

Einfluss des sich ändernden Gesundheitswesens auf die klinische Patientenversorgung

THOMAS W. KRAUS

Aktuelle Veränderungskinetik im deutschen Krankenhauswesen

Krankenhäuser stehen in einem erheblichen Umstrukturierungsprozess. Dieser Prozess ist eine Folge der sich immer rascher ändernden demographischen, wissenschaftlichen, technologischen sowie nicht zuletzt ökonomischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Krankenhäuser haben sich auf diesem Wege von historisch primär auf karitative Pflege ausgerichteten Institutionen inzwischen zu differenzierten, technisierten und multiprofessionellen Dienstleistungseinrichtungen entwickelt [1].

Dieser Veränderungsprozess ist schon seit Jahrzehnten erkennbar. Er war eigentlich auch absehbar. Die jüngste Beschleunigung dieser Veränderungsprozesse und die resultierende hohe Instabilität der Umfeld- und Rahmenbedingungen sind jedoch überraschend und beeindruckend. Die gegenwärtig dramatische Beschleunigung der Veränderungskinetik trifft jedoch nicht nur das deutsche Krankenhaus, sondern erscheint als ein grundsätzliches Gesellschaftsphänomen in den OECD-Staaten, dem sich unterschiedlichste Organisationen in ganz verschiedenen Wirtschafts- und Fachbereichen in oft noch erheblich gesteigertem Ausmaß ausgesetzt sehen [2].

Strukturen, Verantwortlichkeiten und Prozesse der Institution Krankenhaus verändern sich aktuell vor allem unter einem zunehmendem Kosten- und Leistungsdruck. Die Forderung nach einer immer weitergehenden Leistungseffizienz der Krankenhäuser resultiert letztlich aus der zunehmenden Verknappung der öffentlichen finanziellen Mitteln bei gleichzeitiger Bedarfs- und Leistungssteigerung sowie auch einer zunehmend kostenintensiven Leistungsdifferenzierung der medizinischen Behandlungsformen. Die Forderung nach Effizienz ist eine Folge der politischen Opportunitätskostenerwägung bei der Mittelzuordnung unter limitierten Ressourcen. Effizienzsteigerung ist die einzige Alternative zu bzw. die letzte Handlungsstufe vor einer Rationierung der Leistungen.

Alle aktuellen Veränderungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe der verschiedenen Berufsgruppen im

Krankenhaus. Sie haben damit aber gleichzeitig auch erhebliche Auswirkungen auf die klinische Patientenversorgung und langfristig vermutlich auch auf Ethik und Kultur der Institution Krankenhaus. Wie diese Veränderungen letztlich mit Blick auf die Ziele des deutschen Gesundheitssystems gewertet werden müssen, kann heute noch nicht abschließend beantwortet werden. In einer Übersicht wird versucht, die Veränderungsdynamik der Bedingungen für Leistungserbringer, die Effizienz-Definition, hieraus abgeleitete Veränderungen in Krankenhäusern sowie sekundäre Auswirkungen auf die Organisation der Patientenversorgung zu beschreiben.

Wozu braucht man Krankenhäuser ?

Die Veränderungsdynamik im Gesundheitswesen hinterfragt gegenwärtig selbst die Existenz der Institution Krankenhaus, besonders in Deutschland mit seinem dichten Netz an niedergelassenen Fachärzten. Jüngst stellte der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Frage: „Wozu und für wen braucht man überhaupt noch Krankenhäuser?“ Die Antworten auf diese Frage gruppieren sich um verschiedene Kriterien: das Erfordernis von auf komplexer Technologie basierender Diagnostik und Therapie, das Erfordernis von enger, räumlich verbundener interdisziplinärer Zusammenarbeit und einer kontinuierlichen Patientenüberwachung, Therapie oder intensiver Pflege. Soweit herrscht weitgehend Konsens. Die Zahl und Lokalisation der hierzu erforderlichen stationären Versorgungsinstitutionen ist allerdings kontrovers. Sie ergibt sich letztlich nur aus einer politischen Güterabwägung als Kompromiss zwischen Ansprüchen an Patientenkomfort (Wohnortnähe der Versorgung) sowie Ansprüchen an Ökonomie und Qualität der Krankenhausorganisation.

Die Reorganisation der stationären Krankenversorgung erhält zusätzlich durch politisch als disruptive Innovationen wirkende Regulationen eine weitere Dimension: Viele der Strukturmerkmale des konventionellen Krankenhauses lassen sich potentiell auch im ambulanten Sektor durch komplementäre Praxisverbände als „Gesundheitszentren“ organisieren. Diese Zentren unterscheiden sich von konventionellen Krankenhäusern nur noch durch die nicht vorgehaltenen Hotelfunktionen. Mit dem GKV-Integrationsgesetz wurden die Grundlagen hierzu erstmals geschaffen. Ein Umsetzungstrend ist schon klar erkennbar. Diese Reformen führen aktuell zu einer Dynamik in der deutschen Krankenhauslandschaft und erfordern eine Neupositionierung vieler Häuser [3].

Wozu und für wen braucht man überhaupt noch Krankenhäuser? Fast immer wird bei der Beantwortung der obigen Frage zudem von der lobbyistischen Grundannahme des Fortbestands der bisherigen deutschen Konvention ausgegangen, wonach sich Krankenhäuser überwiegend auf stationäre medizinische Behandlungen zu beschränken haben. Der Umkehrschluss ist allerdings bes-

tens geeignet, Krankenhäuser in dieser Diskussion aus der politischen Defensive zu führen. Verschiedene Krankenhausmerkmale können Anlass dazu geben, auch eine zunehmende ambulante Leistungserbringung der Krankenhäuser zu fordern. In Kliniken wird eine äußerst aufwändige apparative Technologie aufrechterhalten, deren Auslastung im Interesse der Systemwirtschaftlichkeit sowohl durch stationäre als auch ambulante Diagnose und Therapie sinnvoll ist. Als zusätzlich ambulant zu erbringende Klinikleistungen kommen besonders Prozeduren infrage, bei denen die Interdisziplinarität durch am Krankenhaus typischerweise schon vorgehaltene Professionen als günstig angesehen wird. Das GKV-Integrationsgesetz erlaubt in diesem Sinne auch sektorübergreifende Organisationsinitiativen der Krankenhäuser, die dann als medizinische Versorgungszentren (MVZ) zum Beispiel Kassenärzte in angestellter Position am Krankenhaus ansiedeln und sich damit den Zugang zur ambulanten Dienstleistung eröffnen können [3].

