

Veränderungen des Krankenhausmanagements im Kontext des Wandels internationaler Gesundheitssysteme

Reinhard Busse, Oliver Tiemann und Markus Wörz

1 Zur aktuellen Situation des Managements deutscher Krankenhäuser

Der demografischen Entwicklung der Gesellschaft, dem medizinisch-technischen Fortschritt und auch dem gesellschaftlichen Wertewandel stehen begrenzte Ressourcen für die Gesundheitsversorgung gegenüber. Gesetzgeberische Reformbemühungen sind daher primär darauf ausgerichtet, die Produktivität innerhalb der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, bei gleichzeitiger Sicherung der Behandlungsqualität. Die fortwährenden Reformaktivitäten der jeweiligen Gesetzgeber und die daraus resultierenden, veränderten Rahmenbedingungen stellen die Akteure im Krankenhausmarkt fortwährend vor neue Herausforderungen. Zentraler Antreiber dieses Wandels sind in der stationären Versorgung die geänderten Anreize, die durch die prospektive Vergütung über DRG-Fallpauschalen in vielen europäischen Ländern gesetzt wurden (vgl. Schreyögg et al. 2006). Für Krankenhäuser ergibt sich daraus in vielerlei Hinsicht Handlungsbedarf. Es werden notwendige Strukturen und Prozesse zur Kostenkontrolle eingeführt, mit dem Ziel der Effizienzsteigerung bzw. Kostensenkung. Darüber hinaus haben die angeführten Veränderungen innerhalb der Rahmenbedingungen umfassende Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation von Krankenhäusern initiiert. Innerhalb ihrer Organisation streben viele Krankenhäuser eine Optimierung der strukturellen Vorhaltungen sowie der korrespondierenden Prozesse an. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen. Beispielsweise kann hinsichtlich der originären Versorgungsprozesse eine effizientere bzw. kostengünstigere und damit häufig auch qualitativ hochwertigere Versorgung der Patienten durch eine leitliniengerechte Optimierung der medizinischen Abläufe (Clinical Pathways) und durch die Standardisierung der administrativen Prozesse erreicht werden.

Eine besondere Herausforderung für Klinikbetreiber – und damit für das Krankenhausmanagement – besteht darin, den ambulanten, stationären und poststationären Sektor effizienter miteinander zu verknüpfen. In diesem Zusammenhang stehen die Akteure vor der Frage, ob sämtliche Kom-

petenzen selbst vorgehalten werden müssen. Hier bestehen insbesondere für vernetzte Krankenhäuser Vorteile, da diese am besten gewährleisten können, die Leistungen der gesamten Wertschöpfungskette anzubieten. Der Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Leistungserbringern stellt eine zentrale Anforderung an solche Netzwerkstrukturen dar. Innerhalb der Krankenhausbetreiber sind die Anbieter, die mit nur einem oder wenigen Standorten operieren, einem besonderen Wettbewerbsdruck ausgesetzt, trotz der Vorteilhaftigkeit bestimmter Standorte. Aus diesem Grund bilden immer mehr Kliniken strategische Partnerschaften, wie bspw. Einkaufsgemeinschaften, oder fusionieren komplett. Große Klinikverbünde generieren deutlich höhere Skaleneffekte. Leistungen, die bisher von jedem einzeln erbracht wurden, werden anschließend gemeinsam erbracht bzw. aufgeteilt (Shared Services), um durch die Nutzung von Synergien und Standardisierungen Effizienzvorteile zu erlangen. Shared Services heißt auch, dass die Zentrale für die Kliniken administrative Aufgaben übernimmt. Zu den zentralen Diensten zählen unter anderem Vertriebsunterstützung, Produktentwicklung, Public Relations, Marketing, Pflegesatzrecht und Vertragsmanagement, Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Personalentwicklung, Finanzbuchhaltung und Controlling sowie Einkauf.

Klinikketten nutzen darüber hinaus die positiven Effekte der Corporate Identity, um Patienten an die eigenen Einrichtungen zu binden. Die Patientenbindung stellt eine zentrale Herausforderung dar, da im Rahmen eines fortschreitenden Wertewandels das wahrgenommene Bedürfnis nach Gesundheit unter den Bürgern stärker geworden ist. Daher wird es künftig für ein erfolgreiches Krankenhausmanagement von Bedeutung sein, Kundenwünsche stärker zu berücksichtigen (vgl. Helmig u. Graf 2006). Es werden in zunehmendem Maße finanzielle Mittel darauf verwendet werden, diese zu erforschen und zu antizipieren. Aus der Besonderheit der Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht der Schluss gezogen werden, Modernisierungskonzepte anderer Branchen könnten nicht auf den Krankenhausesektor übertragen werden. Die Bank- und Versicherungsbranche oder die Telekommunikation machen vor, wie etwa Prozesse mit Hilfe von EDV-Lösungen standardisiert, Kundenorientierung umgesetzt und flexible Strukturen geschaffen werden können.

Eine von vielen Krankenhäusern noch völlig unterschätzte Funktion ist der Vertrieb. Patienten, die nicht als Akutfälle charakterisiert werden können, treffen bewusste Auswahlentscheidung zwischen den Krankenhäusern. Für viele Patienten ist die wohnortnahe Versorgung zweitrangig, wenn sie eine höhere medizinische Qualität an anderen Standorten erwarten. Es bedarf einer ausgereiften Kommunikationsstrategie, damit die zentralen Kundengruppen – seien es niedergelassene Ärzte, Kostenträger oder die

Patienten selbst – von der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Einrichtung überzeugt werden können. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität rücken immer weiter in den Fokus der Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer, wobei die transparente Darstellung medizinischer Leistungen eine immer wichtigere Rolle spielt. Neben einer Vielzahl von wissenschaftlichen Qualitätskriterien, muss die Qualität eines Krankenhauses in von Patienten nachvollziehbare Qualitätskategorien übersetzt werden. Die zunehmende Aufmerksamkeit von Patienten und Kostenträgern gegenüber Qualitätsdefiziten (Beschwerden, Behandlungsfehlern, Fehlversorgung) geht einher mit einer gestiegenen Verfügbarkeit qualitätsbezogener Information aus öffentlichen Publikationen, Qualitätsberichten, Patientenbefragungen oder Qualitätssicherungsprogrammen. Dies führt insgesamt zu einem kritischeren und stärker öffentlichkeitswirksamen Umgang mit Qualitätsindikatoren. Eine steigende Beteiligung von Patienten an Behandlungskosten über die Einführung von Selbstbeteiligungsmodellen wird das Informationsinteresse von Patienten weiter verstärken. Für die systematische Verfolgung von Qualitätszielen haben sich Qualitätsmanagementsysteme in anderen Industriebereichen bereits als Schlüsselinstrumente etabliert. Im Krankenhaussektor werden Qualitätsmanagementsysteme zunehmend als zentrales Managementinstrument eingesetzt. Für Kostenträger wird eine systematische Beurteilung von Behandlungsqualität etwa dort interessant, wo es Möglichkeiten zur Patientensteuerung gibt (planbare Leistungen). Hier ist die explizite Verknüpfung von Vergütung und Outcomes, wie bereits in den USA praktiziert als sog. "Pay for Performance"- oder in Großbritannien als sog. "Payment by Results"-Konzept, ein vielversprechender Ansatz, um einen möglichen Zielkonflikt zwischen Effizienz und Behandlungsqualität aufzulösen (s.u.).

