

**Gestaltungsempfehlungen bei der Kosten- und  
Leistungsoptimierung in deutschen Krankenhäusern**

– Eine theoretische und empirische Analyse –

**Simon Lorenz**

Simon Lorenz

**Gestaltungsempfehlungen bei der Kosten- und Leistungsoptimierung in deutschen Krankenhäusern**  
– Eine theoretische und empirische Analyse –

Copyright by TCW Transfer-Centrum GmbH & Co. KG 2013  
1. Auflage 2013

**Lorenz, Simon**  
**Gestaltungsempfehlungen bei der Kosten- und Leistungsoptimierung in deutschen Krankenhäusern**  
Eine theoretische und empirische Analyse

1. Auflage  
München: TCW Transfer Centrum, 2013  
ISBN: 978-3-941967-57-1

**Bibliografische Informationen der Deutschen Bibliothek**  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Verlag:

TCW Transfer-Centrum GmbH & Co. KG, München

Alle Rechte, auch die der Übersetzung in fremde Sprache, vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form, auch nicht zum Zwecke der Unterrichtsgestaltung, reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet werden.

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>IV</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>VIII</b>
<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Ausgangssituation und Problemstellung.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Stand in Forschung und Literatur .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Zielsetzung .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 Vorgehensweise und Aufbau .....</b>	<b>14</b>
<b>2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Rahmenbedingungen von Krankenhäusern .....</b>	<b>17</b>
2.1.1 Das deutsche Gesundheitssystem .....	17
2.1.2 Krankenkassen .....	19
2.1.3 Haupteinnahmequellen und Finanzierung .....	23
<b>2.2 Das Krankenhaus als Untersuchungsgegenstand.....</b>	<b>36</b>
2.2.1 Das Unternehmen Krankenhaus.....	37
2.2.2 Der Wirtschaftlichkeits- und Effizienzbegriff im Krankenhaus.....	38
2.2.3 Dienstleistungen im Krankenhaus .....	39
<b>2.3 Betrachtung der Leistungen im Krankenhaus anhand der         Krankenhauswertschöpfungskette.....</b>	<b>50</b>
2.3.1 Die Wertschöpfungskette im Industriebetrieb .....	51
2.3.2 Die Krankenhaus-Wertschöpfungskette .....	53
<b>2.4 Kostenstruktur und Kostentreiber von Krankenhäusern .....</b>	<b>96</b>
2.4.1 Krankenhausspezifischer Kostenbegriff.....	96
2.4.2 Kostenarten im Krankenhaus.....	99
2.4.3 Kostensituation deutscher Krankenhäuser .....	104
2.4.4 Kostenstellen und Kostenträger in Krankenhäusern.....	107
<b>2.5 Zusammenfassung des theoretischen Bezugsrahmens .....</b>	<b>109</b>
<b>3 EINFLUSSGRÖßENMODELL .....</b>	<b>111</b>
<b>3.1 Modellbildung .....</b>	<b>111</b>

---

3.1.1	Vorgehensweise zur Modellentwicklung.....	113
3.1.2	Forschungsdesign und empirische Basis .....	115
3.1.3	Einflussgrößenanalyse auf Basis bestehender Marktanalysen ....	117
3.1.4	Einflussgrößenanalyse anhand von Experteninterviews .....	119
3.1.5	Einflussgrößenanalyse anhand von Fallstudien .....	121
3.1.6	Systematik zur Verdichtung der Einflussgrößen.....	127
<b>3.2</b>	<b>Analyse der Einflussgrößen.....</b>	<b>130</b>
3.2.1	Größenbezogene Komplexität.....	131
3.2.2	Leistungsbezogene Komplexität.....	137
3.2.3	Entrepreneurgrad .....	149
3.2.4	Externer Handlungsdruck .....	165
<b>3.3</b>	<b>Einflussgrößenverdichtung und Strukturtypen .....</b>	<b>175</b>
3.3.1	Komplexität.....	177
3.3.2	Betriebswirtschaftlicher Reifegrad .....	179
3.3.3	Ableitung von Strukturtypen .....	181
<b>3.4</b>	<b>Ausprägungsanalyse der Einflussgrößen in den Fallstudien .....</b>	<b>187</b>
<b>3.5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>218</b>
<b>4</b>	<b>GESTALTUNGSRAUM .....</b>	<b>221</b>
<b>4.1</b>	<b>Leistungsportfolio.....</b>	<b>222</b>
4.1.1	Marktstrategie.....	224
4.1.2	Gestaltungsprinzip .....	229
4.1.3	Angebot von Zusatzleistungen .....	232
4.1.4	Positionierung bei Kooperationen.....	235
4.1.5	Kooperationsfelder .....	237
4.1.6	Verbesserung der Einweiserstrukturen .....	240
4.1.7	Nicht-Kernleistungen .....	245
<b>4.2</b>	<b>Organisation &amp; Struktur .....</b>	<b>252</b>
4.2.1	Organisationskonzept.....	254
4.2.2	Segmentierung .....	259
4.2.3	Integration von Serviceaufgaben.....	262
4.2.4	Steuerungssystem.....	264