Leistungskontrolle und Regulation im deutschen Gesundheitswesen

Die Leistungserstellung im deutschen Gesundheitswesen wird traditionell stark durch staatliche Planungen und Eingriffe in die Wirtschaftsprozesse geprägt. Dies gilt in besonderer Weise für Dienstleistungen, die Krankenhäuser erbringen. Eine Vielzahl von gesetzlichen und nicht-gesetzlichen Vorgaben, wie Krankenhausbedarfspläne, Fallpauschalen, Pflegesätze und Budgets ordnen und begrenzen den Wettbewerb zwischen den Anbietern. Dabei zielten die politischen Kräfte bisher kaum auf die Entwicklung eines Wettbewerbssystems zur Stimulation und Regulation der Leistungsfähigkeit. Es wird vielmehr versucht, durch im 5. Sozialgesetzbuch formulierte Ergebnisziele und staatliche Regulierungen das Angebot und die Leistungsstruktur der Krankenhäuser weitgehend zu bestimmen [1].

Im 5. Sozialgesetzbuch werden die Leistungsziele hierarchisch geordnet. Auf der obersten Ebene stehen die Gesundheitsziele, welche als Primärleistungen des Gesundheitswesens bezeichnet werden. Darunter sind Ordnungsziele verankert, welche die Rechte und Pflichten der Versicherten definieren, die Kompetenzen der regulierenden und steuernden Institutionen festlegen sowie die Prinzipien Solidarität und Eigenverantwortung definieren. In den wiederum darunter angeordneten Versorgungszielen werden die Leistungsarten, Form und Umfang der Versorgung sowie die Sicherstellung der Versorgung geordnet. Schließlich ist in der letzten Hierarchieebene das Wirtschaftlichkeitsziel zu erwähnen. Es definiert, dass Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten haben, dass Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. In den letzten Jahren resultierten zahlreiche Gesetzesvorhaben, die immer den Zweck verfolgten, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen (Tabelle 1).

Tabelle 1. Gesundheitspolitische Reformen der letzten Jahre mit Zielsetzung einer Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitswesen

<i>In Kraft getreten am</i>	<i>Gesetz</i>
1. 7. 1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
1. 12. 1981 / 1. 7. 1982	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
1. 12. 1981 / 1. 7. 1982	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1. 1. 1983	Haushaltsbegleitgesetz 1983
1. 1. 1984	Haushaltsbegleitgesetz 1984
1. 1. 1985	Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung
1. 1. 1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)
1. 1. 1993	Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)
1. 1. 2000	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)
1. 1. 2004	GKV-Modernisierungsgesetz Integrierte Versorgungsformen

Wirtschaftlichkeit und Effizienz-Definitionen im Krankenhaus

Wie kann die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses bewertet werden? Die meisten aktuellen Veränderungen in der stationären Patientenversorgung zielen auf Effizienzsteigerung. Eine Verschwendung von knappen Ressourcen soll bei einem vorgegebenen Güterbündel vermieden bzw. bei gegebenem Input soll eine maximale Bedürfnisbefriedigung der Patienten durch die bereitgestellten Güter im Krankenhaus erzielt werden.

Technische Effizienz ist grundsätzlich dann gegeben, wenn Güter oder Leistungen in einer definierten Qualität zu den geringsten möglichen Kosten erstellt werden. Hierbei wird immer vorausgesetzt, dass der gegebene Stand der Technik realisiert wurde. Von einer Verfahrensineffizienz wird dann gesprochen, wenn eine Organisation ein nicht dem Stand der Technik entsprechendes Verfahren anwendet oder eine unangemessene Kapazität wählt. Ineffizienz wird ebenfalls durch verzögerte Prozess-Innovation ausgelöst. Sie tritt auf, wenn Wissensvermehrungen in Technik und Organisation erfolgen oder sich Faktor-Preisbeziehungen ändern, eine Umsetzung jedoch nur verzögert, also nicht zum kostenoptimalen Zeitpunkt vorgenommen wird. Viele der aktuellen politischen Initiativen im Gesundheitssystem basieren auf der Annahme, dass im deutschen Krankenhaus immer noch hohe Grade technischer bzw. verfahrensbedingter Ineffizienz vorliegen, also Effizienzreserven zu realisieren sind.

Bei der Analyse von Effizienzen wird immer der langfristige Zusammenhang zwischen Leistungskapazität und Kosten betrachtet. Aus der Analyse kurzfristiger Kostenentwicklungen können bei Annahme alternativer Leistungskapazitäten Plankostenkurven abgeleitet werden. Sie sind theoretische

Konstrukte, die einen festen Auslastungsgrad der Anlagen unterstellen. Solche Kurven zeigen meist, dass Leistungsstückkosten (medizinisch übersetzt also Fallbehandlungskosten) bei zunehmender Kapazität bis zu einem bestimmten Punkt sinken, welcher als mindestoptimale (Krankenhaus-)Betriebsgröße bezeichnet wird. Ab diesem Punkt sind Größenvorteile ausgeschöpft, d. h. die Durchschnittskosten sinken in kurz- und langfristiger Sicht nicht mehr und erreichen ihr Minimum. Plankostenkurven nehmen diesen Verlauf jedoch nur an, wenn für die untersuchte Organisation Größenvorteile (Economies of Scale) gegeben sind. Größenvorteile können ebenfalls für Krankenhäuser als gegeben angenommen werden.

