

**VERBESSERUNG VON QUALITÄT  
UND EFFIZIENZ IM  
GESUNDHEITSWESEN**



## EINLEITUNG

Die hier vorliegende Veröffentlichung dokumentiert Verlauf und Ergebnisse der gesundheitspolitischen Beratungen, die die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG) 1998/99 in den baltischen Ländern durchgeführt hat. Die Beratungen waren Teil des Transform-Programms der deutschen Bundesregierung und wurden vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert.

Mit den Beratungen wurde eine Veranstaltungsreihe fortgesetzt, die 1997 mit einem baltisch-deutschen Workshop zum Stand der gesundheitspolitischen Reformen in Estland, Lettland und Litauen begonnen hatte (16. bis 19.9.1997 in Pärnu, Estland). Im Rahmen des Beratungsprogramms des Jahres 1998/99 hat die GVG einen Workshop zum Thema „Managementaufgabe: Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen“ (25. bis 29.5.1998 in Jurmala, Lettland) und einen Workshop zum Thema „Kostenbegrenzung/ Kostensteuerung im Gesundheitswesen“ (21. bis 25.9.1998 in Palanga, Litauen) durchgeführt. Das Programm wurde durch eine Studienreise für Gesundheitsexperten aus den baltischen Ländern nach Köln (13. bis 18.2.1999) ergänzt. Alle Maßnahmen richteten sich an Entscheidungsträger der Gesundheitsministerien, der Krankenversicherungen und der Leistungserbringer. Personenkontinuität wurde sowohl auf Seiten der deutschen Berater wie auf Seiten der baltischen Teilnehmer angestrebt und weitgehend erreicht. Die baltischen Teilnehmer wurden eingeladen, zu den einzelnen Themenbereichen Koreferate zu halten.

Die Beteiligung dreier Länder war weder in organisatorischer noch in inhaltlicher Hinsicht voraussetzungslos. Da die Reform des Systems der gesundheitlichen Versorgung in Estland, Lettland und Litauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen hat, war davon auszugehen, daß Entwicklungsstand, Erfahrungshintergrund, Reformstrategien und Informationsinteressen unterschiedlich sind. Dennoch erschien es gerechtfertigt, ein gemeinsames Programm für alle drei Länder durchzuführen, weil wesentliche strukturelle Voraussetzungen nicht nur für die drei baltischen Länder ähnlich sind, sondern darüber hinaus bestimmte Strukturprobleme weltweit in allen Ländern beobachtet werden können. Die Auseinanderentwicklung von Kosten und Beitragseinnahmen, Überkapazitäten beim Leistungsangebot, die demographische Entwicklung

oder der Einsatz und die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts stellen Herausforderungen dar, die dazu zwingen, über den Einsatz moderner Managementmethoden und über institutionalisierte Verfahren zur Bedarfsanpassung und zur Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung nachzudenken.

Derartige Überlegungen werden zunehmend auch von wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen geprägt. Dies gilt einerseits in globaler Perspektive, etwa im Hinblick auf die objektive Begrenztheit des verfügbaren Budgets oder im Hinblick auf die Höhe der Lohnnebenkosten als Standortfaktor in einem zunehmend globalen Wettbewerb. Es gilt ebenso auf der Mikro-Ebene, etwa im Hinblick auf die Ansprüche der Leistungserbringer auf eine verlässliche wirtschaftliche Existenzgrundlage, oder auf die Freiheit von dirigistischen und zentralistischen Eingriffen. Es gilt schließlich auch im Hinblick auf den Versuch, durch die Einführung von Wettbewerbselementen die innovative Kraft des Marktes für eine rationale Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu nutzen.

Der Versuch, Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung im Spannungsgeflecht zwischen Ordnungs-, Wirtschafts- und Sozialpolitik dauerhaft zu sichern, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Ein Blick über die nationalen Grenzen verdeutlicht, daß es weder eine optimale noch eine endgültige Lösung der damit verbundenen Probleme gibt. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung bleibt vielmehr eine dauerhafte Aufgabe. In diesem Prozeß kann internationale Beratung keine Patentrezepte liefern, sondern lediglich über Reformstrategien berichten, deren Reichweite begrenzt, deren Ergebnis interpretationsbedürftig und deren Übertragbarkeit auf andere Länder diskussionswürdig ist.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ziele des Beratung wie folgt zusammenfassen:

- Vermittlung grundlegender Informationen über Strategien zur Verbesserung von Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung;
- Diskussion über Strategie, Durchführung und Ergebnisse von Gesundheitsreformen;
- Stärkung des Erfahrungsaustausches und der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ländern;

- Festigung des Dialogs zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen;
- Ermittlung von Ansatzpunkten für die Umsetzung konkreter Reformprojekte.

Den positiven Reaktionen auf die einzelnen Veranstaltungen glauben wir entnehmen zu dürfen, daß wir uns diesen Ziele zumindest angenähert haben. Wenn dies gelungen ist, so ist das nicht zuletzt das Verdienst der baltisch-deutschen Arbeitsgruppe, die das Programm inhaltlich vorbereitet hat. Ihren Mitarbeitern, Frau Ramunė Navickienė (Gesundheitsministerium der Republik Litauen), Frau Inta Jansone (Labklajibas ministrijas, Valsts Slimokase) und Herrn Toomas Jukk (Keskhaigekassa, Tallinn), gebührt daher unser besonderer Dank. Zu Dank verpflichtet sind wir darüber hinaus Frau Kristine Kurzemiece und Frau Egita Pole für die organisatorische Vorbereitung des Workshops in Jurmala sowie Herrn Romas Buivydas (Sveikatos Ekonomikos Centras, Vilnius) für die Organisation in Palanga und die umfangreichen Arbeiten mit der Herausgabe dieser Veröffentlichung.

Köln, im Februar 1999  
Betram Müller  
Martin Wrede

**1. Workshop  
vom 25. bis 29.05. 1998  
in Jurmala (Lettland)**

**Thema:**

**„Managementaufgabe: Qualität und Effizienz  
im Gesundheitswesen“**

# **ZIEL- UND AUFGABENERREICHUNG DURCH FÜHRUNG, QUALIFIZIERUNG UND MOTIVATION DES PERSONALS (EIN ÜBERBLICK)**

*Einführendes Referat von Herrn Bertram Müller*

Dieses umfangreiche Thema kann im Rahmen eines einführenden Vortrags die Einzelheiten nur anreißen. Alleine das Thema „Ziele“ würde ein eigenes Seminar füllen können. Gleiches gilt für jedes der in der Gliederung genannten weiteren Felder.

## **1. ZIELE SETZEN UND DEFINITIONEN**

Zu Beginn einer jeden Maßnahme ist es erforderlich, die Ziele so konkret zu bestimmen, daß eine Bewertung der Zielerreichung (Meßbarkeit) während oder nach Abschluß der Maßnahme (Projekt) möglich wird. Nur wenn das Ziel allen Beteiligten bekannt ist und von diesen als erstrebenswert angesehen wird, kann es erreicht werden. Hierbei ist es von großer Bedeutung, daß die verschiedenen Arten von Zielen differenziert betrachtet werden:

- Unternehmensleitbild (Philosophie)
- Strategische Ziele (zeitlich sehr weit)
- Operative Ziele (fester Zeitrahmen, z. B. 1 Jahr)

Die operativen Ziele sind konkret zu planen, Zielvereinbarungen zu treffen und Unterstützungen der persönlichen Arbeitsplanung und der Arbeitstechniken (Voraussetzungen für die Realisierbarkeit der vereinbarten Zielerreichung, Umfeld) vorzubereiten.