---

<b>4.3 Prozessoptimierung .....</b>	<b>266</b>
4.3.1 Prozessveränderungsstrategie .....	269
4.3.2 Fokussiertes Anwendungsfeld .....	272
4.3.3 Verlauf & Umfang .....	276
4.3.4 Behandlungspfad .....	279
<b>4.4 Empirisch-induktive Analyse des Gestaltungsraums .....</b>	<b>284</b>
<b>4.5 Zusammenfassung des Gestaltungsraums .....</b>	<b>323</b>
<b>5 GESTALTUNGSEMPFEHLUNGEN .....</b>	<b>327</b>
<b>5.1 Typenübergreifende Basisempfehlungen .....</b>	<b>328</b>
5.1.1 Transparenz .....	328
5.1.2 Qualitätsmanagement .....	331
5.1.3 Logistik & Einkauf .....	335
<b>5.2 Typenspezifische Gestaltungsempfehlungen .....</b>	<b>342</b>
5.2.1 Typ I: Unreifer Basisanbieter .....	342
5.2.2 Typ II: Unreifer Multiversorger .....	346
5.2.3 Typ III: Traditioneller Maximalversorger .....	349
5.2.4 Typ IV: Reifer Spezialversorger .....	352
5.2.5 Typ V: Reifer Multispezialist .....	356
5.2.6 Typ VI: Fortgeschrittener Maximalversorger .....	360
<b>5.3 Zusammenfassung der Gestaltungsempfehlungen .....</b>	<b>364</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK .....</b>	<b>367</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>374</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>379</b>

---

**ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1-1: Rahmendaten zu Krankenhäusern in Deutschland .....	4
Abbildung 1-2: Jahresergebnis der Krankenhäuser in 2010 und 2011 (erwartet).....	6
Abbildung 1-3: Vorgehensweise der Arbeit.....	16
Abbildung 2-1: Marktseiten im Gesundheitssystem .....	19
Abbildung 2-2: Vergleich von dualem und monistischem Finanzierungssystem .....	25
Abbildung 2-3: Aktuelles Finanzierungssystem in Deutschland.....	27
Abbildung 2-4: Kosten über die Verweildauer mit tagesgleichen Pflegesätzen .....	29
Abbildung 2-5: Prozess zur Bestimmung der DRG.....	33
Abbildung 2-6: Beispiel zur DRG-Nomenklatur.....	34
Abbildung 2-7: Systematisierung des Dienstleistungssektors.....	43
Abbildung 2-8: Merkmale von Gesundheitsleistungen.....	47
Abbildung 2-9: Beschreibung von Krankenhausleistungskategorien .....	48
Abbildung 2-10: Typologie von Dienstleistungsbetrieben .....	50
Abbildung 2-11: Primäraktivitäten im Krankenhaus .....	54
Abbildung 2-12: Der Aufnahmeprozess im Krankenhaus .....	56
Abbildung 2-13: Diagnoseprozess .....	58
Abbildung 2-14: Therapiearten.....	60
Abbildung 2-15: Therapieprozess .....	63
Abbildung 2-16: Ziele von pflegerischen Maßnahmen.....	65
Abbildung 2-17: Stufen des Pflegeregelkreises .....	66
Abbildung 2-18: Stufen des Entlassungsmanagements .....	68
Abbildung 2-19: Vertrieb von Arzneimitteln bis zum Krankenhaus .....	74
Abbildung 2-20: Überblick über die Anlagegüterbeschaffung .....	77
Abbildung 2-21: Aufgaben der Beschaffung von Verbrauchsgütern .....	79
Abbildung 2-22: Abfallgruppen im Krankenhaus.....	80
Abbildung 2-23: Objekte der Krankenhauslogistik .....	91

---

Abbildung 2-24: Die Wertschöpfungskette eines Krankenhauses.....	96
Abbildung 2-25: Abgrenzung von Kosten und Aufwand .....	97
Abbildung 2-26: Kostenarten im Krankenhaus .....	99
Abbildung 2-27: Prinzip der Kostenermittlung .....	100
Abbildung 2-28: Positionen der Personal- und Sachkosten im Krankenhaus .....	101
Abbildung 2-29: Kostenentwicklung deutscher Krankenhäuser .....	105
Abbildung 2-30: Kostenstruktur deutscher Krankenhäuser .....	106
Abbildung 2-31: Aufteilung der Personal- und Sachkosten .....	106
Abbildung 3-1: Modell zur Leistungsoptimierung und Kostenreduzierung .....	112
Abbildung 3-2: Vorgehensweise zur Einflussgrößenableitung & Typenbildung .....	114
Abbildung 3-3: Vorgehensweise des Forschungsdesigns.....	116
Abbildung 3-4: Anzahl der Krankenhäuser (1991 - 2010) .....	118
Abbildung 3-5: Übersicht Expertengespräche .....	120
Abbildung 3-6: Übersicht über die untersuchte Fallstudien .....	122
Abbildung 3-7: Zugrundegelegtes Einflussgrößenmodell.....	129
Abbildung 3-8: Untereinflussgrößen der größenbezogenen Komplexität.....	132
Abbildung 3-9: Durchschnittliche Fallkostenstruktur der Brutto-Gesamtkosten der allgemeinen Krankenhäusern nach Größe in 2008 .....	136
Abbildung 3-10: Untereinflussgrößen der Leistungskomplexität .....	137
Abbildung 3-11: Einflussfaktoren zur Bestimmung der Leistungsbreite .....	141
Abbildung 3-12: Einflussfaktoren zur Bestimmung der Leistungstiefe.....	143
Abbildung 3-13: Kalkulationsformel des Case-Mix-Index .....	145
Abbildung 3-14: TOP 10 DRGs mit den höchsten Bewertungen.....	146
Abbildung 3-15: TOP 10 DRGs mit den niedrigsten Bewertungen.....	147
Abbildung 3-16: Einflussfaktoren des Behandlungsschweregrades.....	149
Abbildung 3-17: Untereinflussgrößen des Entrepreneurgrads .....	150
Abbildung 3-18: Vergleich der Jahresüberschüsse nach Trägerschaft .....	153

