Die Entscheidung für ein bestimmtes Leistungsangebot wird von verschiedenen Kriterien beeinflusst, dazu zählen neben der „(...) Effizienz und Effektivität von Leistungen durch die Bewertung im DRG- System (...)“ der Standort und die Versorgungsstufe der Klinik (ebd. S. 43). Medizinische Leistungen, die nicht (mehr) kostendeckend erbracht werden können, beispielsweise aufgrund einer veränderten Konkurrenzsituation oder der Mindestmengenregelung, werden sofern sie nicht zur Komplettierung des Angebotspektrums dienen, eingeschränkt bzw. eingestellt.

Im Rahmen der Leistungsplanung von Krankenhäusern gewinnt die Schwerpunktsetzung mehr und mehr an Bedeutung. Damit ist die Konzentration des medizinischen Angebots an einem Standort sowohl einzelner Kliniken als auch Kliniken innerhalb eines Klinikkonzerns oder einer Trägergruppe gemeint. Um unter den verschärften Wettbewerbsbedingungen eine effiziente

Leistungserstellung sicherzustellen bedarf es oftmals Veränderungen in der strategischen Unternehmensausrichtung. Die tradierte Vorstellung, dass jede Klinik ein umfangreiches Angebotsspektrum vorhält, weicht von den Anforderungen der heutigen Zeit ab, in der die Marktposition einer Klinik eng mit der Effektivität der Leistungserstellung verknüpft ist. So fördert die Bildung von Schwerpunkten einerseits die Spezialisierung, was häufig mit einer Qualitätssteigerung einhergeht und vermeidet zum anderen, dass die Erbringung einer zu geringen Anzahl einzelner DRGs zu unwirtschaftlicher Leistungserstellung führt. „Vorteil dieser Art von Nischenpolitik können die allgemeinen Gewinne aufgrund von Spezialisierung sein, die in höherer spezieller Sachkunde und damit verbundener Leistungsqualität, aber auch in der Routinisierung von Leistungsprozessen und damit verbundener Kosteneffizienz liegen können.“ (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 265) Dieser Veränderungsprozess wird implizit durch die Mindestmengenregelung gefördert.

5.1.3 Konzentration auf Kernkompetenzen

Eine weitere Möglichkeit dem Kostenwettbewerb zu begegnen stellt die Rückbesinnung bzw. Neuorientierung der Krankenhäuser auf die Kernkompetenzen dar. „Die Konzentration auf das Kerngeschäft stationär zu erbringender Leistungen wiederum führt zur weiteren Verkürzung der Verweildauer, zur Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor und/oder der Zunahme ambulant erbrachter Leistungen des Krankenhauses selbst (...)“ (Sens, Wenzlaff et al. 2009, S. 45). Leistungen, die nicht zur Kernkompetenz der Klinik gehören, werden im Rahmen dieses Rückbesinnungs- bzw. Neuorientierungsprozesses an externe Unternehmen abgegeben und somit ausgelagert. Übergeordnetes Ziel dieser Maßnahme (der Dezentralisierung) ist die Kostenersparnis. Der Klinik kommt dabei „(...) die am Markt zwischen Anbietern gleichartiger Produkte bestehende Konkurrenzsituation (...)“ zugute (s. Kapitel 3.1), wenn die Vergabe der Leistung an ein externes Unternehmen neben dem Effekt der Kostensenkung auch mit einer Qualitätssteigerung einhergeht (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 266).

Die Konzentration auf das Kerngeschäft geht in vielen Fällen auch mit Personalanpassungen in Form von Personalabbau oder Umsetzung einher (Greiner, Hodek 2010, S. 248f). Betroffene Bereiche auf dem Kliniksektor sind beispielsweise:

- die Speise-, Wäscheversorgung und Reinigungsleistungen
- die Labor, Pathologie, Radiologie
- die Arzneimittelversorgung
- physikalische Therapie

5.1.4 Reorganisation der Behandlungsprozesse

Maßnahmen zur Reorganisation, die sich auf die Optimierung von abteilungs- und bereichsübergreifende Prozesse beziehen, können wesentlich dazu beitragen die Leistungsfähigkeit und somit die Wirtschaftlichkeit einer Klinik zu erhöhen (Greiling 2010, S. 54). Die traditionelle Trennung des ärztlichen- und pflegerischen Dienstes wird den heutigen Anforderungen nicht mehr gerecht (Rau, Roeder et al. 2009, S. 270). Die fallbezogene Pauschalvergütung im DRG- System erfordert vielmehr eine am Gesamtprozess ausgerichtete Leistungserstellung, die der engen Zusammenarbeit der Berufsgruppen bedarf. „Von der bisherigen Steuerung von Einzelprozessen geht der Trend ganz klar zur Gesamtprozessesteuerung anhand eines optimierten Gesamtpfades - von der Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus bis zu dessen Entlassung.“ (Rau, Roeder et al. 2009, S. 273). Denn die Überlebens- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen hängt zunehmend von einer reibungslosen, schnellen und kostengünstigen Abwicklung der auf den externen Kunden gerichteten Geschäftsprozesse ab (Vahs 2009, S. 220). Dies erfordert zunächst die prozessorientierte Gestaltung der innerbetrieblichen Abläufe und versteht sich anschließend als dauerhafte Strukturierung der laufenden Geschäftsprozesse. Perspektivisch werden sektorenübergreifende Versorgungsformen auch die Zusammenarbeit mit externen Akteuren begünstigen (Rau, Roeder et al. 2009, S. 273). Reorganisationsprozesse haben sich im Krankenhaus bisher als standardisierte, am Behandlungsprozess orientierte Arbeitsabläufe z.B. in Form klinischer Behandlungspfade (Clinical Pathways) etabliert. Ihnen kommt im Kostenwettbewerb eine bedeutende Rolle

zu. Denn effizienzsteigernde Maßnahmen können durch die Nutzung bzw. den Ausbau bereits vorhandener Strukturen eingeleitet werden. Durch Standardisierung kann die klare Aufgabenzuteilung für das Personal anhand eines Behandlungs- bzw. Ablaufschemas für den jeweiligen Prozess z.B. bei Aufnahme eines Patienten zu einer geplanten Operation, zu kürzeren Wartezeiten für den Patienten und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen führen.

Für eine umfassende Verweildauerreduzierung ist die Identifikation von häufig wiederkehrenden und komplexen Prozessen, sogenannten Kernprozessen, die eine Vielzahl an Schnittstellen aufweisen, unerlässlich (Kölking 2007, S. 49). Schnittstellen definiert Vahs als eine Folge der Spezialisierung von Organisationseinheiten, die aus den Übergängen zwischen einzelnen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen entstünden (Vahs 2009, S. 107). Basierend auf der Prozessanalyse, als Standortbestimmung, kann die Optimierungsstrategie entwickelt und Maßnahmen zur Prozessoptimierung eingeleitet und festgeschrieben werden (Kuntz, Hucke 2010, S. 260). „Überkapazitäten sind in unserem solidarisch finanzierten System ebenso abzubauen wie Ineffizienzen in der Behandlung und der personellen und institutionellen Ausstattung.“ (Glaeske 2009, S. 29) Um vorhandene Ressourcen in einem Krankenhaus optimal Nutzen zu können bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen dem Controlling und dem Qualitätsmanagement der Klinik (Kölking 2007, S. 52f).