Liegen die Kosten einer Organisation oberhalb der Plankostenkurve, so bestehen definitionsgemäß Ineffizienzen. Ineffizienzen können aber auch auf einer höheren Systemebene gesamtwirtschaftlich als Kapazitätsineffizienzen beschrieben werden, wenn sich die Leistungs-/Produktionsmenge auf zu viele Anbieter mit jeweils kleinen Kapazitäten aufteilt und damit theoretische erzielbare Größenvorteile unausgeschöpft bleiben. Hier wird also die Frage nach der optimalen Zahl der Krankenhäuser auf der makroökonomischen Ebene aufgegriffen. In der gesundheitsökonomischen Literatur ist strittig wo das Betriebsgrößentoptimum im Krankenhausbereich zu definieren ist. Die meisten Autoren gehen davon, dass die optimale Bettenzahl einer Institution bei etwa 400 bis 800 liegt. In Großkliniken und überdimensionierten Abteilungen können jedenfalls erhebliche "Diseconomies of Scale" beobachtet werden. In den meisten Kliniken sind Trends einer Entwicklung in diesen Größenbereich zu erkennen [1].

Diese Darstellung soll gegenwärtige ökonomische Denkmodelle orientierend deutlich machen. Sie soll aufzeigen, dass Effizienz der medizinischen Leistungserbringung grundsätzlich nur durch ein Benchmarking, also im nationalen oder internationalen Vergleich mit anderen Kliniken bewertet werden kann. Ein solcher Vergleich erfordert Transparenz der Leistungsdaten. Er setzt vor allem einen Konsens der Leistungsdefinition und -erfassung und eine hohe methodisch Vergleichbarkeit der Datensätze voraus. Dies war bislang im deutschen Gesundheitssystem keinesfalls realisiert. Mit der politisch gewollten und gegenwärtig umgesetzten Standardisierung der Leistungserfassung in Krankenhäusern wird die Ermittlung von Kosten-/ Leistungskurven zukünftig für einzelne Kliniken organisatorisch richtungsweisend werden. Diese Daten erhalten in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtungsweise dann ebenfalls erhebliche Brisanz.

Die Messung des Krankenhaus Output / Einführung der DRGs

Vergleichende Effizienzanalysen zwischen Krankenhäusern sind ohne eine standardisierte Leistungs- und Kostenerfassung nicht valide. Wie ist jedoch die Output-Leistung einer Klinik zu definieren? Der Gesundheitszustand bzw. die

Veränderung des Gesundheitszustandes von Patienten könnte prinzipiell als Output-Charakteristikum angesehen werden. Bei dieser Definition müsste der fiktive Gesundheitszustand, der sich im angegebenen Zeitraum ergeben hätte, wenn keine Behandlung erfolgt wäre, mit dem aktuellen Zustand des Patienten nach der Behandlung verglichen werden. Eine solche Output-Definition wird in betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen jedoch nicht berücksichtigt, da sie kaum in die Praxis umgesetzt werden kann. Es müssten hierzu objektive Kriterien für die Definition des Gesundheitszustandes aufgestellt werden. Aufgrund der Mehrdimensionalität und Subjektivität, die eine Gesundheitsbewertung mit sich bringt, sind alle Festlegungen schwierig. Zudem erscheint es nicht durchführbar, die Entlohnung eines Krankenhauses an Veränderungen des Gesundheitszustandes von Patienten zu koppeln, selbst wenn diese klar definiert werden könnten. Es ergeben sich Messprobleme. Insbesondere erscheint die Messung bei unheilbaren Erkrankungen oder wenn es um therapeutisch verhinderte Verschlechterung des Gesundheitszustandes geht (z. B. Palliativ-Medizin) unmöglich. Gesundung hängt zudem auch gravierend vom Patientenverhalten ab.

Das Verlangen nach Gesundheit stellt das zentrale Bedürfnis des Patienten dar, welches durch Konsumption von Krankenhausleistungen befriedigt werden soll. Der Output eines Krankenhauses wurde somit konventionell anhand der erbrachten Menge an Einzelleistungen, d. h. aller medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen, die eine Auswirkung auf den Gesundheitszustand haben bzw. haben sollen, gemessen. Die Summe der Leistungen bezogen auf einen bestimmten Zeitraum stellt den Gesamt-Output des Krankenhauses dar. Einzelleistungen sind hierbei auf bestimmte Patienten zurechenbar oder es werden Durchschnittswerte gebildet. Auch die Anzahl der Pfl egetage, die im Krankenhaus während eines bestimmten Zeitraums gemessen wird, kann als Output angesehen werden. Vereinzelt wurde zudem versucht, den Krankenhaushoutput über die Menge verbrauchter Produktionsfaktoren wie Strom, medizinischer Bedarf, Betten oder Arbeitszeit von Beschäftigten zu ermitteln. Diese Produktionsfaktoren werden jedoch dafür eingesetzt, ärztliche, pflegerische und hotelorientierte Einzelleistungen zu erstellen. Die verbrauchten Mengen können deshalb nicht als Output, sondern müssen eher als Input angesehen werden.

