

---

# Krankenhäuser: Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb

Jörg F. Debatin

## *Einleitende Bemerkungen*

Der Wettbewerb ist in der deutschen Krankenhauslandschaft zu einer festen Größe geworden. Die Ursache für den damit verbundenen Paradigmenwechsel war die Implementierung des Fallpauschalensystems DRG (Diagnostic-Related Group) Anfang 2004. Mit dem auf Fallpauschalen beruhenden Abrechnungssystem wurde die Preisgestaltung des Krankenhaussektors in Deutschland deutlich transparenter und vor allem innerhalb der Regionen direkt vergleichbar. Zwischenzeitlich kamen mit dem Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) zum 1.1.2007 weitere Elemente dazu. Der dadurch entfesselte Wettbewerb hat vielerorts das bisher bestehende Denken in „gedeckelten Budgets“ durch ein „Topfdenken“ ersetzt. In dieser neuen Zeitrechnung sind die Krankenhäuser bemüht, ihre Leistungsbudgets möglichst schnell und umfassend (und wenn möglich überbordend) auszufüllen. Ein Verdrängungswettbewerb hat eingesetzt.

Die Ausprägung des Wettbewerbs ist selbstverständlich abhängig von der Anzahl der Krankenhäuser in einer Region. Deshalb sind Metropolregionen wie Hamburg, Berlin oder München von diesem Paradigmenwechsel mehr betroffen als eher ländliche Gebiete. Besonders heiß umkämpft ist das Terrain in Hamburg, der Heimat des von mir vertretenen Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. So be-

schrieb die Fachzeitschrift *kma* im April 2006 die Hamburger Krankenhauslandschaft als „Haifischbecken“.

Erfolg im wirtschaftlichen Wettbewerb ist stets eine Funktion von Preis und Produktqualität. Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb ist zudem Transparenz bezüglich dieser beiden Elemente. Mit der Einführung der DRGs ist der Preis für alle Anbieter und auch für die Kostenträger transparent geworden. Preisanpassungen finden allerdings lediglich im Rahmen des „lernenden DRG-Systems“ statt. Somit findet der Preis-Wettbewerb beinahe ausschließlich im Kosten- bzw. Effizienzbereich statt. Die medizinische Qualität entwickelt sich somit zwangsläufig zum eigentlichen Differenzierungskriterium von Krankenhausdienstleistungen. Hier allerdings mangelt es noch an Transparenz. Indem die von den Patienten eingeforderte Transparenz durch unterschiedlichste Aktivitäten gerade auch der Presseorgane wächst, entwickelt sich das Marketing von Krankenhausleistungen zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor. Die beiden zentralen Elemente eines erfolgreichen Marketings bestehen neben der Preispolitik, die in diesem Markt reguliert wird und damit nur in sehr eingeschränktem Rahmen vom einzelnen Krankenhaus zu beeinflussen ist, vor allem aus der Produktdefinition und der Kommunikation der Produktqualität. Im Folgenden sollen diese beiden Aspekte vertieft werden. Dabei liegt es nahe, dass ich mich auf die Institution fokussiere, die ich am besten kenne: das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

### *Definition der Produkte*

Viele Krankenhäuser, darunter selbstverständlich auch zahlreiche Universitätskliniken, stehen bezüglich ihres Selbstverständnisses, das sich im Spektrum der angebotenen Leistungen ausdrückt, vor einem fundamentalen Para-

digmenwechsel. War das Selbstverständnis einer Universitätsklinik bislang geprägt von dem Paradigma „Wir können und machen alles“ heißt es im UKE seit 2004 lediglich „Was wir machen, machen wir besser als die anderen“. Daraus ergibt sich das Eingeständnis, dass in unserem Uniklinikum nicht mehr das gesamte Portfolio der Medizin abgebildet wird. Das Angebot der medizinischen Dienstleistungen wird auch nicht mehr dem Zufall bzw. historisch gewachsenen Prozessen überlassen, sondern aktiv geformt.

Bei der damit verbundenen Profilbildung bzw. Portfolio-Fokussierung sollten zunächst institutionelle Alleinstellungsmerkmale herausgearbeitet werden. Dazu gehört für ein Universitätsklinikum die Interdisziplinarität. Schließlich arbeiten in einem Universitätsklinikum mehr Spezialisten auf engem Raum als in jedem anderen Krankenhaus. Weitere Alleinstellungsmerkmale von Universitätsklinikum liegen in der Beherrschung der „High-care“-Medizin, dem Angebot seltener spezieller Therapien sowie der Kompetenz in Aus-, Weiter- und Fortbildung. Schließlich haben Universitätskliniken gegenüber anderen Krankenhäusern den Vorteil, dass sie am schnellsten in der Lage sind, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu übertragen.

