

Gemeinnutzanalyse Deutscher Kliniken

Public Service Value im Gesundheitswesen:
Wer bietet wirklichen Bürgernutzen?

>
accenture

High performance. Delivered.

• Beratung • Technologie • Outsourcing



A. Vorwort

Das Public Service Value-Modell von Accenture und die erste Bestandsaufnahme für den deutschen Krankenhausbereich liefert Kliniken die Möglichkeit zur Standortbestimmung und ein Fundament, auf dem erfolgskritische Faktoren für die Optimierung identifiziert werden können.

Die zukunftsweisende Ausrichtung von Klinikmanagement wird in Deutschland intensiv diskutiert. Häufig werden folgende Fragen an Politik und Träger gestellt: Sollen öffentliche Häuser privatisiert werden? Wie kann die Gesundheitsversorgung nachhaltig finanziert werden? Wie können die Kliniken in unserer Region effizient zusammenarbeiten? Teilweise richten sie sich an das Krankenhausmanagement: Wie können wir der Einführung der DRGs standhalten? Wie erhöhen wir die Attraktivität für unsere Patienten? Wie sparen wir ohne Auswirkung auf die medizinische Leistungsfähigkeit?

Zur Beantwortung dieser Fragen, zur Führung dieser öffentlichen Debatte haben bisher übersichtliche Bewertungssysteme gefehlt. Gerade die Insider wissen: Fachargumente stehen zu leicht nebeneinander, ohne imstande zu sein, geschlossene Entscheidungsfindungsprozesse zu initiieren.

Daher haben wir sehr begrüßt und mit wissenschaftlicher Begleitung unterstützt, dass Accenture mit dem Modell zur Gemeinnutzanalyse eine wissenschaftlich fundierte Methode zur Kosten-Nutzen-Bewertung auf den Krankenhausbereich übertragen hat. Das zugrunde liegende international renommierte Modell („Public Service Value“) hat sich bereits in mehr als 50 Projekten mit öffentlichen Einrichtungen bewährt. Unabhängig von der Trägerschaft ist es auch für nicht öffentlich getragene Krankenhäuser einsetzbar. Denn entscheidend im Sinne des Gemeinnutzens ist allein der Wertbeitrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Damit ermöglicht das Modell, die in öffentlichen oder solidarisch finanzierten Bereichen wie der Gesundheitsversorgung immer zentraler werdende Frage zu beantworten, wie Mitteleinsatz und Leistungsbeitrag einer Einrichtung in ein angemessenes Verhältnis zueinander zu stellen sind.

Mit diesem Modell und der ersten Bestandsaufnahme für den deutschen Krankenhausbereich hoffen wir, einen Beitrag zu liefern: für Politik und Träger zur Ausrichtung der Krankenversorgung einerseits und für Kliniken zur Standortbestimmung in einer komplexen Landschaft andererseits. Wir hoffen, Entscheidungen zu unterstützen, die die stationäre Versorgung in Deutschland voranbringen. Zum Nutzen der Bürger.



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Günther Neubauer
Professor für Volkswirtschaftslehre an
der Universität der Bundeswehr
München und Direktor des Instituts für
Gesundheitsökonomik

Inhalt

A. Vorwort	3
B. Zusammenfassung	5
C. Unsere Motivation für die Studie	6
D. Gemeinnutzanalyse im Krankenhaussektor	8
E. Standortbestimmung für die deutsche Kliniklandschaft	
E.1 Die Stichprobe	10
E.2 Zentrale Ergebnisse	11
E.3 Die Datengrundlage	11
F. Ergebnisse im Detail	
F.1 Große Spannweite bietet viel Potenzial für Verbesserungen	12
F.2 Die Art der Trägerschaft wirkt vor allem auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis	14
F.3 Innerhalb einer Trägerart bestehen messbare Performance-Unterschiede	14
F.4 Die Art der Trägerschaft hat größere Relevanz für den Nutzen als die Versorgungsstufe	14
F.5 Höhere Kosten bedeuten keinen signifikant höheren Nutzen	15
F.6 Höhere Kosten korrelieren nicht signifikant mit besserer Vorhalteleistung	15
F.7 Private stehen öffentlichen Kliniken beim Vorhaltenutzen nicht nach	16
F.8 Entwicklung und Nutzung von Evidenz steigert den Versorgungsnutzen	16
G. Ausblick	17
H. Weitere Informationen	19

B. Zusammenfassung

Betreiber eines nach §108 Sozialgesetzbuch V zugelassenen Krankenhauses nehmen einen gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung der Bevölkerung wahr. Ihre Leistungen werden zu großen Teilen über Steuermittel und Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Insofern liegt es im öffentlichen Interesse, dass Kliniken in einem möglichst guten Kosten-Nutzen-Verhältnis zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen.

Zur Bewertung von gewinnorientierten Unternehmen ist das Shareholder Value-Modell etabliert. Accenture's Public Service Value-Modell ist ein analoger, wissenschaftlich fundierter Ansatz zur Bewertung von Einrichtungen, die einem öffentlichen Auftrag verpflichtet sind. Angepasst auf den Krankenhausbereich misst und bewertet es den Gemeinnutzen und den Wirkungsgrad, mit dem Krankenhäuser zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen. Dabei macht sich das Niveau der Betriebskosten von Kliniken an ihrem Basisfallwert, der Nutzenbeitrag vor allem an ihrer Versorgungs- und ihrer Vorhalteleistung fest.

Auf Basis öffentlich verfügbarer Daten wurden im Rahmen dieser Studie 48 Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft und Versorgungsstufen analysiert. Die Ergebnisse zeigen eine große Streuung des Verhältnisses zwischen eingesetzten Mitteln und erzieltm Nutzen. In der gewählten Stichprobe besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Kostenniveau und Nutzenbeitrag. Anders ausgedrückt: Der Bürger erhält für Mehrkosten keinen signifikanten Mehrnutzen.

Analysen nach Art der Trägerschaft zeigen, dass Universitätskliniken im Mittel den höchsten Gemeinnutzen bieten, sowohl bezüglich der Versorgungs- als auch bezüglich der Vorhalteleistung. Privat getragene Kliniken belegen Spitzenpositionen beim Kosten-Nutzen-Verhältnis. Höhere Kosten bei öffentlichen Kliniken sind nicht auf bessere Vorhalteleistungen zurückzuführen.

Zwischen der Entwicklung und Nutzung von Evidenz in der Medizin und dem erzielten Versorgungsnutzen besteht ein positiver Zusammenhang, d.h., Investitionen in verbesserte Behandlungsprozesse wirken sich positiv auf die Patientenversorgung aus.

Die große Streuung und der schwache Zusammenhang zwischen Kosten und Nutzen sind eindeutige Indikatoren für weiterhin großes Optimierungspotenzial in der Krankenhauslandschaft: Könnten alle Kliniken ihren Gemeinnutzen und ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis auf das durchschnittliche Niveau des führenden Viertels der Stichprobe steigern, ergäbe sich im Bereich der stationären Krankenversorgung ein Einsparpotenzial von gut 2 Milliarden Euro pro Jahr – bei gleichzeitiger Nutzensteigerung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung um 8 Prozent.

C. Unsere Motivation für die Studie

Lage und Zukunft des Krankenhausesektors in Deutschland sind Gegenstand intensiver Diskussion der Öffentlichkeit sowie der Fachwelt. Die dabei verwendeten fachlichen Argumente zur Entwicklung im Krankenhausesektor sind zahlreich und komplex. Sie werden angewendet in einer hoch dezentralen Entscheidungslandschaft, die gleichzeitig öffentlichem Diskurs und damit Druck ausgesetzt ist. Durch die Vielzahl der Argumentationsströme wird es erschwert, Argumente gegeneinander aufzuwiegen und Fakten von Mythen zu unterscheiden. Dies macht diese Industrie intransparent.