Die Kurzdefinition von Führung lautet wie folgt: Aufgaben mit anderen und durch andere erledigen. Ein guter Führer ist folglich nicht der, der gut plant, entscheidet usw., sondern der, der dafür sorgt, daß gut geplant, entschieden usw. wird. Damit wird deutlich, daß es nicht reicht Ziele zu formulieren und zu vereinbaren, ohne daß die zur Zielerreichung notwendigen Umfeldbedingungen ebenfalls geschaffen werden.

Abbildung 1: Um ein Ziel zu treffen, muß man es kennen



Führung bedeutet auch immer, daß widersprüchliche Interessenlagen bzw. auch gegensätzliche Konsequenzen auftreten werden und zu einer Lösung (Entscheidung) geführt werden müssen.

Um die operativen Ziele verwirklichen zu können, bedarf es neben der realistischen und meßbaren Zielformulierung einer konkreten Aufgabenplanung (Maßnahmenkatalog, Aktivitätenliste), anhand welcher die Organisation und die Durchführung des Projektes (der Projekte) für die Zielerreichung geschieht. Während und am Ende des Projektes erfolgt die Wertung der Ergebnisse (Kontrolle) der Zielerreichung. Zu dieser Wertung gehört das Aufzeigen von Alternativen und das Lösen von Zielkonflikten (entscheiden!). Stellt sich ein angestrebtes Ziel als nicht erreichbar, oder mit dem eingeschlagenen Weg als nicht erreichbar dar, so ist ein neues Ziel zu definieren oder ein anderer Weg zu planen; der Regelkreis beginnt dann wieder von vorne.

Wichtig ist, daß dieser Organisations-/ Managementregelkreis nicht als ein in einen starren zeitlichen Rahmen eingebundenes Verfahren verstanden wird, sondern als ein Prozeß, welcher je nach Projekt, einer ständigen Anpassung aufgrund der Ergebnisse (Zwischenergebnisse) bedarf. Die Strukturierung der Ziele und der daraus resultierenden Projekte, welche Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen lassen, ist eine sehr wichtige und schwierige Aufgabe.



Ebenso wichtig, aber in der Praxis oftmals schwieriger ist es, daß motivierte Mitarbeiter in diesem Regelkreis und dem Prozeß motiviert mitwirken. Die Motivation der Mitarbeiter ist eine Führungsaufgabe, welche von sehr vielschichtigen Umständen abhängig ist (z. B. Persönlichkeit, Qualifikation und Bedürfnisse des Mitarbeiters, Persönlichkeit und Qualifikation der Führungskraft sowie Führungsstil, Umfeldbedingungen intern und extern). Die Führungstechniken (Instrumente) stellen nur das notwendige Handwerkszeug dar, welches zwar vorhanden sein sollte, aber alleine nicht den Erfolg bringen wird.

Abbildung 2: Organisations-/ Managementregelkreis



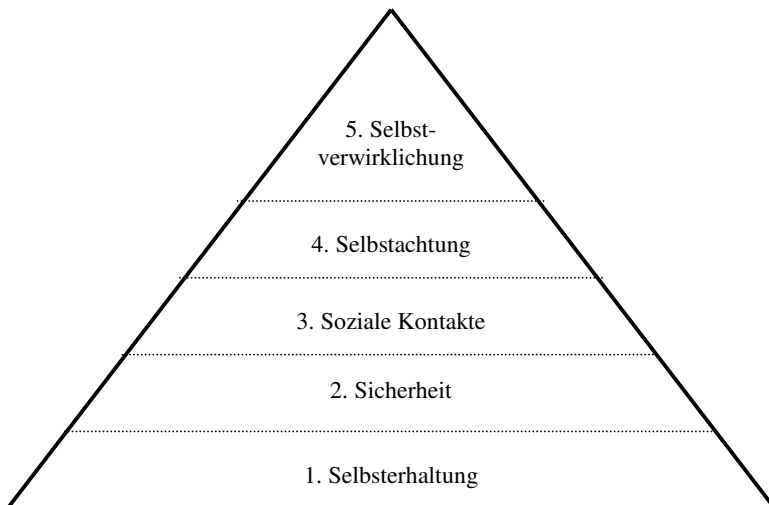
Motivation wird oftmals falsch interpretiert. Deshalb wird die Kurzdefinition von Motivation wie folgt umrissen: Unter Motivation werden bewußte und unbewußte Vorgänge verstanden, die ein bestimmtes Verhalten erklären (z. B. unbewußte Beweggründe oder bewußter Wille. In dieser Bedeutung ist Motivation eine hypothetische Konstruktion zur Erklärung beobachteten Verhaltens. Motivation ist folglich nicht die subtile Form von "Dampfmachen" oder eine Manipulation. Hierdurch würde nur der Vorteil für das Unternehmen / Institution in den Vordergrund gestellt, die

Bedürfnisse des betroffenen Mitarbeiters würden nicht berücksichtigt und dies wäre kontraproduktiv zur angestrebten guten Mitwirkung.

Motivation ist, durch gezielte Maßnahmen Situationen zu schaffen, in denen die Möglichkeit gegeben ist, die Bedürfnisse des Unternehmens und des Mitarbeiters zu befriedigen. Eine Motivation nur durch Techniken (oder Tricks) kann kurzfristig erfolgreich sein, dauerhaft führt aber eine damit oftmals verbundene Täuschung der Mitarbeiter zum Gegenteil. Nichtsdestoweniger ist jedoch insbesondere das Wissen über Motivation und auch über Techniken ein erforderliches Handwerkszeug einer Führungskraft.

Betrachtet man die Bedürfnispyramide von Maslow, so ist festzustellen, daß diese nur vom psychologischen Individuum ausgeht und die Ziel- und Interessenkonflikte des Unternehmens / Institution nicht berücksichtigt. Hierbei zeigt sich in der Praxis oft deutlich, welche Interessenkonflikte von der Führungskraft zu lösen sind.

Abbildung 3: Bedürfnis-Pyramide (nach Maslow)



In einer Kurzfassung wird Qualität üblicherweise in die drei Komponenten aufgeteilt:

1. Strukturqualität,

2. Prozeßqualität,
3. Ergebnisqualität.

Die Qualität als Gesamtes im Personalbereich wird getragen von der Qualifikation und Motivation des beteiligten Personals (Führungskräfte und Mitarbeiter).