Konventionell wurde ebenfalls die Anzahl der Patienten bzw. Behandlungsfälle in einer stationären Einrichtung als Krankenhaus-Output verstanden. Die Heterogenität der Fallkomplexität erfordert jedoch eine Differenzierung der Gesamtleistung als Produkt aus Fallzahl und Fallschwere. Heute wird die Zusammensetzung der Erkrankungsfälle (Fall-Mix, Case-Mix) immer in die Bewertung einbezogen. Um den Fall-Mix gut abbilden zu können, werden jetzt komplexe Fallgruppensysteme bzw. Krankheitsklassifikationen verwendet. Dabei wird die tendenzielle Einzigartigkeit eines Falles, die sich aufgrund von persönlichen Parametern ergibt, nicht in Frage gestellt. Gleichzeitig wird

aber angenommen, dass gewisse Gleichheiten bei allen Patienten einer Gruppe auftreten, welche eine Einordnung in hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs homogene Gruppen zulassen (International Classification of Diseases, ICD; Refined Diagnosis Related Groups, DRGs).

Gerade die Einführung der Refined-DRGs setzt heute für die Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen neue Maßstäbe. Sie wird nach weiterer Ausreifung der DRG-Klassifikation zu einer Verbesserung der Effizienz-Bewertung im Krankenhaus beitragen. Hier ist der größte Veränderungstreibsatz aller bisherigen Struktur-Regulationen im Gesundheitssystem zu sehen. Die Vergleichbarkeit der Leistungsdaten wird zukünftig eine hohe Strukturbeeinflussende Eigendynamik entfalten. Schon heute beeinflussen Leistungserfassung, Dokumentation und Codierung den Arbeitsalltag aller Berufsgruppen im Krankenhaus in erheblichem Umfang [1, 4, 5].

Das aktuelle DRG-System ist aber noch unausgereift und erklärt bei weitem nicht alle Kostenunterschiede zwischen Kliniken. Die Schwankungsbreite der Kosten innerhalb einzelner Fallpauschalen beträgt aktuell noch bis zu 50 Prozent. Der Mangel an Kostenträgerrechnungssystemen hat dazu geführt, dass gegenwärtige DRG-Erlöse überwiegend auf Verrechnungsschlüsseln nicht direkt zuordnungsfähiger (indirekter) Kosten basieren. Es resultierten Kompressionseffekte: Komplizierte Leistungen werden tendenziell unterbewertet, einfachere Leistungen werden überbewertet. Hierdurch wird ein unübersichtliches Zu- und Abschlagssystem provoziert, das die Abrechnungsbürokratie vermehrt. Eine besonders inadäquate Kostenabbildung findet sich gegenwärtig in der Intensiv-Medizin, bei Langliegern mit Schwersterkrankungen, in der Transplantationschirurgie oder bei seltenen Erkrankungen. Durch diese inhomogene Berechnungsgrundlage der klinischen Leistungen besteht neben dem allgemeinen Kostendruck für Kliniken heute eine zusätzliche finanzielle Defizit-Gefahr durch inadäquate Erlöse, die nur schwer entgegengesteuert werden kann [6, 7].

Qualitätserfassung im Krankenhaus

Effizienz und Qualität lassen sich nicht unabhängig voneinander betrachten, denn die Steuerung der Abläufe und Prozesse übt unmittelbaren Einfluss auf die Ergebnisse der klinischen Arbeit aus. Effizienz ohne Qualität ist wertlos. Qualität ohne Effizienz ist unbezahlbar. DRGs werden im Falle ihrer zukünftig optimierten Ausgestaltung gute Möglichkeiten des Leistungsvergleichs (Mengen-Output) zwischen Kliniken erlauben. Diese Daten müssen mit gleichzeitig erhobenen medizinischen Qualitätsdaten vergesellschaftet werden, denn bei pauschalierten prospektiven Vergütungssystemen droht immanently eine Unterversorgung bzw. ein suboptimaler Ressourceneinsatz (Input), welcher ohne den Qualitätsvergleich zu Fehlbewertungen der erreichten Effizienz führen kann.

Der Begriff der Qualität ist von dem lateinischen Begriff *Qualitas* abgeleitet. Er beschreibt die Beschaffenheit eines Gutes durch Adjektive wie groß, klein, leicht oder schwer. In diesem Sinne ist eine bestimmte Qualität objektiv feststellbar und bezieht sich auf die Zusammensetzung des Gutes oder die Charakteristik einer Leistung. In der Antike wurde der Begriff zur Abgrenzung von Dingen benutzt. Im heutigen Verständnis wird die objektiv feststellbare Qualität in der Regel als Normerfüllung definiert. So beschreibt z. B. die ISO-Norm 8402 Qualität als „Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“ Auch in der Medizin erfolgen heute Qualitätsbewertungen zunehmend als explizite Definitionen über Zertifizierungsverfahren, die Norm-Erfüllung und Standardisierung überprüfen. Die Qualitätsdiskussion führt in den Krankenhäusern aktuell ebenfalls zu einer Welle neuer Aktivitäten für alle Berufsgruppen. Im Rahmen der Zertifizierungsbemühungen entstehen neue Märkte, in welche sowohl finanzielle als auch personale Ressourcen in nicht unbeträchtlichem Umfang umgeleitet werden.

Neben objektiven Qualitäten sind jedoch besonders im Gesundheitswesen auch subjektive Qualitäten bzw. Qualitätsbewertungen zu berücksichtigen. Hierdurch wird es Nachfragern möglich, Präferenzen für ein bestimmtes Gut oder eine Dienstleistung deutlich zu machen. So können z. B. Güter mit gleicher Zusammensetzung aber unterschiedlichen Verpackungen oder Form vom Nachfrager durchaus unterschiedliche Qualitäten zugewiesen bekommen. Weisen Güter oder Leistungen aus Sicht der Nachfrager unterschiedliche Qualität auf, werden sie als heterogene Güter bezeichnet. Viele medizinische Leistungen sind aus der ärztlichen und auch aus Patientenperspektive als heterogene Güter aufzufassen. Dabei liegt das besondere Problem jedoch in der Tatsache begründet, dass die objektive Qualität gerade vieler medizinischer Leistungen von Laien und auch oft von Experten nicht oder nur schwer bewertet werden kann. In dieser Situation werden Randleistungen (Hotelleistungen, Service, Freundlichkeit) oft als maßgeblich für die Qualitätswertung aufgefasst und von Leistungserbringern entsprechend herausgestellt. Kostenträger bewerten im Gegensatz hierzu in der Tendenz viele medizinische Leistungen eher als homogene Leistungen (Kommoditäten), die sich allenfalls im Preis unterscheiden. Diese Ausführungen sollen oftmals bestehende grundsätzliche Auffassungsunterschiede zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zur Qualitätsbeurteilung verdeutlichen.