Zusammenfassend sollten sich die Aktivitäten eines modernen Krankenhausmanagements darauf konzentrieren, schneller und innovativer zu handeln als die anderen Akteure im Markt. Ein Krankenhausunternehmen ist dann erfolgreich, wenn seine Lern- bzw. Anpassungsgeschwindigkeit höher ist als die Veränderungsgeschwindigkeit der Umgebung. Dies lässt sich anhand der DRG-Vergütung anschaulich verdeutlichen, da diese in vielen Ländern die Durchschnittskosten in einer Region abbilden und damit eine sog. Yardstick-Competition induzieren (vgl. Shleifer 1985). Wenn es ein Krankenhaus schafft, bei einer vergleichbaren Qualität kostengünstiger zu sein als der Durchschnitt, dann wird es Überschüsse erwirtschaften. Diese sind die Basis für strategisch wichtige Investitionen, die den Erfolg am Markt dauerhaft sichern.

2 Kann das Krankenhausmanagement in Deutschland vom Ausland lernen?

Betrachtet man die Systeme der Gesundheitsversorgung mit all ihren Eigenheiten und Besonderheiten, so bedarf es eines einfachen Rahmens, um echte Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten ausmachen zu können – und so von den Unterschieden ggf. zu lernen. Hier ist es hilfreich, sich das Bild eines Dreiecks vorzustellen (vgl. Abb. 1). Die ersten beiden wichtigen Akteure, die Bevölkerung einerseits (die einerseits gegen die Risiken von Krankheit versichert sein sollte und aus der andererseits einzelne Individuen gelegentlich oder auch chronisch krank sind und dann als Patienten bezeichnet werden), und die Leistungserbringer – darunter Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken usw. – andererseits, bilden die Basis des Dreiecks. Moderne Gesundheitssysteme zeichnen sich jedoch – und an dieser Stelle kommen nun auch die Unterschiede ins Spiel – durch einen dritten Akteur aus: demjenigen, der als Finanzintermediär zwischen Patient und Leistungserbringer auftritt. Dieser so genannte „Third-Party-Payer“, d. h. der Zahler, der als dritte Partei hinzu tritt und in Deutschland auch als „Kostenträger“ bezeichnet wird, stellt nicht nur den finanziellen Mittelsmann dar, sondern steht darüber hinaus mit der Bevölkerung und den Leistungserbringern in Beziehung. Als vierter wesentlicher Akteur muss der Regulierer im Auge behalten werden, der die Regeln für die anderen Akteure und ihre Interaktionen festlegt. Diese Rolle wird in den meisten Ländern vom Gesundheitsministerium wahrgenommen; jedoch können auch wesentliche Regulierungskompetenzen an nicht staatliche delegiert werden, in Deutschland z. B. an die Selbstverwaltung, insbesondere in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zunächst sollen die steuerfinanzierten nationalen Gesundheitssystem-Varianten beschrieben werden. Sobald man von „nationalen Gesundheitssystemen“ spricht, denken die meisten automatisch an das integrierte System im Vereinigten Königreich vor den Reformen der 1990er Jahre. In diesem Zusammenhang bedeutet „integriert“ die Zusammenfassung von Kostenträgern und Leistungserbringern – und nicht wie z.B. nach deutschem Verständnis, eine Integration verschiedener Leistungserbringer in der unteren rechten Ecke des Dreiecks.

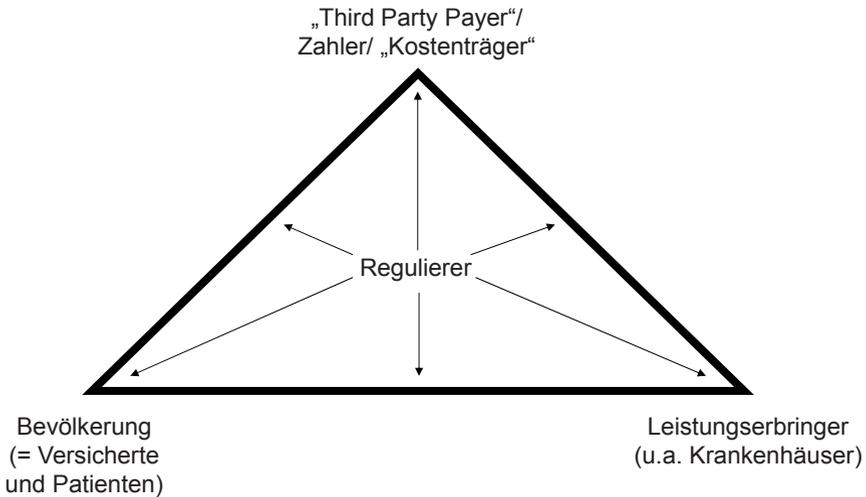


Abb. 1: Das Akteursdreieck zentraler Beziehungen in Gesundheitssystemen

Die „klassischen“ integrierten nationalen Gesundheitssysteme waren folgendermaßen aufgebaut: Die Bevölkerung bezahlte ihren Anteil in Form von Steuern an die zentrale Regierung. Innerhalb der Regierung wurden die Gelder an das Gesundheitsministerium weitergereicht. Öffentliche Leistungserbringer und Krankenhäuser waren Teil derselben Institution, im Vereinigten Königreich bspw. „National Health Service“ genannt (ebenso wie in vielen anderen Staaten wie z.B. Italien oder Spanien, wo die Bezeichnung lediglich in die jeweilige Landessprache übersetzt wurde). Durch diesen Aufbau fungierten die staatlichen nationalen Gesundheitsdienste zur gleichen Zeit als Leistungserbringer und Kostenträger, und die Regierung als regelnde Instanz. Somit bestand das System – neben der Bevölkerung – aus nur einem großen Akteur. Je nach Land war die Wahl der jeweiligen Leistungserbringer beschränkt. Ein klares Beispiel hierfür war Schweden, wo sich die Einwohner eines Landkreises auch nur dort behandeln lassen konnten. Selbst wenn das Krankenhaus des Nachbarlandkreises buchstäblich nur eine Tür weiter lag, war eine Behandlung nur im eigenen Landkreis möglich.

Doch änderte sich das System in diesen Ländern und eine der „großen Erfindungen“ der 1990er Jahre war der so genannte „Purchaser-Provider Split“, der die beiden Funktionen des Leistungsfinanziers (d. h. des Zahlers) und des Leistungserbringers voneinander trennte. Beide Seiten blieben in der öffentlichen Hand, und das Gesundheitsministerium war noch immer für die Verwaltung des Systems insgesamt verantwortlich. Jedoch waren es nun Teile der Verwaltung, die über das Geld verfügten, und der

größere Teil der im nationalen Gesundheitssystem Beschäftigten erbrachte die Leistungen. Ein Binnenmarkt wurde geschaffen, in dem Verträge unterzeichnet wurden, und das Geld folgte entsprechend dieser Verträge der Patientenbehandlung.

Die Teilung zwischen Leistungsfinanzierern und Leistungserbringern hatte auch zur Folge, dass der Status der Krankenhäuser abgeändert werden musste. Sie konnten nicht länger Teil der zentralen Verwaltung sein, sondern mussten unabhängig werden; zumindest bis zu einem gewissen Grad, so dass sie in der Lage waren, Verträge mit den Zahlern (an der Spitze des Dreiecks) zu unterzeichnen. Die Krankenhäuser wurden nicht länger direkt vom Ministerium verwaltet, sondern wurden von nun an von Aufsichtsgremien usw. geführt.

