

Oswald, Schmidt-Rettig, Eichhorn (Hrsg.)

Krankenhaus- Managementlehre

Theorie und Praxis
eines integrierten Konzepts

2., überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Julia Oswald
Barbara Schmidt-Rettig
Siegfried Eichhorn (Hrsg.)

Krankenhaus-Managementlehre

Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts

2., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

2., überarbeitete Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-030883-1

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-030884-8

epub: ISBN 978-3-17-030885-5

mobi: ISBN 978-3-17-030886-2

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

Autorenverzeichnis	12
Vorwort zur 2. Auflage	15
Vorwort zur 1. Auflage	17
I Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements	
A Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie	23
<i>Hendrike Berger, Christian Stock</i>	
1 Gesundheitspolitik	24
2 Gesundheitsökonomie	34
B Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt	47
<i>Markus Lüngen</i>	
1 Bedeutung des Marktes in der Gesundheitswirtschaft	48
2 Empirische Abschätzungen und Ausblick zum Gesundheitsmarkt	56
C Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung	60
<i>Barbara Schmidt-Rettig, Julia Oswald</i>	
1 Krankenhausbegriff und Krankenhausleistungen	61
2 Rechtsgrundlagen zur Krankenhausplanung und -finanzierung	67
3 Elemente der Krankenhausplanung	82
4 Umfang der Investitionsfinanzierung	87
5 Weiterentwicklung und ordnungspolitischer Entscheidungsbedarf	91

II	Das Konzept eines integrierten Krankenhausmanagements	
A	Grundlagen der Krankenhaus-Managementlehre	103
	<i>Siegfried Eichhorn, Julia Oswald</i>	
1	Wissenschaftstheoretische Fundierung der Krankenhaus-Managementlehre...	104
2	Krankenhausbetriebliche Grundlagen der Krankenhaus-Managementlehre...	111
3	Konzeptionelle Grundlagen zur Krankenhaus-Managementlehre.....	136
B	Entwicklung der Krankenhaus-Managementlehre	148
	<i>Siegfried Eichhorn, Julia Oswald</i>	
1	Erweitertes Konzept eines integrierten Krankenhausmanagements	150
2	Aufgaben eines integrierten Krankenhausmanagements.....	165
3	Schlüsselemente eines integrierten Krankenhausmanagements	209
III	Krankenhausmanagement in Theorie und Praxis	
A	Struktur und Prozesse des Krankenhausbetriebs	223
1	Trägerstrukturen und Rechtsformen	224
	<i>André Sonnentag</i>	
2	Managementstrukturen und Leitungsorganisation	242
	<i>Barbara Schmidt-Rettig</i>	
3	Aufbau- und Ablauforganisation	295
	<i>Dirk-R. Engelke, Julia Oswald</i>	
4	Prozessorganisation	315
	<i>Winfried Zapp</i>	
B	Struktur und Prozesse der Leistungserstellung	341
1	Diagnostik und Therapie	342
	<i>Matthias Ernst, Matthias-Christopher Straede</i>	
2	Pflege	383
	<i>Martin Moers, Doris Schiemann, Andreas Büscher</i>	
3	Fürsorge und Seelsorge	423
	<i>Michael Fischer</i>	

4	Leistungen der administrativen Bereiche und Versorgungsbereiche	433
	<i>Dirk-R. Engelke, Julia Oswald</i>	
C	Betriebswirtschaftliche Funktionen und Entscheidungen	467
1	Angebotspolitik und Leistungsplanung	468
	<i>Klaus Goedereis, Matthias Bracht</i>	
2	Finanzierung	509
	<i>Barbara Schmidt-Rettig, Julia Oswald, Peter Schnitzler</i>	
3	Controlling und Management	588
	<i>Winfried Zapp</i>	
4	Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen	612
	<i>Winfried Zapp</i>	
5	Personalmanagement	640
	<i>Dirk-R. Engelke, Julia Oswald</i>	
6	Marketing	686
	<i>Andrea Arnold, Julia Oswald</i>	
7	Einkauf und Logistik	742
	<i>Jens Schick, Julian Hupe</i>	
8	Facility Management	760
	<i>Nils Brüggemann, Tobias Krüer</i>	
	Register	777

Konzept der Krankenhaus-Managementlehre

- I Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements
 - A Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie
Hendrike Berger, Christian Stock
 - B Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt
Markus Lungen
 - C Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung
Barbara Schmidt-Rettig, Julia Oswald

- II Das Konzept eines integrierten Krankenhausmanagements
 - A Grundlagen der Krankenhaus-Managementlehre
Siegfried Eichhorn, Julia Oswald
 - B Entwicklung der Krankenhaus-Managementlehre
Siegfried Eichhorn, Julia Oswald

- III Krankenhausmanagement in Theorie und Praxis
 - A Struktur und Prozesse des Krankenhausbetriebs
 - 1 Trägerstrukturen und Rechtsformen
André Sonnentag
 - 2 Managementstrukturen und Leitungsorganisation
Barbara Schmidt-Rettig
 - 3 Aufbau- und Ablauforganisation
Dirk-R. Engelke, Julia Oswald
 - 4 Prozessorganisation
Winfried Zapp