Im Falle von heterogenen Gütern können Leistungserbringer eine Produktdifferenzierung betreiben. Diese Produktdifferenzierung kann sich auf die Kosten auswirken. Steigen die Produktionskosten für das Gut, z. B. auf Grund der Verwendung von höherwertigen Materialien, dann liegt eine vertikale Differenzierung vor. Die Kosten können aber auch konstant bleiben, wenn etwa nur eine Eigenschaft des Gutes wie die Farbe verändert wird (horizontale Produktdifferenzierung). In der Medizin finden wir aktuell viele Beispiele sowohl

für horizontale als auch vertikale Leistungsdifferenzierung. Die Behandlung in luxuriösen Privatkliniken kann als Beispiel für eine vertikale Differenzierung (vor allem im Bereich der Hotel- und Service-Leistungen) angesehen werden, die gezielt kompetitiv eingesetzt wird. In der Tat kann gegenwärtig beobachtet werden, dass sich die Differenzierung medizinischer Leistung überwiegend auf dem Feld der von Patienten subjektiv erfassbaren Service-Kriterien erstreckt. In der Zukunft werden Kliniken verstärkt daran arbeiten müssen, auch ihre medizinische Leistungsqualität exakter zu erfassen um sie dann nach außen als Ergebnisqualität erkennbar darzustellen. Dies erfordert eine kontinuierliche Analyse des Outcome und daran angeschlossen eine sorgfältige und professionelle Public-Relation-Arbeit.

Aufwands- und Kostenerfassung in Kliniken

Neben der Leistungserfassung und Qualitätskontrolle stellt die kontinuierliche Aufwands- und Kostenerfassung in der Klinik heute eine weitere Herausforderung für alle Berufsgruppen dar. Idealerweise sollten Kliniken in der Lage sein, Kostendeckungsbeitragsrechnungen für alle Leistungsgruppen (DRGs) vorzunehmen. In der Praxis fehlen vielen Kliniken jedoch noch die technischen Voraussetzungen bzw. die betriebswirtschaftlichen Kompetenzen. In der Vergangenheit waren Kostenzurechnungen auf einzelne Fälle oder Diagnosen nicht erforderlich. Kostenstellenrechnungen wurden deshalb nur selten realisiert. Kostenträger-Rechnungen müssen nun aber für Hunderte von DRGs umgesetzt werden. Dies setzt hohe Investitionen in die EDV zur Etablierung funktionierender Krankenhaus-Informationssysteme und zudem Schulungen der Mitarbeiter voraus.

In Ermangelung originärer Produkte werden verfügbare industrielle Systemlösungen gegenwärtig grob an die Bedingungen von Kliniken angepasst. Sie weisen somit meist noch erhebliche Schwachstellen auf. Ein neuer Markt entsteht mit allen Problemen der Unreife. Der Leistungsaufwand in die Etablierung dieser EDV-Systeme, besonders die Dokumentation und Codierung der Leistungen und Diagnosen ruht gegenwärtig in nicht unerheblichem Ausmaß auf den Schultern der Ärzte und des Pflegepersonals. Es ist nicht verwunderlich, dass wegen dieses zusätzlichen nicht-medizinischen Arbeitsaufwands, oft kompensatorisch Abstriche in der Intensität der Patientenbetreuung gemacht werden müssen, zumal Mehrleistungen unter dem Ökonomie-Gebot in vielen Kliniken nicht oder nicht mehr hinreichend vergütet werden.

Auswirkungen der Gestaltungsmaßnahmen auf den Krankenhausbereich

Die aktuelle Umgestaltungsdynamik in deutschen Kliniken basiert dominierend auf der fundamentalen Umstellung des Vergütungssystems sowie der angekündigten Vergütungs-Konvergenz zu Bundesland-einheitlichen Basisfall-

werten. Es resultiert eine erhebliche Ökonomisierung der klinischen Abläufe. Die Ablösung des ausschließlich am Tagesaufenthalt des Patienten geknüpften Pflegesatzsystems war sicherlich überfällig. Zu lange Verweildauern wurden über viele Jahre hinweg begünstigt, Reaktionen der Leistungserbringer unterblieben. Entsprechend weist Deutschland heute zu viele Krankenhäuser und erbrachte Pfl egetage im internationalen Vergleich auf. Hinzu kamen Fehlbelegungen in der Konsequenz chronisch unerledigter Systemprobleme, weil hoch spezialisierte ambulante Behandlungen nicht ohne stationäre Aufnahme im Krankenhaus behandelt werden konnten und in der Grund- und Regelversorgung der Akutkrankenhäuser Pflegefälle versorgt wurden [7].