Die Datenlage jedoch ist es nicht oder jedenfalls nicht mehr, die diese Intransparenz verursacht. Nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit sind in den letzten beiden Jahren in sehr hohem Umfang Finanz-, Leistungs- und Qualitätsdaten der Krankenhäuser publizierungspflichtig geworden, die über Jahrzehnte nicht verfügbar waren. Nun sind sie es.

Zu leisten bleibt die Transparenz der Entscheidungshebel.

Hier leistet das Werkzeug der Gemeinnutzanalyse („Public Service Value“) einen Beitrag. Es führt die Komplexität der Leistungsparameter auf zwei Fragen zurück:

1. Welchen Wert erhält der Steuerbürger von der Institution?
2. Welchen Wert erhält er, bezogen auf einen Euro Steuer bzw. Sozialversicherungsbeitrag?

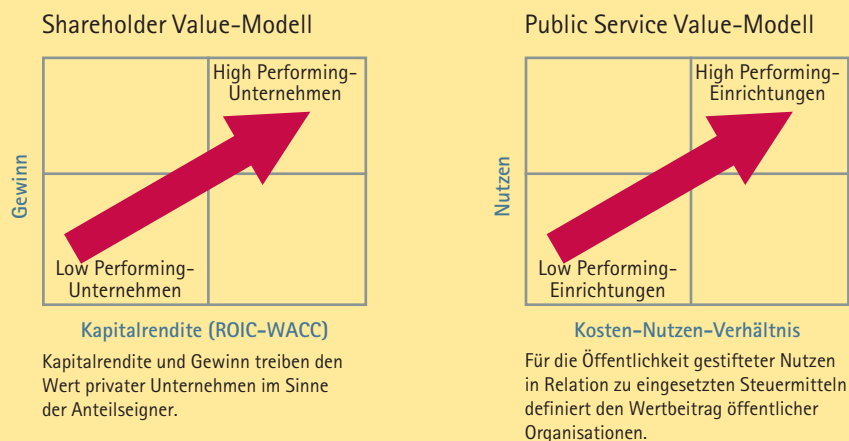
Accenture hat hierzu sein Public Service Value-Modell auf die Gemeinnutzanalyse von Kliniken angepasst. Das Modell ermöglicht es, die Wirkung zu messen,

die Krankenhäuser mit ihren Leistungen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erzielen. Es stellt den erzielten Nutzen den eingesetzten Mitteln gegenüber und zeigt Verbesserungspotenziale auf. So lässt sich die Leistungsentwicklung im Zeitablauf verfolgen und steuern. Gegenüber Entscheidungsgremien wird sichtbar gemacht, ob und welche Erfolge eingeleitete Optimierungsstrategien hinsichtlich der angestrebten Wirkungen zeigen. Damit bekommen auch nicht gewinnorientierte Einrichtungen die Möglichkeit, ihre Leistungsfähigkeit im Interesse der Öffentlichkeit zu messen und zu steigern. So unterstützt das Accenture-Modell zur Gemeinnutzanalyse Kliniken und ihre Träger dabei, die sprunghaft steigenden Anforderungen an maßgeschneiderte, ständig verfügbare, qualitativ hochwertige Dienstleistungen kostengünstig zu erfüllen.

Das Public Service-Modell

Die Gemeinnutzanalyse für Kliniken basiert auf dem wissenschaftlich fundierten Public Service Value-Modell,

Abbildung 1: Analogie zwischen Shareholder Value- und Public Service Value-Modell



das Accenture mit renommierten Lehrstühlen der Harvard University und der London School of Economics and Political Science entwickelte und in vielen Projekten für öffentliche Einrichtungen erfolgreich einsetzte.

Das Public Service Value-Modell ist hierbei konzeptionell analog dem Shareholder Value-Modell. Das Shareholder Value-Modell misst – über viele Industrien hinweg – den Wert eines Investments für den Anteilseigner des Unternehmens. Für öffentliche oder dem öffentlichen Wohl verpflichtete Unternehmen greift dieser Ansatz nicht. Profitabilität, gemessen mit Finanzkennzahlen, entspricht nicht dem Auftrag solcher Unternehmen.

Der Public Service Value misst deswegen den Wert einer Institution für den Steuerbürger, orientiert am gesetzlichen Auftrag der Institution, und setzt ihn ins Verhältnis zum (Steuer-)Aufwand.

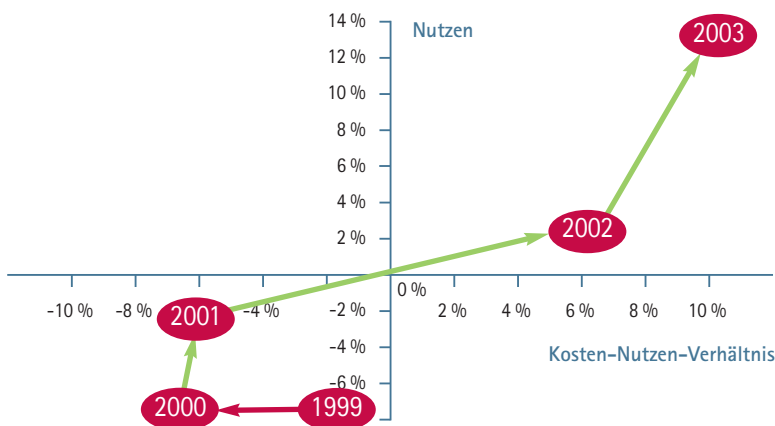
Dieses Modell wurde von uns in vielen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes in 22 Ländern erprobt. Jetzt wurde es in Zusammenarbeit mit Prof. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik für den Krankenhausbereich im deutschen Gesundheitswesen spezifiziert. Der Public Service Value macht den Nutzen einer Klinik für die Öffentlichkeit transparent und vergleichbar. Ziel einer Einrichtung muss demnach sein, sowohl

den Nutzen als auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Zeitverlauf zu optimieren.

Dr. Harald Deutsch
Partner und Geschäftsführer
Leiter Healthcare
Accenture

Dr. Dirk Ralfs
Partner Healthcare
Accenture

Abbildung 2: Gemeinnutzen einer Einrichtung im Zeitablauf



D. Gemeinnutzanalyse im Krankenhaussektor

Schritt 1: Nutzen bewerten

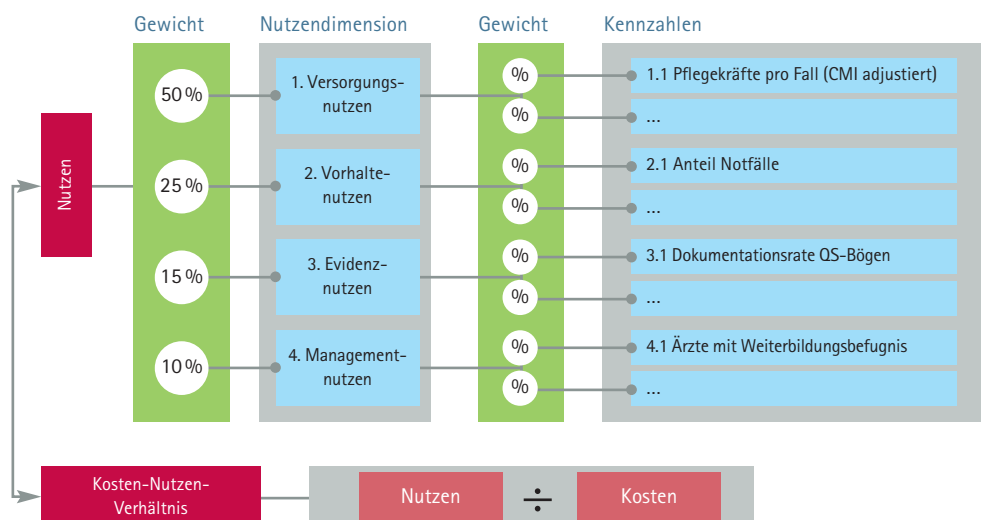
Krankenhäuser nehmen einen gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung der Bevölkerung wahr. Für die Gemeinnutzanalyse von Kliniken wird der Nutzenbeitrag für die Gesundheitsversorgung entlang von vier Dimensionen bewertet, die für diesen Bereich und seine Anforderungen spezifisch sind. Die Messung erfolgt mit Hilfe von gut 30 Kennzahlen, die ausgehend von internationalen Anwendungen des Modells auf das deutsche Gesundheitssystem adaptiert wurden. In Anlehnung an den im V. Sozialgesetzbuch definierten Auftrag öffentlicher Krankenhäuser werden dazu bewertet:

- die Versorgungsleistung für die behandelten Patienten (50 Prozent) – u.a. gemessen an der Personalausstattung in Medizin und Pflege, der durchschnittlichen Verweildauer bei konservativen, operativen und interventionellen Standardleistungen sowie der Anzahl der je Fachabteilung behandelten Patienten
- die Vorhalteleistung für die wohnortnahe Notfallversorgung und die Behandlung auf höheren Versorgungsstufen in einer Region (25 Prozent) – u.a. gemessen am Notfallanteil, der Anzahl der vorgehaltenen Fachdisziplinen, der Entfernung zum nächsten Akutkrankenhaus und der vorhandenen Ausstattung mit Großgeräten
- der Ausbau des medizinischen Wissens und seiner praxisgerechten Anwendung durch die Entwicklung und Nutzung von Evidenz (15 Prozent) – u.a. gemessen an der Beteiligung an integrierten Versorgungsmodellen, dem Einsatz von Behandlungsleitlinien und dem Grad der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- der Beitrag des Klinikmanagements, dessen Aufgabe darin besteht, für die nachhaltige Entwicklung der Ressourcen und des Leistungsangebots zu sorgen (10 Prozent) – u.a. gemessen an Kennzahlen aus dem Bereich Personalmanagement (z.B. Anteil von Ärzten und Pflegekräften mit speziellen Qualifikationen)

Schritt 2: Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmen

Der Nutzenwert einer Klinik bemisst sich als gewichtete Zusammenfassung der Werte aus den vier genannten Nutzendimensionen. Das Niveau der Betriebskosten wird durch den haus-spezifischen Basisfallwert repräsentiert. Er gibt die durchschnittlichen Fallkosten einer Klinik unter Berücksichtigung der Fallschwere des behandelten Patienten-Mixes wieder. Zur Kalkulation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses werden die Größen zueinander ins Verhältnis gesetzt.

Abbildung 3: Grundlogik der Gemeinnutzanalyse





E. Standortbestimmung für die deutsche Kliniklandschaft

Im März 2006 haben Accenture und das Institut für Gesundheitsökonomik 48 deutsche Akutkliniken von 22 deutschen Trägern aus den alten (34) und neuen Bundesländern (14) einer Gemeinnutzanalyse nach dem auf den Krankenhausbereich angepassten Public Service Value-Modell unterzogen. Ziel war neben einer Bestandsaufnahme und Standortbestimmung, zu untersuchen, ob signifikante Zusammenhänge zwischen Organisationsform, Mitteleinsatz und Nutzenstiftung bestehen.

Die Stichprobe

- Art der Trägerschaft: private (22), öffentliche (14), frei-gemeinnützige (7) und Uni-Kliniken (5)
- Versorgungsstufe: Grund- und Regelversorgung (15), Schwerpunkt- (22) und Maximalversorgung (11)
- Regionale Lage: Kliniken in Unterezentren (3), in Mittelzentren (14) und in Oberzentren (31), verteilt über fast alle Bundesländer

Die Auswahl der Kliniken wurde so getroffen, dass sie sich angemessen auf die verschiedenen Trägerarten und Versorgungsstufen verteilen. Regionale Schwerpunkte wurden bewusst gesetzt. Bei Trägern mit mehreren Kliniken wurden einige Kliniken exemplarisch ausgewählt, die in ihrer Zusammensetzung für den jeweiligen Träger im Hinblick auf Größe, regionale Lage und Versorgungsstufe typisch sind. Um die Vielfalt privater Klinikbetreiber abzubilden, ist der Anteil der privaten Kliniken in der Stichprobe überrepräsentiert.

Einbezogene Kliniken und Klinikträger nach Art der Trägerschaft

Privat (22)

Asklepios Klinik Lich
Asklepios Westklinikum Hamburg
Asklepios Paulinen-Klinik Wiesbaden
Damp Ostsee-Klinik Damp
Damp Endo-Klinik Hamburg
Damp Hanse-Klinikum Stralsund
Helios Klinikum Berlin-Buch
Helios Klinik Gotha-Ohrdruf
Helios Klinik Titisee-Neustadt
Mediclin Klinikum Plau
Mediclin Müritzklinikum Waren
Rhön Zentralklinik Bad Berka
Rhön Krankenhaus Cuxhaven

Rhön Klinikum Frankfurt/Oder
Sana Klinik Rügen
Sana Kliniken Lübeck
Sana Klinikum Remscheid
Schön Orthozentrum München
Schön Klinikum Neustadt/Holstein
SRH Wald-Klinikum Gera
SRH Klinikum Karlbach-Langensteinbach
SRH Zentralklinikum Suhl

Öffentlich (14)

Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn
Klinikum Dortmund
Klinikum Bremen-Mitte
Klinikum Bremen-Ost
Klinikum Links der Weser
Klinikum Bremen-Nord
Krankenhaus Neuperlach München
Krankenhaus Schwabing München
Krankenhaus Bogenhausen München
Krankenhaus Harlaching München
Vivantes Klinik im Friedrichshain Berlin
Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin
Vivantes Klinikum Neukölln Berlin
Vivantes Klinikum am Urban Berlin

Frei-gemeinnützig (7)

Diakonissenkrankenhaus
Rotenburg/Wümme
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Caritas Krankenhaus Dillingen
Caritas St.-Clemens-Hospital Geldern
Caritas Verbundkrankenhaus
Bernkastel-Wittlich (Standort Wittlich)
Marienhaus Klinikum -
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn
St. Elisabeth/St. Petrus/St. Johannes
Marienhaus Klinikum - St. Elisabeth
Neuwied

Universitätsklinik (5)

Univ.-Klinikum Charité Berlin
Univ.-Klinikum Carl Gustav Carus Dresden
Univ.-Klinikum Hamburg-Eppendorf
Univ.-Klinikum Heidelberg
Univ.-Klinikum Münster

Zentrale Ergebnisse

- Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis der untersuchten 48 Kliniken streuen erheblich. Die Abweichung beim Kosten-Nutzen-Verhältnis liegt vereinzelt bei über 50 Prozentpunkten – bei gleichem Nutzen.
- Könnten alle Kliniken ihren Gemeinnutzen und ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis auf das durchschnittliche Niveau des oberen Viertels der Stichprobe steigern, ergäbe sich im Bereich der stationären Krankenversorgung ein Einsparpotenzial von gut 2 Milliarden Euro pro Jahr – bei

gleichzeitiger Nutzensteigerung für die Gesundheitsversorgung um 8 Prozent.

- Privat getragene Kliniken schaffen einen vergleichbaren Gemeinnutzen wie Kliniken in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft – bei 13% günstigerem Kosten-Nutzen-Verhältnis als die öffentlichen. Universitätsklinika bieten für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung den größten Nutzen.
- Auch bei Vorhalteleistungen bieten privat getragene Kliniken im Mittel keinen geringeren Nutzen als öffent-

liche Kliniken. Höhere Kosten bei öffentlichen Kliniken sind nicht auf bessere Vorhalteleistungen zurückzuführen.