B Struktur und Prozesse der Leistungserstellung

- 1 Diagnostik und Therapie
Matthias Ernst, Matthias-Christopher Straede
 - 1.1 Grundlegende Aspekte der medizinischen Leistungen
 - 1.2 Konzeptionelle Aspekte der medizinischen Leistungen
- 2 Pflege
 - 2.1 Grundlegende Aspekte der Pflegeleistung
Martin Moers, Doris Schiemann
 - 2.2 Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung
Doris Schiemann, Andreas Büscher
- 3 Fürsorge und Seelsorge
Michael Fischer
- 4 Leistungen der administrativen Bereiche und Versorgungsbereiche
Dirk-R. Engelke, Julia Oswald

C Betriebswirtschaftliche Funktionen und Entscheidungen

- 1 Angebotspolitik und Leistungsplanung
 - 1.1 Grundlegende Aspekte der Angebotspolitik und Leistungsplanung
Klaus Goedereis
 - 1.2 Konzeptionelle Aspekte der Angebotspolitik und Leistungsplanung
Matthias Bracht
- 2 Finanzierung
 - 2.1 Entgeltabrechnung und Budgetvereinbarung
Barbara Schmidt-Rettig, Julia Oswald
 - 2.2 Ambulante Leistungen im Krankenhaus
Julia Oswald
 - 2.3 Finanzmanagement
Peter Schnitzler
- 3 Controlling und Management
Winfried Zapp
- 4 Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen
Winfried Zapp
- 5 Personalmanagement
Dirk-R. Engelke, Julia Oswald
- 6 Marketing
Andrea Arnold, Julia Oswald
- 7 Einkauf und Logistik
Jens Schick, Julian Hupe

8 Facility Management
Nils Brüggemann, Tobias Krüer

Hinweis: Aus Gründen der Einfachheit wird in der Regel die männliche Form verwendet; es sind aber stets beide Geschlechter gemeint.

Autorenverzeichnis

Andrea Arnold
Geschäftsführerin
GEMECON GmbH
42275 Wuppertal

Prof. Dr. Hendrike Berger
Professorin für Volkswirtschaftslehre,
insbes. Gesundheitsökonomie
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Dr. Matthias Bracht
Geschäftsführer Medizin
Klinikum Region Hannover GmbH
30177 Hannover

Dr. Nils Brüggemann
Vorstand
St. Franziskus-Stiftung Münster
48145 Münster

Prof. Dr. Andreas Büscher
Professor für Pflegewissenschaft,
Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen
Netzwerks für Qualitätsentwicklung
in der Pflege (DNQP)
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Dirk.-R. Engelke
Privat
10719 Berlin

Dr. Matthias Ernst
Geschäftsführer
Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH
33617 Bielefeld

Prof. Dr. Michael Fischer
Referat Leitbildkoordination/
Qualitätsmanagement in der
St. Franziskus-Stiftung Münster
Professor an der Privaten Universität für
Gesundheitswissenschaften, medizinische
Informatik und Technik (UMIT)
48145 Münster

Dr. Klaus Goedereis
Vorstandsvorsitzender
St. Franziskus-Stiftung Münster
48145 Münster

Julian Hupe
Leiter Strategie und Veränderungs-
management Einkauf & Logistik
Sana Kliniken AG
85737 Ismaning

Tobias Krüer
Geschäftsführer
FAC'T GmbH
48145 Münster

Prof. Dr. Markus Lungen
Professor für Volkswirtschaftslehre,
insbes. Gesundheitsökonomie
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Prof. Dr. Martin Moers
Professor für Pflegewissenschaft
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre,
insbes. Krankenhausfinanzierung und
-management
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Dr. Jens Schick
Vorstand CSO
Sana Kliniken AG
85737 Ismaning

Prof. Dr. Doris Schiemann
Professorin für Pflegewissenschaft
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Prof. Dr. Barbara Schmidt-Rettig
Professorin für Allgemeine Betriebswirt-
schaftslehre, insbes. Krankenhaus-
finanzierung und -management
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Peter Schnitzler
Geschäftsführer Finanzen
und Controlling
Paracelsus-Kliniken Deutschland
49076 Osnabrück

André Sonnentag
Hauptgeschäftsführer
KVVR - Klinik Verbund Vest
Recklinghausen gGmbH
45659 Recklinghausen

Dr. Christian Stock
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Deutsches Krebsforschungszentrum
Abteilung Klinische Epidemiologie
und Altersforschung
69120 Heidelberg

Matthias-Christopher Straede
Referent der Geschäftsführung
Paracelsus-Kliniken Deutschland
49076 Osnabrück

Prof. Dr. Winfried Zapp
Professor für Allgemeine Betriebswirtschafts-
lehre, Rechnungswesen und Controlling in
Gesundheitseinrichtungen
Hochschule Osnabrück
49076 Osnabrück

Vorwort zur 2. Auflage

Von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus- Managementlehre 1.0 zur Krankenhaus- Managementlehre 2.0 ...

Die Neuorientierung und -strukturierung der Krankenhäuser und des Gesundheitsmarktes in den letzten zehn Jahren ist weiterhin geprägt durch ein Politik-Folgen-Management, das heißt, einer Anpassung an die politischen Rahmenbedingungen und den daraus entstandenen Wechselbeziehungen für einzelne Krankenhäuser und den Krankenhausmarkt.

Dabei lag der Fokus zum einen auf Strategien zur Existenzsicherung, wie z. B. Erhaltung oder Erweiterung der Betriebsgröße, Bildung strategischer Allianzen und Gruppen über Kooperationen und Fusionen. Zum anderen verstärkte sich der Wettbewerb um Innovationen, Schwerpunktbildungen und Investitionen.