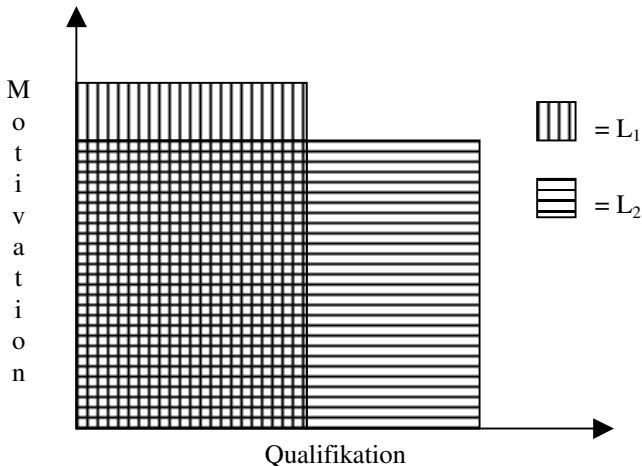
Die Strukturqualität bemißt sich an der Aufbauorganisation, die Prozeßqualität an der Ablauforganisation und der Projektdurchführung. Das wichtigste Resultat, die Ergebnisqualität bemißt sich in der Produktqualität. Im Dienstleistungsbereich sind dies z. B. Preis-Leistungsverhältnisse wiederum gemessen in Qualitätsindikatoren. Auch die Kundenzufriedenheit (z. B. Patientenzufriedenheit) ist eine Ergebnis- bzw. Produktqualität.

In einer verkürzten Form kann man auch sagen: Qualität ist die Abwesenheit von Fehlern und Verschwendung.

Das Leistungsverhalten ist im wesentlichen aus den Komponenten Motivation und Qualifikation zusammengesetzt. Hierbei ist in der Praxis (besonders in hochentwickelten Bildungsbereichen – Spezialisten) die Schnittmenge „Leistungsverhalten“ im Einzelfall naturgemäß kleiner als die jeweilige Motivation und die Qualifikation, die Qualifikation oftmals höher als die Motivation.

Abbildung 4: Leistungsverhalten

Leistungsverhalten = Motivation x Qualifikation



L = Leistungsverhalten

L<sub>2</sub> größer als L<sub>1</sub>

Zentrale Begriffe, welche mit der Führung selbst und in Verbindung mit der Führung genannt werden, werden oftmals nicht allgemein vergleichbar verwendet. Deshalb ist sowohl der vorgenannte Begriff Führung, als auch die nachfolgende Definitionen der Versuch diese Schlüsselbegriffe inhaltlich zu definieren.

## **2. FÜHRUNGSGRUNDSÄTZE**

Führungsgrundsätze beschreiben oder normieren die Führungsbeziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern im Rahmen einer Führungskonzeption. Führungsgrundsätze können generalisiert und formalisiert oder in institutionalisierten Mitarbeitergesprächen offen gelegt werden. Formalisierte Führungsgrundsätze sind meist Ausdruck einer bestimmten Führungskultur. Schriftliche Führungsgrundsätze finden sich überwiegend nur in den deutschsprachigen Ländern. In der amerikanischen Literatur wird deshalb auch Kritik an diesem geübt. Neuerdings wird anstelle von Führungsgrundsätzen auf die Unternehmensphilosophie (Leitbild) zurückgegriffen (siehe Ziele). Dabei werden anstelle der „Führungsgrundsätze“ die wertorientierte Unternehmensphilosophie bzw. die Unternehmensziele formuliert.

## **3. FÜHRUNGSFUNKTIONEN UND FÜHRUNGSAUFGABEN (EINE MÖGLICHE VERSION)**

- Ziele setzen (erarbeiten), Anweisungen geben
- Entscheidungen planen, fällen und realisieren (lassen)
- Abläufe organisieren und koordinieren
- Informieren
- Initiative wecken
- Zusammenarbeit fördern und koordinieren
- Konflikte lösen

- Motivieren
- (Die Gruppe) repräsentieren
- Arbeitsergebnisse kontrollieren
- Das Klima gestalten
- Zukunft einbeziehen
- usw.

#### **4. FÜHRUNGSINSTRUMENTE**

Unter dem Begriff versteht man allgemein beschreibbare und personenunabhängige Verfahren oder Methoden, die den Führungsprozeß unterstützen sollen.

Führungsinstrumente sind z. B.

- Stellenbeschreibungen
- Arbeitsplatzbeschreibungen
- Konkrete Zielvereinbarungen
- Personalentwicklungskonzepte
- Formalisierte Personalbeurteilungssysteme
- Vorschlagswesen
- Qualitätszirkel
- Kommunikationsmethoden wie z. B. Metaplantechnik
- usw.

#### **5. FÜHRUNGSEIGENSCHAFTEN**

Erfolgreiche Führungskräfte verfügen (angeblich) über folgende Eigenschaften:

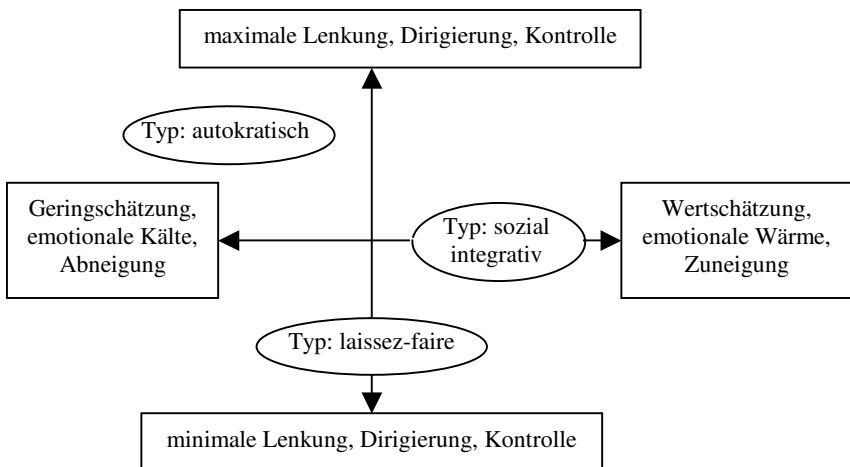
- Selbstvertrauen und Selbstsicherheit
- Intelligenz
- Autonomie und Initiativekraft

- Anpassungsfähigkeit
- Organisationsfähigkeit
- Fähigkeit, Informationen richtig zu werten, zu verarbeiten und in Weisungen und Vorschläge zu übersetzen
- Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit
- Durchsetzungsvermögen und Überzeugungskraft
- Einfühlungsfähigkeit

## 6. FÜHRUNGSVERHALTEN UND FÜHRUNGSSTILE

Die Einflußfaktoren auf das einzelne Führungsverhalten sind vielfältig. Diese reichen von den Arbeitsaufgaben bis zu Zusammenarbeit (z. B. Inhalt, Struktur und Dauer der Aufgabe, Bewertung der Ergebnisse, Erfahrungen, Erwartungen, Fähigkeiten, Freiheitsraum der Mitarbeiter / der Entscheidungen, Führungsstil, Gruppenkomponenten, Konsequenzen, Mitsprache, Organisation, Persönlichkeitsmerkmale, Realisierungsart und –grad, Umwelt, Zusammenwirken).

Abbildung 5: Führungsverhalten und Führungsstile \*



\* Klassifizierung von Vorgesetzten-Mitarbeiter-Verhalten nach Lewin und Tasch + Tausch

Durch dieses Beziehungsgeflecht kann das einzelne Führungsverhalten nicht statisch, sondern immer nur situationsbezogen (situatives Führungsverhalten) erfolgreich sein. Führungsstil ist die Art und Weise, wie ein Vorgesetzter inhaltlich definierte Führungsaufgaben erledigt. Es geht nicht um das Was, sondern um das Wie.

Das nachfolgende Schaubild stellt deshalb nur die gegensätzlichen Pole der Führungsstile dar. Die Führungsstile haben sich im Laufe der Zeit gewandelt. Insgesamt ist eine Entwicklung vom Antreiber mit autoritärem Führungsstil zum Koordinator mit integrativem Führungsstil zu beobachten.