---

Abbildung 3-19: Durchschnittliche Kosten je Fall nach Trägerschaft in 2008 .....	156
Abbildung 3-20: Einflussfaktoren der ökonomischen Entscheidungsorientierung .....	159
Abbildung 3-21: Einflussgrößen des betriebswirtschaftlichen Know-hows .....	163
Abbildung 3-22: Untereinflusskriterien auf den externen Handlungsdruck .....	166
Abbildung 3-23: Ausprägungsmöglichkeiten der Art des Einzugsgebiets .....	168
Abbildung 3-24: Formel zur Berechnung des Herfindahl-Hirschman-Index .....	174
Abbildung 3-25: Einflussgröße & -faktor des externen Handlungsdrucks .....	175
Abbildung 3-26: Clusterportfolios zur Strukturierung von Krankenhaustypen .....	177
Abbildung 3-27: Einflussgrößenaufbau der Komplexität .....	179
Abbildung 3-28: Einflussgrößenaufbau des betriebswirtschaftlichen Reifegrads ....	180
Abbildung 3-29: Systematik der Portfolioaggregation & Typen .....	183
Abbildung 3-30: Charakterisierung der Krankenhaustypen .....	187
Abbildung 3-31: Einflussgrößenbewertungssystematik .....	188
Abbildung 3-32: Faktorausprägungen in den Fallstudien .....	189
Abbildung 3-33: Positionierung der Fallstudien in den Einflussgrößenclustern .....	189
Abbildung 3-34: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 1 .....	192
Abbildung 3-35: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 2 .....	196
Abbildung 3-36: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 3 .....	199
Abbildung 3-37: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 4 .....	202
Abbildung 3-38: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 5 .....	205
Abbildung 3-39: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 6 .....	208
Abbildung 3-40: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 7 .....	211
Abbildung 3-41: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 8 .....	214
Abbildung 3-42: Einflussfaktorenanalyse für Fallstudie 9 .....	217
Abbildung 4-1: Gestaltungsbereiche der Kosten- & Leistungsoptimierung .....	222
Abbildung 4-2: Gestaltungsfelder des „Leistungsportfolios“ .....	224
Abbildung 4-3: Maßnahmen zur Verbesserung des Einweiserhaltens .....	243



---

Abbildung 4-4: Nicht-klinische Leistungsbereiche .....	246
Abbildung 4-5: Gestaltungsfelder der „Organisation & Struktur“ .....	253
Abbildung 4-6: Gestaltungsfelder der „Prozessoptimierung“ .....	268
Abbildung 4-7: Prozessoptimierungsstrategien .....	269
Abbildung 4-8: Mögliche Verläufe der Veränderung.....	279
Abbildung 4-9: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 1 .....	288
Abbildung 4-10: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 2 .....	292
Abbildung 4-11: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 3 .....	297
Abbildung 4-12: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 4 .....	301
Abbildung 4-13: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 5 .....	306
Abbildung 4-14: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 6 .....	310
Abbildung 4-15: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 7 .....	314
Abbildung 4-16: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 8 .....	318
Abbildung 4-17: Ausprägungsanalyse des Gestaltungsraums für Fallstudie 9 .....	322
Abbildung 4-18: Gestaltungsfelder und Gestaltungsausprägungsmöglichkeiten ....	324
Abbildung 5-1: Vorgehensweise zur Ableitung der Gestaltungsempfehlungen.....	327
Abbildung 5-2: Empfohlener Gestaltungsraum für „Unreifer Basisanbieter“ .....	345
Abbildung 5-3: Empfohlener Gestaltungsraum für „Unreifer Multiversorger“ .....	348
Abbildung 5-4: Empfohlener Gestaltungsraum für „Traditioneller Maximalversorger“ 351	
Abbildung 5-5: Empfohlener Gestaltungsraum für „Reifer Spezialversorger“ .....	355
Abbildung 5-6: Empfohlener Gestaltungsraum für „Reifer Multispezialist“ .....	359
Abbildung 5-7: Empfohlener Gestaltungsraum für „Fortgeschrittener Maximalversorger“ .....	363
Abbildung 5-8: Wirkungsgrad der Einflussgrößen auf Gestaltungsfelder.....	366

**ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

AbgrV	Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AO	Abgabenordnung
ApoBetrO	Apothekenbetriebsordnung
ApoG	Apothekengesetz
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
AWT	Automatischer Waretransport
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGM	Bundesgesundheitsministerium
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BSSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BWL	Betriebswirtschaftslehre
CMI	Case-Mix-Index
CIRS	Critical Incident Reporting System
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut

---

DRGs	Diagnosis Related Groups
EBITDA	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation & Amortization
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EFQM	European Foundation for Quality Management
ERP	Enterprise-Resource-Planning
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GewO	Gewerbeordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH & Co. KG	Gesellschaft mit beschränkter Haftung & Compagnie Kommanditgesellschaft
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GSG	Gesundheitsschutzgesetz
HHI	Herfindahl-Hirschman-Index
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IT	Information und Telekommunikation
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kfz	Kraftfahrzeug
KHBV	Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz

---

KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KrW-/AbfG	Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
KrW	Kreislaufwirtschaft
LAGA	Länderarbeitsgemeinschaft Abfall
MDC	Major Diagnostic Categories
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MPG	Medizinproduktgesetz
MVZ(en)	Medizinisches Versorgungszentrum (-zentren)
NHS	Nation Health Services
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTC	Over The Counter
PKV	Private Krankenversicherung
PMC	Patient Management Categories
PPR	Pflegepersonalregelung
ROC	Return on Capital
SGB	Sozialgesetzbuch
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
VdAK/AEV	Angestellter Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen- Verband
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organisation

## 1 EINLEITUNG

Die Rahmenbedingungen für den Betrieb eines Krankenhauses haben sich grundlegend verändert. Ursachen des Wandels sind sowohl soziopolitische Faktoren wie demographische Entwicklungen als auch der technische Fortschritt. Der demographische Wandel deutet auf eine alternde und schrumpfende Bevölkerung in Deutschland und Europa hin. Die Ursachen hierfür liegen im Wesentlichen in der niedrigen Geburtenrate sowie auch in der steigenden Lebenserwartung. Sollten die derzeitigen demographischen Entwicklungen anhalten, wird die derzeitige Einwohnerzahl in Deutschland bis 2060 auf 65 Millionen Einwohner schrumpfen.<sup>1</sup> Bis 2030 wird erwartet, dass die Bevölkerungsanzahl um circa 5 % abnehmen wird – dies entspricht etwa vier Millionen Menschen.<sup>2</sup> Es wird davon ausgegangen, dass das Medianalter bis Mitte der 2040er Jahre um neun Jahre auf 52 Jahre steigen wird – jeder zweite Deutsche wird demnach älter als 52 Jahre sein.<sup>3</sup> Insgesamt müssen sich Krankenhäuser auf einen deutlichen Anstieg der Anzahl älterer und betagterer Bürger einstellen. Die Älteren und Betagten haben einen deutlich höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen als die jüngere Bevölkerung. Beispielsweise sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf für Einwohner über 80 Jahre circa 4,5-mal höher als die Ausgaben für den Durchschnitt der Bevölkerung.<sup>4</sup> Das bedeutet also, dass weniger Menschen in das Gesundheitssystem einzahlen, jedoch mehr die Leistungen des Systems beanspruchen. Der technische Fortschritt wird durch das starke Wirtschaften der Medizintechnikbranche bewerkstelligt. Deutschland verfügt nach den USA und Japan über den drittgrößten medizintechnischen Markt weltweit.<sup>5</sup> Die Branche kennzeichnet sich durch ein starkes Innovationspotenzial. Medizintechnikunternehmen erwirtschaften 50 % des Umsatzes mit Produkten, die erst seit weniger als zwei Jahren auf dem Markt gehandelt werden.<sup>6</sup> Zwischen 1995 und 2002 wurden im Jahr durchschnittlich

---

<sup>1</sup> Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2009a), S. 5.

<sup>2</sup> Vgl. BRÄUNINGER (2010), S. 3.

<sup>3</sup> Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2009a), S. 16.

<sup>4</sup> Vgl. BRÄUNINGER (2010), S. 4.

<sup>5</sup> Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2005), S. 12.

<sup>6</sup> Vgl. KLAUBER et al. (2007), S. 5.