Stärker ausgebaut wurden folglich die Instrumente für eine differenzierte operative Unternehmenssteuerung in Form des Erlös- und Kostenmanagements vor dem Hintergrund knapper Betriebskosten- und Investitionskostenbudgets.

Damit sind die Managementansätze von Krankenhäusern eher als instrumentenorientiert zu kennzeichnen. Weniger ausgeprägt sind Konzepte für eine integrale Unternehmensführung.

Krankenhäuser sind als Experten- und Spartenorganisationen zu bezeichnen, für die sich das Unternehmensergebnis aus der Summe der Department-/Fachabteilungsergeb-

nisse bildet. Demzufolge benötigen sie neben einem zentralen, krankenhausbezogenen Steuerungsansatz ein dezentrales Führungskonzept, welches die Managementverantwortung von Fachabteilungen und Zentren in den Vordergrund stellt und das strategische und operative Management verbindet.

Weiterzuentwickeln ist daher der integrative Managementansatz, der einzelne Managementdimensionen verbindet, Wechselwirkungen aufzeigt und beherrschbar macht und in der Praxis systematische Entscheidungssequenzen ermöglicht. Gleichzeitig bedarf es eines entsprechenden Führungsmodells, welches einen dezentralen, fachabteilungsbezogenen Ansatz ermöglicht, um über dezentrale Ziele und Ergebnisse und deren Koordination zu einem zieladäquaten Unternehmensergebnis zu gelangen.

Hier setzt die 2. Auflage an. Sie erweitert das St. Galler Managementmodell um die dispositive Managementebene für Krankenhäuser und nimmt – wie auch die 1. Auflage – auf die wesentlichen Elemente des eher praxisorientierten Ansatzes von Knut Bleicher Bezug.

Ziel ist die integrative Ausrichtung der Managemententscheidungen der Krankenhauspraxis, um die häufig historisch bedingten Lücken im Krankenhausmanagement transparent zu machen und, wo es möglich ist, zu schließen.

Neben einer Aktualisierung und Neustrukturierung aller Kapitel wurden folgende Schwerpunkte aufgenommen:

- Die Interdependenz von Leitungs- und Managementstrukturen
- Die Grundstrukturen der Medizin und Pflege als Kernleistung des Krankenhauses sowie die spezifischen Ansätze einer qualitätsbasierten medizinischen und pflegerischen Patientenversorgung
- Die strategische Ausrichtung der Angebotspolitik und Leistungsplanung aus Eigentümer- und Unternehmenssicht
- Eine detaillierte Darstellung von Finanzierung, Controlling und Finanzmanagement und deren Steuerungsrelevanz

Die 2. Auflage führt damit mit ihrem erweiterten Konzept des integrierten Krankenhausmanagements unter Rückgriff auf psychologische, soziologische und verhaltenswissenschaftliche Disziplinen Werkzeuge ein, die eine Unterstützung für die Entscheidungsfindung in der Praxis liefern und den Weg vom Politik-Folgen-Management zum Politik-Entscheidungs-Management einleiten können.

Unser Dank gilt den Autorinnen und Autoren, die sich mit uns auf diesen Weg begeben und die konzeptionelle Ausrichtung des Buches mitgetragen haben. Mit ihren Beiträgen konnten unsere Überlegungen erst

umgesetzt und ein in sich zusammenhängendes Werk geschaffen werden. Schlussendlich gilt unser Dank Linda Premm für die fachkompetente Unterstützung bei der Überarbeitung des Buches.

Osnabrück im August 2017

Barbara Schmidt-Rettig Julia Oswald

... ein erfolgreicher Weg!

Mit dieser Entwicklung vollzieht sich auch ein Wechsel in der Herausgeberschaft.

Julia Oswald, inzwischen Professorin für Krankenhausfinanzierung und -management an der Hochschule Osnabrück, hat die inhaltliche Ausrichtung und Federführung der 2. Auflage übernommen. Damit steht sie von nun an für die Fortführung und Weiterentwicklung der Krankenhausmanagementlehre in der Tradition von Siegfried Eichhorn und Barbara Schmid-Rettig.

Nach einem reibungslosen, kompetenten und kollegialen Übergang als meine Nachfolgerin an der Hochschule Osnabrück komplettiert dieser Schritt einen erfolgreichen Generationenwechsel. Ihr gilt mein besonderer Dank.

Osnabrück im August 2017

Barbara Schmidt-Rettig

Vorwort zur 1. Auflage

Von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Managementlehre

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich in einem tief greifenden Struktur- und Kulturwandel. Die vor ihr liegenden Entwicklungen und deren Konsequenzen sind kaum abschätzbar, die zu bewältigenden Herausforderungen nur zur erahnen. Die Krankenhauswirtschaft – als größter Teilbereich – erfährt damit eine dramatische Veränderung ihrer Rahmenbedingungen.

Krankenhäuser der Zukunft werden in zahlreichen Teilmärkten der Gesundheitswirtschaft tätig sein, in unterschiedliche Versorgungsstrukturen ihre Behandlungsangebote einbringen, ihre internen Organisations- und Führungsstrukturen massiv verändern und in vielfältigen Kooperations- und Holdingstrukturen geführt werden. Dabei wird sich die Zahl der Krankenhäuser verringern, der Anteil der Krankenhäuser unter privater Trägerschaft weiter ansteigen.