## **7. FÜHRUNGSMODELLE**

Es wurden verschiedene Führungsmodelle entwickelt und definiert, welche unter den Begriffen „Management by ...“ allgemein bekannt sind. Es werden nachfolgend die Vor- und Nachteile dargestellt.

Tabelle 1: Führungsmodelle und ihre Leistungen

<b>Management by Objectives (MbO)</b> <b>= Führung durch Zielvereinbarung (gemeinsame Zielsetzung)</b>	
<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisierung der Mitarbeiter</li> <li>• Entlastung der Führungsspitze</li> <li>• Orientierung auch für kleine Schritte</li> <li>• Ausrichtung aller Unterziele auf höhere Ziele</li> <li>• Kriterien für einstufiggerechte Besoldung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• operationale Zielsetzung ist schwierig</li> <li>• Planungs- und Zielbildungsprozeß ist zeitaufwendig</li> </ul>
<p><u>Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des Ist-Zustandes, Stärken- und Schwächenprofile, Entwicklungsmöglichkeiten</li> <li>• Hierarchisches System der operationalen Ziele in der vertikalen Organisationsstruktur</li> <li>• Festlegen Aufgaben und Verantwortungsbereiche</li> <li>• Offenlegen der Bewertungsmaßstäbe</li> <li>• Gemeinsame Erarbeitung von Zielen</li> </ul>	

<b>Management by Delegation (MbD)</b> <b>= Führung durch Aufgabenerledigung</b>	
<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• eindeutig definierter Aufgabenbereich für Mitarbeiter</li> <li>• Leistungsmotivation (kurzfristig)</li> <li>• Entscheidungen auf Sachebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine partizipative Arbeit</li> <li>• keine horizontale Kooperation</li> <li>• nur uninteressante Aufgaben werden delegiert</li> <li>• Verein der Einzelkämpfer</li> <li>• kein systematisches Denken</li> </ul>



Voraussetzungen:

- Stellenbeschreibungen
- Bestimmung der Ausnahmefälle
- Transparenz des Zielsystems, ausreichende Information der Mitarbeiter
- Berichts- und Kontrollsystem
- Abbau von ausgebauter Hierarchie, Hinwendung zur partizipativen Führung

**Management by Motivation (MbM)  
= Orientierung an der Maslowschen Pyramide**

<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entfaltungsmöglichkeit für Mitarbeiter</li> <li>• Innovation und Kreativität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmt diese Pyramide?</li> <li>• nur individualpsychologisch</li> <li>• Unternehmensziele und Privatziele nicht immer identisch</li> </ul>

Voraussetzungen:

- Erkennen der spezifischen Bedürfnislage der Mitarbeiter
- Schaffung klarer Aufgabengebiete mit abgegrenzten Kompetenzen
- Transparenz des Zielsystems der Organisation
- Bereitstellung relevanter Informationen

Allgemeine Kritik gilt den Führungsmodellen, wenn sie mit universellem Anspruch, mit starren Prinzipien, nur hinsichtlich der Organisationsstrukturen und theoretisch betrachtet werden. Außer Frage steht, daß die Systempflege erheblichen Aufwand bedeutet.

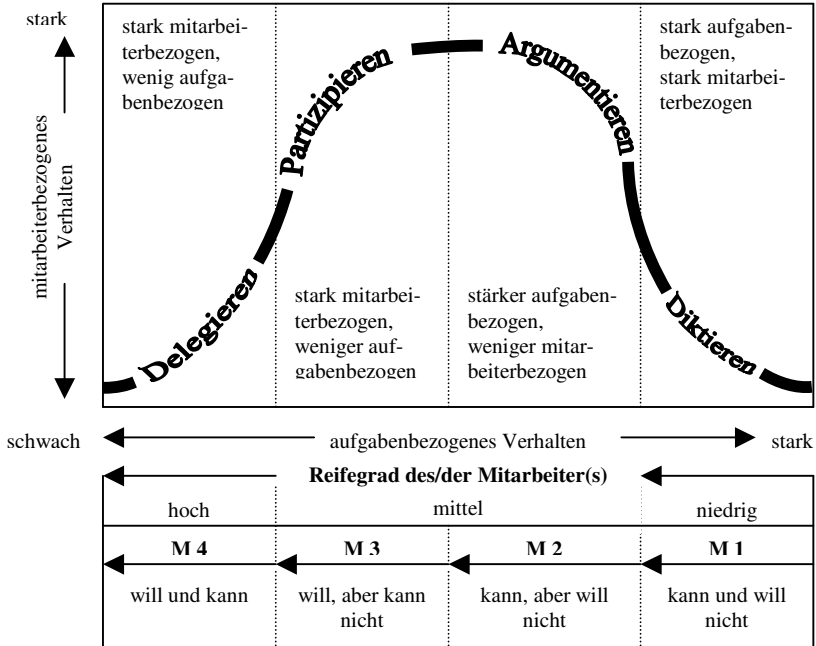
In der Praxis sind allgemein gültige Regeln, Prinzipien und Rezepte eher die Ausnahme. Die komplexen, mehrdimensionalen Problembereiche Organisation und Führung sind sehr differenziert zu betrachten.

Diese differenzierte Betrachtungsweise wird deutlich, wenn man von der Unternehmens- bzw. Institutionsebene wieder auf den einzelnen Mitarbeiter wechselt.

Der Führungsstil gegenüber dem einzelnen Mitarbeiter oder einer Gruppe wird einerseits durch die Persönlichkeit des Vorgesetzten geprägt,

welcher sich darüber hinaus situativ auf den Reifegrad des (der) Geführten einstellen muß.

Abbildung 6: Reifegrad des Mitarbeiters / Führungsstil



Ziel dieses Überblickes war es, deutlich zu machen, daß die Führungsaufgabe „Qualität und Effizienz“ der Arbeit (in diesem Falle im Gesundheitswesen) nicht mit fertigen Rezepten zu bewältigen ist. Vielmehr ist es Aufgabe der Führungskräfte, sich selbst kritisch zu betrachten und nach Weiterbildungs- und Änderungsmöglichkeiten zu suchen.