5.1.5 Kosten- und Leistungssteuerung durch Medizincontroller

Im Rahmen der in diesem Kapitel beschriebenen Entwicklungen hat sich in den vergangenen Jahren das Berufsbild der Medizincontroller in der Klinikverwaltung etabliert. „Sie sind für die Erlössicherung aufgrund ihrer differenzierten Kenntnisse des kontinuierlichen überarbeiteten DRG- Systems unverzichtbar (...).“ (Sens, Wenzlaff et al. 2009, S. 53) Voraussichtlich werden die Krankenhäuser zukünftig das Kosten- und Verweildauercontrolling ausweiten, um ihre Marktposition halten und sichern zu können. Zudem gewinnen krankenhausspezifische strategische Controllingkonzepte zunehmend an Bedeutung, „(...) weil Umwelt- und Umfeldbeobachtungen, Indikatoren zur Kosten- Leistungstransparenz, Prognoseanforderungen,

Stärken-Schwächen-Analysen des eigenen Hauses hinsichtlich konkurrierender Häuser, Anforderungsprofile und auch Portfolio-Techniken als Unterstützungsfunktion der strategischen Planung erforderlich werden.“ (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 18) So kann die Erhebung und Auswertung der IST Daten eines definierten Bereiches mittels Analyse (z.B. IST/SOLL Abgleich) die prospektive Leistungsplanung unterstützen, was Auswirkungen auf das strategische Management der Klinik hat.

5.2 Fallzahl- und Qualitätswettbewerb

Dem Kostenwettbewerb kommt als eine Strategie der Krankenhäuser auf die neuen Wettbewerbsbedingungen zweifelsfrei eine bedeutende Funktion zu. Die in Kapitel 5.1 vorgestellten Möglichkeiten zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung entscheiden jedoch nicht allein über den Erfolg eines Krankenhauses. „Vielmehr werden diejenigen Einrichtungen als Gewinner zu bezeichnen sein, die unter wirtschaftlichen Bedingungen überdurchschnittliche, also „messbare“ und „fühlbare“ Qualität anbieten. Damit ist Effizienz kein Selbstzweck, sondern schafft erst die Voraussetzungen für Qualität.“ (Sens, Wenzlaff et al. 2009, S. 78)

Die DRG- basierte Vergütung übt insbesondere in Verbindung mit der Mindestmengenregelung (s. Kapitel 4.3) einen starken Anreiz zur **Fallzahlsteigerung** aus (Schrappe 2010, S. 350). Dieser resultiert aus den niedrigen Grenzkosten, die bei der Erhöhung der Fallzahlen entstehen (Schrappe 2010, S. 358). In der Konsequenz führen hohe Fallzahlen zu sinkenden Kosten und steigern somit die Effizienz. Seit der DRG- Einführung geht es eben nicht mehr darum das Bett zu belegen, um über die Tagessätze die Kosten zu decken. Vielmehr ist der Focus der Kliniken darauf gerichtet, „(...) mit den vorhandenen Ressourcen so viele Behandlungen wie möglich zu leisten bzw. eine vereinbarte Anzahl von Behandlungen mit so wenig Aufwand wie nötig durchzuführen.“ (Kölking 2007, S. 50) In einigen Fällen kann die Fallzahlsteigerung sogar zur Qualitätssteigerung beitragen (Robra, Swart et al. 2003, S. 46).

Der **Qualitätswettbewerb** resultiert ebenfalls aus der Anreizwirkung der derzeitigen Finanzierung von Krankenhausleistungen (Kölking 2007, S. 232). Kommt beispielsweise ein Patient innerhalb von X Tagen nach Entlassung erneut in die Klinik zur (Nach-) Behandlung, einer mit dem ersten Aufenthalt im Zusammenhang stehenden Komplikation, werden beide Fälle zusammengeführt (Fallzusammenführung). Die Kosten für den zweiten (Nachbesserungs-) Aufenthalt können vom Krankenhaus demnach nicht abgerechnet werden. Dies veranlasst Kliniken im eigenen Interesse eine qualitativ hochwertige Versorgung für ihre Patienten zu gewährleisten, um Komplikationen vorzubeugen und daraus resultierenden Kosten entgegenzuwirken. „Der Prozess der Leistungserstellung im Krankenhaus ist bereits durch die gesetzlichen Eckdaten eng mit der Qualitätssicherung verknüpft: Gemäß §§ 70, 137 SGB V sind Krankenhäuser verpflichtet, eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und neueste Erkenntnisse berücksichtigende Versorgung der Patienten zu gewährleisten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Versorgungsabläufen, in der Behandlung und in den Behandlungsergebnissen durchzuführen.“ (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 20f)

Die Krankenhäuser haben deshalb in der Regel ein Bündel von Maßnahmen und Strategien entwickelt, die sie bei unterschiedlich gewählten Schwerpunkten mit hoher Priorität umsetzen:

5.2.1 Qualitätskontrollen

Die medizinische und pflegerische Ergebnisqualität wird mittels krankenhauserinterner Qualitätskontrollen durch das Qualitätsmanagement sichergestellt. Dies schließt auch eine gute Dokumentationsqualität ein, denn die vollständige und zeitnahe Dokumentation der im Krankenhaus erbrachten Leistungen hat unmittelbare Auswirkung auf den Erlös. Zudem nehmen die Kliniken sowohl an verpflichtenden als auch freiwilligen internen und externen Qualitätskontrollen teil, die anschließend veröffentlicht werden. Durch die Zertifizierung kann das Krankenhaus seinen Kunden (Patienten, Angehörige, Zuweisende Ärzte, Krankenkassen etc.) gegenüber ein funktionierendes Qualitätsmanagement nachweisen und „(...) damit einen Vertrauensbeweis liefern.“ (Wied, Warmbrunn 2007, S. 618)

5.2.2 Erstellung von Qualitätsberichten

Durch den vom Gesetzgeber in § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V geforderten strukturierten Qualitätsbericht, zu dessen Erstellung und Veröffentlichung alle zugelassenen Kliniken verpflichtet sind, wurde im Jahr 2005 erstmalig der Vergleich von Krankenhausleistung sowohl für Patienten, Angehörige und Krankenkassen als auch für einweisende Ärzte ermöglicht. Die Veröffentlichung der Qualitätsberichte von den privaten Krankenhausträgern habe laut Glaeske einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass Kliniken anderer Träger aus Transparenz- und Wettbewerbsgründen ebenfalls ihre Qualitätsdaten, über die von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung geforderten Daten hinaus zur Verfügung stellten (Glaeske 2009, S. 12). Um im Wettbewerb zu bestehen müssen die Kliniken das Niveau des Konkurrenten halten, wenn nicht gar übertreffen können. Die Veröffentlichung negativer Qualitätsdaten in den Medien z.B. im Internet könnte für Krankenhäuser mit einem erheblichen Imageverlust einhergehen (de Pouvourville 2003, S. 185). Führt dies dazu, dass Patienten die Klinik meiden bzw. ihnen von zuweisenden Ärzten oder ihrer Krankenkasse anhand der Qualitätsdaten eine andere Klinik empfohlen wird, hätte laut Glaeske der Wettbewerb der Transparenz genutzt und die Entscheidungsbasis für oder gegen die Einweisung in ein bestimmtes Krankenhaus verbessert (Glaeske 2009, S. 12f).