1.150 neue Unternehmen gegründet, wovon 55 % in der Herstellung und Entwicklung von physischen Produkten tätig sind.<sup>7</sup> Im Vergleich zu anderen vergleichbaren Industrien ist in der Medizintechnikindustrie der Anteil der Forschung und Entwicklung am Produktionswert fast das Doppelte.<sup>8</sup> Kliniken sind die Hauptabnahmequellen dieser Technologien und versuchen durch den Einsatz der neuesten Medizintechniken ihre Wettbewerbsposition zu stärken. Der Einsatz von neuen Gerätschaften soll zu einer verbesserten Diagnostik und einer hochwertigeren Therapie führen. Deren Einsatz trägt somit auch zu einer höheren Lebenserwartung der Gesellschaft bei. Jedoch werden durch den Einsatz von neuen Medizinprodukten, die in kurzen Innovationszyklen auf den Markt gebracht werden,<sup>9</sup> auch die Kosten für die Krankenhäuser steigen. In Zukunft werden sich die regierenden Politiker bei der gesundheitspolitischen Gesetzgebung mit einer zunehmend alternden Bevölkerung und einer Verbesserung der Medizintechnologien auseinandersetzen. Beides führt dazu, dass Behandlungsbedarf zunimmt. Jedoch müssen diese Ausgaben durch das System getragen werden. Da dies aufgrund einer sinkenden Einzahlerquote erschwert wird, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit auf der einen Seite die Beiträge zu erhöhen und auf der anderen Seite die Kosten der Leistungserbringer, also der Krankenhäuser, zu reduzieren. Die wachsenden Finanzierungsprobleme hat der Gesetzgeber zum Anlass genommen, um das Gesundheitssystem, mit Hauptaugenmerk auf die Krankenhäuser, auf marktwirtschaftlicher Basis zu erneuern. Neben Maßnahmen, die die Krankenhäuser zwar nicht unmittelbar beeinflussen, wurden auch Richtlinien und Gesetze eingeführt, die auf den klinischen Geschäftsbetrieb direkt Einfluss nehmen. Dazu gehören vordergründig die Krankenhausbedarfsplanung, die Investitionsfinanzierung sowie die Veränderung der Vergütungssystematik. Der Gesetzgeber versucht zudem, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu verschärfen. Des Weiteren werden die Krankenhäuser mithilfe einer obligatorischen Einführung eines Qualitätsmanagements zu mehr Transparenz verpflichtet. Eine wesentliche Veränderung war jedoch der Wandel der Vergütungsform von einer Kostenerstattung nach tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einer Vergütung nach Fallpauschalen in Form der

---

<sup>7</sup> Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2005), S. 102.

<sup>8</sup> Vgl. KLAUBER et al. (2007), S. 5.

<sup>9</sup> Vgl. BUNDESVERBAND MEDIZINTECHNOLOGIE (2010), S. 1.

Diagnosis Related Groups (DRGs). Krankenhäuser erhalten demnach hauptsächlich eine fixe Pauschale für jeden Behandlungsfall, der durch das Gesundheitssystem getragen ist. Sollten die Kosten der Behandlung die Vergütungspauschalen übersteigen, erwirtschaftet das Krankenhaus einen Verlust. In 2010 erwirtschafteten über 20 % der Krankenhäuser in Deutschland einen Verlust.<sup>10</sup>

### 1.1 Ausgangssituation und Problemstellung

In Deutschland verursachte der Gesundheitssektor Ausgaben von über 278 Milliarden Euro in 2009 – dies entspricht über 7% des Bruttoinlandsproduktes.<sup>11</sup> Zum Vergleich, der Umsatz der Automobilbranche in Deutschland betrug in demselben Jahr circa 263 Milliarden Euro.<sup>12</sup> Im Gesundheitswesen wird etwa das Vierfache vom Umsatz der Deutschen Telekom und das Doppelte des Umsatzes von Deutsche Telekom, Münchner Rück und Allianz zusammen umgesetzt.<sup>13</sup> In 2010 stiegen die Gesundheitsausgaben auf über 287 Milliarden Euro. Mit circa 26 % wird der größte Anteil der Gesundheitsausgaben durch die Krankenhäuser verursacht. In 2010 betragen die Gesamtkosten der Krankenhäuser über 74 Milliarden Euro.<sup>14</sup> Der Krankenhausmarkt wird somit als wesentlicher Kostenträger betrachtet. Vor dem Hintergrund einer hohen Staatsverschuldung und einer chronischen Überlastung des Gesundheitssystems rücken Krankenhäuser als bedeutender Kostenträger für die Erschließung von Kostensenkungspotenzialen und Leistungsverbesserungen in den Vordergrund.

In 2010 haben sich insgesamt 2.064 Krankenhäuser um die stationäre Versorgung in Deutschland gekümmert.<sup>15</sup> Seit einigen Jahren konnte jedoch ein steter Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser verzeichnet werden. In 1991 waren es noch 2.411 Kliniken, das bedeutet eine Reduzierung von über 14 % im Vergleich zu 2010.<sup>16</sup> Zu-

---

<sup>10</sup> Vgl. BLUM et al. (2011), S. 136.

<sup>11</sup> Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.) (2011), S. 130ff.

<sup>12</sup> Vgl. VERBAND DER AUTOMOBILINDUSTRIE (2010), S. 16.