Eingeleitet wurde diese Entwicklung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, welches eine Wende in der Ordnungspolitik gebracht hat mit tiefen Einschnitten in Struktur, Organisation und Finanzierung von Krankenhäusern. Fortgesetzt wurde sie mit der Kehrtwende im Entgeltsystem 2003/2004. Die Regelungen der Gesundheitsreform 2007 – des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) – und die ordnungspolitischen Festlegungen für das DRG-basierte Vergütungssystem 2009 verstärken

nicht nur diesen Umbruch – sie geben ihm abermals eine neue Richtung.

Was in der Theorie seit langem als Paradigmenwechsel im Krankenhausmanagement bezeichnet wird, zeigt sich in der Praxis als eine Suche nach einer Neuorientierung.

Hier setzt dieses Werk an:

Ausgangspunkt ist die Anfang der 1970er Jahre von Siegfried Eichhorn gegründete Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes.¹ Sie galt über Jahrzehnte als Wegweiser für die Praxis, Krankenhäuser als Betriebe zu verstehen und zu führen – beginnend bereits 1958 mit der Arbeit von Siegfried Eichhorn zur Wirtschaftlichkeitsmessung im Krankenhaus.²

Die zu Beginn der 1990er Jahre ordnungspolitisch bedingten Herausforderungen an das Krankenhausmanagement suchten zunächst ihre Lösungen im Einsatz einzelner neuer Managementansätze und -instrumente

-
- 1 Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band I, 1971; Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band II, 1971; Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhaus-Leistungsrechnung, Band III, 1987, W. Kohlhammer Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz
 - 2 Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e. V., Düsseldorf (Hrsg.): Beiträge zur Krankenhauswissenschaft, 1958, W. Kohlhammer – Stuttgart, Köln

te. Handlungsempfehlungen für die Praxis waren gefragt.³

Die jetzt vor uns liegenden Veränderungen verlangen jedoch eine Neuorientierung des Denkens und Handelns im Management, welches die Gesamtzusammenhänge erkennt und die Interdependenzen von Entscheidungen berücksichtigt. Es geht um die Weiterentwicklung des Managements.

Mit dem Ziel, die Bedeutung der systembedingten Verflechtungen im Management zu verdeutlichen, wurde daher von Siegfried Eichhorn – ausgehend vom St. Galler Management-Konzept – der Ansatz eines integrierten Krankenhausmanagements entwickelt und damit der Übergang von der Krankenhausbetriebslehre zu einem Konzept eines integrierten Krankenhausmanagements vollzogen. Mit weiteren 18 Einzelbeiträgen von 17 Autorinnen und Autoren wird dieser Ansatz eingebunden in die Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements und angewandt auf die derzeitige Praxis.

Zunächst werden die Grundlagen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik und des deutschen Gesundheitssystems sowie die Krankenhauswirtschaft in Zahlen erläutert. Die Übertragung auf die Krankenhauspraxis erfolgt dann in vier Abschnitten.

In einem ersten Teil werden die Struktur und Prozesse des Krankenhausbetriebes wie Rechtsform und Trägerstrukturen, Aufbau- und Ablauforganisation, Leitungsorganisation und Prozessorganisation erklärt. Der zweite Teil befasst sich mit den Strukturen und Prozessen der Leistungserstellung im Krankenhaus, insbesondere der Diagnostik und Therapie, Pflege, Fürsorge und Seelsorge

sowie den Leistungen der Administrativen Bereiche und Versorgungsbereiche. Der dritte Teil präzisiert die betriebswirtschaftlichen Funktionen und Entscheidungen und ihre krankenhausspezifischen Besonderheiten wie Finanzierung, Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen, Personalmanagement, Marketing, Logistik und Facility Management. Der letzte Teil gibt einen Einblick in die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser und deren Bedeutung.

Dieses Buch ist ein Angebot an alle, die in der Gesundheits- und Krankenhauswirtschaft Managementverantwortung tragen, aber auch an Lehrende und Lernende, die Chancen eines integrierten Ansatzes als Erfolgsfaktor im Wettbewerb zu verstehen. Es zeigt keine Lösungswege für einzelne Problemkonstellationen auf – es erklärt jedoch die wesentlichen Grundlagen und Zusammenhänge des Krankenhausmanagements in Theorie und Praxis und bietet einen Bezugsrahmen für ein verändertes Managementverständnis.

... ein langer Weg

Dass dieser Weg von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Managementlehre kein kurzer und auch kein leichter sein wird, darüber bestanden zu Beginn des Vorhabens im Jahr 2002 keine Zweifel. Zunächst konzeptionelle und inhaltliche Anpassungen, später auch krankheitsbedingte Verzögerungen und zuletzt der Tod von Siegfried Eichhorn am 29. September 2005 haben den Zeitplan dann immer wieder nach hinten verschoben.

Ich danke daher allen Autorinnen und Autoren sowie dem Kohlhammer Verlag, dass sie mit uns über einen so langen Zeitraum das Ziel und den Optimismus geteilt haben, eine *neue Krankenhausbetriebslehre = Krankenhaus-Managementlehre* entstehen zu lassen.

Mein besonderer Dank gilt dabei den Autorinnen und Autoren, die – als unmittelbar vor dem Ziel doch noch das Scheitern

3 Eichhorn/Schmidt-Rettig (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel, Handlungsempfehlungen für die Praxis, 1995, W. Kohlhammer Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz

drohte – in kurzer Zeit fachlich hervorragende Beiträge zur Verfügung gestellt haben.