In der stationären Krankenversorgung kommt es nun gegenwärtig zu einer enormen Leistungsverdichtung. Die beste Kennzahl hierfür ist der Bettenrückgang von 17 Prozent in einem 10-Jahres-Zeitraum bei gleichzeitigem Anstieg der stationär behandelten Patienten um 19 Prozent. Unverändert wächst gleichzeitig die Zahl der im Krankenhaus behandelten Fälle. Im Jahr 2002 waren es 17,4 Millionen Fälle. Voraussetzung für diese Leistungsverdichtung war eine erhebliche durchschnittliche Verweildauerverkürzung im gleichen Zeitraum um ca. 30 Prozent. Es werden also mit immer weniger Betten immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandelt. Es fällt zudem auf, dass die Auslastung der vorhandenen Betten trotz des Bettenabbaus weiter zurückgeht. Mit 80,1 Prozent Auslastung wurde inzwischen der niedrigste Wert seit 10 Jahren erreicht [6, 7]. Der ökonomische Druck verändert die Beziehung zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auch hin zu erheblich gesteigerter Rivalität. In einer Industrie-Analyse (5-Forces-Analyse nach Porter) wird dieser Trend deutlich. Der Wettbewerb wird jedoch durch unterschiedliche Klinik-Finanzierungsbedingungen in den verschiedenen Bundesländern und zwischen verschiedenen Versorgungsstufen erheblich verzerrt. Das deutsche DRG-System basiert aktuell noch auf heterogenen Basisfallwerten mit einer Spannbreite zwischen 1300 und 4350 Euro [7, 8].

Organisatorischer Wandel am Krankenhaus

Eine Vielzahl von aus der allgemeinen Management-Lehre industrieller Bereiche und besonders der Logistik entlehnter Prinzipien finden gegenwärtig Eingang in die Organisation und Struktur der stationären Patientenversorgung. Sie verändern die Krankenhauswelt maßgeblich. In Tabelle 2 werden die wichtigsten heute in der Klinik erkennbaren Prinzipien und Organisationstrends in einer Übersicht dargelegt.

Schon die zunehmend hohe Komplexität vieler Behandlungen zwingt zu organisatorischem Umdenken und Umstrukturierung in der Klinik. Das aktuelle „Ausfransen“ der Abteilungen an den Schnittstellen und die Verschiebung der traditionellen Grenzen führen zu neuen Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit. Dies wird besonders in den aufstrebenden „Krankheits-

Tabelle 2. Ausgewählte effizienzorientierte Trends und Maßnahmen
in der aktuellen Klinik-Organisation

<p>Reduktion / Lean Management „Nenner-Management“, Verminderung von Leistungen, Einsparungen Definition von Fehlbelegungskriterien Leistungs-/Abteilungs-Outsourcing (Radiologie) Evidence Based Medicine → <i>Activity Based Management / Value Added?</i> <i>Vermeidung / Verschlinkung</i> <i>Fixkostenreduktion / Reduktion variabler Kosten</i> <i>Bettenabbau</i></p>
<p>Zusammenfassen / Bündeln Zusammenführung bisher getrennter Ressourcen einzelner Fachkliniken Personal- und Geräte-Poolbildung Interdisziplinäre Stationsbelegung Batch-Management → <i>Fixkosten-Degression / Fixkosten-„Spread“</i> <i>Mengen- / Kapazitätsauslastung</i></p>
<p>Standardisierung Clinical Pathways, Leitlinien, Entscheidungskorridore → <i>Variabilitätsreduktion</i> <i>Fehlervermeidung</i></p>
<p>Spezialisierung Schwerpunktbildung / „Focussed Factory“-Konzept High Volume Centres / Krankheitsorientierte Zentren Kernklinik / Teleportalklinik Comprehensive Care Centres → <i>Erfahrung / Lern-Kurven-Effekte</i> <i>Fehlervermeidung</i> <i>Fallzahlkonzentration / Erfüllung Mindestmengenvereinbarungen</i></p>
<p>Beschleunigung Aufenthaltsdauerverkürzung / ambulante, prästationäre Diagnostik On-day-Surgery, Tages-Chirurgie, Kurzzeit-stationäre Behandlung Fast Track-Chirurgie Obere / Untere Grenzverweildauer / Abschlagszahlungen → <i>Zeit-Management</i> <i>Kostenverlagerung</i></p>
<p>Kapazitäts- / Warteschlangen- / Flow-Management Engpass-Management / „Just-in-Time-Management“ OP Management / Aufnahme- / Entlassungsplanung → <i>Kapazitäts-Balancierung, Puffer-Reduktion</i> <i>Prozess-Steuerung nach Kennzahlen / „Lead-Times“</i> <i>Aufwandshomogenisierung</i></p>

Tabelle 2. Fortsetzung

<p>Prozess-Fragmentierung</p> <p>„Line-Management“ Modulare Organisationsstruktur / Diagnostik / Therapie</p> <p>→ <i>Partikularisierung der Behandlungsprozesse mit wechselnder Verantwortung</i> <i>Professionalisierung, Fokussierung mit Schnittstellenvermehrung</i></p>
<p>Verlagerung / Outsourcing</p> <p>Verlagerung stationärer zu ambulanten Leistungen / Outsourcing „Ambulantonierung“ / Katalog ambulanter Operation nach § 115b SGBV Öffnung für hochspezialisierte Leistungen § 116a/b SGBV</p> <p>→ <i>Make or Buy</i> <i>Kostenverschiebung</i></p>
<p>Flexibilisierung</p> <p>Berufsgruppenübergreifende Dienste / Personalpool / Technik-Pool Multi-funktionale / multi-professionelle Teambildung OTA / O-ATAs / Upgrading der Professionen Arbeitszeitkonten / Arbeitszeitflexibilisierung</p> <p>→ <i>„Ausfransen“ der Abteilungs- / Funktionsgrenzen</i> <i>Prozess-Orientierung</i></p>
<p>Vergrößerung / Aggregation</p> <p>Klinik-Verbünde / Fusionen / Kooperationen</p> <p>→ <i>Mengeneffekte / Economies of Scale / Economies of Scope</i></p>
<p>Integration</p> <p>Neue Versorgungsformen / Integrationsversorgung / Reha-Integration Sektorübergreifende Netzwerke / Interdisziplinäre Therapie / Verbundbildung Medizinische Versorgungszentren / Notfallpraxis an der Klinik / Aufkauf von Kassenarztsitzen</p> <p>→ <i>Vorwärts- / Rückwärtsintegration, horizontale / vertikale Integration</i> <i>Klinik-Fusion, Joint-Ventures</i> <i>Marktdurchdringung / -erweiterung</i></p>
<p>Erlös-Optimierung</p> <p>„On Point of Care“-Dokumentation Diagnosen- und Leistungs-Kodierung / Grouper-Kontrollen / Professionelle „Coder“ MDK Kommunikation</p> <p>→ <i>Fallzahlvermehrung</i> <i>PCLL-, Case-Mix-Optimierung</i></p>

