

1 Einleitung

1.1 Gegenstand der Arbeit

Die finanzielle Situation im Gesundheitssektor nimmt in Deutschland seit Jahren eine exponierte Stellung innerhalb der wirtschaftspolitischen Diskussion ein. Grund der Diskussion ist die Tatsache, dass das Gesundheitssystem einen immer größeren Anteil der gesamtwirtschaftlich zur Verfügung stehenden Ressourcen beansprucht.¹ Diese Ausgabenentwicklung, jahrelang als ein Indikator für eine zunehmende und bessere Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen angesehen, wird zunehmend kritisch betrachtet, welches durch die Problematik forciert wird, dass die Steigerungsraten der Kosten größer als die Beitragsentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausfallen.² Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass sich im Hinblick auf das angestrebte Ziel der Beitragsstabilität³ permanent Forderungen nach umfassenden Reformen im gesamten Gesundheitssektor ergeben, welche eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung gewährleisten und das Kostenwachstum reduzieren bzw. dem Ausgabenanstieg entgegenwirken sollen.⁴

Besondere Beachtung findet dabei der Krankenhaussektor als Subsystem des Gesundheitssektors, denn die Ausgabenanstiege werden entscheidend auf die Entwicklungen in diesen Leistungssektor zurückgeführt: Zum einen sind die Kosten im Krankenhaussektor in den letzten dreißig Jahren gegenüber allen anderen Bereichen im Gesundheitssektor am stärksten gestiegen.⁵ Zum zweiten verursachen innerhalb des Budgets der GKV die Krankenhäuser mit rund einem Drittel den größten Anteil der Ausgaben.⁶ Die Entwicklungen der Kosten und Leistungen in diesem Bereich sind somit als wichtigster Faktor für die Ausgabenentwicklung im gesamten Ge-

¹ 1970 betragen die Gesundheitsausgaben 69,7 Mrd. DM, was einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland von 6,4 Prozent entspricht. 2002 erreichten die Ausgaben ein Niveau von 234,2 Mrd. €, welches einem Anteil von 11,1 Prozent des BIP entspricht; vgl. Statistisches Bundesamt (2004).

² Vgl. Wille (1999), S. 20.

³ Vgl. § 141 Abs. 2 SGB V.

⁴ Vgl. bspw. Ebsen et al. (2003); Wasem (2003); Knappe/Schulz-Nieswandt (2003); Jacobs/Schulze (2004); Zweifel/Breuer (2002); Henke (2002); Henke (2004); Henke et al. (2002); Cassel et al. (1997).

⁵ So betragen die Kosten pro Patient im Jahr 1970 1.519 DM. Im Jahre 1999 haben sie sich mit 3.434 € mehr als vervierfacht; vgl. Statistisches Bundesamt (2000); Stapf-Fine/Schölkopf (2003), S. 72.

⁶ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2002), S. 46. 2002 wendete die GKV absolut 34,4 % aller Leistungsausgaben für die stationäre Versorgung auf, das entsprach 46,2 Mrd. €.

sundheitssektor anzusehen, was wiederholt zu einem steigenden Interesse an der grundlegenden Problematik der Steuerung im Krankenhaussektor, geführt hat.¹

Im Zusammenhang mit den Ausgabensteigerungen wird zunehmend deutlich, dass nachhaltige Erfolge im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsziel nur dann zu erreichen sind, wenn sich die Anreizstrukturen auf der Individualebene der Leistungsanbieter verändern.² Diesen Überlegungen liegt die These zugrunde, dass neben exogenen Faktoren der Ausgabenentwicklung durch demographische und medizinisch-technologische Entwicklungen, insbesondere Anreiz- und Steuerungsprobleme im Bereich der Leistungserstellung einen maßgeblichen Einfluss auf die Effizienz der Leistungsprozesse und damit auf das Erreichen des Wirtschaftlichkeitsziels haben, mithin Steuerungsdefizite für die Kostenentwicklung verantwortlich sind.³