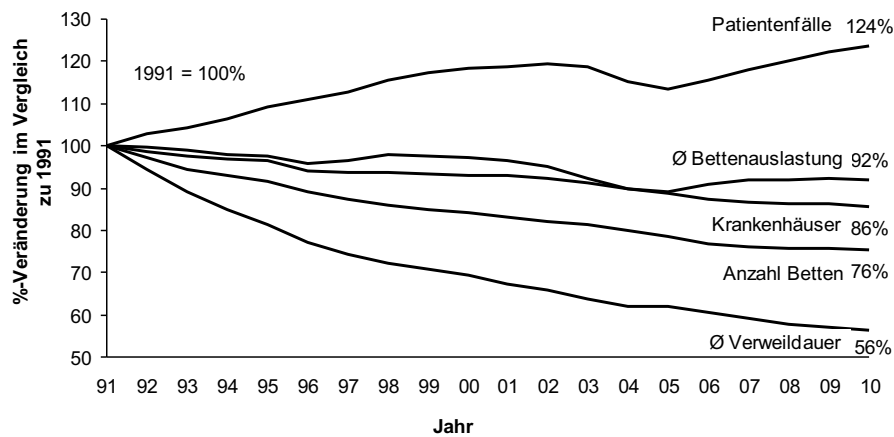
<sup>13</sup> Vgl. SCHULENBURG VON DER /PRENZLER (2011), S. 6.

<sup>14</sup> Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2012a), S.14.

<sup>15</sup> Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2011a), S. 8.

<sup>16</sup> Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2012d).

dem hat sich der Anteil an privaten Anbietern von 15 % auf 32 % mehr als verdoppelt.<sup>17</sup> Weitere aktuelle Trends im Krankenhausmarkt sind eine sinkende Bettenzahl, eine immer niedrigere Verweildauer und eine kontinuierlich ansteigende Anzahl an Patientenfällen. Diese Trends werden in Abbildung 1-1 zusammengefasst.



**Abbildung 1-1: Rahmendaten zu Krankenhäusern in Deutschland<sup>18</sup>**

Diese Trends weisen darauf hin, dass Krankenhäuser zukünftig äußerst effizient und effektiv arbeiten müssen, um weiterhin am Markt bestehen zu können. Grund dafür ist, dass mit einer niedrigeren Bettenanzahl und einer geringeren Anzahl an Krankenhäusern eine höhere Anzahl an Behandlungsfällen gehandhabt werden muss. Eine der Konsequenzen ist, dass ein höherer Patientendurchlauf gewährleistet werden muss – das bedeutet eine kürzere Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern. Bis 2020 wird ein kontinuierlicher Rückgang der Anzahl um circa 200 Kliniken erwartet. Dies wird hauptsächlich Kliniken in öffentlicher Trägerschaft betreffen, während die Krankenhäuser mit privaten Trägern zunehmend Marktanteile dazu gewinnen. Auch die Trends bei der Bettenanzahl, der Fallzahlen und der Verweildauer werden sich fortsetzen.<sup>19</sup> Der Kosten- und Effizienzdruck dürfte sich weiter verschär-

<sup>17</sup> Vgl. BRÄUNINGER (2010), S.6; STATISTISCHES BUNDESAMT (2011a), S.9.

<sup>18</sup> STATISTISCHES BUNDESAMT (2012b).

<sup>19</sup> Vgl. BRÄUNINGER (2010), S.7.



fen. Einerseits wegen der anhaltenden demographischen Entwicklungen und der weiterhin steigenden Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems. Andererseits werden Kliniken durch den erhöhten Wettbewerb, durch stark wirtschaftlich orientierte Klinikträger sowie aufgrund der anhaltenden Bestrebungen der Regierung zu einem effizienteren Krankenhausbetrieb gezwungen.

Ein entscheidender Treiber dieser Entwicklungen ist die Einführung der DRGs.<sup>20</sup> Das DRG-Vergütungssystem basiert auf einer pauschalen, leistungsbezogenen Vergütung der Behandlungsfälle durch die Krankenkassen und schafft eine Wettbewerbssituation zwischen den Krankenhäusern. Diese pauschale Vergütung zwingt die Krankenhäuser, mit möglichst niedrigen Kosten zu wirtschaften. Eine Möglichkeit dafür ist die bereits angesprochene Verkürzung der Aufenthaltszeit der Patienten im Krankenhaus. Krankenhäuser versuchen daher durch hohe Fallzahlen eine möglichst hohe Auslastung zu erzielen, um ausreichend Erlöse zu generieren. Im Falle, dass Überschüsse erzielt werden, können diese für Investitionen verwendet werden. Eigentlich sieht das Krankenhausfinanzierungssystem jedoch vor, dass Investitionen vom Bund oder den Ländern finanziert werden müssen. Dem wird aber auf Grund der verschärften Haushaltslage nur unzureichend nachgekommen.<sup>21</sup> Einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser kommt demzufolge eine immer größer werdende Bedeutung zu.