- Kliniken mit höherem Basisfallwert liefern für Mehrkosten keinen statistisch signifikanten Mehrnutzen zur Gesundheitsversorgung.

Die Datengrundlage

Zur Gemeinnutzanalyse wurde eine überschaubare Anzahl von Kennzahlen je Klinik herangezogen. Datenquellen waren ausschließlich öffentlich verfügbare Informationen:

- WiDO-Krankenhausreport 2005 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK
- vereinbarte Basisfallwerte und Zahl-Basisfallwerte ab 2003 mit Stand 13.03.2006, Webseite des AOK Bundesverbandes
- Datenbank der Krankenkassennetz.de GmbH Halle/Saale: IGV-Verträge, (www.krankenkassenratgeber.de/iv.php)
- Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte, Stand 31.3.2006 (www.aok-klinik-konsil.de)
- Leitliniendatenbank der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Stand 31.3.2006 (www.awmf-online.de)

- Literaturdatenbank der United States National Library of Medicine und des National Institute of Health, PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov), Stand 31.3.2006
- veröffentlichte Qualitätsberichte aller untersuchten Kliniken für das Jahr 2004, Webseite der untersuchten Kliniken

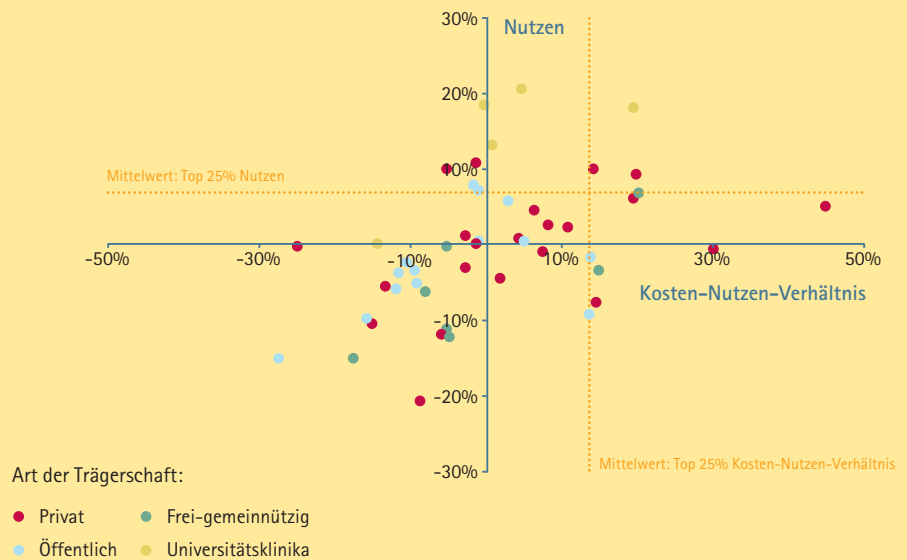
Die Ergebnisse bilden relative Werte ab – d.h. das Niveau einer Klinik im Verhältnis zum Durchschnitt der Stichprobe. Leistungsunterschiede, Rangordnungen, Priorisierungen, Muster und Trends werden direkt sichtbar. Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Klinik im Zeitverlauf oder im Vergleich mit anderen Kliniken lassen sich so überschaubar darstellen.

F. Ergebnisse im Detail

1 Große Spannweite bietet viel Potenzial für Verbesserungen

Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis der untersuchten 48 Kliniken unterscheiden sich erheblich. Die Streuung um den Mittelwert ist breit. Abweichungen reichen von -20 bis +20 Prozent beim Nutzen, von -30 bis +40 Prozent beim Kosten-Nutzen-Verhältnis. Erstaunlich und aus der Sicht des Beitragszahlers nur schwer nachvollziehbar ist, weshalb bei gleichem Nutzen derart große Effizienzunterschiede zwischen Kliniken bestehen – oder gar auf Dauer akzeptiert werden sollten.

Abbildung 4: Gemeinnutzenmatrix 48 deutscher Kliniken
(Prozent-Abweichung vom Mittelwert)



Gleichzeitig verdeutlicht die große Streuung das Verbesserungspotenzial, das bei den Kliniken existiert, die zu den High Performern im rechten oberen Quadranten der Gemeinnutzenmatrix aufschließen könnten:

- Ein gutes Viertel der analysierten Kliniken (14 von 48), darunter überwiegend private, haben sowohl hinsichtlich des Nutzens als auch hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses überdurchschnittlich abgeschnitten. Was sie auszeichnet, ist nicht nur ein durchschnittlich 8 Prozent höherer Nutzenwert, sondern zugleich auch ein um 5 Prozent niedrigerer Basisfallwert. Sie überzeugen also durch bessere Werte sowohl in der Nutzen- als auch in der Kostendimension.

- Gravierender ist, dass etwa ein Drittel der Kliniken sowohl hinsichtlich des Nutzens als auch des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zum Teil deutlich unter dem Durchschnitt liegt. Hier bestehen große Optimierungschancen.

- Könnten alle Krankenhäuser ihr Niveau auf das der hier führenden 25 Prozent heben, dann würden drei Viertel aller Einrichtungen den Nutzen für die Gesundheitsversorgung um 8 Prozent steigern und ihre Kosten um 5 Prozent senken. Bei Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung von derzeit mehr als 60 Milliarden Euro pro Jahr würde sich damit die Ausgabensituation um gut 2 Milliarden Euro verbessern.

Beispiele führender Kliniken

Besonders gut schneiden in der Gemeinnutzanalyse das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden und das Hanse-Klinikum Stralsund ab, das im Jahr 2004 privatisiert wurde und seitdem zur Damp Holding AG gehört. Beide Kliniken liegen in den Dimensionen Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis der Gemeinnutzenmatrix, basierend auf quantitativen Daten aus 2004, um mehr als 10% über dem Mittelwert der untersuchten Kliniken.

Das Universitätsklinikum Dresden mit rund 1.300 Betten erreicht eine Spitzenposition einerseits durch seine Wirtschaftlichkeit. Der Basisfallwert liegt unterhalb des Mittelwerts der einbezogenen Kliniken, was für eine Klinik der Maximalversorgung ein sehr gutes Ergebnis ist.

Andererseits bietet das Universitätsklinikum Dresden für die Krankenversorgung einen weit überdurchschnittlichen Versorgungsnutzen, der durch die ausgeprägte Entwicklung und Nutzung von Evidenz gestützt wird. Unterdurchschnittliche Verweildauern und ein gutes Verhältnis zwischen Zahl der Mitarbeiter in Medizin und Pflege pro Behandlungsfall bieten ein hohes Maß an Patientenorientierung.

Die gezielte Nutzung der integrierten Versorgung und die umfangreiche ambulante Versorgungsleistung dokumentieren das integrierte Versorgungsangebot im Sinne der Patienten. Die Entwicklung und Nutzung von Behandlungsleitlinien in Kombination mit hohen stationären Fallzahlen pro vorgehaltener Fachabteilung führt insgesamt zu einem sehr hohen Versorgungsnutzen.

Der Vorhaltefunktion des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus kommt auf Grund der Großstadtlage und der Vielzahl umliegender Kliniken aller Versorgungsstufen ein mittlerer Nutzen zu. Daraus ergibt sich insgesamt ein Spitzenplatz hinsichtlich Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Das Hanse-Klinikum Stralsund als Schwerpunktversorger mit etwa 600 Betten nimmt eine Spitzenposition hinsichtlich des Vorhaltenutzens unter den einbezogenen Akutkliniken ein. Ein hoher Notfallanteil, ein breites Leistungsspektrum, ein weiter Abstand zur nächsten Akutklinik sowie eine gute Geräteinfrastruktur begründen den hohen Vorhaltenutzen für die Bevölkerung in der Region. Trotz dieser ausgeprägten Vorhaltefunktion weist der in der Vergleichsgruppe niedrige Basisfallwert des Hanse-Klinikums auf eine gute Kosten-Effektivität hin.