Der Grund, weshalb diese Schritte unternommen wurden lag darin, dass die Menschen nun wählen können sollten, wo sie behandelt wurden. Statt den Bürgern vorzuschreiben, in welches Krankenhaus sie zu gehen hätten, da die Gelder eben diesen Stellen zugeteilt waren, sollten die Gelder, die für die Behandlung der Patienten zur Verfügung standen, fortan dem Patienten folgen; zumindest bis zu einem gewissen Grad.

Die nächste erwähnenswerte Entwicklung in einer Reihe dieser Länder hatte mit der Zentralregierung zu tun. Ursprünglich hatte diese eine dreigeteilte Rolle inne und war zur gleichen Zeit Regulierer, Kostenträger und Leistungserbringer. Sodann wurden in vielen Ländern, wo dies noch nicht der Fall war, die Leistungserbringer unabhängig gemacht, und später wurde die verbliebene Doppelrolle als Regulierer und Kostenträger getrennt, indem die Rolle des Kostenträgers auf die Regionalregierungen übertragen wurde. Die Zentralregierung konnte sich auf diese Weise auf ihre Funktion als Regelungsbehörde konzentrieren. Während dies in Schweden bereits der Fall war, vollzog sich diese Umstrukturierung am deutlichsten wahrnehmbar in Italien und Spanien, in gewisser Hinsicht jedoch auch im Vereinigten Königreich, wo Schottland und Wales nun ihre eigenen Gesundheitssysteme unterhalten.

Ein wenig komplizierter verhält es sich in England, wo eigens für diesen Zweck geschaffene Institutionen – zunächst die Gesundheitsbehörden und dann die „Hausärzte-Vereinigungen“ (sog. „Primary Care Trusts“) – die Zahler darstellen.

Die letzte wichtige Neuerung bezog sich auf das Verhältnis zwischen Zahlern bzw. Kostenträgern und Leistungserbringern. Ab einem gewissen Punkt waren die Zahler so erfahren im Aushandeln und Unterzeichnen von Verträgen mit öffentlichen Krankenhäusern, dass sie ihr Netzwerk von Leistungserbringern auch auf private gemeinnützige und sogar auf private auf Gewinn ausgerichtete Krankenhäuser ausdehnten. Spanien dient hier als ein gutes Beispiel. Durch die Unterzeichnung von Verträgen mit priva-

ten, auf Gewinn ausgerichteten Krankenhäusern, haben die Zahler Dinge miteinander vermischt, die vorher in den Ländern, wo öffentliche Gelder ausschließlich in die öffentliche Gesundheitsversorgung flossen und private Gelder in private Krankenhäuser, undenkbar waren. Heute wird in den meisten Ländern mit steuerfinanzierten Systemen akzeptiert, dass öffentliche Gelder auch an private Leistungserbringer gehen können. Vergleicht man diese neue Art der nationalen Gesundheitssysteme mit den klassischen sozialen Krankenversicherungssystemen, so wird deutlich, dass sich die beiden Systeme im Grunde genommen sehr ähnlich sind: Die Zahler („Third Party Payers“) existieren getrennt von der nationalen Regierung, die Bevölkerung hat Zugang sowohl zu öffentlichen, als auch zu privaten Leistungserbringern, welche wiederum mit den Zahlern in einem Vertragsverhältnis stehen.

Natürlich gibt es noch immer gewisse Unterschiede; so werden die sozialen Krankenversicherungssysteme nicht vornehmlich auf der Basis von Steuergeldern finanziert, sondern aus Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung (die in einigen Ländern allerdings mit hohen staatlichen Zuschüssen vermischt sind, wie z.B. in Österreich). Ein weiterer, grundlegender Unterschied besteht darin, dass in Bismarckschen Systemen Krankenkassen, und nicht regionale Regierungen oder Einrichtungen der Primärversorgung, die Rolle des Drittzahlers übernehmen. Ein zusätzlicher Unterschied, der sich bei einigen Ländern mit Bismarckschen Systemen findet, ist der, dass nicht nur die Leistungserbringer frei gewählt werden können, was heute in allen Ländern der Fall ist, sondern auch die Kostenträger, d.h. es besteht Wahlfreiheit bei der Wahl der Krankenkasse. Mit Sicherheit wird man bald vom ersten steuerfinanzierten System hören, das die Rolle des Kostenträgers für den freien Wettbewerb öffnet. In anderen Wirtschaftsbereichen – z. B. in den Bereichen Telekommunikation und Elektrizität, etc. – ist dies bereits geschehen.

Insgesamt lautet die erste Beobachtung, dass sich die Konstellation der Akteure heute in weiter entwickelten nationalen Gesundheitsdiensten und in Sozialversicherungsländern ähnelt.

3 Krankenhäuser im Spannungsfeld von Markt und Staat

Bei einer rein marktwirtschaftlichen Organisation des Krankenhauswesens wäre es jedermann möglich, ein Krankenhaus zu eröffnen, das Leistungsspektrum des Hauses zu bestimmen und damit Gewinne oder Verluste zu machen. Solch eine unstrukturierte und unregulierte Umwelt würde Unternehmer mit einer Vielzahl von Möglichkeiten ausstatten, von denen man

einige durchaus als wünschenswert ansehen kann. Krankenhäuser könnten schnell in neue Technologien investieren oder Leistungen erbringen, die vorher nur von ambulanten Leistungserbringern angeboten wurden. Aber solch eine Umwelt würde zumindest solche Gesellschaften vor ernsthafte Probleme stellen, die sich Zielen wie Solidarität, sozialem Zusammenhalt und Schutz der Bevölkerungsgesundheit verpflichtet fühlen. Rein marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen scheinen zudem wegen der ihnen innenwohnenden Dynamik mit den Zielen von öffentlichen Kostenträgern unvereinbar, da diese nach Kostenbegrenzung streben (vgl. Busse et al. 2002).

Auf der anderen Seite lässt sich auch leicht eine idealtypische staatliche Organisation des Krankenhauswesens vorstellen. Hierbei trifft die nationale Regierung bzw. eine staatliche Behörde alle relevanten Entscheidungen für ein Krankenhaus wie etwa dessen Standort oder Größe nach einem öffentlichen Plan. Die Planungsbehörden bestimmen das Leistungsspektrum eines jeden Krankenhauses. Die Leistungen des Krankenhauses dürfen von allen Bürgern kostenlos in Anspruch genommen werden. Mithin besteht auch die Notwendigkeit einer Preisfestsetzung nicht.

In beiden Idealtypen der Organisation des Krankenhauswesens ist es nicht notwendig, die Krankenhäuser auf eine spezifische Art und Weise zu regulieren. Im ersten Fall gibt es keine anderen Restriktionen an das unternehmerische Handeln des Krankenhauseigentümers bzw. -managers als die Regeln des Marktes. Im zweiten Fall ist das Krankenhaus Gegenstand von „Kommando und Kontrolle“ („command and control“) durch staatliche Behörden, ohne dass es für das Krankenhausmanagement Ermessensspielräume gäbe. In der Realität fallen die meisten Organisationsformen des Krankenhauswesens in verschiedenen Ländern zwischen diese beiden beschriebenen Extreme, so dass Regeln erforderlich sind, um das unternehmerische Handeln von Krankenhäusern zu steuern, zu fördern oder zu hemmen (vgl. Busse et al. 2002).