Die wirtschaftliche Lage in Krankenhäusern hat sich aufgrund dieser Tendenzen so entwickelt, dass in 2010 lediglich 68 % einen Jahresüberschuss, 11 % ein ausgeglichenes Ergebnis und die restlichen 21 % einen Verlust erwirtschafteten.<sup>22</sup> In einer Befragung des Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) wurden die Krankenhausführungskräfte zu ihren Erwartungen hinsichtlich der wirtschaftlichen Entwicklung in 2011 befragt. Diese erwarten, dass die Anzahl der Krankenhäuser mit einem positivem Jahresüberschuss auf unter 50 % sinken, der Anteil von Kliniken mit einem aus-

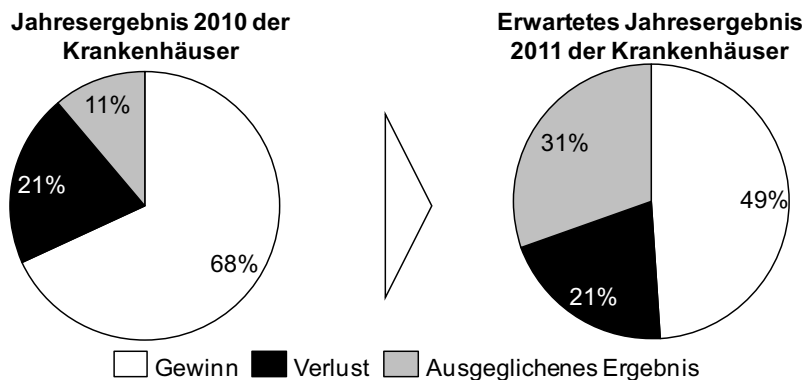
---

<sup>20</sup> Vgl. THIEL/GRAF (2009), S. 636.

<sup>21</sup> Vgl. NEUBAUER/BEIVERS (2010), S. 8.

<sup>22</sup> Vgl. BLUM et al. (2011), S. 136.

geglichenen Ergebnis auf circa 30 % ansteigen und sich der Anteil an Krankenhäusern mit einem negativen Ergebnis kaum verändern wird.<sup>23</sup>



**Abbildung 1-2: Jahresergebnis der Krankenhäuser in 2010 und 2011 (erwartet)<sup>24</sup>**

Gerade die Krankenhäuser mit öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern leiden unter Jahresfehlbeträgen oder auch ausbleibenden Gewinnen, da die kontinuierlich fallende öffentliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Kliniken verhindert hat. Dadurch hat sich ein erheblicher Investitionsstau akkumuliert, der auf circa 50 Milliarden Euro geschätzt wird.<sup>25</sup> Die Wartezeiten auf nötige Investitionen liegen bei bis zu zehn Jahren.<sup>26</sup> Neben diesen systembezogenen Problemquellen, lassen sich jedoch auch deutliche Missstände in Bezug auf die Leistungs- und Kostensituation erkennen. Diese Effizienz- und Effektivitätsdefizite wurden durch die Vergütungsumstellung von einer Bezahlung nach Tagessätzen zu einer leistungsgerechten Bezahlung nach Fallpauschalen aufgedeckt. Der Druck auf den Staat, die Kommunen und auch die Landkreise, als Finanzierungsquellen für Krankenhäuser steigt, getrieben durch die wirtschaftlich an-

<sup>23</sup> Vgl. BLUM et al. (2011), S. 137.

<sup>24</sup> Vgl. BLUM et al. (2011), S. 136f.

<sup>25</sup> Vgl. VIERING/SÖHNLE (2010), S. 6.

<sup>26</sup> Vgl. VIERING/SÖHNLE (2010), S. 6.

gespannte Situation. Diese lässt einen weiteren Rückgang der öffentlichen Mittel für Krankenhäuser und höhere Ausfälle an Krankenkassenbeiträge aufgrund einer höheren Arbeitslosigkeit erwarten. Während die Umsätze mit den Fallpauschalen stärker begrenzt werden, deuten die derzeitigen Entwicklungen auf einen Anstieg der Kosten in Krankenhäusern hin – zwischen 2000 und 2008 stiegen die Kosten um durchschnittlich 3 % pro Jahr und insgesamt um 21 %. Durchschnittlich beziehen sich 60 % der Kosten auf das Personal, der Rest kann den Sachkosten zugeordnet werden. Jedoch stiegen die Personalkosten mit 23 % deutlich geringer als die Sachkosten mit 57 %.<sup>27</sup> Die Effizienzpotenziale werden insgesamt auf zwei bis vier Milliarden Euro geschätzt.<sup>28</sup>

Die zentrale Problemstellung für Krankenhäuser besteht also darin, sich diesem zunehmenden Auseinanderklaffen zwischen Einnahmen und Ausgaben zu stellen. Die Forderung nach mehr öffentlichen Mitteln für die Finanzierung von Krankenhäusern stellt keine realistische Alternative dar. Vielmehr sollten sich Krankenhäuser in Deutschland folgenden Herausforderungen stellen:

- Krankenhäuser müssen sich aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen einem verschärften Wettbewerb um den Patienten stellen.
- Krankenhäuser können ihre Erlöse nicht länger über einen verlängerten Aufenthalt der Patienten, sondern nur über eine Steigerung der Fallzahlen und somit einem höheren Patientendurchlauf steigern.
- Krankenhäuser sollten ihre Komplexität und Intransparenz hinsichtlich der internen Strukturen und Abläufe reduzieren, um eine schnellere und qualitativ bessere Patientenversorgung zu ermöglichen.
- Krankenhäuser können über eine Anpassung des Leistungsportfolios Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenzkrankenhäusern schaffen.