Basierend auf diesen Alleinstellungsmerkmalen werden die angebotenen Indikationsspektren durchforstet. Bestehende Stärken sollten durch Investitionen weiter gestärkt werden. Schwache Bereiche müssen konsequent abgebaut bzw. ausgelagert werden. So werden am UKE sei dem 1.1.2006 elektive Hüft- und Knieprothesen-Operationen nicht mehr angeboten. Die durch diesen Angebotsverzicht freigesetzten Ressourcen wurden in ein Wirbelsäulenzentrum (Spine Center) investiert. Diese Entscheidung beruhte auf der Erkenntnis, dass die komplexe Wirbelsäulenchirurgie am UKE hervorragend ausgebildet war. Daraufhin wurde das Konzept eines interdisziplinären

„Spine Centers“ entwickelt, in dem Neurochirurgen, Orthopäden, Physiotherapeuten und Reha-Spezialisten zusammenarbeiten. Nach anfänglichem Gerangel über die an deutschen Krankenhäusern stets kontrovers diskutierte Frage nach der Letztverantwortung wurden eine „Dreier spitze“ etabliert. Leistungsanreize wurden so gesetzt, dass sich die Zusammenarbeit auch für den Einzelnen lohnt. Rotationen im neuen Spine Center wurden in die Weiterbildungsprogramme von Neurochirurgie und Orthopädie integriert.

Der Erfolg des Spine Centers am UKE ist beeindruckend und hat die mit der Aufgabe der elektiven Endoprothetik verbundenen Verlustängste längst kompensiert. Die Leistungszahlen in der Wirbelsäulenchirurgie konnten im Ausgang von einem ohnehin bereits beeindruckenden Niveau in 18 Monaten verdoppelt werden. Die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern, hier entgegen dem Bundes-trend besonders auch die der im Spine Center tätigen Ärzte, ist auch für eine Klinikleitung sehr erfreulich. Der wirtschaftliche Erfolg ließ ebenfalls nicht lange auf sich warten. Inhaltlich zeigt dieses Beispiel, wie die Konzentration des angebotenen elektiven Indikationsprofils Patientenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit und Mitarbeiterzufriedenheit zu steigern in der Lage ist.

Ein weiteres Beispiel in diesem Zusammenhang soll das nochmals verdeutlichen:

Im Rahmen eines Benchmarkvergleiches mit allen Universitätsklinika Deutschlands wurde 2004 festgestellt, dass das UKE eine Führungsposition bei der chirurgischen Behandlung von Prostatakarzinompatienten innehat. Ursache für die starke Positionierung der UKE-Urologie waren hervorragende postoperative Ergebnisse der am UKE entwickelten nervenerhaltenden Prostataresektionschirurgie. Diese Technik garantiert Kontinenz- und Potenzwerte von über 90 %. Die Therapie ist komplex, und der Erfolg be-

dingt eine gelebte Interdisziplinarität. Zur weiteren Stärkung des Angebots des UKE wurde eine Privatklinik, die „Martiniklinik“, als 100-prozentiges Tochterunternehmen des UKE gegründet. Gleichzeitig wurde in die personellen Ressourcen der Uropathologie, Uroonkologie, der Strahlentherapie und in das operative Team der Urologie investiert. Aus Patientensicht bietet das UKE somit alle gängigen Behandlungsmethoden rund um die Erkrankung Prostatakarzinom. Der Erfolg dieser Strategie hat selbst die kühnsten Optimisten überrascht: Im dritten Jahr ihrer Existenz werden in der Martiniklinik bereits über 600 zusätzliche Patienten an der Prostata operiert. Kreative Vertragsgestaltungen mit gesetzlichen Krankenkassen haben auch nicht privat versicherten Patienten Zugang zu dieser „Privatklinik“ eröffnet.

Die Nachfrage, die schon lange überregional und inzwischen international ist, reißt nicht ab. Ein Ende des Wachstums ist somit auch noch nicht in Sicht. Gleichzeitig zeigt die Wirtschaftlichkeitsanalyse eine Umsatzrendite im zweistelligen Bereich. Die Mitarbeiterzufriedenheit gerade unter den Ärzten ist überaus hoch, und in einer Umfrage der letzten 400 Patienten erklärten 99 %, dass sie die Martini-Klinik in ihrem Umfeld weiterempfehlen würden. Auch dieses Beispiel zeigt, wie sich Investitionen in qualitativ hochwertige medizinische Dienstleistungen für alle Beteiligten, für Ärzte und Mitarbeiter, für die Klinikleitung und vor allem für die Patienten lohnen können.

### *Kommunikation der Produktqualität*

Auch hier steht die deutsche Krankenhauswelt vor einem Paradigmenwechsel, der nicht deutlicher ausfallen könnte. Während bis vor wenigen Jahren die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses primär an der Qualität des Essens oder

am Alter der sanitären Installationen bemessen wurde, werden die durch die Informationsflut im Internet verwöhnten Patienten zunehmend anspruchsvoller. Immer öfter sehen sich Krankenhausärzte mit Fragen nach der medizinischen Qualität ihrer Dienstleistungen konfrontiert. So ist es nicht überraschend, dass das Magazin *Focus* seine höchsten Auflagen stets in den Wochen verkauft, in dem die jährlich wiederkehrende, nicht gerade aussagekräftige Hitliste der besten Ärzte Deutschlands veröffentlicht wird. Ähnliche Erfahrungen machten die Macher des Klinikführers Rhein-Ruhr (des ersten seiner Art in Deutschland): Die zunächst als gewagt empfundene Auflage von 50.000 Exemplaren war nach nur drei Tagen vergriffen.

