



Michael Greiling, Theresa Muszynski

# Strategisches Management im Krankenhaus

Methoden und Techniken  
zur Umsetzung in der Praxis

2., überarbeitete und  
erweiterte Auflage

**Kohlhammer** | *Krankenhaus*

## **Die Autoren**

**Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling**, Fachhochschule Gelsenkirchen, Lehrgebiet Betriebswirtschaftslehre insb. Workflow-Management im Gesundheitswesen, Geschäftsführer des Instituts für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) GmbH, Münster.

**Dipl. Pflegewirtin Theresa Muszynski**, examinierte Krankenschwester, Studium des Pflegemanagements, Mitarbeiterin des Instituts für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) GmbH, Münster.

Michael Greiling  
Theresa Muszynski

# **Strategisches Management im Krankenhaus**

Methoden und Techniken  
zur Umsetzung in der Praxis

2., überarbeitete und  
erweiterte 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 oder 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 gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Aus Gründen der flüssigeren Schreibweise und besseren Lesbarkeit wird im Text nicht explizit zwischen weiblichen und männlichen Wortformen unterschieden. Falls nicht anders hervorgehoben, ist jedoch die so ausgeschlossene Geschlechtsform selbstverständlich immer miteinbezogen.

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2008

Alle Rechte vorbehalten

© 2008 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026542-4

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	7
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....	9
<b>1 Einführung .....</b>	<b>11</b>
1.1 Strategisches Management im Krankenhaus .....	12
1.2 Das DRG-System.....	13
<b>2 Grundlagen und Methoden der strategischen Unternehmensplanung .....</b>	<b>29</b>
2.1 Theoretische Grundlagen des strategischen Managements.....	29
2.1.1 Einführung .....	29
2.1.2 Visionen .....	41
2.1.3 Leitbild.....	43
2.1.4 Unternehmensstrategie .....	46
2.1.5 Ziele .....	49
2.1.6 Maßnahmen .....	54
2.2. Verfahren des strategischen Managements.....	55
2.2.1 Umweltanalyse .....	55
2.2.2 Unternehmensanalyse .....	62
2.2.3 Strategieentwicklung.....	71
2.2.4 Strategieimplementierung .....	83
<b>3 Beispielhafte Umsetzung im Krankenhaus .....</b>	<b>86</b>
3.1 Der konzeptionelle Rahmen .....	86
3.1.1 1. Stufe: Strategie entwickeln .....	87
3.1.2 2. Stufe: Strategie implementieren.....	90
3.1.3 3. Stufe: Strategie kontrollen.....	93
3.2 Instrumente und Methoden zur Entscheidungshilfe/ Strategieidentifizierung .....	93
3.2.1 ABC-Analyse .....	95
3.2.2 Lücken-Analyse .....	98
3.2.3 Potenzial-Analyse (Stärken-/Schwächen-Analyse) .....	102
3.2.4 Chancen-/Risiken-Analyse .....	104
3.2.5 Portfolio-Analyse .....	105
3.2.6 Umfeld-Analyse .....	110

3.2.7	K.-o.-Kriterien . . . . .	116
3.2.8	Argumentenbilanz . . . . .	117
3.2.9	Kosten-/Nutzen-Analyse . . . . .	120
3.2.10	Nutzwert-Analyse . . . . .	122
<b>4</b>	<b>Praxisbeispiel – Umsetzung der Instrumente und Methoden zur Strategieidentifizierung . . . . .</b>	<b>127</b>
4.1	Hintergrund des Projekts . . . . .	127
4.2	Vorstellung der Projektteilnehmer . . . . .	127
4.3	Projektdefinition . . . . .	128
4.4	Projektvorbereitung . . . . .	129
4.5	Datensammlung . . . . .	130
4.6	Durchführung des 2-tägigen Workshops . . . . .	130
4.6.1	Einstieg . . . . .	131
4.6.2	Einführungsvorträge . . . . .	132
4.6.3	Polaritätsprofil . . . . .	134
4.6.4	Portfolio-Analyse . . . . .	139
4.6.5	Umfeld-Analyse . . . . .	140
4.6.6	Bewertung von Chancen/Risiken . . . . .	145
4.6.7	Strategische Stoßrichtungen . . . . .	148
4.6.8	Hilfe zur Erarbeitung einer Konzeption . . . . .	150
4.6.9	Abschluss . . . . .	151
<b>5</b>	<b>Ausblick . . . . .</b>	<b>152</b>
5.1	Entscheidungsgrundlage . . . . .	152
5.2	Ausblick in die Zukunft . . . . .	152
	<b>Literaturverzeichnis . . . . .</b>	<b>154</b>
	<b>Anhang . . . . .</b>	<b>159</b>
	Anhang I – Umfeldanalyse (soziokulturelle Umwelt) . . . . .	159
	Anhang II – Umfeldanalyse (ökonomische Umwelt) . . . . .	164

# Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AN-DRG	Australian National Diagnosis Related Group(s)
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Group(s)
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Group(s)
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group(s)
BCG	Boston Consulting Group
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BpflV	Bundespflugesatzverordnung
BSC	Balanced Scorecard
CCL	Complication and Comorbidity Level
CdAM	Code des Actes Medicaux
CM	Case Mix
CMI	Case-Mix-Index
DRG	Diagnosis Related Group(s)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenverordnung
G-DRG	German Diagnosis Related Group(s)
GHM	Group Homogene Malade
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GR-DRG	German Refined Diagnosis Related Group(s)
HCFA	Health Care Financing Administration
HNO	Hals-Nasen-Ohren
IAP-DRG	International All Patient Diagnosis Related Group(s)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
IV	Integrierte Versorgung



KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MA	Mitarbeiter
MAV	Mitarbeitervertretung
MDC	Major Diagnostic Category
PAP	Programmablaufplan
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PIMS	Profit Impact of Market Strategies
PK	Projektkrankenhaus
PKV	private Krankenversicherung
Pre-MDC	Pre Major Diagnostic Category
QM	Qualitätsmanagement
R-DRG	Refined Diagnosis Related Group(s)
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
SGE	strategische Geschäftseinheit(en)
SLE	strategische Leistungseinheit(en)
Ver.	Vereinigung

# Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Übersichten

## Abbildungen

Abb. 1:	Überblick über weitere DRG-Systeme . . . . .	19
Abb. 2:	Eingruppierungsprozess . . . . .	22
Abb. 3:	Aufschlüsselung der DRG Kodierung. . . . .	25
Abb. 4:	Phasen der strategischen Planung. . . . .	40
Abb. 5:	Beispiel für ein Leitbild eines Krankenhauses. . . . .	45
Abb. 6:	Konsistenzmatrix der Wettbewerbsvorteile . . . . .	70
Abb. 7:	Strategisches Management im Krankenhaus. . . . .	87
Abb. 8:	Erfolgsfaktorenanalyse. . . . .	88
Abb. 9:	Ergebnis einer Bewertung Erfolgsfaktor „Strategiesystem“ . . . . .	89
Abb. 10:	Zieldefinition im IWIG® ZS [ZielSystem] . . . . .	90
Abb. 11:	Hoshinprozess . . . . .	91
Abb. 12:	Abstimmungsprozesse im Krankenhaus . . . . .	92
Abb. 13:	Beispielhafte ABC-Analyse im Beschaffungsbereich . . . . .	97
Abb. 14:	Lücken-Analyse . . . . .	98
Abb. 15:	Zwei-Kurven-Modell . . . . .	99
Abb. 16:	Schließung von strategischen Lücken mit Hilfe der „Z-Vorgehensweise“ . . . . .	101
Abb. 17:	Beispiel eines Stärken-/Schwächen-Profiles. . . . .	103
Abb. 18:	Beispiel eines Chancen-Risiko-Profiles . . . . .	105
Abb. 19:	Grundform des McKinsey-Portfolios . . . . .	107
Abb. 20:	Normstrategien im McKinsey-Portfolio . . . . .	108
Abb. 21:	Beispiel eines McKinsey-Portfolios für ein Krankenhaus . . . . .	109
Abb. 22:	Einbettung der Unternehmung in die Umwelt . . . . .	110
Abb. 23:	Umfeldanalyse (krankenhausspezifisch) . . . . .	111
Abb. 24:	Beispiel für die Gestaltung eines Formblatts zur Bearbeitung der K.-o.-Kriterien . . . . .	117
Abb. 25:	Beispiel für die Gestaltung einer Checkliste zur Durchführung einer Argumentenbilanz . . . . .	119
Abb. 26:	Grafik „Kosten-/Nutzen-Analyse“ . . . . .	122
Abb. 27:	Beispiel zur Nutzwert-Analyse: Outsourcing einer Küche, 1. und 2. Schritt . . . . .	124
Abb. 28:	Gewichtung der Zielkriterien, 3. Schritt. . . . .	125
Abb. 29:	Projektorganisation . . . . .	128
Abb. 30:	Projektverlauf . . . . .	129
Abb. 31:	Flip-Chart zum Einstieg des 2-tägigen Workshops . . . . .	131
Abb. 32:	Beispiel für eine ABC-Analyse . . . . .	133
Abb. 33:	Beispiel für eine Lücken-Analyse . . . . .	134