Sehr vermisst habe ich in den beiden zurückliegenden Jahren meinen akademischen Lehrer und Mit-Herausgeber Siegfried Eichhorn – die fachliche Diskussion mit ihm, sein ausgewogenes Urteil in Grundsatz- und Detailfragen und seine natürliche Autorität bei Abstimmungsprozessen. Gerne hätte ich mit ihm die Erleichterung und Freude geteilt als unser gemeinsames Werk vollendet war. Ich bin ihm dankbar, dass er im Alter von fast

80 Jahren unser Buchprojekt initiiert und mit seinem Beitrag das Fundament dazu gelegt hat.

Schlussendlich gilt mein Dank Julia Oswald. Ohne ihre fach- und sachkompetente Unterstützung und ihr außergewöhnliches persönliches Engagement würde das Buch in dieser Form nicht vorliegen.

Osnabrück im September 2007

Barbara Schmidt-Rettig

I Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements

A Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie

Hendrike Berger, Christian Stock

1	Gesundheitspolitik	24
1.1	Definition und Ziele der Gesundheitspolitik	24
1.2	Gesundheitsversorgung in Deutschland	25
1.2.1	Grundlegende Merkmale	25
1.2.2	Prinzipien der sozialen Sicherung	25
1.3	Historische Entwicklung des Gesundheitswesens	27
1.3.1	Entstehung der Sozialgesetzgebung im Kaiserreich	27
1.3.2	Weimarer Republik und Nationalsozialismus	27
1.3.3	Bundesrepublik Deutschland	28
1.4	Gegenwärtige Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik	32
2	Gesundheitsökonomie	34
2.1	Grundsätzliches zur Gesundheitsökonomie	34
2.2	Gesundheitsmarkt	36
2.2.1	Besonderheiten des Marktes	36
2.2.2	Bedarf und Nachfrage	37
2.2.3	Produktion und Angebot	39
2.2.4	Versicherung	39
2.3	Gesundheitssysteme	42
2.4	Gesundheitsökonomische Evaluation	43

1 Gesundheitspolitik

1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspolitik

Jede Form des Krankenhausmanagements findet vor einem bestimmten gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Systemhintergrund statt. Dieses Einführungskapitel dient daher der Darstellung des gesundheitspolitischen Systems der Bundesrepublik Deutschland sowie der besonderen Facetten der Ökonomie des Gesundheitssystems bevor in seinem dritten Teil Krankenhäuser als Leistungsanbieter in diesem System vorgestellt werden.

Fragt man in der Gesellschaft nach Werten, die im Leben von hoher Wichtigkeit sind, so wird »Gesundheit« stets unter den häufigsten Antworten zu finden sein. Auch wenn das jeweilige begriffliche Verständnis und die Bedeutung dieses Wertes dabei individuell verschieden und von der gegenwärtigen Lebenssituation abhängig sein dürften, besitzt Gesundheit zweifellos das Ansehen eines elementar wichtigen menschlichen Gutes, welches es zu erhalten oder zu verbessern gilt.

Nicht unumstritten ist dabei bereits die Definition des Begriffes »Gesundheit«. Die WHO definiert Gesundheit als den »Zustand eines vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens eines Menschen«. Im deutschen Krankenversicherungsrecht ist Gesundheit als ein Körperzustand zu bezeichnen, bei dem eine Krankheit im Sinne des § 27 SGB V sowie weiterer Regelungen nicht vorhanden ist.

Dem individuellen wie auch gesellschaftlichen Bedürfnis nach Gesundheit zu entspre-

chen, ist die vorrangige Aufgabe der Gesundheitspolitik. Nach Rosenbrock und Gerlinger (2014) soll Gesundheitspolitik dabei verstanden werden als die »Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen Folgen von Krankheit lindern« (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 15). Im Hinblick auf Rationalität und Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik ist es notwendig, dass sie auch konkrete Zielformulierungen und die politische Diskussion über angestrebte Ziele sowie über geeignete Instrumente und Maßnahmen zu ihrer Erreichung umfasst. Idealerweise wird als oberstes Ziel eine Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und damit eine Erhöhung von Lebenserwartung und/oder -qualität verfolgt, wobei Nebenbedingungen durch die zur Verfügung stehenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen gegeben sind. In der praktizierten Gesundheitspolitik bestehen infolge unterschiedlicher Interessen und Handlungslogiken der beteiligten Akteure jedoch auch davon abweichende gesundheitspolitische Ziel- bzw. Schwerpunktsetzungen, wie z. B. die Erreichung eines definierten Versorgungsniveaus (Ärztedichte, Krankenhausbettendichte), anderweitige volkswirtschaftliche Ziele (Beitrags- und Steuerlastsenkung) oder sonstige politische Ziele (Partei-, Standes- und Industrieinteressen) (Schwartz et al. 2012).

1.2 Gesundheitsversorgung in Deutschland

1.2.1 Grundlegende Merkmale

Der deutschen Gesundheitspolitik liegt als Basis das Sozialversicherungsmodell zugrunde (► Kap. 2.3 in diesem Beitrag). Maßgeblich geprägt wird dies durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die als ein Zweig der Sozialversicherung im SGB V verankert ist. Nach § 1 SGB V ist es ihre Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern. Der gesetzlich krankenversicherte Bevölkerungsanteil beläuft sich derzeit auf 87 %, weitere 13 % verteilen sich auf private Krankenversicherungen (11 %) und sonstige Sicherung (2 %). Unter einer Vielzahl von Ausgabenträgern besitzt die GKV mit 58,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben den mit Abstand größten Anteil (Statistisches Bundesamt 2016). Daher konzentriert sich die Gesundheitspolitik weitgehend auf den Bereich der GKV.