Dieser Beitrag stellt zunächst eine Typologie vor, welche sich nach dem Grad der Selbständigkeit eines Krankenhauses unterteilt. Die Typologie dient dabei der Verdeutlichung bestimmter Charakteristika; in realiter handelt es sich jedoch um ein Kontinuum, so dass einzelne Krankenhäuser nicht immer zweifelsfrei der einen oder anderen Kategorie zugeordnet werden können. Danach wird beschrieben, wie die verschiedenen Regelungsmuster der Krankenhäuser in den europäischen Staaten in dem oben beschriebenen Kontinuum zwischen Markt und Staat zu verorten sind. Daran schließt sich in der Form einer Literaturübersicht eine Analyse der Reformtätigkeit in den verschiedenen westeuropäischen Staaten an. Zudem werden ihre Wirkungen auf die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser evaluiert.

4 Eine Typologie europäischer Krankenhäuser

4.1 Typen öffentlicher Krankenhäuser

Die OECD unterteilt Krankenhäuser in drei Gruppen, öffentliche, private not-for-profit und private for-profit. Bei näherer Betrachtung erweist sich diese Klassifikation jedoch als unzureichend, da der Begriff „öffentlich“ sehr weit gefasst ist und sowohl Institutionen abdeckt, die über „Kommando und Kontrolle“ gesteuert werden als auch Institutionen, die über sehr viel Freiräume verfügen. In der Begrifflichkeit einer Studie der Weltbank reichen öffentliche Krankenhäuser von „budgetären“ (budgetary) über „autonomisierten“ (autonomized) bis hin zu „verselbständigten“ (corporatized) Organisationen (vgl. Harding u. Preker 2001).

- *Budgetorganisationen*: Ein „Budgetkrankenhaus“ ist ein zentraler Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Manager eines solchen Krankenhauses sind im wesentlichen Verwalter. Die hierarchische Organisation der Angestellten und der Regeln im Gesundheitswesen kontrolliert alle strategischen Fragen und bestimmt die täglichen Routineentscheidungen des Krankenhausbetriebs (z. B. Entscheidungen über Personaleinstellungen, Dienstleistungsangebot, Gehälter etc.). Der Begriff „budgetär“ bezieht sich dabei auf den Sachverhalt, dass die Einkünfte durch ein Einzelpostenbudget determiniert sind, dass sich in der Regel an historisch gewachsenen Richtwerten orientiert. Kommt es bei einem so verteilten Budget zu „außerordentlichen Gewinnen“, so müssen diese entweder zurückgegeben oder so ausgegeben werden, wie es zentral vorgegeben wird. „Außerordentliche Verluste“ werden durch die öffentliche Hand getragen.
- *Autonomisierte Organisationen*: Die „Autonomisierung“ eines Krankenhauses zielt darauf ab, die Verwalter eines Krankenhauses in Manager zu verwandeln, indem Entscheidungskompetenzen auf eine niedrigere Ebene verlagert werden. Die Reformen, die auf Autonomisierung in Krankenhäusern zielen, haben zu verschiedenen Spielarten geführt. Der Grad an Autonomie, der dem Management dabei eingeräumt wird, variiert beträchtlich. In manchen Fällen wurden die Krankenhäuser rechtlich als neue Form einer Regierungsbehörde verankert, die dazu dient, die neue Regulierungsstruktur umzusetzen, die gemachten Reformen abzusichern und das Management davon zu überzeugen, dass die Veränderungen unumkehrbar sind. Diese Leistungsstandards wur-

den manchmal in Rahmenvereinbarungen dokumentiert. Die finanzielle Autonomie wird in autonomisierten Krankenhäusern erweitert, zumeist indem das Einzelpostenbudget in ein globales Krankenhausbudget umgewandelt wird. Dadurch wird es möglich, dass Einsparungen in einem Bereich auf einen anderen verlagert werden. Häufig wird bei dieser Art von Reform das Globalbudget des Krankenhauses durch Fallpauschalen oder sonstige Leistungsindikatoren angepasst und es wird den Krankenhäusern erlaubt, sich zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen (etwa durch Privatpatienten) und dadurch erzielte Gewinne auch zu behalten.

- *Verselbständigte Organisationen*: In der Typologie von Harding u. Preker (2001) stellt Verselbständigung die stärkste Form von Autonomiebestrebungen dar. Hier sind die Handlungsspielräume des Managements am ausgeprägtesten. In verselbständigten Krankenhäusern übt das Management praktisch die gesamte Kontrolle über den Ressourcenzufluss und die Leistungserbringung aus. Das Krankenhaus ist rechtlich als eigenständige Einheit verankert und folglich ist diese Art der Dezentralisierung kaum umzukehren. Mit dieser Unabhängigkeit geht einher, dass das Krankenhaus die vollständige Verantwortung für seinen Finanzhaushalt übernimmt, so dass im Falle der Zahlungsunfähigkeit des Krankenhauses – zumindest theoretisch – die Möglichkeit der Krankenhausschließung besteht. Die Marktanreize basieren auf einer Kombination von zusätzlichen Einnahmen, die sich aus Verträgen ableiten, und der Möglichkeit diese Zusatzeinnahmen auch zu behalten. Ein verselbständigtes Krankenhaus trägt deshalb häufiger das Residualrisiko als ein autonomisiertes, da es zwar Gewinne behalten kann, aber eben auch für die Verluste verantwortlich zeichnet. In einem verselbständigten Krankenhaus tragen die Krankenhausdirektion und die Geschäftsführung die absolute Verantwortung für die Leistungen des Krankenhauses gegenüber den (meistens in irgendeiner Form staatlichen) Eigentümern. In diesem Fall unterscheidet sich das Verhalten des staatlichen Besitzers kaum von dem eines privaten not-for-profit Eigentümers.

4.2 Öffentliche und private not-for-profit Krankenhäuser

Während die Krankenhäuser in den nordwesteuropäischen Ländern mit einem staatlichen (Beveridge) Gesundheitswesen wie Irland, das Vereinigte Königreich und die skandinavischen Länder fast ausschließlich staatlich

sind (90% der Betten befinden sich unter öffentlicher Trägerschaft¹), ist die tatsächliche Verteilung über das oben beschriebene Typenspektrum nicht so klar. Das gleiche gilt für die Nationalen Gesundheitsdienste in Italien, Portugal und Spanien, in denen der Anteil der öffentlichen Betten 78%, 77% und 69% beträgt (wenn auch mit einer großen Variationsbreite innerhalb der Regionen). In Spanien fallen die öffentlichen Krankenhäuser in zwei Kategorien: die im Eigentum der Regionen und die im Eigentum der Einrichtungen, die die Gesundheitsdienste managen (z. B. der ehemaligen INSALUD). Erstere haben viel mit den öffentlichen Krankenhäusern in Bismarckländern gemeinsam, da sie einen Versorgungsvertrag brauchen, während letztere viel mit den öffentlichen britischen Krankenhäusern gemeinsam haben, bevor dort die Trennung zwischen Käufern und Leistungserbringern (purchaser-provider split) eingeführt wurde.