Abb. 34:	Formblatt Polaritätsprofil – Kriterienkatalog für eine Potenzial-Analyse . . . . .	135
Abb. 35:	Polaritätsprofil (Vergleich mit Konkurrent 1) . . . . .	137
Abb. 36:	Polaritätsprofil (Vergleich mit Konkurrent 2) . . . . .	137
Abb. 37:	Polaritätsprofil (Vergleich mit Konkurrent 3) . . . . .	138
Abb. 38:	Formblatt für eine Portfolio-Analyse . . . . .	139
Abb. 39:	Darstellung der Ergebnisse in einem Portfolio . . . . .	140
Abb. 40:	Formblatt für die Umfeld-Analyse „soziokulturelle Umwelt“ . . . . .	142
Abb. 41:	Formblatt für die Umfeldanalyse „rechtlich-politische Umwelt“ . . . . .	142
Abb. 42:	Formblatt für die Umfeldanalyse „ökonomische Umwelt“ . . . . .	143
Abb. 43:	Formblatt für die Umfeldanalyse „technologische Umwelt“ . . . . .	144
Abb. 44:	Formblatt für die Umfeldanalyse „objektive und subjektive Kundenzufriedenheit“ . . . . .	144
Abb. 45:	Formblatt zur „Bewertung von Chancen“ (Auszug) . . . . .	146
Abb. 46:	Formblatt zur „Bewertung von Risiken“ (Auszug) . . . . .	146
Abb. 47:	Portfolio „Bewertung von Chancen“ . . . . .	147
Abb. 48:	Portfolio „Bewertung von Risiken“ . . . . .	148
Abb. 49:	Checkliste „Hilfestellung zur Erarbeitung einer Konzeption“ . . . . .	150
Abb. 50:	Flip-Chart zum Abschluss des 2-tägigen Workshops . . . . .	151

## Tabellen

Tab. 1:	Hauptdiagnosegruppen (MDC) im G-DRG-System, Version 2006 . . . . .	23
Tab. 2:	Beispiel für ein Relativgewicht . . . . .	26
Tab. 3:	Unternehmensstrategie – Überblick . . . . .	48
Tab. 4:	Beispiel für eine mögliche Klassifizierung bei der ABC-Analyse . . . . .	96
Tab. 5:	Beurteilung der Vor- und Nachteile eines Medienwagens mit Hilfe der Argumentenbilanz . . . . .	118
Tab. 6:	Beispiel einer Kosten-/Nutzen-Analyse (Anschaffung eines medizinischen Großgeräts) . . . . .	121
Tab. 7:	Beurteilung der Zielwirksamkeit – Bestimmung von Teil- und Gesamtnutzwerten, 4. und 5. Schritt . . . . .	126
Tab. 8:	Stärken-/Schwächen-Profil des Projektkrankenhauses . . . . .	136