# **EFFIZIENZ UND EFFEKTIVITÄT DER KRANKENKASSEN (EIN ÜBERBLICK)**

*Einführendes Referat von Herrn Guntram Bauer*

## **VORBEMERKUNG**

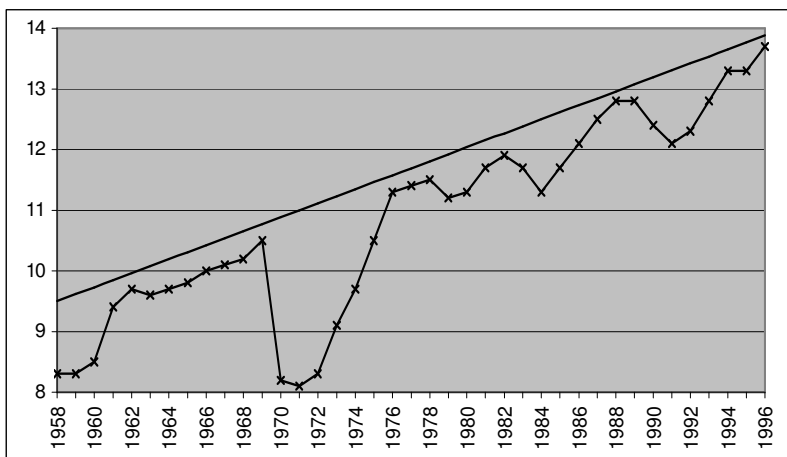
Die von den Workshop-Teilnehmern eingangs geäußerten Erwartungen lassen vermuten, daß sie Managementmethoden als Hilfsmittel zur Bewältigung der Diskrepanz zwischen Finanzierungsmöglichkeiten einerseits und den Anforderungen an ein modernes, qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen andererseits verstehen. Managementmethoden können zwar helfen, sachgerecht mit diesem Problem umzugehen, aber sie können nicht das prinzipielle Ungleichgewicht zwischen Leistungsanforderungen und Finanzierungsmöglichkeiten beheben. Aus deutscher Erfahrung gibt es auch kein Erfolgsrezept für dieses Problem. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist selbst wegen dieser ökonomischen Probleme in eine tiefe Existenzkrise geraten, und alle gesetzgeberischen und verwaltungsseitigen Bemühungen zur Behebung des finanziellen Ungleichgewichts haben keine nachhaltige Änderung der Beitragssatzentwicklung in der Krankenversicherung gebracht, wie sich empirisch zeigen läßt:

Außerdem sollten Fragen der Finanzierung und Kostensteuerung nach den thematischen Vorklärungen zu diesem Workshop Gegenstand der nächsten Veranstaltung sein. Diesmal sollten die Grundlagen für die Bewältigung solcher konkreter Problemstellungen behandelt werden, soweit sie durch effektive und effiziente Verwaltungsstrukturen und zeitgemäße Methoden der Unternehmensführung geschaffen werden können; also die Frage, wie das Haus bestellt sein sollte, mit dem man erfolgreich nach außen wirken will.

Jede Organisation, ob privatwirtschaftlich oder staatlich, ist heute einem rasanten sozialen, ökonomischen und technologischen Wandel ausgesetzt. Systemveränderungen wie in Osteuropa verschärfen dies noch erheblich. Eine Organisationsentwicklung hin zu modernem Unternehmensmanagement kann und soll auch im Bereich von Krankenkassen helfen, die Effektivität und Effizienz zu verbessern und die

Anpassung an demokratisch-marktwirtschaftliche Strukturen zu unterstützen. Auch in den westeuropäischen Ländern wird seit mehr als zehn Jahren versucht, durch Überwindung bürokratischer Verwaltungsstrukturen und -methoden und Nutzung moderner Unternehmensführungsmethoden flexibler und effizienter zu werden.

Abbildung 1: Langfristige Entwicklung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (in % vom Bruttolohn)



## 1. ALLGEMEINES ZUM KRANKENKASSENMANAGEMENT

Der Managementbegriff, aus dem Bereich der privaten Unternehmensführung entlehnt, kennzeichnet die Aufgabe, das Überleben des Unternehmens am Markt zu sichern. Eine Krankenkasse ist aber kein Unternehmen am Markt mit Konkurrenz und Wettbewerb (wenn man einmal von der spezifischen Struktur der deutschen Krankenversicherung mit Wettbewerb unter den Krankenkassenarten absieht). Wenn man daher heute allgemein den Managementbegriff ausdehnt auch auf die Leitung und Führung nicht privatwirtschaftlicher sozialer Systeme, so bedeutet das eine teilweise analoge Anwendung mit Einschränkungen, denn Methoden, Techniken und Strategien des Managements sind aus den Bedingungen von Markt und Wettbewerb entwickelt.

Krankenkassen sind von allen Sozialverwaltungen am ehesten geeignet und gefordert, sich um unternehmerisches Handeln zu bemühen, denn sie stehen im Spannungsfeld zwischen staatlicher Verwaltung und freiem Unternehmertum:

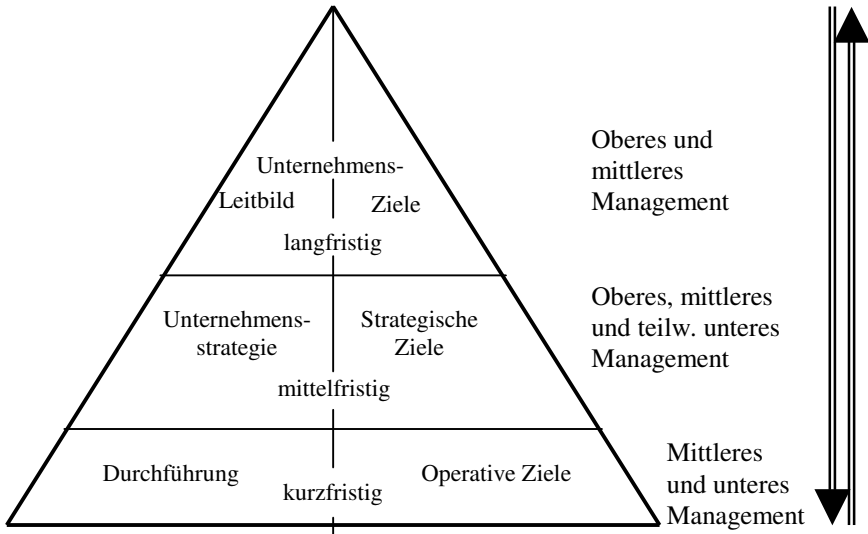
- Die Krankenversicherung vermittelt zwischen Sozial- und Gesundheitspolitik einerseits und Gesundheitsmarkt andererseits, zwischen politisch und sozial vertretbaren Budgets und volkswirtschaftlich relevantem Gesundheitsmarkt.
- Ihre Leistungen sind trotz gesetzlicher Fixierung ständigem qualitativem und quantitativem Wandel unterworfen.
- Ihr Geschäft ist also wenig determiniert und von vielerlei Interessengegensätzen bestimmt.

Das erfordert unternehmerische Flexibilität, Innovationsfähigkeit und Eigenverantwortung. Daher sollte das Führungskonzept von Krankenkassen möglichst weit von bürokratischer Staatsverwaltung in Richtung Unternehmensmanagement verschoben werden. Das bedeutet nicht vorrangig die Anwendung bestimmter Methoden und Techniken, sondern betrifft vor allem das unternehmerische Denken und Handeln.

Effizientes Management ist nicht nur eine Frage der Leitungsspitze; es betrifft alle Ebenen des Betriebes, hier: der Krankenkasse. Ziele und Strategien sind auf den einzelnen Unternehmensebenen unterschiedlich im Grad der Gesamt- oder Einzelschau sowie in der Fristigkeit. Methodisch spielt sich aber auf allen Ebenen der gleiche Managementprozeß ab. Dabei sind die Ebenen miteinander verzahnt, d.h. der Managementprozeß spielt sich in der Kommunikation von oben nach unten und von unten nach oben ab. Wo alles im Sinne von Anordnungen nur von oben nach unten läuft, gibt es kein Mitdenken, keine Kreativität, keine Verantwortung, sondern vorrangig bürokratische Absicherung - und die ist eben nicht effizient für den Betrieb.