Der von Schrappe o.g. indirekte Anreiz zur Qualitätsverbesserung durch den Leistungsvergleich zeigt demnach Wirkung. „Neben der Analyse und ständigen Beobachtung der Konkurrenz muss man vor allem im Auge behalten, wie sehr das Unternehmensangebot zum Nutzen der Kunden beiträgt.“ (Thill 1999, S. 8) Da der Preis als Wettbewerbsparameter für den Großteil der Patienten durch das Sachleistungsprinzip ausgeschaltet ist, spielt die Qualität für sie eine umso größere Rolle. Sowohl die Verpflichtung des Gesetzgebers zur internen und externen Qualitätssicherung als auch zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten bringt Transparenz in das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser. Die Veröffentlichung der Informationen trägt dazu bei, die Informationsasymmetrien (s. Kapitel 3.2) zwischen den Krankenhäusern als Leistungserbringer und den Patienten bzw. deren Krankenkassen als Nachfrager dieser Leistungen abzubauen (de Pouvourville 2003, S. 185). Denn dadurch das z.B. Patienten

als potentielle Nachfrager die Informationen abrufen bzw. nachfragen, werden diese auch zunehmend nutzergerecht aufbereitet und können so als Orientierungs- und Entscheidungshilfe zur Auswahl einer Klinik beitragen (Lohmann 2010, S. 417).

5.2.3 Stärkung der Kundenorientierung

Die traditionelle Rolle des eher passiven und uninformierten Patienten hat sich nicht zuletzt wegen des gestiegenen Gesundheitsbewusstseins in der Gesellschaft gewandelt (ebd., S. 416). Der Patient wird als Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen auch als Kunde wahrgenommen und bezeichnet, was auf eine Neuorientierung des Krankensektors schließen lässt (Kerres, Lohmann 2000, S. 29). Sie verdeutlicht, dass die im Krankenhaus am und mit dem Patienten erbrachte Dienstleistung auch eine Kundendimension enthält. „Aus dem Qualitätsmanagement wissen wir, dass die Fokussierung aller Maßnahmen auf den Kunden der wesentliche Faktor für den nachhaltigen Erfolg für das Unternehmen ist.“ (Kölking 2007, S. 49) Die Orientierung an den Bedürfnissen der Nachfrager (Kundenorientierung) rückt infolgedessen im Wettbewerb um Qualität zunehmend in den Mittelpunkt der Bemühungen von Kliniken, und „(...) findet ihren Ausdruck im Grad der Zufriedenheit der Kunden mit dem Angebot.“ (Thill, 1999, S. 8). Ein hoher Übereinstimmungsgrad der Kundenerwartung mit der tatsächlich erbrachten Dienstleistung führt zur Zufriedenheit des Kunden, was im Wettbewerb um eben diesen ein entscheidender Erfolgsfaktor ist (Meffert, Bruhn 2006, S. 212f). Da nicht die Mitarbeiter des Krankenhauses allein die Dienstleistung erbringen, sondern der Patient Co- Produzent im Prozess der Leistungserstellung ist (s. Kapitel 3.2), wirkt sich eine gute Beziehungsqualität durch den Dialog und den Interaktionsprozess auf die Qualitätswahrnehmung und somit auf die Kundenbindung aus (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 287; Meffert, Bruhn 2006, S. 215f). „Die Zufriedenheit des Patienten führt ggf. zu einer weiteren Inanspruchnahme der Klinik oder sogar zur Weiterempfehlung an Dritte.“ (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 287) Infolgedessen lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung erkennen (Meffert, Bruhn 2006, S. 212f). Über die Sicherstellung einer positiven Qualitätswahrnehmung für den Nutzer von

Krankenhausdienstleistungen versuchen Kliniken „(...) eine Erhöhung der Kundenbindung und eine positive Mund- zu- Mund Kommunikation zu realisieren, die die Basis für Umsatz und Gewinn darstellen.“ (ebd., S. 224)

5.2.4 Nutzung von Informationsquellen zur Ermittlung der Patientenbedürfnisse

In Kapitel 5.1 wurde bereits auf die Rolle des krankenhausinternen Controllings im Rahmen des Kostenwettbewerbs eingegangen. Konkrete Anregungen für die Optimierung der Dienstleistungsqualität kann eine Klinik hingegen aus z.B. den Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter, Patientenbefragungen oder Informationen des klinikinternen Beschwerdemanagements gewinnen. Somit können Potentiale der Klinik auf die Bedürfnisse der Kunden (potentielle Nachfrager) abgestimmt und über die zielgerichtete Ausgestaltung des Leistungsangebotes genutzt werden (Meffert, Bruhn 2006, S. 401). Erkenntnisse des Dienstleistungsmarketings gewinnen für Krankenhäuser in diesem Zusammenhang immens an Bedeutung.

5.2.5 Marketing

Allein das Erbringen qualitativ hochwertiger Leistungen ist eben nicht mehr ausreichend, um im Qualitätswettbewerb zu bestehen. Krankenhäuser müssen die Fähigkeit entwickeln ihre Leistungsfähigkeit nach außen, bzw. dem Nachfrager¹⁰ gegenüber darzustellen (Schrappe 2010, S. 270). Denn um am Markt bestehen zu können reicht es nicht aus, sich vom Konkurrenten abzugrenzen, vielmehr geht es darum, dem Nachfrager gegenüber hervorzuheben was die eigene Klinik im Vergleich zum Wettbewerber besser kann. Um potentielle Patienten für die eigene Klinik zu interessieren und begeistern laden Krankenhäuser beispielsweise einmal jährlich zu einem Tag der offenen Tür ein, bieten regelmäßig Informationsveranstaltungen in den eigenen Räumlichkeiten zu Themen wie Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen oder Schwangerschaft an (Klaue 2006, S. 8). „Der

¹⁰ können Patienten, Angehörige und zuweisende Ärzte ebenso sein wie Krankenkassen oder potentielle Mitarbeiter

Ansatz der Kundenorientierung öffnet den Blick über den Patienten hinaus auch auf niedergelassene Ärzte, die für den Erfolg des Krankenhauses entscheidend sind, da nur bei einer ausreichenden Anzahl von Zuweisungen – und vor allem der richtigen Krankheitsbilder – eine effektive Krankenhausarbeit überhaupt möglich wird.“ (Thill 1999, S. 9) Die Kundenbindung zu einweisenden- bzw. Vertragsärzten wird sowohl durch die von den Kliniken initiierten Fortbildungsveranstaltungen als auch durch die persönliche Kontaktpflege aktiv gefördert (Meffert, Bruhn 2006, S. 214).