Demzufolge lässt sich auch bezüglich der Rahmenbedingungen von Krankenhäusern ein stetiger Wechsel bei den politischen Interventionen in Form von Änderungen der Krankenhausgesetzgebung beobachten. Während in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts hauptsächlich die Kostendämpfung durch dirigistische Maßnahmen erreicht werden sollte, wird seit den neunziger Jahren mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) den Anreizstrukturen größere Beachtung beigemessen. Gleichzeitig ist bei den Reformen, welche sich im Kern auf die fallpreisorientierte Weiterentwicklung des Entgeltsystems für Krankenhausleistungen beziehen und zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern führen sollen, die Tendenz zu einer marktorientierten Steuerung erkennbar.⁴ Die im Rahmen des GKV-Reformgesetzes 2000 beschlossene Vorgabe zur Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG) mit der konkreten Implementierung ab 2004 bedeutet endgültig eine Neuordnung der Steuerung und stellt damit

¹ Vgl. bspw. Kirch (1998), S. 17; Fink (1998), S. 24.

² Diese Verlagerung der Steuerung wurde schon 1994 vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) empfohlen, der sich dafür aussprach, der Individualebene zukünftig eine stärkere Steuerungskompetenz zuzuordnen und auch weitergehende Verhaltensanreize bei den Akteuren auf dieser Ebene zu setzen; vgl. SVRKAiG (1994), S. 217.

³ Vgl. SVRKAiG (1998), Tz. 423. Einen Versuch der Quantifizierung der durch exogene Faktoren nicht zu erklärenden Kostensteigerungen für das gesamte Gesundheitswesen machen Schwartz/Busse (1998), S. 397. Sie veranschlagen diesen Anteil an der gesamten Kostensteigerung im Gesundheitswesen zwischen 1970 und 1980 auf rund 50 %.

⁴ Vgl. bspw. Scott et al. (2000), S. 21f.

eine „Notbremse“ zur Beendigung der durch dirigistische Maßnahmen schweren Steuerbarkeit der Ausgaben im stationären Sektor dar.¹

Vor diesem Hintergrund beschäftigen sich die folgenden Ausführungen mit dem Thema der marktorientierten Steuerung im Krankenhaussektor. Obwohl Forderungen nach einer verstärkten Implementierung marktwirtschaftlicher Prinzipien nicht nur in diesem Leistungserbringensektor schon seit geraumer Zeit angemahnt werden,² erlangen diesbezügliche Überlegungen durch die geschilderten Veränderungen in den Rahmenbedingungen von Krankenhäusern hohe Aktualität sowie praktische Relevanz.³

Dies ergibt sich insbesondere aus der Tatsache, dass sich eine marktorientierte Perspektive im Rahmen der Steuerung von Krankenhäusern durch die externen Anreize der Krankenhausfinanzierung nicht nur auf die Steuerungswirkung des Entgeltsystems beschränkt, sondern auch auf die diesbezügliche Wirkung des Finanzierungssystems und der Organisation der Krankenhausversorgung abstellt.⁴ Aus einem solchen Blickwinkel stellt die Reform des Entgeltsystems nur eine begrenzte Einzelmaßnahme dar, dessen alleinige Änderung nicht zu einer insgesamt wettbewerblichen Ausgestaltung des Krankenhaussektors führen wird. Vielmehr sollten, ausgehend von der Umstellung des Entgeltsystems durch den Abbau von staatlichen Reglementierungen und Förderung von Elementen der marktwirtschaftlichen Steuerung wie die Stärkung des Wettbewerbs, die Effektivität und Effizienz der Krankenhausversorgung beeinflusst werden. Für ein solches marktorientiertes Gesamtkonzept müssen somit die weiteren Rahmenbedingungen der Finanzierungsstruktur und der Organisation der Krankenhausversorgung für ein Finanzierungssystem mit DRG angepasst werden.

Ziel der externen Regelungen ist es, das Krankenhaus unter permanenten Zwang zu setzen, bestehende Wirtschaftlichkeits- und Produktivitätsreserven zu mobilisieren und somit zu einer ver-

¹ Die mangelnde Wirksamkeit dirigistischer Maßnahmen im Hinblick auf die Kostendämpfung wird darüber hinaus durch die Anzahl der politischen Interventionen dokumentiert. Die Tatsache, dass es in den letzten zwanzig Jahren mit 200 Einzelgesetzen nicht gelungen ist, den Ausgabenanstieg an das Beitragsvolumen der GKV anzupassen, belegen die mangelnde Steuerungswirkung dieser Maßnahmen. Vgl. SVR (2000), Tz. 470f.