Eine ordnungspolitische Besonderheit besteht im deutschen Gesundheitswesen darin, dass auf den einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen vorherrschen (SVR 2005). Im Rahmen der ambulanten Versorgung dominiert der Korporatismus, in der Krankenhausplanung und -finanzierung ist es die öffentliche Planung bzw. die staatliche Administration, im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich wird vorwiegend über den Markt- und Preismechanismus gesteuert (Wille 2006).

1.2.2 Prinzipien der sozialen Sicherung

Die gesundheitliche Versorgung wird durch eine Reihe von historisch gewachsenen Sicherungsprinzipien bestimmt. Dabei handelt es sich nicht um absolut unveränderbare Größen, sie werden jedoch von fundamentalen

Werthaltungen in der Gesellschaft getragen. Je nach individueller sozialpolitischer Grundüberzeugung wird ihnen ein unterschiedliches Gewicht verliehen. Als konstitutiv gelten die Prinzipien primär für die GKV – auf Grund des sehr hohen gesetzlich krankenversicherten Bevölkerungsanteils haben sie jedoch einen zentralen Einfluss (Simon 2016).

Das Sozialstaatsprinzip leitet sich aus Art. 20 I GG (»Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat«) und Art. 28 I GG ab. Danach ist es die Aufgabe des Staates, für »soziale Gerechtigkeit« zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sowie gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen.

Zentrales Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall ist das Solidarprinzip. Darunter ist der gegenseitige Ausgleich innerhalb der Mitglieder einer Solidargemeinschaft zu verstehen. Das Schwergewicht des Solidargedankens liegt in der GKV auf der Finanzierungsseite. Dort erfolgt die Abgabenerhebung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, das sich an der Fähigkeit des Bürgers orientiert, eine Abgabe zur Finanzierung öffentlicher bzw. meritokratischer Güter und Dienste zu leisten. In der gesetzlichen Krankenversicherung soll der Ausgleich zwischen gesunden und kranken, zwischen höheren und niedrigeren Einkommen sowie zwischen Ledigen und Familien erfolgen.

Das in der katholischen Soziallehre entwickelte Subsidiaritätsprinzip beinhaltet zwei Forderungen: Zunächst soll Selbsthilfe den Vorzug vor Fremdhilfe erhalten, d. h. kein Sozialgebilde soll Aufgaben an sich ziehen, die ein Individuum oder ein kleineres Sozialgebilde nicht mindestens ebenso gut zu lösen in der Lage ist. Daneben wird der Staat verpflichtet, die Individuen bzw. Gemeinschaften in den Stand zu versetzen, sich mög-

lichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich verwirklichen zu können.

In der GKV besteht grundsätzlich eine Versicherungspflicht für diejenigen Personen, die vom Gesetzgeber ursprünglich als »schutzbedürftig« angesehen wurden. Dazu zählen in erster Linie alle Arbeitnehmer, deren Einkommen unter einer gesetzlich festgelegten Grenze liegt (Versicherungspflichtgrenze/Jahresarbeitsentgeltgrenze) sowie Arbeitslose, Studenten, Künstler und Rentner (§ 5 ff. SGB V). Korrespondierend zur Versicherungspflicht der Mitglieder sind die Krankenkassen verpflichtet, alle Personen aufzunehmen, die der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen (Kontrahierungszwang) und zu gleichen Konditionen zu versichern (Diskriminierungsverbot). Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Selbstständige unterlagen bis 2009 nicht der Versicherungspflicht. Ihnen stand es offen, sich freiwillig bei einer gesetzlichen oder bei einer privaten Krankenversicherung oder gar nicht zu versichern. Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes entfiel 2009 die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht, sodass eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland gilt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Bedarfsdeckungsprinzip vorgesehen. Der Versicherte hat danach Anspruch auf eine »bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende« Versorgung (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Eine Limitierung des Bedarfs erfolgt aus-

schließlich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches. Dieses sieht vor, dass die Leistungen »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein sollen und »das Maß des Notwendigen« nicht überschritten werden darf (§ 12 SGB V). Dieser Grundsatz wird auch im Postulat der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V), das eine Beitragserhöhung nur zulässt, sofern die notwendige medizinische Versorgung nicht anders gewährleistet werden kann, nicht außer Kraft gesetzt.

Charakteristisches Kennzeichen des Sachleistungsprinzips ist, dass gesetzlich krankenversicherte Personen notwendige Gesundheitsleistungen als Sach- oder Dienstleistungen beanspruchen können, ohne selbst in den Zahlungsvorgang involviert zu sein (§ 2 SGB V). Dem Sachleistungsprinzip steht in der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Kostenerstattungsprinzip gegenüber, wonach der Leistungsempfänger einen Rechnungsbetrag an den Leistungserbringer zahlt, der ihm daraufhin von der Versicherung erstattet wird.