5.2.6 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Darüber hinaus nutzen Krankenhäuser die Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor beispielweise für Kooperationen zur komplementären (ergänzenden) Therapie oder zur Bildung medizinischer Versorgungszentren mit Vertragsärzten. Die Anzahl derartiger Kooperationsbeziehungen ist seit 2006 fast unverändert stabil und scheint sich etabliert zu haben. Eine gegenläufige Entwicklung lässt sich bei Kooperationen zwischen den Kliniken feststellen, seit 2006 verzeichnen diese einen deutlichen Rücklauf, der Anteilswert hat sich in den Jahren von 2006 bis 2009 halbiert (Blum, Offermanns 2009, S. 58). Diese Entwicklung könnte ein Hinweis auf den intensiveren Wettbewerb zwischen den Kliniken sein.

5.2.7 Imageförderung

Indem Kliniken Kontakte zur Öffentlichkeit über die Medien z.B. der regionalen Zeitung oder Berichte im Fernsehen fördern, beeinflussen sie aktiv ihre Außendarstellung. Sei es das der Pressesprecher regelmäßig aktuelle Informationen aus dem Krankenhaus der Öffentlichkeit bekannt gibt oder Journalisten zu Veranstaltungen in die Klinik eingeladen werden. Alle bisher in diesem Kapitel genannten Möglichkeiten zur Selbstdarstellung einer Klinik sind Strategien die zum einen dem Image zuträglich sind und zum anderen wird darüber versucht aktiv die Nachfrage zu beeinflussen, d.h. zu erhöhen, um eine Fallzahlsteigerung herbeizuführen. „Das Image stellt einen wesentlichen Indikator für die Qualitätsbeurteilung einer Dienstleistung dar und trägt zur

Reduktion des empfundenen Kaufrisikos bei.“ (Meffert, Bruhn 2006, S. 210)
Aufgrund der Besonderheiten von Krankenhaus Dienstleistungen (s. Kapitel 3.2) wie Immaterialität, Irreversibilität und Einzigartigkeit der Behandlung, kommt dem Image der Klinik eine besondere Bedeutung zu.

„Für den Ruf eines Krankenhauses ist die gesamte innerbetriebliche Organisation für den Patienten von großer Bedeutung.“ (Klaue 2006, S. 17) Das trifft auf Wartezeiten, Informationen über Abläufe oder Behandlung, Orientierungsmöglichkeiten (Beschilderung) ebenso zu wie auf die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals.

„Auch wird die Erfahrung basierend auf einer Vielzahl operierter und/oder geheilter Fälle für den Ruf eines Krankenhauses eine Rolle spielen.“ (Klaue 2006, S. 17) So kann das positive Image einer Klinik der Entscheidung des Patienten für die Behandlung dort zuträglich sein.

5.2.8 Qualitätsanreize für das Personal durch Zielvereinbarungen und leistungsbezogene Vergütung

Qualität ist erfahrungsgemäß nicht die Eigenschaft eines Krankenhauses als Ganzes, sondern einzelner Abteilungen und die hängt im hohen Maße „(...) von der Qualität der leitenden Ärzte und der ihnen gewährten Handlungsfreiheit, ihrem Ruf und vielleicht auch der Offenlegung der Ergebnisqualität ab (...)“. (Arnold, Geisbe 2003, S. 57) So würde laut Lohmann der Wettbewerb letztlich über die Medizin entschieden (Lohmann 2010, S. 421).

Die Sensibilisierung der Beschäftigten für Kosten und Erlöse des Krankenhauses erfolgt zum einen durch die unmittelbar erlösrelevante Dokumentation, die hauptsächlich von Ärzten, Pflege- und Kodierkräften erbracht wird (s. Kapitel 5.1). Zum anderen versuchen Kliniken positive Anreize durch eine Gewinnbeteiligung der Beschäftigten über die Einführung leistungsbezogener Vergütungsstrukturen (z.B. Zielvereinbarungen für das Personal als Einzel- oder Gruppenleistung), oder durch die Umstellung der Chefarztverträge von einem eigenen Liquidationsrecht für Privatpatienten zu einem am Gesamtergebnis der Abteilung orientierten Maßstab zu schaffen (Lohmann 2010, S. 418f). In der vom Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen veröffentlichten Studie wird dieser Trend ebenfalls dokumentiert. Im Jahr 2009 wurden DRG- induzierte Veränderungen und ihre

Auswirkungen u.a. auf Veränderung der Organisation im Krankenhaus, basierend auf den Daten von 30 repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern in Niedersachsen untersucht. Daraus geht hervor, dass bereits 50% der Kliniken DRG- bezogene Zielvereinbarungen mit den Chefarzten bzw. Abteilungsleitern treffen. Damit sei klinikintern bereits eine größere Transparenz über Leistungen und Kosten entstanden, die sich nach Einschätzung der Autoren noch weiter entwickeln wird (Sens, Wenzlaff et al. 2009, S. 79).

5.2.9 Verbesserung des Serviceangebotes

Die primären Leistungen des Krankenhauses beziehen sich auf die medizinischen und pflegerischen Leistungen, die der Linderung von Beschwerden bzw. der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten dienen. Hotel-, Wahl- und Serviceleistungen komplettieren das Angebotsspektrum (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 294f). Da der Patient die medizinisch erbrachte Leistung häufig nicht beurteilen kann, gewinnen Komfortelemente für ihn an Bedeutung. Die Bewertung eines Krankenhauses durch den Patienten erfolgt demzufolge auch anhand der sekundären Leistungselemente. Das bedeutet für die Klinik, dass die Zufriedenheit des Patienten auch mit diesem Angebot im Mittelpunkt der Bemühungen stehen muss, „(...) da ein zufriedener Patient und sein Umfeld wichtige Werbeträger für ein Krankenhaus darstellen (...)“ (ebd. S. 294). Kliniken investieren in die Komfortelemente, um dem Anspruch der Patienten gerecht zu werden. Im Bereich der Unterbringung gehören dazu bauliche Maßnahmen bzw. Veränderungen wie die Modernisierung der Eingangshalle, den Umbau von Patientenzimmern (Ein-, Zwei- oder maximal Dreibettzimmer) und sanitären Einrichtungen. Die Ergebnisse der Studie – Krankenhauslandschaft im Umbruch: Wirtschaftskrise, Wettbewerb und neue Kundenwünsche – der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young bekräftigen die o.g. Aussagen. In einer telefonischen Befragung von 150 Klinikmanagern (aus Kliniken aller drei Trägerschaften) in Deutschland gaben 54 % der Befragten an, dass aus ihrer Sicht der Anhebung des Komforts für die Patienten beispielsweise bei der Speiseversorgung oder der Zimmerausstattung mit Fernsehgeräten, Telefon, Betten etc. eine sehr hohe Bedeutung zukäme, um die Wettbewerbsfähigkeit der Klinik auch in den

kommenden Jahren zu sichern. Eine ähnlich hohe Relevanz wird sowohl den Modernisierungsmaßnahmen des Gebäudes (50%) wie auch der technischen Ausstattung (50%) beigemessen (Viering, Söhnle 2010, S. 21). „Zwischen einem verbesserten Patientenkomfort, der baulichen Modernisierung und – wenigstens teilweise – der Modernisierung der technischen Ausstattung besteht ein enger Zusammenhang.“ (ebd., S. 21) Ziel der Bemühungen ist es, dem Patienten mit einer ansprechenden und Vertrauen erweckenden Umgebung zu begegnen. Neben einer ansprechenden Unterbringung ist für alle Kunden des Krankenhauses der Service von hoher Bedeutung, insbesondere wenn es um die Erreichbarkeit eines Ansprechpartners in der Klinik geht. Bei jedem Kundenkontakt spielt auch immer die Freundlichkeit und Kompetenz des Personals eine große Rolle für die Kundenzufriedenheit (Thill 1999, S. 4f).