In den „klassischen“ Sozialversicherungsländern gibt es zwei verschiedene Muster, die beide von Ländern mit einem staatlichen Gesundheitswesen abweichen: Zum einen die Mischung zwischen öffentlichen und nicht-öffentlichen Krankenhäusern, zum anderen der Status eines öffentlichen Krankenhauses gegenüber den Kostenträgern.

Die Krankenhäuser in Österreich, Belgien und Deutschland befinden sich überwiegend in öffentlicher Trägerschaft (der Anteil der öffentlichen Betten beträgt: 69%, 60% bzw. 50%). In diesen Ländern stehen die gemeinnützigen (not-for-profit) Betten an zweiter Stelle (ca. 25%, 40% und 36% der Betten). Zwar hat Frankreich auch hauptsächlich öffentliche Krankenhausbetten, hier kommen aber private for-profit Betten an zweiter (20%) und not-for profit an dritter Stelle (15%). Die Krankenhäuser in Luxemburg verteilen sich gleichmäßig auf öffentliche und private not-for-profit Häuser. In den Niederlanden sind mit Ausnahme der Universitätskrankenhäuser alle Krankenhäuser rechtlich private not-for-profit Einrichtungen. Allerdings ist diese Einteilung manchmal problematisch, da rechtlich ähnliche Einheiten in den verschiedenen Staaten teilweise unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden.

„Öffentliche“ Krankenhäuser in den herkömmlichen Sozialversicherungsländern sind niemals typische „Kommando und Kontrolle“-Einrichtungen. Da es hier schon immer eine Trennung zwischen Käufern und Leistungserbringern gab, hat jedes Krankenhaus einen gewissen Grad an Unabhängigkeit, da es Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abschließen muss. Dies kann sogar rechtlich fixiert sein: So schreibt das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vor, dass die im

¹ Die hier dargestellten Daten beruhen auf verschiedenen Quellen, wenn möglich wurden jedoch die Health Care Systems in Transition Profile (HiTs) des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (<http://www.euro.who.int/observatory>) als Primärquelle herangezogen, wenn sie für das jeweilige Land existierten.

Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser “organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe“ sein müssen (§ 33 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NRW; vgl. auch Pugner 2000).

Jedes öffentliche Krankenhaus in Sozialversicherungsländern ist aus diesem Grund zumindest zu einem gewissen Grad ein „autonomisierter“ oder ein „verselbständigter“ Akteur im Gesundheitswesen. Ein weiterer Aspekt, der öffentliche Krankenhäuser in Sozialversicherungsstaaten auszeichnet, ist, dass die lokalen und die regionalen öffentlichen Eigentümer nicht die gleichen sind wie die regionalen und nationalen öffentlichen Regulierer in Regierungen oder Regierungsbehörden.

4.3 Private for-profit Krankenhäuser

Neben öffentlichen und privaten not-for-profit Krankenhäusern haben die meisten europäischen Staaten ein privates Krankenhaussegment. Es variiert in den verschiedenen Staaten, ist aber – neben Deutschland – in den südwesteuropäischen Staaten Frankreich (20% aller Betten), Spanien (18% aller Betten) und Portugal (10% aller Betten) von besonderer Relevanz. Dieses Segment hat für gewöhnlich zwei Subsegmente. Die Krankenhäuser, die bei den Gesundheitsbehörden oder Krankenkassen unter Vertrag stehen, um öffentlich finanzierte Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen und die Krankenhäuser, die ausschließlich Leistungen an Privatpatienten erbringen. Das erste Segment wird üblicherweise ähnlich reguliert wie die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, während die Regulierung des zweiten Segmentes stark dem anfangs geschilderten idealtypischen markt-wirtschaftlichen Arrangement ähnelt. Dies rührt insbesondere daher, dass die privaten Krankenhäuser nicht bei Gesundheitsbehörden oder Krankenkassen unter Vertrag stehen und somit nicht für die Sicherstellung der Versorgung oder einen gleichen Zugang zu Krankenhausleistungen für alle sorgen müssen.

5 Neue Rahmenbedingungen: Die Umwandlung von Krankenhäusern in autonomere Akteure

Ein Schwerpunkt der Staatstätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser in den 1990er Jahren war der Versuch, ihnen größere Autonomie zu verleihen und sie in die Lage zu versetzen, unternehmerisch tätig zu sein. Im Fol-

genden werden diese Reformbestrebungen unterteilt nach Staaten mit einem Nationalen Gesundheitsdienst (Beveridge-Staaten) und Staaten mit einem Sozialversicherungssystem (Bismarck-Staaten) beschrieben.

5.1 Reformbestrebungen in Staaten mit einem Nationalen Gesundheitsdienst (Beveridge-Staaten)

Im englischen Weißbuch „Working for Patients“ aus dem Jahr 1989 (vgl. Department of Health 1989) wurde die Auffassung vertreten, dass Reformen, die darauf abzielen, Krankenhäusern mehr Selbständigkeit zu verleihen und sie in die Lage zu versetzen, um Patienten zu konkurrieren, zu mehr Effizienz, Qualität und Patienten- bzw. Kundenorientierung führen. Ähnliche Überlegungen wurden im Anschluss an die britischen Reformen vor allem in Schweden, Italien, Spanien und unlängst in Portugal angestellt.

Die im Jahr 1991 begonnenen Reformen in Großbritannien wandelten Krankenhäuser von „direkt gemanagten Einheiten“ (directly managed units – DMUs) der Gesundheitsbehörden in selbständige Krankenhaustrusts um. Diese Reformen beinhalten mehrere Aspekte, die klar auseinander gehalten werden sollten:

- Die Einführung einer Käufer-Leistungserbringer Trennung,
- die Einführung von Vertragsbeziehungen zwischen Käufern und Leistungserbringern und
- vergrößerte Handlungsspielräume und finanzielle Autonomie für die Krankenhäuser in Bezug auf die Gehaltsfestsetzung und Personalzusammensetzung.

Die meisten Beveridge-Systeme konzentrierten sich auf einen oder zwei dieser Aspekte. Nur in einigen Teilen Spaniens und Schwedens wurden alle Aspekte gleichzeitig verfolgt.

In Spanien wurde eine beträchtliche Vielfalt an neuen Krankenhausorganisationsformen eingeführt, da verschiedene Regionen verschiedene Organisationsformen geschaffen haben (vgl. Martin 1999). Katalonien war 1990 die erste Region, die eine Käufer-Leistungserbringer Trennung einführte. Zudem wurde mit „consortia“ eine neue Rechtsform etabliert, die sowohl die Ausgliederung des Managements bzw. anderer Funktionsbereiche und eine Minderheitenbeteiligung von privaten Unternehmen an den Krankenhäusern erlaubte. In Denia (Region Valencia) ist das Bauen und Betreiben eines eigentlich öffentlichen Krankenhauses ausgeschrieben

worden und an die deutsche DKV vergeben worden; diese erhält nunmehr seit Ende 2008 für die 15-jährige Laufzeit des Vertrages pro Kopf der Bevölkerung eine bestimmte Pauschale und übergibt am Vertragsende das Krankenhaus an die Region.