Ziele und Strategien sind also aufeinander abgestimmt, d.h. die Unternehmensstrategie ist auf die Unternehmensziele ausgerichtet, das laufende Durchführungsgeschäft auf die strategischen Ziele. Was selbstverständlich klingt, ist es in der Praxis keineswegs, wenn es darum geht, dieses Prinzip konsequent und ausschließlich zu handhaben. Nur ein über alle Ebenen und Bereiche hinweg ausschließlich auf ein durchgängiges Zielsystem ausgerichtetes Unternehmen kann effizient und erfolgreich operieren.

Abbildung 2: Management-Pyramide



Das systematische Durchlaufen der verschiedenen Phasen eines Managementprozesses setzt nicht unbedingt ein großes Vorhaben voraus und damit auch nicht in jedem Falle ein aufwendiges Verfahren. Dies ist vielmehr die gedankliche Abfolge für jede auch noch so kleine Managementaufgabe unabhängig vom damit verbundenen (Zeit-)Aufwand. Für komplexere und aufwendigere Managementprobleme empfiehlt sich immer eine entsprechende Institutionalisierung dieses Prozesses, für dessen einzelne Phasen reichlich (DV-gestützte) Instrumente vorhanden sind. Anders als etwa unter planwirtschaftlichen Bedingungen ist dieses Phasenkonzept kein einmaliger Durchlauf mit einer Endkontrolle über den Grad der Planerfüllung, sondern ein sich wiederholender fortlaufender Prozeß, der durch ein laufendes, in jedem Falle an bestimmten Meilensteinen festzumachendes Controlling in Gang gehalten wird, um über

Ziel- und Planungskorrekturen im Ablauf erkannte Probleme zu berücksichtigen (zum Controlling siehe später).

Abbildung 3: Management-Phasen und Management-Instrumente

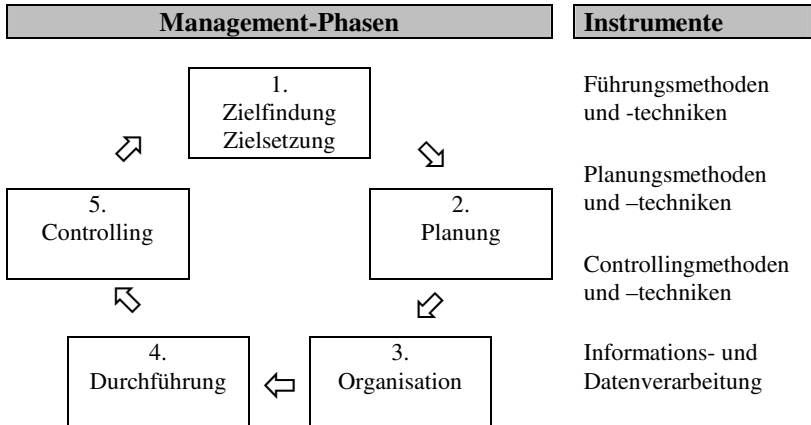
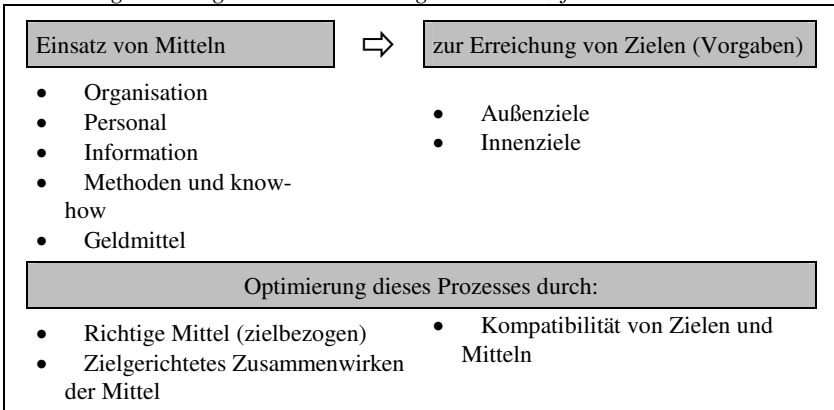


Abbildung 4: Was geschieht im Management-Prozeß



Das sind die "Produktionsfaktoren" eines Dienstleistungsbetriebes. Und da die Mittel den sich ändernden Zielen und (Markt-)Bedingungen angepaßt werden müssen, ist ihre laufende Optimierung die erste grundlegende Managementaufgabe, denn Voraussetzung für eine effiziente Betriebsführung ist, daß die betrieblichen Grundlagen optimal funktionieren. Diese Optimierung setzt voraus, daß das Management eine Übereinstimmung von Zielen und Mitteln erreicht, zielbezogen die richtigen Mittel einsetzt und das zielgerichtete Zusammenwirken der Mittel bewirkt.

Im folgenden sollen die einzelnen Management-Aufgabenbereiche, die der Sicherung und Optimierung dieser Mittel dienen, in bezug auf Krankenkassen näher erläutert werden.

## 2. AUFGABENBEREICHE DES MANAGEMENTS

### 2.1 Aufgabenbereich „Aufbauorganisation“

In dem breiten Spektrum von Möglichkeiten der Organisationsstruktur zwischen staatlicher Trägerschaft des Gesundheitswesens und der sozialen Gesundheitssicherung auf der einen Seite und der privaten Krankenversicherung mit völlig liberalem Gesundheitsmarkt auf der anderen Seite gehen wir von einer gesetzlich geregelten eigenständigen Trägerschaft der Krankenversicherung unter staatlicher Aufsicht mit rechtlich normierten Beziehungen zum Gesundheitswesen aus. Dies entspricht am ehesten den



Gegebenheiten in allen drei baltischen Staaten (wenn auch graduell unterschiedlich) und ist die Grundlage für unser Managementkonzept in diesem sozialen Sektor. Dabei wird für die Größe der Länder und für den zumindest noch relativ großen Regelungsbedarf bei den neuen Systemen von der Zweckmäßigkeit einer einheitlichen, zentralen Krankenversicherung (Krankenkasse) mit regionalen Untergliederungen ausgegangen; auch dies entspricht den Gegebenheiten, wenn auch mit unterschiedlicher Kompetenz der Zentrale und der regionalen Untergliederungen.

Bei dieser Organisationsstruktur kommt im Sinne eines effizienten Managements der Zentrale die strategische Steuerung, der Unterstützung der kundennahen regionalen Außenstellen sowie die Abwicklung der gemeinsamen Verwaltungsaufgaben zu. Diese Aufgaben werden fachlich organisiert.

Im Gegensatz dazu sollte ein Dienstleistungsbetrieb, als den sich eine Krankenkasse zu verstehen hat, in seinen kundennahen Außenbereichen auch kundenorientiert organisiert sein; d.h. jeder Kundenkontakt muß vom Kunden als ganzheitlicher Service erlebt werden. Auch wenn kein Wettbewerb um Kunden (Versicherte) stattfindet, macht eine quasi-wettbewerbliche Orientierung deutlich, welche Erfordernisse sich bereits bei der Organisation im Interesse der Kundenzufriedenheit stellen. Die Organisation muß das Verhalten der Beschäftigten diesbezüglich vorprägen.