Die unterdurchschnittlichen Verweildauern bei verschiedenen konservativen, operativen und interventionellen Behandlungen sind Indiz für eine gute Versorgungsleistung. Beim gewählten Anteil der Versorgungsleistung von 50% und der Vorhalteleistung von 25% zählt das Hanse-Klinikum Stralsund sowohl bezüglich des Gesamtnutzens als auch bezüglich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu den führenden Kliniken.

Bei den untersuchten öffentlichen Kliniken nimmt das Klinikum Links der Weser in Bremen als Haus der Schwerpunktversorgung mit rund 450 Betten einen Spitzenplatz ein. Das Klinikum Links der Weser überzeugt durch seine gute Versorgungsleistung, die sich gleichermaßen beim Ressourceneinsatz, bei der Patientenorientierung und bei der

Behandlungsqualität widerspiegelt. Bezüglich der erreichten Verweildauern liegt das Haus bei allen einbezogenen DRGs weit vorne.

Das gute Ergebnis auf dem Gebiet der Versorgungsleistung korrespondiert mit überdurchschnittlichen Werten bei der Nutzung von Evidenz. Die Vorhalteleistung dagegen wird offensichtlich von anderen Bremer Kliniken in stärkerem Maß übernommen als vom Klinikum Links der Weser, was einen absoluten Spitzenplatz hinsichtlich des Gesamtnutzens verhindert.

Das Diakoniekrankenhaus in Rotenburg/Wümme, ca. 50 km östlich von Bremen gelegen, ragt unter den in die Stichprobe einbezogenen freigemeinnützigen Kliniken heraus. Als Haus der Schwerpunktversorgung mit fast 800 Betten liegt es beim Nutzen deutlich über, bei den Kosten deutlich unter dem Mittelwert und somit beim Kosten-Nutzen-Verhältnis unter allen 48 Kliniken weit vorne.

Wie andere Kliniken in Mittelzentren bietet es für die Bevölkerung in der Region zwischen den Großstädten Hamburg und Bremen einen hohen Vorhaltenutzen. Das lässt sich nicht zuletzt an der großen Anzahl vorgehaltener Fachabteilungen festmachen. Im Bereich der Versorgungsleistung und der Wirtschaftlichkeit zeigen sich umgekehrt eine angemessene Inanspruchnahme des vorgehaltenen Leistungsangebots und der Ressourcen sowie eine gute Integration zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

2 Die Art der Trägerschaft wirkt vor allem auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis

Bei der Gegenüberstellung von Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis nach Art der Trägerschaft zeigen sich signifikante Unterschiede. Den höchsten Nutzen stiften im Mittel mit deutlichem Abstand Universitätsklinika. Ihnen kommt auch für die Krankenversorgung immer noch eine herausgehobene Position zu. Zwischen den anderen Trägergruppen zeigen sich vergleichsweise geringe Nutzenunterschiede.

Das schlechteste Kosten-Nutzen-Verhältnis weisen in dieser Untersuchung die kommunalen Einrichtungen auf. Private Klinikbetreiber sind deutlich wirtschaftlicher als öffentliche – bei vergleichbarem Nutzenniveau wie öffentliche oder frei-gemeinnützige Träger. Hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Mittelfeld bewegen sich frei-gemeinnützige Träger und Universitätsklinika – erstere vor allem auf Grund ihrer in der Regel guten Wirtschaftlichkeit, letztere insbesondere auf Grund ihres herausragenden Nutzens.

3 Innerhalb einer Trägerart bestehen messbare Performance-Unterschiede

Die Analyse von Mittelwert und Streuung von 22 unterschiedlichen Klinikträgern nach Art der Trägerschaft eröffnet eine differenzierte Perspektive: Sie zeigt, dass auch deutliche Unterschiede zwischen Klinikträgern innerhalb derselben Trägerart bestehen. Ferner, dass es in jedem Segment Klinikträger oder Kliniken gibt, die überdurchschnittliche Nutzenwerte und Kosten-Nutzen-Verhältnisse erzielen. Eine bestimmte Art der Trägerschaft ist demnach bestenfalls günstig, aber keine Voraussetzung für größtmögliche Beiträge zur Gesundheitsversorgung. So gibt es beispielsweise öffentliche Klinikträger mit einem besseren

Abbildung 5: Gemeinnutzen nach Art der Trägerschaft
(Mittelwert der Prozent-Abweichung)

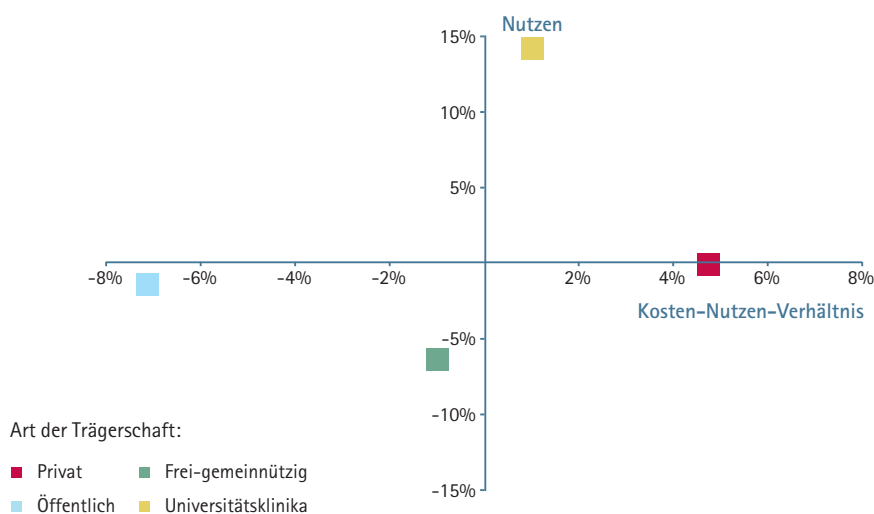
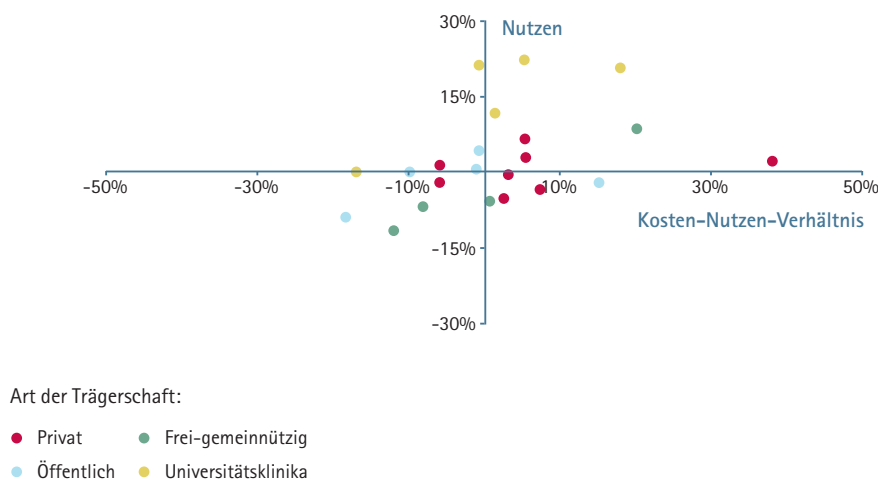


Abbildung 6: Gemeinnutzen nach 22 deutschen Klinikträgern
(Mittelwert der Prozent-Abweichung)



Kosten-Nutzen-Verhältnis als private und es gibt private Klinikträger mit einem besseren Nutzenwert als einzelne Universitätsklinika.