# 1 Einführung

Das Gesundheitssystem ist mit ca. 10 % des Bruttoinlandprodukts einer der größten Sektoren der Wirtschaft und der größte Bereich des Dienstleistungssektors.<sup>1</sup> Dabei kommt dem Krankenhausesektor, als größtem Arbeitgeber im Gesundheitswesen mit 1,1 Millionen Beschäftigten und einem Umsatzvolumen von mehr als 51 Milliarden Euro, eine besonders große wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung zu.<sup>2</sup> Die Erhaltung der Gesundheit wird in Meinungsumfragen regelmäßig als eine der höchsten persönlichen Prioritäten bezeichnet.<sup>3</sup> Auch der Altersaufbau der Bevölkerung und die Wachstumsraten in den einzelnen Altersgruppen stellen die Wichtigkeit eines gut funktionierenden Gesundheitswesens in den Vordergrund. So wird die Zahl der über 80-Jährigen von 1990 bis zum Jahr 2030 von 1,1 Mio. auf 4,5 Mio. gestiegen sein.<sup>4</sup> Auch die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Zudem muss, nach Auffassung des Sachverständigenrats für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, mit einer Zunahme der chronischen Erkrankungen gerechnet werden. An diesen Entwicklungen wird das Krankenhaus überproportional (in Relation zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens) beteiligt sein.<sup>5</sup>

Skandale, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Ärzten oder mit der Behandlung von Patienten bekannt werden, rücken regelmäßig auf die Titelseiten der Tageszeitungen. Bill Clinton hatte mit seinen Reformplänen für das Gesundheitswesen der USA seine erste Amtszeit im Weißen Haus gewonnen.<sup>6</sup>

Mit einer Reform des Gesundheitssystems können in Mitteleuropa zwar bislang keine Wahlen gewonnen werden, aber die Vorstellung, die Gesundheitsversorgung sei nicht gewährleistet bzw. gefährdet, kann – so die Meinung vieler Akteure des politischen Systems – sehr wohl zu hohen Stimmverlusten führen. All die oben aufgeführten Hinweise zeigen, dass das Gesundheitssystem in der politischen Praxis wie auch im täglichen Leben in den entwickelten Industrieländern von großer Bedeutung ist und in Zukunft auch noch an Priorität gewinnen wird.

Dieser besondere Stellenwert spiegelt sich in den täglichen Diskussionen um die Krisen des Gesundheitssystems wider. Weitere Indikatoren sind der Siegeszug der alternativen Heilmethoden, die im Laufe der Zeit immer mehr Anerkennung gefunden haben, der Imageverlust der ärztlichen Professionen, das Misstrauen vieler

---

1 Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9; Hauke (1993), S. 3; Fischer (4/2002) S. 250

2 vgl. Rocke (1/2002), S. 73

3 Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9

4 vgl. Sondergutachten 1995 des Sachverständigenrates für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“

5 vgl. Trill (1996), S. 94 ff.

6 vgl. Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9

Patienten ärztlichen Diagnosen gegenüber, das dazu führt, dass gleich mehrere Experten konsultiert werden, die immer größer werdende Anonymität und Geschäftigkeit im Krankenhausalltag und schließlich die nicht verstummenden Stimmen, unsere Gesellschaft könne sich all das nicht mehr leisten.

Für das Gesundheitssystem und die Versorgungsorganisationen stellen die oben dargestellten Entwicklungen zum Teil eine beträchtliche Problematik dar. Krankenhäuser sind in der heutigen Zeit nicht nur von einer Schließung bedroht, sie werden auch, manchmal unter Wert, an Private verkauft.

Und was vor wenigen Jahren noch undenkbar schien, ist heute längst Realität: Auch Krankenhäuser können sich gezwungen sehen, Konkurs anzumelden.<sup>7</sup>

Diejenigen, die überleben, sind und werden mit neuen und ungewohnten Herausforderungen konfrontiert. Kostendruck, Personalmangel, Qualitätsdiskussionen, die Einführung ständig neuer Verfahren und die Schwierigkeiten bei der Suche eines perfekt abgestimmten EDV-Systems, sind neue Herausforderungen für Manager in Organisationen, an denen die Rationalisierungswellen und die Strukturveränderungen, mit denen viele andere Wirtschaftszweige schon seit Jahren zu kämpfen haben, bisher vorübergegangen sind. Krankenhäuser befinden sich in einem sich stark wandelnden Umfeld, welches sich von der wirtschaftlichen Entwicklung über die demografische Entwicklung bis hin zur sozio-kulturellen Entwicklung unserer Gesellschaft erstreckt. Krankenhaus-Leitungen fehlen nach wie vor jedoch häufig die Erfahrungen, das erforderliche Training und das notwendige spezifische Handwerkszeug, um mit diesen neuen Aufgabenstellungen umzugehen.<sup>8</sup>