Die in Spanien gemachten Erfahrungen zeigen klar, dass eine nationale Regierung sich zwischen einem nationalen Programm zunehmender Krankenhausselbstständigkeit und einem Programm der Übertragung von Entscheidungskompetenzen an die Regionen entscheiden muss, da beide Optionen gleichzeitig nicht durchführbar sind. Obwohl etwa, wie beschrieben, Katalonien die erste Region war, die eine Käufer-Leistungserbringer Trennung einführte, zeigen sich dort Umkehrtendenzen, d.h. unter anderem direkte Interventionen der regionalen Gesundheitsbehörden in die operativen Angelegenheiten der Krankenhäuser (vgl. Durán et al. 2006).

Schweden wurde schon früher vor diese Entscheidung gestellt und entschied sich für die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf eine niedrigere Ebene, wenn auch unter klaren Vorgaben der Kostenkontrolle (vgl. Diderichsen 1995). Die sich stark unterscheidenden Ansätze in Bezug auf das Krankenhausmanagement beinhalteten z. B. auch den Verkauf des öffentlichen St. Görans Krankenhauses in Stockholm an Bure AB (heute Capio AB), ein privates for-profit Unternehmen, für etwa 210 Mio. Kronen im Dezember 1999. Dieser Verkauf wurde durch die Umwandlung des Krankenhauses in ein Unternehmen unter der Eigentümerschaft der vorhergehenden regionalen Regierung, welche keine Privatisierungsabsicht hatte, im Jahr 1993 erleichtert. Als ein privat betriebenes Krankenhaus muss St. Görans Verträge mit öffentlichen Auftraggebern abschließen, der erste Dreijahresvertrag war Bestandteil der Übernahmevereinbarung. Dass diese Privatisierung gegen den Willen der nationalen Regierung stattfinden konnte, zeigt deutlich, dass jeder Schritt in Richtung Verselbständigung von Krankenhäusern gut überlegt sein will, da er nicht beabsichtigte Konsequenzen zur Folge haben kann. In diesem konkreten Fall gelang es durch die Reform, die Stückkosten um 30% zu reduzieren und mit den gleichen Ressourcen 100.000 Patienten zusätzlich zu behandeln (vgl. Taylor u. Blair 2002). Weitere materielle Privatisierungen wurden im Jahr 2004 durch die schwedische Regierung verboten (vgl. Bürgermeister 2004).

Finnland steht als ein Beispiel für eine Käufer-Leistungserbringer-Trennung, bei der mehrere Kommunen einen Krankenhausbezirk bilden, welcher das jeweils einzige öffentliche Krankenhaus für die kommunalen Eigentümer betreibt. Die Vertragsbeziehungen zwischen den Kommunen als „Einkäufern“ und den Krankenhäusern konzentrieren sich deshalb vorwiegend auf die Thematik der Kostenverteilung zwischen den verschiedenen kommunalen Eigentümern (und nicht auf die Frage, ob die Leistungen dort oder woanders erbracht werden sollen).

In Italien dagegen wurde in stärkerem Maße die Krankenhausautonomie betont und ca. 100 größere Krankenhäuser in Trusts umgewandelt. Allerdings gibt es nur in der Lombardei eine systematischere Trennung zwischen lokalen Gesundheitsbehörden und 27 Krankenhaus trusts. Die Vertragsbeziehungen zwischen den lokalen Gesundheitsbehörden und den Krankenhäusern sind oft schwach ausgeprägt, da die regionalen Gesundheitsbehörden direkt für alle erbrachten Leistungen aufkommen. Infolge des Fehlens eines Kontrollsystems durch Verträge war das Hauptergebnis der Reform eine Zunahme der Möglichkeiten für opportunistische Verhaltensweisen der Krankenhäuser (vgl. Busse et al. 2002).

In Portugal wurden die Rahmenbedingungen für das Krankenhausmanagement vor allem durch zwei Reformbestrebungen verändert. Zum einen wurde im Jahr 2003 damit begonnen, Private Public Partnerships (PPP) einzuführen. Das erste auf PPP basierende Krankenhaus nahm im Jahr 2007 seine Arbeit auf. Insgesamt sollten zehn Krankenhäuser auf der Basis von PPP errichtet werden. Es wurde Kritik an den sehr aufwändigen Zulassungsverfahren geäußert. Zum zweiten wurden seit 2003 die meisten Krankenhäuser in öffentliche Unternehmen umgewandelt mit dem Ziel, den Krankenhausleitungen mehr Autonomie und Verantwortung zukommen zu lassen. Diese Reform diene zudem der Zielsetzung die Käufer-Leistungserbringer Trennung weiter auszubauen (vgl. Barros u. de Almeida Simões 2007).

Weitere Reformen in Beveridge-Systemen gehen in eine ähnliche Richtung. So wurde in Dänemark im Jahr 1995 die Kopenhagener Krankenhaus-Korporation als eine unabhängige Behörde geschaffen. Damit wurde eine Käufer-Leistungserbringer Trennung eingeführt, die allerdings nicht zwischen dem Käufer und einem einzelnen Krankenhaus verläuft, sondern vielmehr zwischen einer Gruppe von Krankenhäusern und einem regionalen öffentlichen Käufer (vgl. Ministry of Health 1999). Es ist bemerkenswert, dass nicht alle Staaten mit einem Nationalen Gesundheitsdienst eine Käufer-Leistungserbringer Trennung herbeiführten. Die Republik Irland und Griechenland haben nach wie vor eine zentralisierte Kontrolle über die Krankenhäuser (vgl. Maarse et al. 2005).

Die im Vereinigten Königreich gemachten Reform Erfahrungen wurden in Bezug auf mehrere Parameter evaluiert (vgl. Hamblin 1998; Mays et al. 2000). Zwei Beobachtungen lassen sich herausstellen: Erstens, sogar für das vergleichsweise gut erforschte Vereinigte Königreich gibt es nur wenig quantitativ und qualitativ aussagekräftige Evidenz über Krankenhaus trusts, verglichen etwa mit anderen Reformmaßnahmen wie der Einführung von Fundholding. Zweitens, zwei zentrale Themen (Käufer-Leistungsanbieter-Trennung und Autonomie) werden nicht genügend auseinandergelassen, so dass Schlussfolgerungen anhand der Erfahrungen eines Landes nicht auf

solche Länder übertragen werden können, die nur einen Teil der Reformen implementieren.

In England wurde die Politik der Dezentralisierung weitergeführt. Diese Entwicklung geht mit einer wachsenden Bedeutung der Rolle des Krankenhausmanagements einher. Im April 2004 wurden die Möglichkeit zur Gründung von NHS Foundation Trusts geschaffen. NHS Foundation Trusts sind eigenständige gemeinnützige (not-for-profit) Unternehmen. Wie schon der Name besagt, gehören auch die NHS Foundation Trusts zum Nationalen Gesundheitsdienst. Sie können aber in begrenztem Umfang Privatpatienten behandeln und verfügen über mehr Entscheidungsrechte als die NHS Trusts:

- Sie sind gegenüber der staatlichen Verwaltung in Whitehall und dem Leistungsmanagement der Gesundheitsbehörden unabhängig.
- NHS Foundation Trusts können selbst Kapital beschaffen und sind nicht auf Zuweisungen angewiesen.
- Sie können erwirtschaftete Überschüsse in Leistungen ihrer Einrichtung investieren und
- sie können die Managementstrukturen des Foundation Trusts an die lokalen Gegebenheiten anpassen.