Die Angebotspalette an Serviceleistungen lässt sich seitens der Klinik um diverse Elemente erweitern, indem beispielsweise Räumlichkeiten an physiotherapeutische Praxen, Heil- und Hilfsmittelgeschäfte, Friseure, Boutiquen, Bankfilialen, Gastronomiebetriebe o.ä. vermietet werden. Auch die Unterbringungsmöglichkeit von Angehörigen ist eine Möglichkeit, dem Patienten und seinen Angehörigen den Aufenthalt in der Klinik so angenehm wie möglich zu gestalten.

Somit sichert sich die Klinik Einnahmen durch die Mietbezüge und darüber hinaus ist der Ausbau des Service dem Image des Krankenhauses zuträglich (Damkowski, Meyer-Pannwitt et al. 2000, S. 295).

5.2.10 Zusammenfassung: Qualitätswettbewerb als entscheidender Faktor für den Erfolg eines Krankenhauses

Während der Kostenwettbewerb auf die Optimierung der klinikinternen Prozesse ausgerichtet ist, geht es im Gegensatz dazu beim Qualitätswettbewerb eher darum, „(...) die Krankenhausleistung von aussen, also aus Sicht der Nachfrager, zu optimieren und sie auf deren Bedürfnisse und Wünsche abzustimmen.“ (Thill 1999, S. 1) Um konkurrenzfähig zu werden und langfristig auch zu bleiben investieren die Kliniken in qualitätssteigernde, dem Kunden wahrnehmbare Maßnahmen (Viering, Söhnle 2010, S. 21f). Alle bisher genannten Strategien zielen darauf ab die Nachfrage zu steigern. Die qualitativ hochwertige Leistungserstellung ist die Grundvoraussetzung dafür, dass

Kliniken überhaupt nachgefragt werden. Krankenhäuser müssen aktiv in Erscheinung treten um Kunden für sich zu gewinnen, das bedeutet, sich um die Steigerung der Nachfrage zu bemühen. Mitarbeiter sind in diesem Wettbewerb ein entscheidender Erfolgsfaktor, sie werden durch positive Anreize motiviert, aktiv Veränderungsprozesse im Unternehmen mitzugestalten. In der Konsequenz versuchen Kliniken auf verschiedenen Wegen sich durch die Herausbildung eines Alleinstellungsmerkmals im Wettbewerb zu positionieren. „Zusammenfassend wird man aus Sicht der Krankenhäuser als Anbieter von medizinischen Dienstleistungen nicht verneinen können, dass sie in einem schmalen Bereich nicht nur die Möglichkeiten haben, Patienten an sich zu ziehen, sondern dass sie diese Möglichkeiten auch nutzen.“ (Klaue 2006, S. 9)

Erfolgreiche Krankenhäuser haben diesen Paradigmenwechsel erkannt und ihre Strategie an die veränderten Bedingungen angepasst.

6 Fazit und Ausblick

Die Arbeit hat gezeigt, dass sich der Wettbewerb auf dem Krankenhaussektor gravierend verändert hat. Diese Entwicklung wurde und wird durch die gesetzliche Einführung der DRG- basierten Vergütung maßgeblich beeinflusst. Die Veränderungen sind jedoch nicht einzig auf die fallpauschalierte Vergütung zurückzuführen. Vielmehr war die DRG- Einführung der Anstoß für einen komplexen Veränderungsprozess im Gesundheitswesen, der bis heute anhält. Im Zusammenhang mit den DRGs sind im Jahr 2004 vielfältige gesetzliche Bestimmungen in Kraft getreten (s. Kapitel 4.3), die die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser unterschiedlich intensiv, aber in jedem Fall wesentlich beeinflussen. Diese müssen zur Beurteilung der Auswirkungen der DRG- Einführung auf die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser Deutschlands immer auch Berücksichtigung finden. Die Veränderungen sind demzufolge im Zusammenhang miteinander zu sehen.

Die Einführung des DRG- Systems hat den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern intensiviert (Baum 2009, S. 28). Die Öffnung der Sektorengrenzen verändert die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser grundlegend. Seither konkurrieren Kliniken sowohl untereinander als auch mit anderen Akteuren um die knappen zur Verfügung stehenden Mittel des Gesundheitswesens. Auf diesem sich rasant entwickelnden Markt werden nur Kliniken bestehen können, die sich den zu bewältigenden Herausforderungen stellen. „Organisationen müssen sich immer wieder dynamisch und flexibel auf neue Entwicklungen und Rahmenbedingungen einstellen.“ (ebd., S. 46)

Krankenhäuser sind Wirtschaftsunternehmen, in denen betriebswirtschaftliche Interessen in den Vordergrund rücken und Kompetenzen erforderlich sind, um die Existenz zu sichern (Kölking 2007, S. 47; v. Troschke, Mühlbacher 2005, S. 115). In diesem Veränderungsprozess ist Umdenken gefragt. Es gilt Kosten abzubilden und Erlöse zu sichern, was durch die Darstellung der Aufwendungen über die DRG- Kodierung geschieht.

Zukünftig werden Pflegediagnosen und Pflegeprozesse wahrscheinlich stärker als bisher in die DRG- Systematik einbezogen, um mehr Transparenz in das Leistungsgeschehen der Klinik zu bringen. Somit könnten hohe

Pflegeaufwendungen (z.B. multimorbider oder chronisch kranker Patienten) erlöswirksam abgebildet werden.

Weiterhin müssen Anstrengungen unternommen werden um den originären Patientenbehandlungsprozess zu reorganisieren „Nur durch die effiziente und effektive Leistungserstellung mit Hilfe der Prozessoptimierung können Krankenhäuser ihre Behandlungskosten insgesamt senken und kostendeckend im Rahmen der DRG- Fallpauschalen arbeiten. Im Idealfall führen die Kostensenkungen sogar zur Unterschreitung der Fallpauschale und der Erwirtschaftung von Gewinnen.“ (Doege, Martini 2008, S. 44) Erlössicherung und Gewinnerzielung bilden die Basis wettbewerbsstrategischer Überlegungen. Die strategische Ausrichtung einer Klinik steht im engen Zusammenhang mit der medizinischen Expertise, durch Spezialisierung wird zum einen ein Alleinstellungsmerkmal gesichert, zum anderen kann die Leistung qualitativ hochwertig und kostengünstig aufgrund des Mengeneffekts erbracht werden (ebd., S. 44). Krankenhäuser haben zur Existenzsicherung neue Strategien entwickelt und setzen diese um. Indem sie auf die mit den DRGs einhergehenden Veränderungen reagieren stellen sie sich aktiv den Herausforderungen und schaffen somit die Voraussetzung um im Wettbewerb bestehen zu können.