Im vorliegenden Buch finden sich spezifische Instrumente, die Krankenhäusern helfen sollen, die oben erläuterten Schwierigkeiten und Probleme zu bewältigen.

Kapitel 1 beinhaltet die Notwendigkeit des strategischen Managements im Krankenhaus sowie die Darstellung des aktuellen Krankenhaus-Abrechnungssystems – des DRG-Systems. In einem zweiten Kapitel werden dem Leser die Grundlagen und Methoden der strategischen Unternehmensplanung vorgestellt. Kapitel 3 befasst sich mit den Grundlagen der strategischen Planung, hierzu gehören der konzeptionelle Rahmen und die verschiedenen Instrumente und Methoden zur Entscheidungsfindung bzw. zur Strategiefindung. In Kapitel 4 werden die zuvor allgemein dargestellten Instrumente und Methoden anhand eines praktischen Beispiels auf das Krankenhaus transferiert. Das abschließende fünfte Kapitel zeigt einen Ausblick in die Zukunft der Krankenhauswelt.

## 1.1 Strategisches Management im Krankenhaus

Der Beginn der neunziger Jahre und die damit einhergehenden anhaltenden Entwicklungen in den Wirtschaftssystemen der mitteleuropäischen Industrienationen zeigen auf, dass ein unwiderruflicher Umbruch begonnen hat. Sowohl die wirt-

---

7 vgl. Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9; Trill (1996), S. 94 ff.

8 vgl. Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9; Trill (1996), S. 94 ff.; Hauke (1993), S. 3 f.; Braun (1999), S. 43 ff.

schaftliche und währungspolitische Zusammenführung der europäischen Nationen, als auch die allgemeine konjunkturelle Drosselung sind von beträchtlichen qualitativen und strukturellen Veränderungen und hoher Arbeitslosigkeit geprägt. Die Errungenschaften der konjunkturellen Spitzenzeiten müssen im Zuge der drückenden Finanzlasten der öffentlichen Haushalte überprüft und korrigiert werden. Diese Problematik wirkt sich auch auf das Gesundheitswesen aus und stellt für dieses eine große Herausforderung und Bewährungsprobe dar. Die sich bereits seit Jahren abzeichnende Begrenztheit der Ressourcen zwingt alle beteiligten Instanzen, neue Prioritäten zu setzen und umzudenken.<sup>9</sup>

Die Mehrzahl der Krankenhäuser war in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten durch eine relativ stabile Umwelt gekennzeichnet. Das „System“ Krankenhaus war nur selten strukturellen Veränderungen ausgesetzt. Ein gezieltes strategisches Management im Sinne einer gedanklichen Vorwegnahme von Umweltveränderungen und einer strukturierten, frühzeitigen Anpassung an zukünftige Zustände war bisher nicht notwendig. Das Patientenaufkommen war in der Regel gesichert und stabil. Die Fortschritte in den einzelnen Behandlungsmethoden erfolgten – im Vergleich zur heutigen Dynamik des medizinischen Fortschritts – eher „behutsam“, die rechtlichen Rahmenbedingungen veränderten sich nur selten. (Eine Ausnahme stellt hier jedoch das Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – von 1972 dar).<sup>10</sup> Insgesamt war das System bis Anfang der neunziger Jahre stabil und eher auf Expansion eingestellt als auf Stagnation oder gar Reduktion. In den letzten Jahren hat sich die Situation jedoch entscheidend geändert.<sup>11</sup> Das deutsche Gesundheitswesen muss sich seit Inkrafttreten des ersten Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 01. Januar 1993 gravierenden Veränderungsprozessen stellen.<sup>12</sup> Stärker denn je sind deutsche Krankenhäuser einem zunehmenden Wettbewerbsdruck und neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen ausgesetzt. Diejenigen Einrichtungen, die sich nicht frühzeitig den Veränderungen stellen und ihnen mit Zuversicht entgegentreten, werden dem großen Konkurrenzdruck nicht standhalten können und als „Verlierer“ aus dem Markt ausscheiden.<sup>13</sup> Im Folgenden werden die wesentlichen Rahmenbedingungen, die das Gesundheitssystem bereits jetzt und auch zukünftig bestimmen und damit das Anforderungsprofil eines effizienten, strategischen Krankenhausmanagements darstellen, aufgezeigt.<sup>14</sup>