NHS Foundation Trusts weisen spezifische Steuerungs- und Managementstrukturen auf, die sich von den NHS Trusts unterscheiden. Sie haben einen Aufsichtsrat (Board of Governors) und einen Vorstand bzw. eine Geschäftsführung (Board of Directors). Der Aufsichtsrat ist dafür zuständig, die Belange der Kommune und der Region, in der sich der Foundation Trust befindet zu vertreten. Er soll lokale Stakeholder in die Lage versetzen, strategische Entscheidungen über die Entwicklung des Leistungsangebots mit zu beeinflussen. Der Vorstand ist für das operative Geschäft zuständig (vgl. Department of Health 2005).

Im Juni 2008 gab es 99 Foundation Trusts, je nach Region variiert der Anteil von Foundation Trusts an allen Gesundheitseinrichtungen zwischen 70% (in der Region North East) und 18% in der Region South East Coast (vgl. http://www.monitor-nhsft.gov.uk/documents/NHS_foundation_trusts_review_of_three_months_to_30June2008.pdf).

Die Entwicklungen in England werden umrahmt von einem neuen Vergütungssystem. Im April 2005 wurde "Payment by results" für die englischen Krankenhäuser eingeführt. Ähnlich dem Fallpauschalensystem auf Basis von DRGs in Deutschland, werden Krankenhäuser aufgrund von Krankensepisoden vergütet, mit der zentralen Zielsetzung, dass die

allokative Effizienz erhöht und die Krankenhausvergütung der Leistung folgen soll.

5.2 Reformbestrebungen in Sozialversicherungsstaaten (Bismarck-Staaten)

In Bismarck-Ländern zielten die Reformen häufig darauf ab, die Entscheidungsspielräume und die finanzielle Autonomie der Krankenhäuser zu erweitern. In den Niederlanden z. B. wurden die verbleibenden öffentlichen Krankenhäuser in den 1990er Jahren in unabhängige, privatrechtliche, not-for-profit Einrichtungen umgewandelt. In Deutschland hat die Privatisierung von allgemeinen Krankenhäusern zu einem Anstieg der privaten for-profit Betten mit einem Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen von 4,0% im Jahr 1991 auf 13,4% im Jahr 2006 zugenommen. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil der öffentlichen Betten um 11 Prozentpunkte ab (von 61,4% auf 50,3%). Der Anteil der freigemeinnützigen Betten blieb nahezu konstant um die 35%. Die Gesamtzahl der Betten verringerte sich von ca. 598.000 auf ca. 428.000 (www.gbe-bund.de; eigene Berechnungen).

1992 wurde in Deutschland das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft, das die Krankenhausvergütung an die Krankenhauskosten gekoppelt hatte und mithin sowohl Defizite als auch Gewinne ausschloss (vgl. Busse u. Schwartz 1997). Zwar machte dies die Krankenhäuser und die Krankenhauseigentümer zu „residual claimants“, es lässt sich aber argumentieren, dass der tatsächliche Entscheidungsspielraum der Krankenhäuser dadurch reduziert wurde. Vor der Umstellung war es ihnen möglich, die Anzahl der Personalstellen (und folglich einen Großteil der Kosten) mit den Krankenkassen zu verhandeln. Dagegen wurden die Budgets von 1993 bis 1996 und die Fallpauschalen und Sonderentgelte durch das Bundesgesundheitsministerium reguliert.

Eine tiefgreifende Zäsur erfolgte im deutschen Krankenhauswesen im Jahr 2004 mit der verbindlichen Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Basis von Diagnosis Related Groups – DRG für alle allgemeinen Krankenhausleistungen (mit den wesentlichen Ausnahmen Psychiatrie und Psychosomatik). Diese Einführung erfolgte nicht abrupt, sondern graduell von 2004 bis 2009 im Rahmen der sogenannten Konvergenzphase. Die Umstellung auf dieses neue System sollte zum 1. Januar 2009 abgeschlossen sein, wodurch die krankenhausspezifischen Basisfallwerte landesweit angeglichen werden (vgl. Gericke et al. 2006).

Gegenwärtig fokussiert sich die politische Diskussion auf die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, unter denen das Entgeltsystem zur Anwendung kommen soll. Insbesondere wird thematisiert, ob die Fallpauschalen Festpreise oder ob sie verhandelbar sein sollen. Gleichzeitig wird diskutiert, ob die Investitionsförderung für Krankenhäuser durch leistungsorientierte Investitionspauschalen analog dem DRG-System abgegolten werden sollen.

Diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass künftig auch in Deutschland und ähnlich wie in England dem Krankenhausmanagement mehr Entscheidungsspielräume zukommen. Ein DRG-Höchstpreissystem etwa in Verbindung mit einem selektiven Kontrahierungsmodell stellt hohe Anforderungen an das Leistungs- und Verhandlungsmanagement der Krankenhäuser.

In den Sozialversicherungsländern hat die Einführung von mengen- oder falladjustierten Budgets bzw. die Einführung von leistungsorientierter Vergütung wie z.B. Fallpauschalen auf Basis von DRGs nicht zu einer vergrößerten Autonomie für Krankenhäuser geführt, da verhandelbare Pflegesätze dem einzelnen Krankenhaus mehr Entscheidungsmöglichkeiten überließen. In den Sozialversicherungsländern ist die Richtung der Reform weniger eindeutig als in den Beveridge-Ländern. Seit 1997 wurden in Frankreich die Krankenkassen zu einem Käufer von Krankenhausleistungen vereinheitlicht, indem neue regionale Krankenhausagenturen geschaffen wurden, die als Auftraggeber für Krankenhausleistungen wirken (vgl. Mosse 1998). In Österreich wurde eine ambivalente Reform durchgeführt. Einerseits wurde ein DRG-ähnliches Vergütungsinstrumentarium mit der Möglichkeit des Gewinnbehalts etabliert, andererseits wurden auch hier regionale Agenturen als Käufer von Krankenhausleistungen eingeführt.

Es lässt sich festhalten, dass es sowohl in Beveridge- als auch in Bismarckstaaten die Tendenz gab, den Krankenhäusern im Sinne von Autonomisierung und Verselbständigung mehr Kompetenzen zu verleihen. Diese Tendenz war jedoch in allen Ländern bei Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung ausgeprägter als in Krankenhäusern der Maximalversorgung. Diese Tendenz ist vermutlich auf eine Zurückhaltung der Regierungen und der Universitäten zurückzuführen, die häufig mit Kliniken der Maximalversorgung eng verbunden sind (vgl. Maarse et al. 2005).