Inzwischen haben viele Krankenhäuser auf den Wissensdurst ihrer Patienten mit der Erstellung von Internetseiten reagiert. Nicht alle zeichnen sich durch Übersichtlichkeit und hohen Informationsgehalt aus. Die Tagespresse hat auf das gestiegene medizinische Interesse ihrer Leserschaft vielerorts mit einer personellen Aufstockung ihrer Medizinressorts reagiert. Themen aus dem Bereich Medizin und Gesundheit bringen Auflage – für die Krankenhäuser heißt es, ihre Außendarstellung zu professionalisieren und die Kommunikation mit der Presse aktiv zu begleiten. Dabei kommt insbesondere der Krisenkommunikation große Bedeutung zu. Hier gilt es, offen zu Fehlern zu stehen, um möglichst rasch Transparenz zu schaffen.

Trotz der Fülle des Informationsangebots beklagen Patientenvertreter einen Mangel an übersichtlicher Vergleichbarkeit medizinischer Qualitätsdaten. Das UKE hat auf diesen Mangel im Februar 2006 dadurch reagiert, dass es als erste Klinik in Deutschland sämtliche von der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung zur Verfügung gestellten Daten der externen Qualitätssicherung unzensuriert ins Internet gestellt hat. Dadurch kann sich jeder interessierte potenzielle Patient mithilfe der insgesamt 30 Aus-

wertungen ein Bild machen, wo das UKE bezüglich der Qualität seiner angebotenen medizinischen Dienstleistungen im Vergleich zu den anonymisierten Wettbewerbern steht. Dieser „Mut zur Transparenz“ hat sich in vielfältiger Weise positiv ausgewirkt. Zum einen wurde die interne Qualitätsdiskussion in einer bis dahin ungeahnten Weise angeregt. Qualitätsparameter wurden neben der Betrachtung der wirtschaftlichen Daten integraler Bestandteil des monatlichen Berichtswesens aus dem Controlling. Bei näherer Analyse der Daten ergab sich die Feststellung, dass eine hohe Korrelation zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinischer Qualität besteht. Die Rückmeldungen der Patienten waren ebenfalls durchweg positiv. Auch Abteilungen, die sich qualitativ nicht in der Spitzengruppe etabliert hatten, verzeichneten keine Einbrüche in Patientenzahlen – den Menschen schien es offenbar ausreichend, Gewissheit darüber zu haben, dass sich das UKE mit der Frage der Qualität der medizinischen Dienstleistungen offensiv auseinandersetzt.

In der Zwischenzeit hat diese Transparenzinitiative des UKE dazu geführt, dass ein vergleichender internetbasierter Hamburger Krankenhausspiegel in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer etabliert wurde. Hier können Patienten sich in entanonymisierter Form über die Qualität der nachgefragten medizinischen Dienstleistungen in 18 partizipierenden Hamburger Krankenhäusern informieren. Auch diese Initiative für mehr Transparenz in der Qualität medizinischer Dienstleistungen hat die Marktposition des UKE gestärkt. So konnten gerade da, wo die Leistungsqualität überdurchschnittlich war, Wachstumsraten erzielt werden.

*Auswirkungen des Wettbewerbs unter Krankenhäusern*

Aus der Sicht der Patienten hat sich der mit der Einführung des DRG Systems verbundene Wettbewerb zum Garant für eine bestmögliche medizinische Versorgung entwickelt. Aufgrund des neu entfachten Wettbewerbs werden die Krankenhäuser häufig zum ersten Mal gezwungen, sich mit der Frage nach dem eigenen Produkt-Portfolio auseinanderzusetzen. Diese Situation zwingt zunächst zu einer intensiven und aktiven Beschäftigung mit den eigenen Stärken und Schwächen und in der Folge dann zu Profilbildungen, die letztlich immer auf der Qualität der medizinischen Dienstleistung beruhen. Auf diese Weise setzt sich die Qualität innerhalb der im Wettbewerb miteinander stehenden Krankenhäuser durch. Gehemmt wird der damit verbundene Ausleseprozess bislang noch durch einen Mangel an Transparenz und Allgemeinverständlichkeit bezüglich der Qualität medizinischer Dienstleistungen. Hier ist noch viel Arbeit zu leisten. Im Interesse unserer Patienten sollten sich daran alle Partner im Gesundheitswesen – die Krankenhäuser, die Verbraucherzentralen und die Interessenverbände der Patienten, die Krankenkassen und die Politik – beteiligen.