4 Die Art der Trägerschaft hat größere Relevanz für den Nutzen als die Versorgungsstufe

Die Nutzen-Unterschiede nach Versorgungsstufen sind deutlich geringer als

die nach Art der Trägerschaft. Die Nutzenabweichungen zwischen den Mittelwerten betragen nach Versorgungsstufen rund 6 Prozentpunkte, nach Art der Trägerschaft etwa 20 Prozentpunkte.

Größere Unterschiede hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses gibt es in dieser Studie auch nach Versorgungsstufen. Kliniken der Grund- und Regelversorgung zeigen demnach im Mittel

ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis, Kliniken der Maximalversorgung ein schlechteres.

Allerdings schlägt sich über die Versorgungsstufe auch die Tatsache im Kosten-Nutzen-Verhältnis nieder, dass die Auswertungen auf dem DRG-Katalog des Jahres 2004 basieren. Mit der inzwischen differenzierteren Berücksichtigung von Einzelleistungen im DRG-System werden die hauptsächlich von Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung erbrachten Leistungen inzwischen leistungsgerechter als bisher bewertet. Dadurch verbessert sich deren Kosten-Nutzen-Verhältnis in neueren Untersuchungen rechnerisch – und damit reduzieren sich die Abstände in der Wirtschaftlichkeit nach Versorgungsstufen.

5 Höhere Kosten bedeuten keinen signifikant höheren Nutzen

Interessant ist, dass Mitteleinsatz und Nutzen in dieser Studie keinen statistisch signifikanten Zusammenhang aufweisen ($r = .20$). Die Trendlinie zeigt, dass mit wachsendem Basisfallwert der Nutzen einer Klinik für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nur schwach ansteigt. Die große Streuung zeigt außerdem: Kliniken mit höherem Basisfallwert liefern für ihre Mehrkosten keinen statistisch signifikanten Mehrnutzen zur Gesundheitsversorgung.

6 Höhere Kosten korrelieren nicht signifikant mit besserer Vorhalteleistung

Das gilt noch deutlicher, wenn wir die Betrachtung auf den Vorhaltenutzen reduzieren: Die Vorhalteleistung korreliert sogar negativ mit dem Basisfallwert ($r = -.16$). Anders ausgedrückt: Die Höhe des Basisfallwerts ist kein statistisch relevanter Indikator für einen hohen oder weniger hohen Vorhaltenutzen einer Klinik. Dieses Ergebnis

Abbildung 7: Gemeinnutzen nach Versorgungsstufen
(Mittelwert der Prozent-Abweichung)

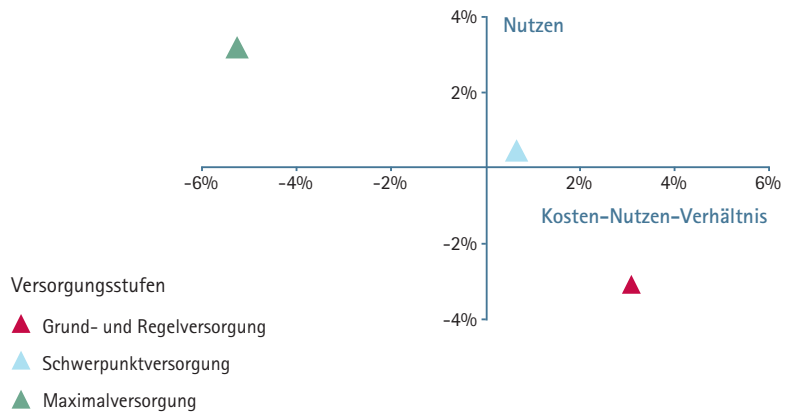


Abbildung 8: Kosten und Nutzen von 48 deutschen Kliniken
(Prozent-Abweichung vom Mittelwert)

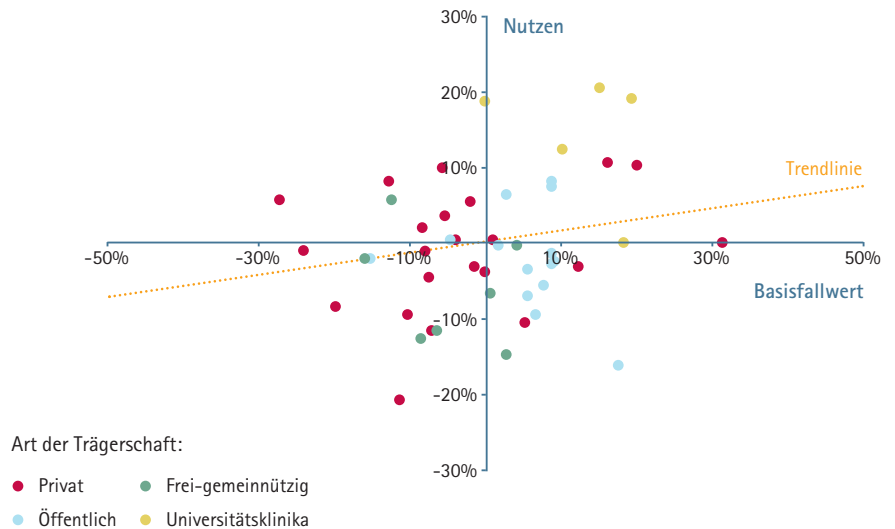
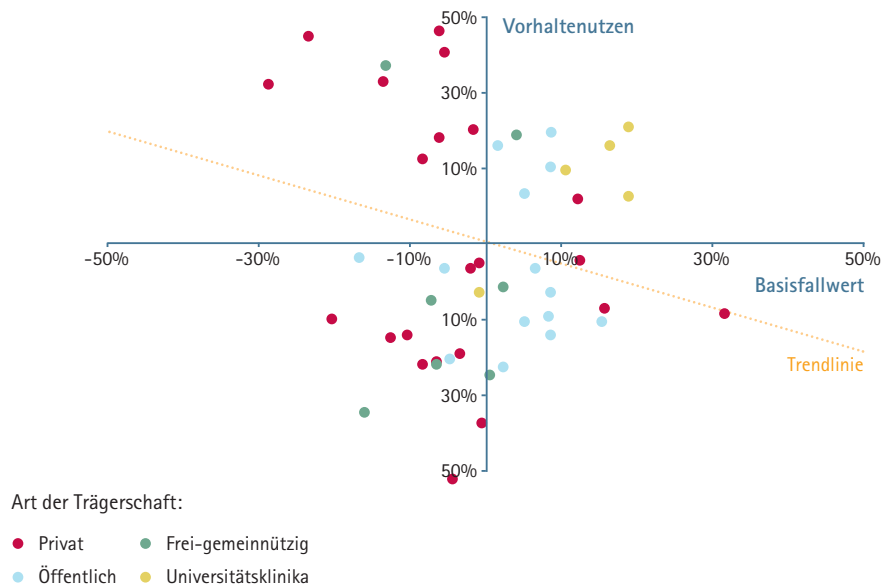


Abbildung 9: Kosten und Vorhaltenutzen von 48 deutschen Kliniken
(Prozent-Abweichung vom Mittelwert)



steht im Gegensatz zum gängigen Argument, dass eine schlechtere Wirtschaftlichkeit gerade öffentlicher Kliniken auf die Bereitstellung eines höheren Vorhaltenutzens zurückzuführen sei, der von privaten Anbietern vernachlässigt werde. Dafür geben die Zahlen jedoch keinerlei Unterstützung.