² Stellvertretend für diese Meinung forderte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) schon 1985, S. 174, dass „die Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen mehr und mehr dem Markt überlassen werden“ könne und verstärkte seine Forderung nach einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung noch einmal in seinem Jahresgutachten 1986/87, Tz. 327, in dem er feststellte: „Ohne eine Stärkung marktwirtschaftlicher Anreize... kommt eine wirksame gesundheitspolitische Reform nicht aus.“ Vgl. SVR (1985) und (1987).

³ Vgl. bspw. Cassel (2003); Greß et al. (2004); Robra et al. (2004); Neubauer (2004).

⁴ Vgl. Neubauer (2003a), S. 92.

besserten Ressourcenallokation im Krankenhausbereich beizutragen. Allerdings werden Veränderungen im Rahmen der Krankenhausvergütung und Krankenhausfinanzierung nur dann in Bezug auf die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch eine effiziente Leistungserstellung Erfolg haben, wenn Krankenhausträger und Krankenhausmanagement die damit intendierten Effekte aufgreifen und sie zielgerichtet krankenhausern intern umsetzen.¹ Nicht das Krankenhaus als Institution verhält sich wirtschaftlich, sondern die darin tätigen Handlungs- und Entscheidungsträger.²

Während in der Vergangenheit, ausgehend von einem bisher vergleichsweise geringen Kosten- und Wettbewerbsdruck aufweisenden Krankenhausmarkt, eine nur geringe Steuerungsnotwendigkeit der betrieblichen Aktivitäten mit dem Ergebnis eines unwirtschaftlichen Verhaltens bestand, wird durch die beschriebenen Entwicklungen deutlich, dass auch der Steuerung der Leistungserstellungsprozesse in Krankenhäusern durch geeignete Organisationsstrukturen sowie dem Prozess- und Personalmanagement ein zunehmendes Interesse zukommt.³ Angesichts der sich verändernden Rahmenbedingungen durch die Krankenhausfinanzierung werden die einzelnen Träger gezwungen, der Wirtschaftlichkeit in den von ihnen betriebenen Häusern oberste Priorität einzuräumen. Um bei weiteren Wettbewerbsverschärfungen bestehen zu können, rücken für Krankenhäuser Kriterien wie Effizienz und Effektivität im Zuge der Auseinandersetzung mit Ertrags- und Kostengesichtspunkten sowie dem Qualitätsmanagement in den Mittelpunkt der Überlegungen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen Instrumente der internen Unternehmenssteuerung stärker als in der Vergangenheit zur Geltung kommen.⁴

Neben der Verstärkung des Handlungsdrucks durch die Krankenhausfinanzierung erhält die Unternehmenssteuerung unter dem Eindruck der Finanzkrise in öffentlichen Haushalten oder durch die finanziellen Schwierigkeiten frei-gemeinnütziger Träger einen erhöhten Stellenwert. Diesen

¹ Vgl. Philippi (1987), S. 26.

² Vgl. Pauly (1974), S. 19.

³ Vgl. bspw. Damkowski/Precht (1998), S. 240ff.; Kraus (1998); Greiling (2002), 17ff.; Eichhorn/Schmidt-Rettig (2001); Eichhorn/Greiling (2003), S. 31ff.; Mühlbauer (2004), S. 23ff.; Frese et al. (2004), S. 737ff.

⁴ Zur wachsenden Bedeutung der Betriebswirtschaft sowie der Erhöhung des Controllingbedarfes unter Berücksichtigung der Reformen im Krankenhausesektor vgl. bspw. Braun (1994), S. 142; Wendel (2001), S. 49ff.; Adam (2002), S. 33ff.; Kuntz/Vera (2003).

bleiben häufig nur die die Wahl, die in ihrem Eigentum befindlichen Einrichtungen zu schließen, zu veräußern oder die Zuschüsse zu minimieren.¹