Der Kosten- und damit der Wettbewerbsdruck wird voraussichtlich aufgrund der zunehmend alternden Gesellschaft, d.h. durch den Rückgang der Geburtenzahlen sowie den Anstieg der Lebenserwartung bei insgesamt sinkender Bevölkerungszahl und dem medizinischen Fortschritt bei geringeren Beitragseinnahmen der Krankenkassen, steigen. „Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter ansteigt. Der demographische Wandel führt somit zu einem zukünftig höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen.“ (v. Troschke, Mühlbacher 2005, S. 115) Im Mittelpunkt der Bemühungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung wird deshalb der konsequente Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen und eine enge interdisziplinär angelegte Zusammenarbeit von „ (...) Prävention, Pflege, Rehabilitation, Kuration und Gesundheitsförderung“ stehen (Glaeske 2009, S. 17).

„Während das DRG- System auf einen Qualitätswettbewerb ausgerichtet ist, kann man bei Verträgen zur Integrierten Versorgung auch über die Höhe der Vergütung verhandeln.“ (Kölking 2007, S. 232) In den Verträgen werden über die Preise hinaus auch qualitätsbezogene Vergütungselemente verhandelt. Diese Möglichkeit zur Vertragsgestaltung eröffnet den Zugang zu einer marktwirtschaftlich orientierten Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen. Die Abkehr von der strikten Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung leistet zudem, durch die Aufhebung der fragmentierten Versorgungsstrukturen, einen wesentlichen Beitrag zur patientenzentrierten Versorgung. „Dies wird unter anderem auch dadurch ermöglicht, dass die eine Gesamtversorgung behindernden sektoralen Budgets mit integrierten Versorgungsformen überwunden werden können.“ (Specke 2005, S. 568)

Die Krankenkassen werden vermutlich vermehrt das Recht erhalten, neben den weiterhin bestehenden Kollektivverträgen zusätzlich mit einzelnen Kliniken direkte Versorgungs- und Vergütungs- bzw. Rabattverträge zu schließen (und abzulehnen!), was einen direkten Preiswettbewerb ermöglicht.

„In einer Zeit, die von einem starkem Wettbewerb um Patienten geprägt ist, wird die Investitionskraft zu einem bestimmenden Faktor für den Erfolg eines jeden Krankenhauses.“ (Oellrich, Johne et al. 2007, S. 311)

Das duale Krankenhausfinanzierungsmodell scheint in seiner derzeitigen Ausprägung nicht zukunftsfähig und wird wahrscheinlich der monistischen (aus einer Hand) Finanzierung weichen (Pföhler, Bublitz 2009, S. 462) In Folge dessen würden „(...) die Investitionskosten zusammen mit den Betriebskosten fallbezogen zwischen den Versicherungen und den Krankenhäusern abgerechnet.“ (ebd., S. 462) Dementsprechend wären die Investitionskosten ausschließlich über die DRG- Erträge zu finanzieren. Krankenhäusern käme somit ein mehr an Entscheidungsfreiheit zu, da diese selbst bestimmen könnten, wann welche Investitionen getätigt werden. Außerdem bestünde nicht länger die Abhängigkeit von der Finanzlage des jeweiligen Bundeslandes, was aus wettbewerbsstrategischer Sicht ein bedeutender Vorteil für die Kliniken wäre.

Im Bereich der Trägerstruktur von Krankenhäusern werden die Marktanteile zukünftig weiter zugunsten privater börsennotierter Kliniken bzw. Klinikketten steigen. Deren guter Zugang zum Kapitalmarkt ermöglicht schnelle Investitionen, sodass private Träger mit „(...) neuen Angeboten ihre Attraktivität weiter steigern können (...)“. (Viering, Söhnle 2010, S. 37)

„Auch das Dienstleistungsverhalten wird für die künftige Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser entscheidend sein.“ (Specke 2005, S. 287) Denn durch die zunehmende Bedeutung des Internets werden die Leistungen und Qualitäten der einzelnen Krankenhäuser für Patienten, Einweiser und Krankenkassen noch transparenter, was deren Verhandlungsposition weiter stärkt. Die Möglichkeit des Vergleichs dürfe laut Glaeske als Begleiteffekt nicht unterschätzt werden (Glaeske 2009, S. 13).

Kliniken haben aufgrund der neuen Anforderungen ein neues Selbstverständnis entwickelt und verstehen sich zunehmend als patienten- bzw. kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen, in denen die Zufriedenheit der Kunden im Mittelpunkt der Bemühungen steht (v. Troschke, Mühlbacher 2005, S. 116).

Die zielgerichtete Ausrichtung des Angebotes auf die Kundenbedürfnisse ist deshalb ein zentraler Aspekt, mit dem sich Kliniken auch weiterhin im eigenen Interesse intensiv auseinandersetzen werden.

Der Krankenhausmarkt wird internationaler und Patienten sind zunehmend mobiler und bereit, beispielsweise einzelne weniger komplizierte Operationen (z.B. Augen) und kostengünstigere zahnärztliche Behandlungen (z.B. Zahnersatz) im osteuropäischen Ausland in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus bemühen sich auch deutsche Kliniken verstärkt um zahlungskräftige Patienten aus dem Ausland, beispielsweise Russland oder Saudi Arabien. So dürften deutsche Kliniken seit 1998 laut Goyen, der als Geschäftsführer der UKE Consult und Management GmbH (UCM) im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) tätig ist, Mehrerlöse aus der Behandlung ausländischer Patienten einbehalten. Auf diesem Wege erreichte das UKE im Jahr 2009 einen Umsatz von ca. 6 Millionen Euro, was rund 1% des Gesamtumsatzes vom UKE entspricht (Meurer, Müller von der Grün 2010, S. 43).

Von der Nachfrage ausländischer Patienten profitieren hauptsächlich Kliniken in Städten bzw. Ballungsgebieten, denen aufgrund der hohen Leistungsdichte

sowie des umfassenden Leistungsangebotes und der gut ausgebauten Infrastruktur (insbesondere die Anbindung zum Flughafen betreffend) ein Vorteil im Wettbewerb um Patienten zukommt.

Abschließend lässt sich festhalten, Krankenhäuser werden immer mehr wie andere im Wettbewerb stehende Unternehmen geführt. Langfristig geht es auch hier um die Verteilung knapper Ressourcen. Zu erwarten ist, dass der Wettbewerbsdruck weiter zunehmen wird. „Die erforderlichen neuen Kooperationen und Netzwerke verlangen ein Ethos im Gesundheitswesen, das sich nicht mehr nur auf die traditionelle Medizinethik beschränkt, sondern auch in die Unternehmens- und Organisationsethik einfließt.“ (Henke, Lohmann et al. 2009, S. 24) Denn weder ist alles medizinisch und technisch mögliche auch notwendig, noch ist es im Rahmen der Sozialleistungen finanzierbar. Hier schließt sich die grundlegende Frage an, welchen (Stellen-) Wert hat Gesundheit in unserer Gesellschaft und was will oder vielmehr kann sich diese Gesundheit auf welchem Niveau kosten lassen? Diese grundlegenden Fragen lassen sich keinesfalls nur über den Preis (monitären Wert) beantworten, was bereits im oben genannten Zitat von Henke und Lohmann anklingt.