Tabelle 2. Fortsetzung

<p>Motivation</p> <p>Leitbild / Vision Neue Incentive-Strukturen Innerbetriebliche Leistungsverrechnung / Zielvereinbarungen, Prinzipal-Agenten-Theorie Leistungsabhängige Vergütung / Zeit-Verträge / Werksverträge / Entwicklungsklauseln Ausstieg aus BAT / GmbH Bildung</p> <p>→ <i>Mobilisation</i> <i>Partizipation der Mitarbeiter an Einspar-Effekten</i></p>
<p>Steuerung</p> <p>EDV / Intranet / Internet Enterprise Resource Planning Systems „ERP“ / Krankenhausinformationssysteme / „KIS“ Abteilungsbudgets, flexible Budgets, Zero-Base Budgeting Controlling, Dokumentation, Kodierung Kennzahlensysteme, Balanced Score-Cards, p-Trend-Charts</p> <p>→ <i>Daten-Integration / Daten- / Prozess-Transparenz</i> <i>Prozess-Kontrolle / Prozess-Analyse</i> <i>Benchmarking</i></p>
<p>Kooperation</p> <p>Interdisziplinäre Zentrumsbildung Sektorenübergreifende Kooperation / Großgerätenutzung durch Vertragsärzte Industrie-Kooperation / Einkaufskooperation</p> <p>→ <i>Behandlungseffizienz-Steigerung</i> <i>Forschungsoptimierung</i></p>
<p>Supply Chain Management</p> <p>Zuweiserverfassung / Kartographierung / Rücküberweisung Zuweiser-Klassifikationen Informationsübertragung / Informations-Partizipation</p> <p>→ <i>Netzwerkbildung / Win-Win-Modelle</i></p>
<p>Kommunikation</p> <p>Intern / extern Mitarbeiterzeitschriften Intranet / Internet</p> <p>→ <i>Corporate Identity</i> <i>Corporate Culture / Kultur</i></p>
<p>Risiko-Management</p> <p>Aufklärung / Dokumentation M&M-Konferenz Dokumentation Near Misses / Unerwünschte Ereignisse Critical Incident Reporting Systeme „CIRS“</p> <p>→ <i>Fehlervermeidung</i> <i>Kostenreduktion</i></p>

Tabelle 2. Fortsetzung

Public Relations Internet-Präsentationen Broschüren / Presse-Arbeit / Jahresberichte Patienten-Kompetenz / Anspruchssteigerung Corporate Design / Werbung → <i>Patientenansprache</i> <i>Zuweiser-Ansprache</i> <i>Kostenträgeransprache</i>
Arbeitszeitregelung Komplexe Schichtmodelle Personalausweitung / Flexibilisierung der Arbeitszeit / Zeitkonten → <i>Erfüllung der Europäischen AZ-Gesetzgebung</i>
Service-Optimierung Leistungen tangibel machen – “From Backstage to Frontstage” Hotelfunktionen / Wahlleistungen → <i>Leistungsdifferenzierung</i>

orientierten Zentren“ deutlich, in denen ärztliche und pflegerische Kompetenz gebündelt und der Patient rasch und stringent diagnostiziert und behandelt werden sollen („One-Stop-Shopping“, kein Verlegungskarussell, wenige Doppeluntersuchungen). Die zusätzliche Einbindung von Forschungsinstitutionen in die Patientenversorgung geht darüber hinaus und zielt auf frühzeitige Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Behandlungsprozess sowie auf eine Patientenrekrutierung für Studien („Comprehensive Care“). Es kann aus der Management-Perspektive darauf hingewiesen werden, dass bei interdisziplinärer Entscheidungsfindung und Planung Leistungsexzesse isolierter Fachdisziplinen durch die kontrollierende Kooperation vermindert werden und meist Einsparungseffekte für die Gesamtklinik resultieren. Zudem entsteht ein guter PR-Effekt auf zuweisende Ärzte [9].

Zentrumsbildung und Fallkonzentration erfahren durch die auf Qualitätssicherung abzielende gesetzliche Mindestmengenregelung für ausgewählte Indikationsbereiche ebenfalls eine weitere Zunahme. Es kann für komplexe Leistungen heute als gesichert angenommen werden, dass höhere Fallzahlen über Lernkurven und Erfahrungseffekte effizientere und fehlerärmere Behandlungen ermöglichen. Auch diese Regelung wird die Konkurrenz zwischen Kliniken weiter verschärfen, da Kapazitätsauslastung und Kostendeckung der medizinischen Leistungen ebenfalls von der Erzielung einer hinreichend hohen Fallzahl in der Klinik abhängen. Die aktuellen Schwellenwerte sind jedoch niedrig definiert und aktuell noch weit davon entfernt, relevante Umleitungen der Patientenströme auszulösen.

Mit der Konzentration auf bestimmte Behandlungsformen wird die in den USA heute schon vielfach realisierte Schwerpunktbildung und Spezialisierung auch kleinerer Kliniken zunehmen. Es wird allerdings auch deutlich werden, dass Höchstleistungen in den meisten medizinischen Bereichen nicht nur an definierten Maximalversorgungszentren gebunden sind, sondern auch in kleinen, hoch professionalisierten Kliniken als so genannte „Focussed Factories“ oder eigenständig organisierten Einheiten innerhalb von Kliniken („Plant-within-Plants“) realisiert werden können. Die durchschnittliche Leistungsqualität in der Versorgungslandschaft wird sich kompetitiv an den Hochleistungszentren orientieren und hierdurch langfristig wahrscheinlich homogener werden [9].