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Effizienz- und Steuerungsdefizite im Krankenhaussektor bedeuten die Ausführungen zu beiden Steuerungsebenen im Ergebnis eine umfassende Analyse der Steuerung im Krankenhaussektor, womit gleichzeitig auch das Ziel der Arbeit beschrieben ist. Im Mittelpunkt steht eine, durch die Einführung der DRG-basierten Vergütung angestoßene marktorientierte Steuerungskonzeption, welche den spezifischen institutionellen und strukturellen Besonderheiten und Kontextfaktoren des Objektbereiches gerecht wird. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dann in der Auseinandersetzung mit einer dementsprechenden Ausgestaltung sowie den damit verbundenen Chancen und Problemen einer solchen Konzeption. Der in den vorausgegangenen Ausführungen skizzierte Bezugsrahmen mit der Ableitung von zentralen Steuerungsparametern stellt die Grundlage für die Auswahl, Gestaltung und auch für die Beurteilung der in den folgenden Ausführungen behandelten Ansätze und Instrumente dar.

Der Krankenhaussektor als Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit macht eine starke interdisziplinäre Sicht notwendig. Um die komplexen Zusammenhänge zu erfassen, bedarf es eines breiten Spektrums theoretischer (volks- und betriebswirtschaftlicher) Forschungsrichtungen. Dabei wird deutlich, dass die gewählten Ansätze sowohl in ihrem Erklärungsanspruch hinsichtlich der Gestaltungsdimensionen als auch hinsichtlich der methodischen Ansätze zur Beurteilung von Fehlentwicklungen konkurrieren. Während z. B. Marktversagensgründe staatliche Eingriffe in die Krankenhausversorgung legitimieren, fokussieren institutionenökonomische Ansätze auf regulierungsbedingte Fehlanreize. Aus diesem Grund werden im Folgenden die im Zusammenhang mit der marktorientierten Steuerung relevanten Modelle und Kontextfaktoren hinsichtlich der Lösung krankenhausespezifischer Probleme thematisiert und kombiniert.

Neben Markt- und Wettbewerbstheorien wird sowohl auf Theorierichtungen zurückgegriffen, die sich mit Anreiz- und Steuerungsproblemen durch institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen auf der Individualebene des Krankenhauses, wie z.B. die Institutionenökonomie, als auch

¹ Die Daten des Statistischen Bundesamtes weisen einen stetigen Rückgang der Zahl von Allgemeinkrankenhäusern aus. Allein zwischen 1991 und 2001 verringerte sich deren Zahl um 7,8 %, im gleichen Zeitraum wurden 13,7 % der aufgestellten Betten abgebaut. In dieser Zeit hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser um 41,8 % auf 468 erhöht, während öffentliche und freigemeinnützige Anstalten um 27,4 % bzw. 4,1 % abnahmen; vgl. Rolland/Rosenow (2003), S. 338.

auf Theorien, die sich explizit mit der Unternehmenssteuerung wie z. B. Organisations- und Motivationstheorie und Controllinginstrumenten, beschäftigen.

Darüber hinaus kann als weitere theoretische Grundlage die Strömung des New Public Management aufgegriffen werden.¹ Diese beschäftigt sich mit der Leistungserstellung durch (vornehmlich) öffentliche bzw. Non-Profit Unternehmen, was im Hinblick auf den Krankenhaussektor einen relevanten Bereich darstellt. Ziel des New Public Management ist es, durch eine Erhöhung der Steuerungsintensität auf der Sektor- und der betrieblichen Ebene unter besonderer Beachtung der Implementierung von marktorientierten Instrumenten und der verstärkten Anwendung von Controllingmethoden die Effizienz der Leistungserstellung deutlich zu verbessern, ohne dass eine vorherige Privatisierung stattgefunden hat.

1.2 Gang der Untersuchung

Die Arbeit ist untergliedert in sieben Kapitel. Das folgende *zweite Kapitel* beschäftigt sich mit den Grundlagen der marktorientierten Steuerung im Krankenhaussektor. In diesem Zusammenhang erfolgt eine Darstellung des für diese Arbeit relevanten Untersuchungsgegenstands, dem Krankenhaussektor als Subsystem des Gesundheitssektors. Durch das Aufzeigen von aus ökonomischer Sicht bedeutsamen Eigenschaften von Krankenhausgütern wird gleichzeitig dargelegt, warum es sich bei dem Krankenhaussektor um einen ökonomischen Ausnahmebereich handelt, in dem keine Marktsteuerung im engeren Sinne im Rahmen einer direkten Steuerung über den Preis als Ausgleichsmechanismus zwischen Angebot und Nachfrage erfolgt, es demnach nur zu einer marktorientierten Steuerung kommen kann. Abschließend erfolgt eine Erläuterung der zentralen Aspekte der Gestaltungsebenen und diesbezüglichen Gestaltungsparameter im Krankenhaussektor, welche dann als Grundlage einer marktorientierten Ausgestaltung des Krankenhaussektors dienen.