---

<sup>27</sup> Vgl. VIERING/SÖHNLE (2010), S.7f.

<sup>28</sup> Vgl. KLAUBER et al. (2010), S. XVII.

- Die Krankenhausführung sollte dafür sorgen, die ökonomische Orientierung des Krankenhausbetriebs stärker zu institutionalisieren.
- Die Krankenhausführung sollte sich nicht länger als Verwaltungsorgan, sondern als aktives Management verstehen.
- Innerhalb der Belegschaft sollte eine Bereitschaft zur Veränderung im Krankenhaus geweckt und gefördert werden.
- Bewährte Ansätze aus dem produzierenden Gewerbe eignen sich zur Industrialisierung des Krankenhausbetriebs.
- Die Krankenhausträger und die Geschäftsführung sollten die Finanzierung von Verbesserungsprojekten sicherstellen.

Diese grundsätzlichen Herausforderungen gelten für die Masse der Krankenhäuser gleichermaßen. Jedoch unterscheidet sich der Weg, diese Herausforderungen zu meistern, je nach Ausgangssituation und Rahmenbedingungen des jeweiligen Krankenhauses. Die Krankenhäuser finden jeweils unterschiedliche, wenn auch verwandte, interne und externe Faktoren vor. Eine einheitliche Optimierungsstrategie und Vorgehensweise spiegeln die individuellen Gegebenheiten daher nur ungenügend wider.<sup>29</sup> Beispielsweise ist bei einem Maximalversorger eine höhere Bettenauslastung über die horizontale Ausweitung des Leistungsangebots sinnvoller als bei einem Spezialkrankenhaus. Letzteres sollte eher über eine Intensivierung der angebotenen Leistungen und über eine qualitativ differenziertere Medizin eine höhere Anzahl an Patienten anziehen. Zudem können in deutschen Kliniken unterschiedliche Reifegrade hinsichtlich der ökonomischen Ausrichtung des Betriebs vorgefunden werden. Dies beeinflusst die Intensität und den Verlauf sowie auch die Radikalität der Veränderungsvorhaben. Das heißt, es existieren verschiedene Typen von Krankenhäusern, die in Bezug auf die Leistungsverbesserung und Kostenreduzierung berücksichtigt werden müssen. Die Typen variieren beispielsweise bezüglich der wirtschaftlichen Lage oder der regionalen Gegebenheiten und haben demzufolge mit unter-

---

<sup>29</sup> Vgl. PENTER (2009), S.2.

schiedlichen Problemfeldern zu kämpfen. Diese Unterschiede bedeuten auch, dass die Herangehensweisen zur Lösung von Problemen, in Bezug auf zur Verfügung stehende Methoden und Maßnahmen voneinander abweichen. In dieser Arbeit sollen daher folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Was sind die Einflussfaktoren, die bei Veränderungsprojekten in Bezug auf das Leistungsportfolio, die Organisation und auch im Hinblick auf die Prozesse berücksichtigt werden müssen?
- Welche Krankenhaustypen müssen in Bezug auf die Leistungsoptimierung und Kostenreduzierung unterschieden werden und wie lassen sich diese charakterisieren?
- Welche Gestaltungsfelder sind bei der Leistungsoptimierung und Kostenreduzierung im Krankenhaus hauptsächlich zu berücksichtigen?
- Wie unterscheiden sich die Gestaltungsempfehlungen in Bezug auf die unterschiedlichen Krankenhaustypen?

## 1.2 Stand in Forschung und Literatur

Aufgrund der hohen sozialpolitischen und ökonomischen Relevanz des Gesundheitssektors und der hohen ausgewiesenen Einsparpotenziale im Krankenhausbereich hat sich eine breite Literaturlage in Bezug auf die wirtschaftliche Betrachtung des Krankenhausbetriebs entwickelt. Die Fachliteratur setzt sich mit übergelagerten gesundheitsökonomischen Fragen, mit Krankenhausmanagementansätzen sowie auch mit betriebswirtschaftlichen Ansätzen und Methoden aus der Industrie und deren Anwendung im Krankenhaus auseinander. Zudem wurden Forschungsvorhaben angegangen, die sich mit der Charakterisierung von Krankenhäusern und der Auswirkung auf Krankenhausbetriebswirtschaft beschäftigen. Jedoch besteht eine Lücke in der gesundheitsökonomischen Forschung bezüglich einer differenzierten Anwendung von industriellen Ansätzen nach Krankenhaustypen. Des Weiteren wird in der bisherigen Literatur die Typologisierung von Krankenhäusern hauptsächlich auf Basis der Bettenanzahl und der Trägerschaften durchgeführt. Eine umfassendere Typologisierung nach unterschiedlichen faktenbasierten Kriterien und eine Analyse der Auswirkungen in Bezug auf die Anwendung von betriebswirtschaftlichen Ansätzen wurden bisher nur ungenügend durchgeführt.