Die zunehmende Standardisierung der Prozesse und medizinischen Behandlungsabläufe zielt primär auf eine Prozess- und Faktor-Variabilitätsreduktion hin. Sie wird gegenwärtig meist noch Klinik-individuell festgelegt und orientiert sich mit reduktionistischen Tendenzen soweit möglich an der Verfügbarkeit wissenschaftlicher Evidenz. Moderne Flow-Management-Analysen mit Erfassung und Berechnung der Leistungs-Kapazitäten in den einzelnen medizinischen und nicht-medizinischen Prozess-Bereichen der stationären Leistungskette (OP, Intensiv, Intermediate Care, periphere Station) sollen helfen, die oftmals wandelnden Engpässe zu erkennen und vor allem den optimalen und homogenen Leistungsfluss durch eine subtile Balance der Kapazitäten zu steuern und damit Stauungen (Leerlauf) zu verhindern. Auch hier ist für den Krankenhausbereich zu erkennen, dass gerade Kapazitätsentscheidungen zu den schwierigsten Management-Entscheidungen gehören, aber immense Effizienzen generieren können. Analog der Produktions-Durchlaufzeit („Lead-Time“) in der industriellen Fertigung können mittlere stationäre Aufenthaltsdauern hierdurch zukünftig vermutlich noch weiter gesenkt werden, indem alle für den Patienten wertschöpfungsfreien (Warte-) Zeiten konsequent reduziert werden. Diese Konzepte klingen für Mediziner und Pflegende gegenwärtig noch oft zu technologisch und ungewohnt, werden aber in anderen Service-Bereichen, wie z. B. Hotels schon umgesetzt.

Die zunehmende Konkurrenz lässt alle Dienstleistungs- und Serviceaspekte, als subjektiv besonders erfassbare Leistungskomponenten in der Klinik weiter hervortreten. Gegenwärtig lernen Kliniken auch auf diesem Feld von anderen Dienstleistungsbereichen („We Are All in Services Now“). Viele Ideen, wie z. B. die kontinuierliche Patienten- und Angehörigen-Information während der Behandlung, sowie eine weitgehende Prozess-Transparenz, finden Eingang in das Leistungsangebot („Bringing Processes From Backstage to Frontstage“) [10].

Die dargelegte Veränderungsdynamik erfasst aktuell alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Auch die Verwaltung der Kliniken muss sich zunehmend an neuen Dimensionen des Managements orientieren und zukünftig an Ergebnissen messen lassen. Auch hier findet ein Wandel im Selbstverständnis statt,

der in den privaten Klinikketten und Konzernen am deutlichsten wird. Gute Leistungserbringung basiert immer auf formalen Strukturen und Prozessen, der Kompetenz der Mitarbeiter sowie der engen Interaktion und Kooperation aller Beteiligten (Team-Bildung). Neben der Erlangung von Management-Kompetenz kommt es in den schwierigen Umstrukturierungsbedingungen zunehmend darauf an, die Veränderungen den Mitarbeitern besser verständlich zu machen und hinreichende Motivation für den Wandel zu erzeugen. „Leadership“, also gute Führungsfähigkeiten, müssen die reinen Management-basierten Umstrukturierungen dringend begleiten und eine korporative Identität in der Klinik-Organisation begünstigen.

Die Ökonomisierung der stationären Patientenversorgung führt gegenwärtig zu einer Aufwertung aller betriebswirtschaftlichen Steuerungsfunktionen und der Geschäftsführungsverantwortlichen in den Kliniken. Dies ist wichtig und auch gut so. Dennoch muss darauf geachtet werden, dass nicht nur strukturgebende Kompetenz im Management eine Wertschätzung erfährt, sondern auch die Kompetenz und Leistung der Ärzte und der Pflegenden als die eigentlichen klinischen Leistungserbringer am Patienten („Point of Service“) und damit als eigentliches „Produkt“ der Organisation Krankenhaus zukünftig wieder adäquat bewertet und berücksichtigt wird.

Literatur

1. Kuchinke BA (2004) Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland – Eine industrieökonomische Analyse. In: Gesundheitsökonomische Beiträge Nr. 43. Baden-Baden: Nomos, 35–56
2. Schwarz P (2003) Inevitable Surprises – Thinking Ahead in Times of Turbulence. New York: Gotham
3. Deutsche Krankenhausgesellschaft mbH (2004) GKV-Modernisierungsgesetz – Neue Versorgungsformen im Krankenhaus. DKG-Verlagsgesellschaft mbH Düsseldorf: 8/2004:15–27
4. Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer NJ (2004) Measuring the quality of surgical care: Structure, process or outcome. In: J Am Coll Surg 198(4):626–632
5. Chillingierian JA, Sherman HD (1990) Managing Physician Efficiency and Effectiveness in Providing Hospital Services. In: Health Services Management Res 3(1):3–12
6. Schmidt C, Möller J, Gabbert T, Mohr A, Engeler F (2004) Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch. In: Dtsch Med Wochenschrift 129:1209–1214
7. Strehl R (2004) Die Hochleistungsmedizin bleibt auf der Strecke. In: Dtsch Ärzteblatt 101(39):2177–2180
8. Scriba PC (2003) Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur. In: Dtsch Med Wochenschrift 128:1181–1182
9. Bauer H (2005) Die Krankenhausentwicklung aus der Sicht der Fachgesellschaft. In: DGC Mitteilungen 2/05:143–150
10. Heskett JL, Sasser WE, Schlesinger LA (1997) The service profit chain – A rational for excellence. New York, London, Toronto: The Free Press