Die Betrachtung der Leistungserstellung im Krankenhaussektor aus dem Blickwinkel verschiedener theoretischer Ansätze erfolgt in *Kapitel drei*. Ziel der Analyse ist die Generierung von Aussagen mikroökonomischer Ansätze zur Problematik der Krankenhaussteuerung aus theoretischen

¹ Vgl. bspw. Budäus (1998); Schedler/Proeller (2000); Naschold/Bogumil (1998) und (2000).

scher Sicht, wobei insbesondere auf die Kontextfaktoren der inneren Steuerung, wie z.B. der Unternehmensverfassung oder der Krankenhausvergütung, eingegangen wird. Diese Ansätze betrachten das Problem der (ineffizienten) Leistungserstellung in einer eher grundsätzlichen Weise, bei der die Feinheiten der unternehmensinternen Steuerung (Organisationsstruktur, Prozesssteuerung, Controlling- und Anreizsysteme) ausgeblendet werden. Die im Rahmen dieser Ansätze erkennbaren Steuerungsdefizite im Hinblick auf eine effiziente Leistungserstellung verweisen gleichzeitig auf die Notwendigkeit einer marktorientierten Steuerung und können indirekt als Grundlage für eine Forderung einer erhöhten (marktorientierten) Steuerungsintensität im Krankenhaussektor verstanden werden. Gleichzeitig erfolgt eine Definition der marktorientierten Steuerung.

Kapitel vier behandelt ausführlich die Krankenhausvergütung als ein Element des Krankenhausfinanzierungssystems. Nach dem Aufzeigen der historischen Entwicklung und den damit verbundenen Fehlanreizen beschäftigen sich die Ausführungen mit der leistungsorientierten Vergütung als Mechanismus der marktorientierten Steuerung. Das Ziel des Kapitels besteht neben der Darstellung von DRG in der diesbezüglichen theoretischen Analyse und Bewertung des Konzepts um gleichzeitig Implikationen für eine adäquate Ausgestaltung einer optimalen Vergütung abzuleiten.

In *Kapitel fünf* erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Aus- und Wechselwirkungen von DRG auf die weiteren Strukturelemente des Krankenhausfinanzierungssystems. Ausgehend von der Unterteilung in die weiteren Subsysteme der Krankenhausfinanzierung und Organisation der Krankenhausversorgung werden diesbezügliche Ausgestaltungen erläutert und Zusammenhänge für ein marktorientiertes Gesamtkonzept des Krankenhausfinanzierungssystems aufgezeigt.

Ein marktorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem stellt neue Anforderungen an die Handlungsfähigkeit des Krankenhausmanagements sowie, damit verbunden, die Notwendigkeit einer verstärkten internen Steuerung der Leistungsprozesse. Dem zufolge werden im *Kapitel sechs* die innerbetrieblichen Strukturen der Leistungserstellung und damit verbundene Probleme und Möglichkeiten im Hinblick auf eine verbesserte Steuerung unter besonderer Berücksichtigung von marktorientierten Instrumenten auf der Struktur-, Prozess- sowie der Potentialebene thematisiert.

Besonderes Interesse findet die Frage nach dem Beitrag dieser Instrumente zu einer kosteneffizienten Leistungserstellung im Krankenhaus. Dieser Themenkomplex wird zum Abschluss der Arbeit empirisch überprüft.

In *Kapitel sieben* erfolgt eine Schlussbetrachtung.



Quelle:

Kristian Foit: *Marktorientierte Steuerung im Krankenhaussektor*,
Kölner Wissenschaftsverlag, Köln, 2006.

© 2006 Kölner Wissenschaftsverlag und Kristian Foit