Das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sieht eine Beschränkung staatlicher Aktivitäten auf Rahmensetzung und Rechtsaufsicht vor. Die direkte Ausführung und Durchführung von Gesetzen erfolgt auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips durch selbstverantwortliche dezentrale Organe der Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung (Korporativismus). Höchstes Gremium der Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) (§ 91 f. SGB V) (Lüngen und Büscher 2015).

1.3 Historische Entwicklung des Gesundheitswesens

1.3.1 Entstehung der Sozialgesetzgebung im Kaiserreich

Die Kontinuität in den Strukturen ist eine der wesentlichen Charaktereigenschaften des Gesundheitswesens in Deutschland. Nach der Einführung der Sozialversicherung im späten 19. Jahrhundert existiert es auch über politische System- und Regierungswechsel sowie zahlreiche Gesundheitsreformen hinaus in den Grundzügen wenig verändert weiter (Busse und Riesberg 2005).

Die Entstehung des Sozialversicherungssystems geht ursprünglich auf die »kaiserliche Botschaft« von 1881 zurück. Kaiser Wilhelm I kündigte darin auf Initiative des Reichskanzlers Otto von Bismarck die später als Bismarck'schen Sozialgesetze bekannt gewordenen Vorhaben zur Krankenversicherung (1883), zur Unfallversicherung (1884) sowie zur Invaliden- und Alterssicherung (1889) an.

Im Vorfeld der Bismarck'schen Pläne hatten sich die Lebensbedingungen infolge von Wirtschaftskrisen insbesondere für die Arbeiterklasse verschlechtert. Um der politischen Arbeiterbewegung jedoch zumindest teilweise die Grundlage ihrer Forderungen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu entziehen und die bestehenden Machtverhältnisse zu erhalten, wurde ein reichsweites soziales Sicherungssystem installiert.

Mit der Verabschiedung des »Gesetzes betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter« am 31. März 1883 galt in Deutschland fortan eine Krankenversicherungspflicht für Arbeiter, sofern ihr Einkommen eine bestimmte Höhe nicht überschritt. Als Träger der Versicherung wirkten die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern selbstverwalteten Krankenkassen, die zum

Teil schon in Form gemeinnütziger Hilfskassen bestanden hatten. Die Zugehörigkeit zu einer der Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, der knappschaftlichen Versicherung oder der See-Krankenkasse wurde zumeist durch den Arbeitsplatz vorgegeben. Existierte keine arbeitsplatzbezogene Kasse, so diente die von der Gebietskörperschaft gegründete Ortskrankenkasse als eine Art Auffangkasse. Das Solidarprinzip galt bereits in der Frühphase der Krankenversicherung, d. h. einkommensabhängigen Beiträgen standen beitragsunabhängige Leistungen gegenüber.

Für Krankenhäuser hatte sich durch die Bismarck'schen Reformen die finanzielle Lage erheblich gebessert, da nun auch die Behandlungskosten von Patienten unterer sozialer Schichten vergütet wurden. Zuvor war das nicht immer der Fall gewesen, denn Krankenhäuser galten traditionell als »Ort der Barmherzigkeit« insbesondere für arme Kranke, die dort ein gewisses Maß an medizinischer Versorgung, überwiegend aber Unterkunft und Pflege erhielten (Nagel 2013). Vor dem ersten Weltkrieg betrugen die Ausgaben für Krankenhäuser knapp 13 % der Gesamtausgaben für Gesundheit (Lindner 2004).

Dem Bestreben, die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zu einem einheitlichen Gesetzeswerk zusammenzufassen, wurde 1911 mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) Rechnung getragen.

1.3.2 Weimarer Republik und Nationalsozialismus

Die gemeinsame Selbstverwaltung wurde in den 1920er Jahren weiter ausgebaut. Es kam jedoch nach längerer Auseinandersetzung zu einer deutlichen Machtverschiebung zwi-

schen niedergelassenen Ärzten und Kassen: Auf der Landesebene wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, die anstelle des Hartmannbundes neuer Verhandlungspartner der Krankenkassen wurden. Zugleich wurde das System der Einzeldienstverträge in ein Kollektivvertragssystem überführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten ein Versorgungsmonopol im ambulanten Bereich, mussten im Gegenzug aber auch eine bedarfsgerechte und flächendeckende ambulante Versorgung sicherstellen (Sicherstellungsauftrag).

Für Krankenhäuser, die bis dahin mit den Kassen direkt auch Verträge über ambulante Leistungen schließen konnten, ergab sich daraus die Schwierigkeit, dass die Ärzteschaft versuchte, sie zunehmend aus der ambulanten Versorgung herauszudrängen. Insgesamt erweiterten sie ihre Bettenkapazitäten jedoch. Während die Zahl der Einwohner pro Krankenhausbett im Jahr 1885 noch bei 324 gelegen hatte, wurde 1927 schon ein Krankenhausbett für 120 vorgehalten (Busse und Blümel 2014).

Der Beginn des nationalsozialistischen Regimes hatte eine weitere Verringerung des Einflusses der Krankenkassen zur Folge. Durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung von 1934 wurden die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger der staatlichen Verwaltung unterstellt. Da ihre Leitung meist der gewerkschaftlichen Arbeiterbewegung zuzurechnen war, diente diese Maßnahme vor allem der Ausschaltung politischer Gegner. Im Gegensatz zu den Krankenkassen wurden die regionalen und nationalen Ärzteverbände 1934 als Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert, wodurch sich die Machtverhältnisse insgesamt noch weiter zu Gunsten der Ärzte verlagerten.