7 Persönliche Stellungnahme

Während der Bearbeitung dieser BA Thesis habe ich festgestellt, dass das von mir gewählte Thema sehr umfangreich ist. Weshalb die Arbeit überwiegend Einblicke in die zentralen Aspekte zu den Veränderungen des Wettbewerbs, ausgelöst durch die DRG- Einführung, gibt. Besonders angespornt hat mich die Komplexitätsreduktion und die damit verbundene Herausforderung an die Bearbeitung des Themas.

So nutzte ich die Gelegenheit mich intensiv mit den gesundheitspolitischen Vorgaben und der damit im Zusammenhang stehenden veränderten Wettbewerbssituation von Krankenhäusern auseinander zu setzen.

Meine mehrjährige Tätigkeit als Pflege- und Führungskraft im Krankenhaus war für die Bearbeitung überaus hilfreich. Bisherige Erfahrungen aus erlebten Veränderungsprozessen im Krankenhaus konnte ich daher in die Arbeit einfließen lassen. Viele recht komplexe Zusammenhänge sind mir erst durch die umfangreiche Aufarbeitung des Themas deutlich geworden.

Auf die Wettbewerbsstrategien von M. E. Porter (Kosten-/ Preisführerschaft; Differenzierung/ Qualitätsführerschaft; Konzentration/ Spezialisierung) bin ich leider erst zum Ende meiner Arbeit gestoßen, so dass ich diese nicht mehr mit einbringen konnte. Hier wäre es sicher spannend die im Laufe dieser Arbeit entwickelten Wettbewerbsstrategien dem theoretischen Bezugsrahmen von Porter gegenüber zu stellen. Die Grundannahmen ähneln sich meines Erachtens auf den ersten Blick, dies genauer zu untersuchen könnte Gegenstand einer BA- Thesis wenn nicht sogar einer Masterarbeit sein.

8 Quellenverzeichnis

- Aberle, G.: *Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik*. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 1992
- Ahrens, U.; Böcking, W.; Kirch, W.: DRG- Einführung in Deutschland : Handlungsoptionen für Krankenhäuser durch die Reform. In: *Medizinische Klinik*. Volume 100, Number 1 / Januar 2005. München: Urban & Vogel, 2005 (S. 26-31) abgerufen auf: <http://springerlink.metapress.com/content/tpymeka5t5h7781u/fulltext.pdf>. am: 23.06.2010
- Arnold, M.; Geisbe, H.: *Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser*. In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2002 : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer, 2003
- Baum, G.: *Zwischenbilanz aus Sicht der DKG*. In: Rau, F.; Roeder, N.; Hensen, P. (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG – Einführung in Deutschland : Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009
- Blum, K.; Offermanns, M.: *Krankenhaus Barometer –Umfrage 2009*. Deutsches Krankenhaus Institut e.V. (DKI): Düsseldorf, 2009. abgerufen auf: <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202009.pdf>. am: 06.08.2010
- Böge, U.: *Der Markt für Krankenhausleistungen aus Sicht des Bundeskartellamtes*. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2006 : Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer, 2007

Bundesregierung (Regierung online): *Medizinisches Versorgungszentrum Nachfolger der Poliklinik*. Internetseite. Berlin, 2009. abgerufen auf: http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/20JahreMauerfall/Inhalte/medizinisches-versorgungszentrum-nachfolger-der-poliklinik.html. am: 11.08.10

Busse, R.; Schreyögg, J.; Tiemann, O.: *Management im Gesundheitswesen*. 2. Auflage. Berlin (u.a.): Springer, 2010

Cassel, D.: *Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung : Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf*, In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2002 : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer, 2003

Damkowski, W.; Meyer-Pannwitt, U.; Precht, C.: *Das Krankenhaus im Wandel : Konzepte – Strategien – Lösungen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2000

de Pouvourville, G.: *Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein?*. In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2002 : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer, 2003

Dichtl, E.; Issing, O.: *Vahle's Großes Wirtschaftslexikon*. Band 2. München: C.H. Beck ; Vahlen, 1987

Doege, V.; Martini, S.: *Krankenhäuser auf dem Weg in den Wettbewerb : Der Implementierungsprozess der Diagnosis Related Groups*. Wiesbaden: Gabler, 2008

Eichhorn, P.; Greiling, D.: *Das Krankenhaus als Unternehmen*, In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2002 : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer, 2003

Führung, M.; Gausmann, P.: *Klinisches Risikomanagement im DRG Kontext :
Integration von Risiko- Kontrollpunkten in klinische Pfade*. 1. Auflage.
Stuttgart: Kohlhammer, 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Internetseite. Berlin, 2007. abgerufen
auf: <http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/138/>.
am: 11.08.10

GKV Spitzenverband: Internetseite. Berlin, 2010. abgerufen auf: [http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG Basiswissen FAQs 3 Fragen.gkvnet?TM=f0300#antwort](http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG_Basiswissen_FAQs_3_Fragen.gkvnet?TM=f0300#antwort). am: 04.08.2010

GKV Spitzenverband: Internetseite. Berlin, 2010a. abgerufen auf:
[http://www.gkv-spitzenverband.de/GKV was ist das.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/GKV_was_ist_das.gkvnet).
am: 03.09.10

GKV Spitzenverband: Internetseite. Berlin, 2010b. abgerufen auf:
[http://www.gkv-spitzenverband.de/KH DRG System G DRG 2010.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_DRG_System_G_DRG_2010.gkvnet).
am: 04.08.2010

GKV Spitzenverband: Internetseite. Berlin, 2010c. abgerufen auf:
[http://www.gkv-spitzenverband.de/FAQ DRG Basiswissen 1 Frage.gkvnet?TM=f0100#antwort](http://www.gkv-spitzenverband.de/FAQ_DRG_Basiswissen_1_Frage.gkvnet?TM=f0100#antwort). am: 04.08.2010

GKV Spitzenverband: Internetseite. Berlin, 2010d. abgerufen auf:
[http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG Basiswissen FAQs 7 Frage.gkvnet?TM=f0700#antwort](http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG_Basiswissen_FAQs_7_Frage.gkvnet?TM=f0700#antwort). am: 04.08.2010

GKV Spitzenverband: Internetseite. Berlin, 2010d. abgerufen auf:
[http://www.gkv-spitzenverband.de/FAQ DRG Basiswissen 2 Frage.gkvnet?TM=f0200#antwort](http://www.gkv-spitzenverband.de/FAQ_DRG_Basiswissen_2_Frage.gkvnet?TM=f0200#antwort). am: 04.08.2010