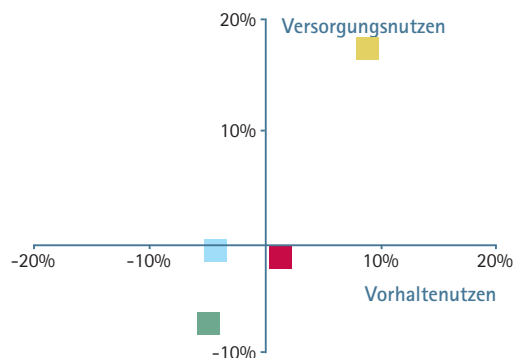
7 Private stehen öffentlichen Kliniken beim Vorhaltenutzen nicht nach

Fachkliniken sind in der Regel auf die Behandlung geplanter Patienten ausgerichtet. Im Gegensatz dazu bietet jede Akutklinik gleichzeitig einen Vorhaltenutzen und einen Versorgungsnutzen. Die Analyse der Abhängigkeit dieser beiden Nutzendimensionen zeigt nur eine schwach negative Korrelation ($r = -.16$) zwischen Vorhalte- und Versorgungsnutzen, d.h., es gibt keine signifikante Spezialisierung auf einen der beiden Leistungsbereiche unter den untersuchten Akutkliniken.

Das steht der Ansicht entgegen, dass vor allem Akutkliniken in öffentlicher Hand die Vorhaltung sicherstellen, während sich private Anbieter auf die Versorgung planbarer Patienten in dichter besiedelten Regionen fokussieren. Vielmehr stiften die untersuchten privaten Akutkliniken - gemessen am Notfallanteil, der Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen und Geräte-Infrastruktur sowie der Entfernung zur nächsten Akutklinik - einen mindestens vergleichbaren Vorhaltenutzen wie die öffentlichen Kliniken, bei höherer Wirtschaftlichkeit.

Deutlich wird, dass Universitätsklinika häufig sowohl beim Vorhaltenutzen als auch beim Versorgungsnutzen eine führende Rolle einnehmen.

Abbildung 10: Vorhalte- und Versorgungsnutzen nach Trägerarten
(Mittelwert der Prozent-Abweichung)



Art der Trägerschaft:

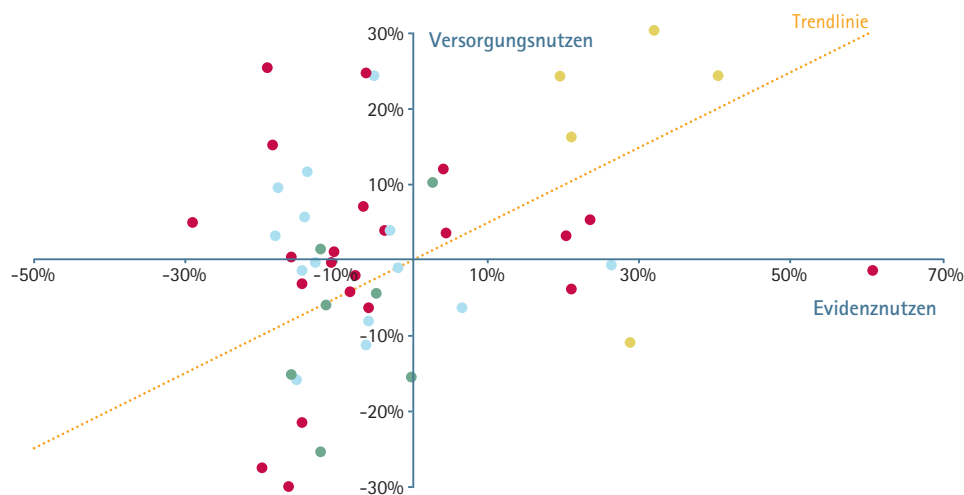
- Privat
- Frei-gemeinnützig
- Öffentlich
- Universitätsklinika

8 Entwicklung und Nutzung von Evidenz steigert den Versorgungsnutzen

Die Gegenüberstellung der Nutzendimensionen Evidenz und Versorgung zeigt eine mittlere positive Korrelation ($r = .35$), d.h., Entwicklung und Nutzung von Evidenz tragen messbar zur Steigerung des Versorgungsnutzens in Kliniken bei.

Es ist davon auszugehen, dass sich gerade dieser Effekt, d.h. Investitionen in die Entwicklung und Nutzung von Evidenz bei der Patientenbehandlung, mit wachsendem zeitlichem Abstand noch deutlicher zu Gunsten des Versorgungsnutzens niederschlagen werden. Erfahrungsgemäß erfordern nämlich beispielsweise die Einführung von Behandlungsleitlinien und der Ausbau des Qualitätsmanagements einen längeren zeitlichen Vorlauf bis zum Auftreten positiver Wirkungen.

Abbildung 11: Evidenz- und Versorgungsnutzen nach Trägerarten
(Prozent-Abweichung vom Mittelwert)



Art der Trägerschaft:

- Privat
- Frei-gemeinnützig
- Öffentlich
- Universitätsklinika

G. Ausblick

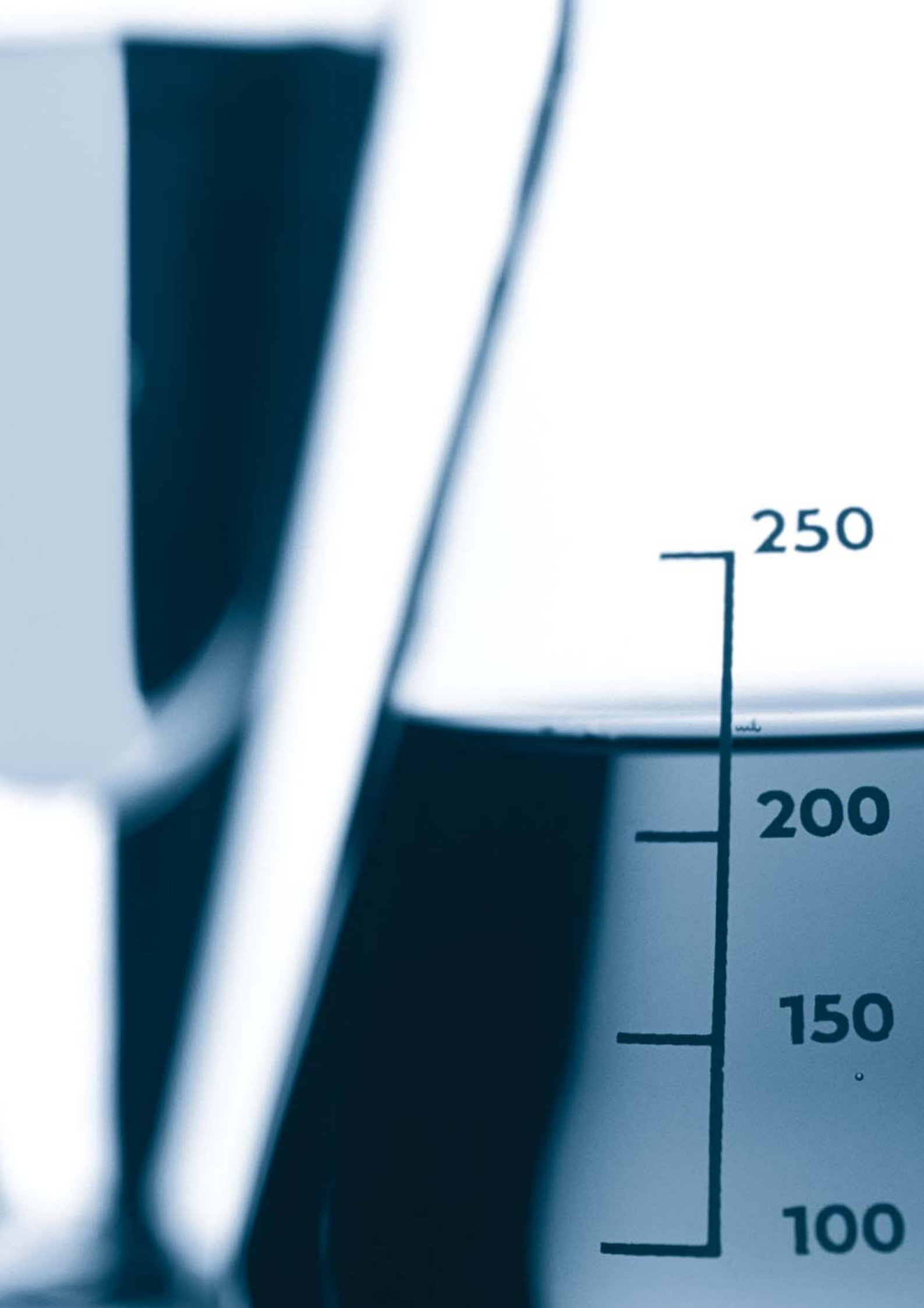
Fest steht, dass der große Abstand zwischen Kliniken beim Kosten-Nutzen-Verhältnis im Interesse der Beitragszahler politisch nicht auf Dauer akzeptiert werden wird. Der Wettbewerbs- und Kostendruck, den die Einführung des DRG-Systems ausgelöst hat, zwingt Kliniken und ihre Träger zum Handeln. Die Ergebnisse machen sichtbar, dass viele deutsche Kliniken noch entscheidende Schritte unternehmen können, um sich zu verbessern. Mit der Gemeinnutzanalyse unterstützt Accenture Träger und Management von Kliniken dabei, medizinische Leistungen qualitativ hochwertig und wirtschaftlich zu erbringen.