Abbildung 5: Zentrale Krankenkasse mit regionaler Untergliederung

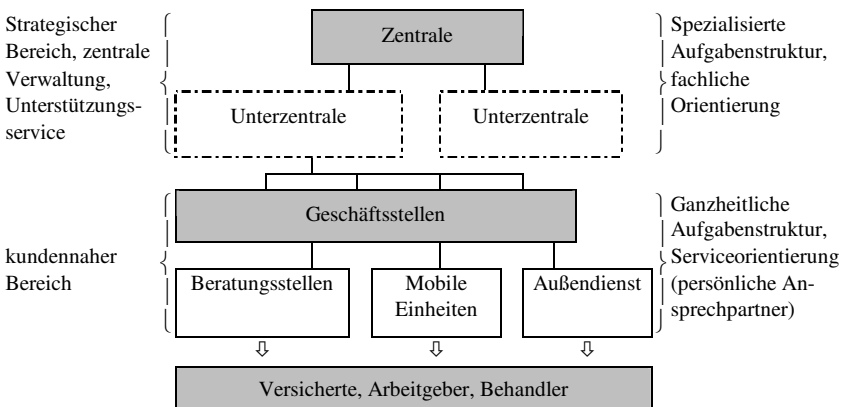
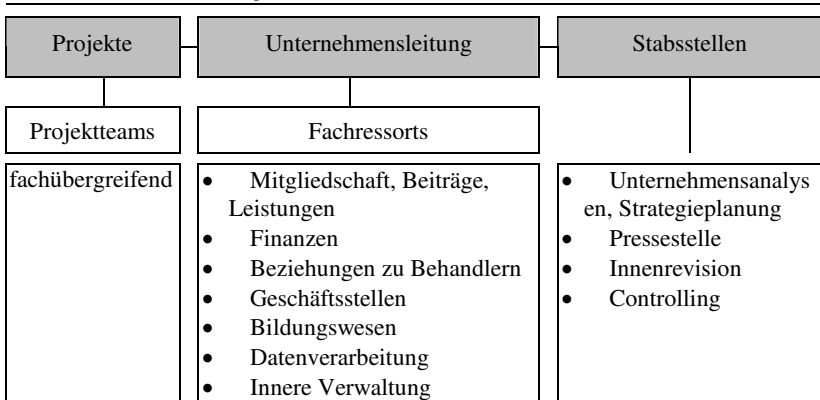


Abbildung 6: Organisation der Zentrale

## Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen



In der Organisation der ~~Zentrale sollte~~ neben der üblichen fachlichen Gliederung darauf geachtet werden, daß gesonderte Projekte oder Projekte, die neue laufende Aufgaben vorbereiten und die zeitlich begrenzt sind, nicht im Rahmen der Linienorganisation, sondern mit jeweils eigener Projektorganisation bewältigt werden: nicht nur wegen der prinzipiell unterschiedlichen Arbeitsorganisation beider Bereiche, sondern auch wegen der ansonsten zwangsläufigen Beeinträchtigung eines der beiden Bereiche.

### Unternehmerische Organisationsgrundsätze:

- Die Organisation dient der Unternehmensstrategie, sie ist dieser flexibel anzupassen. (Organisation ist kein einmaliger Akt, sondern eine laufende Managementaufgabe.)
- Organisationsveränderungen werden gemeinsam erarbeitet (Motivation!)
- "Flache" Organisation: möglichst wenige Hierarchiestufen.
- Die Organisation darf kein Hindernis für direkte und schnelle Kommunikation sein.
- Die Organisation soll eindeutige Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sicherstellen, die Zusammenarbeit fördern und Doppelarbeit vermeiden helfen.
- "Small is beautiful": je kleiner, je überschaubarer die Gesamtorganisation, desto effektiver, unbürokratischer und wirtschaftlicher kann sie sein. Je größer die Organisation, desto

mehr unproduktive Beschäftigung mit den eigenen inneren Problemen.

## **2.2 Aufgabenbereich „Personal“**

Ein Unternehmen ist nur so gut wie seine Mitarbeiter! Sie sind das wichtigste Kapital des Unternehmens. Aber fähige Mitarbeiter und Führungskräfte sind weder einfach da, noch einfach zu beschaffen. Sie verfügbar zu machen, ist eine langfristige und permanente Unternehmensaufgabe.

Die wesentlichen personalpolitischen Aufgaben und Methoden, die sich daraus ergeben, sind:

- Personalauswahl      ▪ Vorauswahl
- Einstellungsgespräche
- Personalentwicklung   ▪ Ausbildung, Qualifizierung, Weiterbildung
- Karriereplanung, Führungsnachwuchs
- Beurteilungswesen, Fördergespräche
- Personaleinsatz        ▪ Stellenbeschreibung, Stellenbesetzung
- Anreizsysteme         ▪ Bezahlungssystem, Motivationsförderung
- Mitarbeiterführung    ▪ (Führungsmethoden; vgl. erstes Referat)

In einem weiteren Sinn läßt sich dies alles unter dem zentralen Managementbegriff der „Führung“ zusammenfassen. Die Bereiche können hier nur aufgezählt werden, jeder dieser Bereiche erfordert ein eigenes Seminar. Die drei wesentlichen Kriterien erfolgreicher Führung sind:

- Dezentralisierung von Verantwortung und Entscheidungskompetenz,
- dem Unternehmenserfolg verpflichtete Führung,
- Motivation und Erfolgsorientierung der Mitarbeiter.

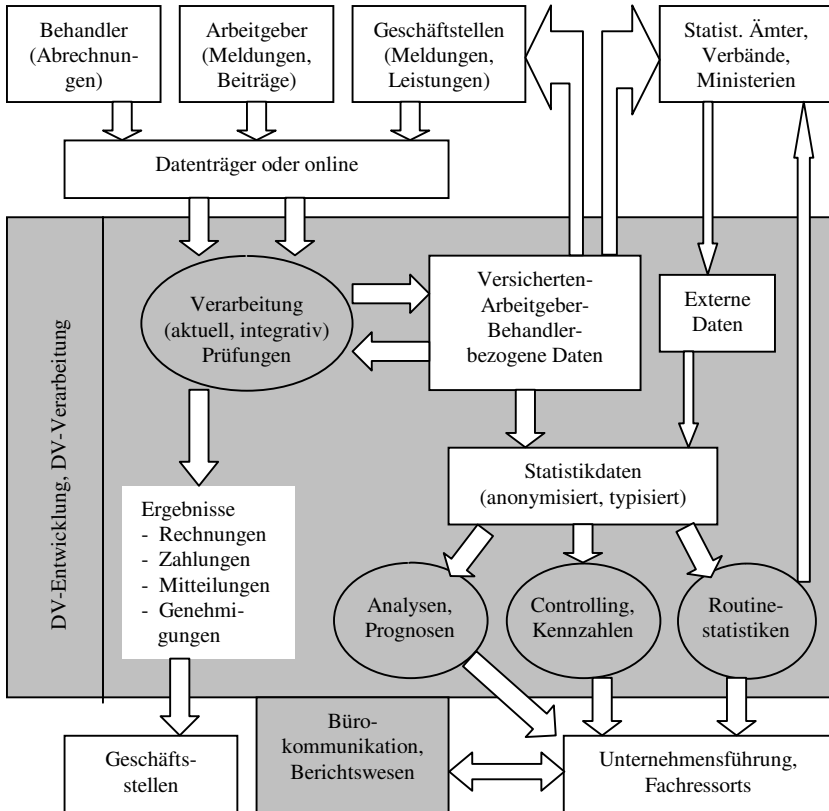
## **2.3 Aufgabenbereich „Informationswesen“**

Dem Informationswesen kommt heute in jedem Unternehmen besondere Bedeutung zu. In der modernen „Informationsgesellschaft“ sind Informationen zu einem wichtigen Produktionsfaktor insbesondere im Dienstleistungssektor geworden. Dies wird vorangetrieben und unterstützt durch die Entwicklung der modernen Informationstechnologie, deren

Einsatz und Nutzung heute eine unbedingte Voraussetzung für erfolgreiche und effiziente Unternehmensführung ist. Dies darf nicht zu einer Überschätzung der Technik und der Informationsmethoden führen, denn sie sind nur ein Hilfsmittel. Entscheidend bleibt der intelligente Umgang mit der Technik und mit den Informationen. Dies läßt sich zu der Aufgabe zusammenfassen, die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle verfügbar zu machen.