	Bismarck-Staaten	Beveridge-Staaten
Käufer-/ Leistungserbringer Trennung	traditionell vorhanden	Traditionell nicht vorhanden; mittlerweile vollständig eingeführt in Finnland, Italien, Portugal und im Vereinigten Königreich, nicht vollständig eingeführt in Dänemark, Spanien und Schweden
Beziehung zwischen Käufer und Krankenhaus	traditionell Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern; in Österreich und Frankreich vergrößertes Engagement der Regierung durch regionale Behörden, die als Käufer fungieren	Traditionell sind beide Teil der gleichen Hierarchie, Vertragsbeziehungen wurden aufgrund der Käufer-Leistungserbringer Trennung eingeführt (Ausnahme: Italien)
Entscheidungsspielräume des Krankenhauses in Bezug auf das Leistungsspektrum, Personal etc.	gewöhnlich begrenzt, es gibt keine einheitliche Reformrichtung	von leicht bis erheblich ansteigend, z.B. im Vereinigten Königreich und manchen Krankenhäusern in Italien, Spanien und Schweden
Finanzielle Autonomie des Krankenhauses	ansteigend durch leistungsorientierte Vergütung, zumindest wenn diese die Einbehaltung von Gewinnen erlaubt; aber abnehmend durch Abschaffung von Preisverhandlungen pro Krankenhaus	von mäßig bis erheblich ansteigend, z.B. im Vereinigten Königreich, in Italien, Portugal, Spanien und Schweden
Nähe zu regulierender Instanz („Regulierer-Krankenhaus Trennung“)	im allgemeinen Distanz, zunehmende Nähe in Österreich und Frankreich	zunehmende Nähe im Vereinigten Königreich, in anderen Ländern abnehmend (Italien, Portugal, Spanien) oder gleichbleibend (Finnland und Schweden)

Tab. 1: Wichtige Trends und Ergebnisse von Krankenhausreformen in westeuropäischen Bismarck- und Beveridge-Staaten

Tab. 1 fasst die wichtigsten Trends und Ergebnisse der Krankenhausreformen zusammen. Mit der größeren Autonomie der Krankenhäuser bzw. des Krankenhausmanagements geht eine Zunahme der Krankenhäuser als ambulante Leistungsanbieter einher. In Bezug auf ambulante Operationen (sofern internationale vergleichende Daten vorhanden sind) zeigt sich eine doch deutliche Varianz im internationalen Vergleich. Während etwa in Kanada ca. 65% aller elektiven Eingriffe in den Krankenhäusern ambulant durchgeführt werden, sind es in der Schweiz ca. 17%, in Deutschland ca. 22% (wobei hierzulande das Wachstum in den letzten Jahren erheblich war) und in Dänemark ca. 49% (vgl. OECD 2008). Die Ursachen für diese Unterschiede sind sicherlich komplex, sie verweisen aber auch auf unter-

schiedliche institutionelle Regulierungssysteme (z. B. den Anreiz durch pauschalierende Entgelte, stationäre Leistungen durch ambulante zu ersetzen) und auf unterschiedliche Grade an Autonomie für das Management, Krankenhausleistungen ambulant anbieten zu können.

6 Zusammenfassung und Diskussion

Die europäische Krankenhauslandschaft befindet sich im Fluss: Waren in Beveridge-Ländern früher öffentliche Krankenhäuser unter „Kommando und Kontrolle“ die Regel, so ist es mittlerweile für Krankenhäuser normal geworden, organisatorisch getrennt von den Kostenträgern bzw. Käufern zu sein und mit diesen Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schließen. Mit dieser Trennung geht eine zunehmende Autonomie des Krankenhausmanagements einher. In den westeuropäischen Sozialversicherungsländern mit einer seit jeher bestehenden Trennung von Zahlern/ Käufern und Leistungserbringern und einer traditionellen Mischung aus öffentlichen und privaten Krankenhäusern wurden am wenigsten und nicht immer gleichgerichtete Veränderungen durchgeführt.

Die beschriebenen Umwandlungsprozesse von Krankenhäusern in autonome oder verselbständigte Einrichtungen erfordern regulatorische Eingriffe des Staates, die zuvor nicht notwendig waren. Somit kann festgehalten werden, dass das, was häufig unter Deregulierung verstanden wird, nämlich den Krankenhäusern mehr Handlungsspielräume einzuräumen, häufig mehr Regulierung notwendig macht und die Anforderungen an die Regulierer erhöht. Daraus folgt, dass mehr Regulierung nicht notwendigerweise weniger Spielraum für unternehmerisches Handeln in Krankenhäusern lässt. Im Gegenteil: Die Anforderungen an das Krankenhausmanagement, innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen unternehmerisch zu handeln, werden immer größer.

Literatur:

- Barros P, de Almeida Simões J (2007) Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition* 9(5): 1-140
- Bürgermeister J (2004) Sweden bans privatisation of hospitals. *BMJ* 328: 484-c
- Busse R, Riesberg A (2004) Health Care Systems in Transition – Germany. *European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen
- Busse R, Schwartz F W (1997) Financing reforms in the German hospital sector – from full cost cover principle to prospective case fees. *Medical Care* 35(10): OS40-49
- Busse R, van der Grinten T, Svensson P G (2002) Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. In Saltman R B, Busse R, Mossialos E (Hrsg) *Regulating*

- entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham: Open University Press, S 126-45
- Department of Health (1989) Working for Patients. HMSO, London
- Department of Health (2005) A Short Guide to NHS Foundation Trusts. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4126013)
- Diderichsen F (1995) Market reform in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy* 32: 141-53
- Donatini A, Rico A, Giuseppina D'Ambrosio M, Lo Scalzo A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S (2001) Health Care Systems in Transition: Italy. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen
- Durán A, Lara J L, van Waveren M (2006) Spain: Health system review. *Health Systems in Transition* 8(4): 1-208
- Gericke C, Wörz M, Busse R (2006) Leistungsmanagement in Krankenhäusern. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg) *Management im Gesundheitswesen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 54-79
- Hamblin R (1998) Trusts. In: Le Grand J, Mays N, Mulligan J A (Hrsg) *Learning from the NHS Internal Market*. King's Fund, London, S 100-116
- Harding A, Preker A S (2001) *Innovations in Health Care Delivery: Organizational Reforms within the Public Sector*. World Bank, Health Nutrition and Population, Washington DC
- Helmig B, Graf A (2006) Kundenmanagement in Krankenhäusern. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg) *Management im Gesundheitswesen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 163-176
- Hofmarcher M M, Rack H M (2006) Austria: Health system review. *Health Systems in Transition* 8(3):1-247
- Maarse H, Rathwell T, Evetovits T, Preker A, Jakubowski E (2005) Responding to Purchasing: Provider Perspectives. In: Robinson R, Figueras J, Jakubowski E (Hrsg) *Purchasing to improve health systems performance*. Open University Press, Maidenhead, S 265-287
- Martin J (1999) Tema 6: Innovaciones y reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud español. In *Curso Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas*, Volume 4. Madrid: UNED-ENS
- Mays N, Mulligan J A, Goodwin N (2000) The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy* 5: 49-58
- McKee M, Healy J, Edwards N, Harrison A (2002) Pressure for change. In: McKee M, Healy J (Hrsg) *Hospitals in a Changing Europe*. Open University Press, Buckingham, S 36-58
- Ministry of Health (1999) *The Danish health care sector*. Ministry of Health, Copenhagen
- Mosse P (1998) Implementing health care reforms in Europe: policies, actors and institutions. *Japanese Journal of Health Economics and Policy* 5: 5-30
- OECD (2008) *OECD Gesundheitsdaten 2008*, Juni 2008. Statistiken und Indikatoren für 30 Länder
- Pugner K (2000) *Hospital Governance in England and Germany in the 1990s*. Unpublished PhD thesis, London School of Economics and Political Science
- Rehnberg C (1997) Sweden. In: Ham C (Hrsg) *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Open University Press, Buckingham, S 64-86
- Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R (2006) Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science* 9: 215-224.

Shleifer A (1985) A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics* 16(3): 319-327

Taylor R, Blair S (2002) Public Hospitals. Options for Reform through Public-Private Partnerships. *Public Policy for the Private Sector*, No. 241