### Demografische Entwicklung

In 40 Jahren werden ca. 30 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein. Als Folge dieser Entwicklung werden sich die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stark verändern. Im Hinblick auf die in Zukunft immer älter werdenden Patienten ergeben sich multiple Krankheitsbilder, die eine Multimedikation und eine hohe Pflegebedürftigkeit mit sich bringen. Eine leistungs- und kostenintensive Kranken-

9 vgl. Sidamgrotzki (2000), S. 11 f.

10 vgl. Braun (1999), S. 388 f.

11 vgl. Braun (1999), S. 388 f.

12 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 6

13 vgl. Damkowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000), S. 5

14 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 6

hausstruktur mit fixen Entgelten und kurzen Verweildauern wird diese Zielgruppe nur in begrenzten Diagnose- und Behandlungsintervallen versorgen können. Daher muss für die Zukunft eine entsprechende Versorgungskette aufgebaut werden, nur so lässt sich eine flexible Überleitung in bedarfsgerechte und kostengünstigere Versorgungsstrukturen (z. B. ambulante und teilstationäre Behandlung, ambulante Pflege, stationäre Altenpflege, Kurzzeitpflege, geriatrische Reha) gewährleisten.<sup>15</sup>

### **Forschung und Entwicklung**

Die Entwicklungen in den Bereichen Medizintechnik, Pharmaindustrie, Informationstechnologie und innerhalb der therapeutischen und diagnostischen Verfahren führen zu einer hohen Leistungsdichte und Kostenintensität bei gleichzeitig verkürzten Verweildauern.

Aufgrund der fortschrittsbedingten Reduzierung der Verweildauer kommt es zu einer Verschiebung von der stationären zur ambulanten Versorgung. Das aus der Verkürzung der Verweildauer resultierende Defizit kann durch eine Erhöhung der Fallzahlen<sup>16</sup> ausgeglichen werden.<sup>17</sup>

### **Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems**

(siehe Kapitel 1.2 Das DRG-System)

### **Grenzen der Finanzierbarkeit**

Der Grundsatz der Beitragsstabilität (vgl. § 17 Absatz 1 KHG in Verbindung mit § 6 BpflV) setzt Krankenhäusern die Grenzen der Finanzierbarkeit. Demnach muss eine Ausgabenerhöhung auf die voraussichtliche Einnahmensteigerung bei den Krankenkassen begrenzt sein.<sup>18</sup>

### **Gesetzliche Rahmenbedingungen zum Qualitätsmanagement**

Um bei möglichen Finanzierungsengpässen von Gesundheitsleistungen keine Einschränkungen in der Qualität der Versorgung befürchten zu müssen, bezieht sich eine gesetzliche Regelung auf die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems (vgl. § 135 SGB V). Mit Hilfe des Qualitätsmanagements soll sichergestellt werden, dass die medizinische und sonstige Leistungserbringung im Krankenhaus den definierten Qualitätsstandards genügt. Nach § 137 IV SGB V besteht erstmalig sogar die Gefahr von Vergütungsabschlägen, sofern kein adäquates Qualitätsmanagement eingeführt wird.

Ganz besonders für kleine Einrichtungen wird es schwierig, die Behandlungsformen und Eingriffsarten mit kleinen Fallzahlen den Qualitätsanforderungen anzu-

---

15 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000) S. 6, Braun (1999) S. 44

16 Anzahl der behandelten Fälle

17 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 7; Braun (1999), S. 44

18 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 7