- Viele Kliniken fokussieren sich derzeit stark auf die Kostenoptimierung. Insbesondere für **Universitätsklinika** besteht durch alleinige Orientierung an den Kosten die Gefahr, gleichzeitig den herausragenden Nutzen, den sie für die Gesundheitsversorgung nach wie vor stiften, zu reduzieren. Damit würden sie den strategischen Vorteil, den sie vor öffentlichen Häusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung in Ballungszentren nach wie vor haben, aufgeben.
- **Öffentliche Kliniken** gerade in Metropolregionen geraten in zweierlei Hinsicht weiter unter Druck: Traditionell haben sie ein sehr breit gefächertes, teilweise zersplittertes Leistungsangebot, mit der Folge einer mangelnden Evidenznutzung und Prozessstandardisierung. Darunter leidet nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch das Image: Anders als die meisten Universitätsklinika werden sie nicht immer als Anbieter von Spitzenmedizin wahrgenommen, obwohl ihre Kostenstrukturen im oberen Bereich liegen. Eine konsequent umgesetzte standortbezogene Schwerpunktbildung legt das Fundament, Leistungsangebote mit Leuchtturmfunktion mit verbesserter Wirtschaftlichkeit zu kombinieren.
- Im Hinblick auf die laufende Privatisierungswelle lässt sich feststellen, dass **private Träger** zunehmend Akutkliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, ja sogar die ersten Universitätsklinika übernehmen. Die Studie bestätigt, dass sich die Privaten nach Übernahme der Trägerschaft weder in der Fläche noch in der Spitze dem Vorhalteauftrag entziehen. Dabei arbeiten sie im

Durchschnitt, wie auch die freigeinnützigen, wirtschaftlicher als die öffentlichen Kliniken. Kritischer Erfolgsfaktor privater Klinikbetreiber wird sein, nicht nur im Kostenwettbewerb unter den Akutkliniken zu bestehen, sondern auch die Qualitätsführerschaft zu übernehmen – sowohl bei selektiver als auch bei akuter Versorgung.

- **Frei-gemeinnützige Träger** übernehmen in der Versorgung häufig eine Ergänzungsfunktion. In dieser Situation sind sie dem Wettbewerb besonders ausgeliefert, da sie weder in der Fläche noch bezüglich der Versorgungsstufe ein Alleinstellungsmerkmal aufweisen. Für sie bieten sich daher intensive Kooperationen mit anderen Kliniken der Region an, um Leistungsschwerpunkte zu bilden und Ressourcen effektiver zu nutzen. Keine leichte Aufgabe ist es, bei bestehenden Sparwängen den kirchlichen oder karitativen Aspekt als entscheidenden Vorteil freigeinnütziger Kliniken weiterhin zu betonen.

Zwischen Kliniken derselben Art der Trägerschaft und selbst zwischen den Kliniken eines Trägers gibt es teilweise erhebliche Abweichungen. Das zeigt einerseits, dass es a priori keine Trägerkonstellation gibt, unter der nicht ein qualitativ hochwertiger und wirtschaftlicher Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu leisten wäre. Andererseits wird dadurch transparent, dass der Ausgestaltung von Leistungsangebot und Behandlungsprozessen – vorangetrieben vom lokalen Management unter verstärkter Nutzung von Evidenz – entscheidende Bedeutung für den zukünftigen Erfolg beikommt.



250

200

150

100

H. Weitere Informationen

Das Autorenteam

Accenture:

Dr. Harald Deutsch
harald.deutsch@accenture.com

Dr. Dirk Ralfs
dirk.ralfs@accenture.com

Dr. Ulrich Knopp
ulrich.knopp@accenture.com

Kurzprofile

Accenture:

Accenture ist ein weltweit agierender Management-, Technologie- und Outsourcing-Dienstleister. Mit dem Ziel, Innovationen umzusetzen, hilft das Unternehmen seinen Kunden durch die gemeinsame Arbeit leistungsfähiger zu werden. Umfangreiches Branchenwissen, Geschäftsprozess-Know-how, internationale Teams und hohe Umsetzungskompetenz versetzen Accenture in die Lage, die richtigen Mitarbeiter, Fähigkeiten und Technologien bereitzustellen, um so die Leistung seiner Kunden zu verbessern. Mit über 129.000 Mitarbeitern in 48 Ländern erwirtschaftete das Unternehmen im vergangenen Fiskaljahr (zum 31. August 2005) einen Nettoumsatz von 15,55 Milliarden US-Dollar. Die Internet-Adresse lautet www.accenture.com.

Kontakte

Accenture:

Julia Vollmann
Marketing
Campus Kronberg 1
Telefon +49 6173 94-66320
Telefax +49 6173 94-46320
julia.vollmann@accenture.com

Institut für Gesundheitsökonomik:

Univ.-Prof. Dr. rer. pol.
Günter Neubauer – Direktor

Dipl.-Vw. Andreas Beivers
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
IfG@ifg-muenchen.com

Institut für Gesundheitsökonomik:

Das IfG hat es sich zur Aufgabe gemacht, sozio-ökonomische Fragestellungen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens wissenschaftlich fundiert zu bearbeiten. Um diesem Ziel gerecht zu werden, wird ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt. Entsprechend setzt sich das Team aus qualifizierten Mitarbeitern aus den Bereichen der Volks- und Betriebswirtschaft zusammen. Beratend stehen weiterhin freie Mitarbeiter u.a. aus verschiedenen Fachrichtungen der Medizin sowie der Pflege ständig zur Verfügung. Durch die vielfältigen Kontakte zu nationalen und internationalen Experten in Fragen des Gesundheitswesens in Forschung und Administration besteht die Möglichkeit, aktuelle Fragen zeitnah und problemorientiert anzugehen und auch internationale Erfahrungen in die Arbeit mit einzubringen. Die Internet-Adresse lautet www.ifg-muenchen.com.

Institut für Gesundheitsökonomik:

IfG@ifg-muenchen.com
Tel. +49 89 605198

Copyright © 2006 Accenture
All rights reserved.

Accenture, its logo, and
High Performance Delivered
are trademarks of Accenture.