Eine Ausweitung des Versichertenkreises der sozialen Krankenversicherung erfolgte dennoch auch während des Nationalsozialismus mit dem Einbezug der Rentner in die Krankenversicherung im Jahre 1941.

1.3.3 Bundesrepublik Deutschland

Die politische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland kann in vier Phasen eingeteilt werden: die Phase der Restauration von 1951 bis 1956, die Phase der gescheiterten Strukturreformen von 1957 bis 1965, die Phase des Ausbaus der Versorgungsstrukturen von 1965 bis 1975 und die Phase der Kostendämpfung ab 1976 (Alber und Bernardi-Schenkluhn 1992).

Phase der Restauration

Zu Beginn der Phase der Restauration von 1951 bis 1956 erfolgte mit der Entscheidung der Regierung Adenauer eine wesentliche Weichenstellung zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gegen Zentralisierungstendenzen und alliierte Vorstellungen einer Einheitsversicherung nach britischem Vorbild. (Auf Grund der Kürze dieses Beitrags soll an dieser Stelle auf die Entwicklung in Ostdeutschland verzichtet werden (hierzu Simon 2016; Busse und Riesberg 2005)). Das System der Sozialversicherung mit den Vorschriften der RVO wurde wieder eingeführt. Darüber hinaus verankerte man mit dem GKV-Selbstverwaltungsgesetz (1951) und dem dazu erlassenen Ergänzungs- und Änderungsgesetz (1952) das sozialpartnerschaftliche Selbstverwaltungsmodell und bestätigte das Monopol der Kassenärzteschaft.

Phase der gescheiterten Strukturreformen

In der Phase der gescheiterten Strukturreformen von 1957 bis 1965 wurde in zwei Anläufen versucht, weit reichende Umstrukturierungen in der GKV durchzusetzen: Das Leistungsrecht sollte neu geordnet werden

und die Zuzahlung von Patienten eingeführt werden (Schwartz et al. 2012). Die Gesundheitsreformvorschläge scheiterten 1960 und 1964 allerdings am Protest von Ärzten, Krankenkassen, Medizinprodukteherstellern und Bevölkerung.

Dem öffentlichen Gesundheitswesen wurden in den fünfziger und sechziger Jahren auch seine präventiv-medizinischen Aufgaben weitgehend entzogen und es wurde im Wesentlichen auf kontrollierende und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.

Die Krankenhausversorgung war geprägt durch Unterfinanzierung. Da die Krankenkassen keine kostendeckenden Pflegesätze bezahlten, waren Krankenhäuser bei Investitionen in Bauten und technische Ausrüstung auf Zuschüsse der öffentlichen Hand bzw. ihrer Träger angewiesen. Auf Grund ihrer pluralen Trägerstruktur von öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Trägern, die zum Teil divergierende Interessen verfolgten, konnten sie gegenüber den Krankenkassen nie so geschlossen und machtvoll auftreten wie die freie Ärzteschaft (Müller und Simon 1994).

Phase des Ausbaus der sozialstaatlichen Versorgungsstrukturen

Zwischen 1965 und 1975 wurde der Ausbau der Versorgungsstrukturen stark vorangetrieben. Im Leistungsbereich entstanden erhebliche Verbesserungen in den Bereichen Krankenhauspflege, Krankengeld, Anspruch auf Freistellung von der Arbeit bei Betreuung eines kranken Kindes, Unterstützung durch Haushaltshilfen, Früherkennungsmaßnahmen, Leistungen zur Rehabilitation, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch. Der Kreis der Versicherten wurde auf Landwirte, Studenten, Behinderte, Künstler und Publizisten ausgedehnt.

Nachdem eine im Auftrag des Bundestages erstellte Krankenhaus-Enquête (1969) dringenden Reformbedarf im Krankenhaussektor festgestellt hatte, erfolgte im Jahr

1972 mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der ein Jahr später erlassenen Bundespflegesatzverordnung (BPfV) eine überfällige Neugestaltung in der Krankenhausfinanzierung. Den Krankenhäusern wurde dadurch der Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten zuerkannt. Ferner wurden die staatliche Krankenhausplanung, die duale Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesländer sowie der allgemeine tagesgleiche Pflegesatz in der Krankenhausversorgung eingeführt (► Kap. III.C.2.1).

Phase der Kostendämpfung

Ab 1976 entstand eine politische Debatte über die »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen, für die insbesondere der zunehmende internationale Standortwettbewerb und ein sinkender Anteil sozialversicherungspflichtiger Einkommen ausschlaggebende Gründe waren. Der Notwendigkeit von Kostendämpfungsmaßnahmen wurde 1977 im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz entsprochen, das Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtete, eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität zu verfolgen.

Eines der wichtigsten Instrumente dazu stellt die sektorale Budgetierung dar, die schrittweise über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung ausgedehnt wurde. Weitere Kostendämpfungsmaßnahmen waren die Entwicklung der Bedarfsplanung der kassenärztlichen Versorgung, die Einführung einer Negativliste in der Arzneimittelversorgung, die Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus dem Leistungskatalog sowie die Einführung von Festbetragsregelungen. Alle diese Maßnahmen hatten jedoch immer nur geringe und vorübergehende Wirkungen im Hinblick auf die gewünschte Kostendämpfung.

Um eine verbesserte Systematik in den Sozialversicherungsgesetzen zu erhalten, sollte mit dem Sozialgesetzbuch ein einheit-