- Glaeske, G.: *Mehr Qualität durch Privatisierung? Innovative Konzepte für öffentliche Dienstleistungen : Das Gesundheits- und Pflegesystem als Patient: Innovative Rezepte für gute Behandlungsqualität und gute Arbeitsbedingungen*. Expertengespräch III. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2009 abgerufen auf: <http://www.fes.de/wiso/pdf/dienstleistung/2009/050309/glaeske.pdf>. am: 08.06.2010
- Greiling, D.: *Krankenhäuser als Dienstleistungsunternehmen*. In: Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.): *Krankenhaus-Controlling : Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2010
- Greiner, W.; Hodek, J.-M.: *Strategisches Controlling im Krankenhaus*. In: Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.): *Krankenhaus-Controlling : Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2010
- Gührs, E.: Expertengespräch mit dem emeritierten kaufmännischen Direktor der Asklepios Klinik Barmbek. Hamburg, 04.08.2010
- Henke, K.-D.; Lohmann, H.; Straub, C.; Arnold, N.; Borchard, M.: *Soziale Gesundheitswirtschaft : Ordnungsrahmen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2009 abgerufen auf: http://www.kas.de/wf/doc/kas_17746-544-1-30.pdf. am: 11.08.2010
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Internetseite. Berlin, abgerufen auf: <http://www.kbv.de/koop/aerztliche-kooperationen.html>. am: 11.08.2010
- Klaue, S.: *Krankenhäuser und Wettbewerb*. In: Bruckenberger, E.; Klaue, S.; Schwintowski, H.-P. (Hrsg.): *Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb*. Berlin (u.a.): Springer, 2006

- Kerres, M.; Lohmann, H.: *Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung : Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum*. Wien/Frankfurt: Ueberreuter, 2000
- Kölking, H. (Hrsg.): *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2007
- Kuntz, L.; Hucke, D.: *Die strategische Ausrichtung von Krankenhäusern im Wettbewerb: Aktuelle Strategien und methodisches Vorgehen*. In: Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.): *Krankenhaus-Controlling : Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2010
- Lampert, H.; Althammer, J.: *Lehrbuch für Sozialpolitik*. 8., überarbeitete und vollständig aktualisierte Auflage. Berlin (u.a.): Springer, 2007
- Lohmann, H.: *Markenmedizin*. In: Lauterbach, K. W.; Lungen, M.; Schrappe, M. (Hrsg.) : *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine : Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2010
- Loßin, A.: *Auswirkungen der Vergütungsform auf Kosten und Qualität der Krankenhausbehandlung : Diagnosis Related Groups und Pflegesätze im Vergleich*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag (WVB), 2006
- Machnik, S.: *Diagnosis Related Groups : Effekte auf Handlungsweisen und Zielsetzung von Krankenhäusern- Eine modelltheoretische und empirische Analyse im Kontext der DRGs*. Schriften zur Gesundheitsökonomie; Band 59. Bayreuth: Verlag P.C.O., 2008
- Meffert, H.; Bruhn, M.: *Dienstleistungsmarketing : Grundlagen – Konzepte – Methoden*. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Gabler, 2006

- Meurer, U.; Müller von der Grün, C. P.: Grenzenloser Krankenhausmarkt?. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus*. Jahrgang 27, Ausgabe Nr. 1 Januar / Februar 2010. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft, 2010 (S. 12-14)
- Müschenich, M.; Scher, P.; Richter, D.: *ConceptHospital – Strategien für das Krankenhaus der Zukunft*. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2006 : Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer, 2007
- Nagel, E. (Hrsg.): *Das Gesundheitswesen in Deutschland : Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*. 4., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007
- Neubauer, G.: *Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen*. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2003 : Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1*. Stuttgart: Schattauer, 2004
- Oellrich, S.; Johne, M.; Mühlhaus, M.: *Finanzierung von Investitionen im Zeitalter der DRG*. In: Kölking, H. (Hrsg.): *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2007
- Pföhler, W.; Bublitz, T.: *Investitionsstau und Investitionsbedarfe – Neuordnung der Investitionsfinanzierung*. In: Rau, F.; Roeder, N.; Hensen, P. (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG – Einführung in Deutschland : Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009
- Pollert, A.; Kirchner, B.; Polzin, J. M.: *Das Lexikon der Wirtschaft : Grundlegendes Wissen von A bis Z*. aktualisierte Auflage, Sonderausgabe, Schriftenreihe Band 414. Bundeszentrale für politische Bildung: Bonn, 2008

- Rau, F.; Roeder, N.; Hensen, P.: *Auswirkungen der DRG – Einführung in Deutschland : Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009
- Robra, B.-P.; Swart, E.; Felder, S.: *Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor*. In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schnellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2002 : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer, 2003
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T.: *Gesundheitspolitik : Eine systematische Einführung*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber, 2009
- Schrappe, M.: *Qualitätsmanagement*, In: Lauterbach, K. W.; Lungen, M.; Schrappe, M. (Hrsg.) : *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine : Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2010
- Sens, B.; Wenzlaff, P.; Pommer, G.; von der Hardt, H.: *Effekte der pauschalierten Vergütung in der stationären Versorgung (DRG) auf die Gesundheitsversorgung : DRG- induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität*. Hannover: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, 2009
- Simon, M.: *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 3. Auflage, Bern: Huber, 2010
- Specke, H. K.: *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland : Daten – Fakten – Akteure*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber, 2005

Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis): *Gesundheit : Grunddaten der Krankenhäuser - 2008*. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Internetseite. Wiesbaden, 2009. abgerufen auf: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=0050000100004hvxyhJ0000000IWqN1O ABR8zOZ09y0v tg--&cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024818>. am: 05.07.10

Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis): Internetseite. Wiesbaden, 2008. aufgerufen auf: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Aktuell.templateId=renderPrint.psmI>. am: 03.09.2010

Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis): Internetseite. Wiesbaden, 2007. aufgerufen auf: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/11/PD07_458_231.templateId=renderPrint.psmI. am: 07.09.2010

ter Haseborg, F.; Zastrau, R.: *Neuere Aspekte der Preispolitik im Krankenhaus –Marketing*. In: Kölking, H. (Hrsg.): *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. Stuttgart: Kohlhammer, 2007

Thill, K.- D.: *Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser : Theoretische Grundlagen und praktische Fallbeispiele*. Stuttgart: Kohlhammer, 1999

von Troschke, J.; Mühlbacher, A.: *Grundwissen: Gesundheitsökonomie Gesundheitssystem öffentliche Gesundheitspflege*. In: Brähler, E.; Elsner, P.; Strauß, B.; von Troschke, J. (Hrsg.): *Querschnittsbereiche*. Band 3, 1. Auflage. Bern: Huber, 2005

Vahs, D: *Organisation : Ein Lehr- und Managementbuch*. 7., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Pöschel, 2009

- Vahs, D.; Schäfer-Kunz, J.: *Einführung in die Betriebswirtschaftslehre*. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Pöschel, 2007
- Viering, S.; Söhnle, N.: *Krankenhauslandschaft im Umbruch : Wirtschaftskrise, Wettbewerb und neue Kundenwünsche*. Ernst & Young GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft: Stuttgart, 2010
- Weyel, A.; Mühlhauser, T.: *Reformen im Gesundheitswesen : Die Rolle der Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland*. Hürth: Verlag Dr. Dr. Rolf Glazinski (VRG), 2003
- Wied, S.; Warmbrunn, A.: *Pschyrembel Wörterbuch Pflege*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter, 2007
- Wöhle, G.; Döring, U.: *Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre*. 23., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: Vahlen, 2008
- Gabler Verlag (Hrsg.): *Gabler Wirtschaftslexikon*. 17., komplett aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Gabler, 2010

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 10.09.2010



Ort / Datum

Unterschrift