Die umfangreichen und komplexen Durchführungsarbeiten einer landesweiten Krankenkasse einschließlich des Abrechnungsverkehrs mit den Institutionen des Gesundheitswesens sind ohne ein DV-gestütztes Datenverarbeitungssystem, möglichst mit Vernetzung von Zentrale und regionalen Stellen, kaum sicher und zeitgerecht, aber auch wirtschaftlich zu erledigen. Das gilt sowohl für das operative Geschäft als auch für die Nutzung der operativen Daten (Routinedaten) für strategische, wissenschaftliche und statistische Zwecke. Der Grad der Automation des Versicherungs- und Abrechnungsgeschäftes sowie die Aktualität und Integration der Verarbeitung ist mitentscheidend für die Effizienz der Mitarbeiter. Sowohl die DV-Entwicklung und -verarbeitung als auch die statistisch-analytische Arbeit sind Organisationseinheiten, deren Funktionsfähigkeit das Management besondere Aufmerksamkeit widmen muß.

Abbildung 7: Informations- und Datenverarbeitungssysteme



## 2.4 Aufgabenbereich „Finanzen“

Bei finanzieller Autonomie sind die Finanzen der Hauptaktionsparameter einer Krankenkasse. Aber auch bei (teilweiser) finanzieller Abhängigkeit kann die Geschichte jedes Krankenversicherungssystems als die seiner finanziellen Probleme bezeichnet werden. Die finanzwirtschaftlichen Handlungsfelder einer Krankenkasse sind

<b>Einnahmenwirtschaft</b>	<b>Ausgaben- und Kostensteuerung</b>	<b>Finanzverwaltung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Finanzierungssystem</li> <li>▪ Finanzierungsgrundlagen</li> <li>▪ Beitragseinzug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungsumfang</li> <li>▪ Inanspruchnahme</li> <li>▪ Vergütung</li> <li>▪ med. Entwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haushalts- und Rechnungswesen</li> <li>▪ Verwendung und Verwaltung der Mittel</li> <li>▪ Vermögen</li> </ul>

Unter dem Gesichtspunkt des Managements der "Produktionsmittel" befassen wir uns hier mit der Finanzverwaltung, während Einnahmenwirtschaft und Kostensteuerung Themen des nächsten Workshops sind.

Die Finanzverwaltung ist weitgehend durch haushaltsrechtliche Vorschriften geregelt, wobei gesetzliche Regelungen für Krankenkassen spezifische Anpassungen des öffentlichen Haushaltsrechts an unternehmenspolitische Erfordernisse von Krankenkassen ermöglichen sollten. D.h. insbesondere mehr Flexibilität als üblicherweise im öffentlichen Haushaltsrecht und mehr Anpassung an betriebliches Rechnungswesen in der Privatwirtschaft. Unabhängig davon können aber die wichtigsten Funktionen und Grundsätze des öffentlichen Haushaltsrechts auch für die Krankenkassen gelten:

<b>Funktion</b>	<b>Haushaltsgrundsätze</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ordnungsmäßigkeit und Solidität</li> <li>▪ Regelung und Kontrolle im Innenverhältnis der Organe</li> <li>▪ Verbindlichkeit der Außenwirkung interner Planung (durch Rechtsanspruchsleistungen eingeschränkt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Öffentlichkeit</li> <li>▪ Vollständigkeit</li> <li>▪ Sachliche und zeitliche Bindung</li> <li>▪ Haushaltsausgleich</li> <li>▪ Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit</li> <li>▪ Nachprüfbarkeit, Transparenz</li> </ul>

## **2.5 Aufgabenbereich „Controlling“**

Aus den "Produktionsmitteln", Methoden und Instrumenten sei hier das Instrument des Controllings als wichtige Managementaufgabe für die Effizienz des Unternehmens Krankenkasse herausgegriffen.

Unter "Controlling" versteht man nicht Kontrolle, Überwachung oder Innenrevision, sondern den Regelkreis aus Planen – Soll-Ist-Abgleich – Abweichungsanalyse – Planrevision, um stets zu "wissen, was im Unternehmen los ist". Controlling erstreckt sich also auf sämtliche Stadien des Managementkreislaufs und ist unterstützend sowie administrativ von Anfang an daran beteiligt. Es erfolgt stufenadäquat über sämtliche Hierarchiestufen, allerdings nur bezüglich der auch beeinflussbaren Faktoren und liefert die richtigen Informationen zum richtigen Zeitpunkt an die richtige Stelle im Unternehmen.

Controlling hat drei Dimensionen:

1. Controlling ist eine zentrale Aufgabe der Führung. Es objektiviert Führung durch sein sach- und ergebnis-, nicht personenbezogenes Vorgehen und ermöglicht dadurch erst eine persönliche Arbeitsgestaltung des Mitarbeiters. Controlling ist nicht Endkontrolle, sondern ein begleitender Prozeß, der ein akzeptiertes Endergebnis sichert.
2. Controlling ist eine institutionalisierte betriebliche Aufgabe, in der Regel eine Organisationseinheit, deren Aufgabe Aufbau und Weiterentwicklung des Controllings sowie die Erarbeitung, Beschaffung, Auswertung und Analyse der jeweiligen Grundlagen ist.

Controlling ist der Sammelbegriff für Instrumente und Techniken (heute in Form von DV-Softwarepaketen), die mit der übrigen Informationsverarbeitung des Betriebes vernetzt sind.

<b>Führungsaufgabe</b>	<b>Institution</b>	<b>Instrument</b>
<u>Operatives Controlling</u> Mitarbeiter Budgets Aktionen	<u>Controller</u> (Stabsstelle)	<u>Berichtswesen</u> Statistiken Quartalsberichte Jahresberichte
<u>Strategisches Controlling</u> Außenwirkungen eigener Strategien	<u>Stabseinheit</u>	<u>Methoden</u> Kennzahlen Soll-Ist-Analyse Überprüfungen <u>Technik (DV-Systeme)</u>

### 3. RECHTLICHES UMFELD

Die Gestaltungsmöglichkeiten des Kassenmanagements hängen nicht unwesentlich von den rechtlichen Rahmenbedingungen ab. Wie schon eingangs erwähnt, benötigt ein effizientes Management entsprechenden Handlungsfreiraum. Wesentliche Aspekte eines notwendigen unternehmerischen Freiraums in der Krankenversicherungsgesetzgebung sind:

- Eigenständige, vom Staatshaushalt unabhängige Krankenkassen
- Staatliche Aufsicht auf Einhaltung gesetzlicher Vorschriften begrenzt
- Konfliktfreie Trägerstruktur (z. B. keine konkurrierenden Gruppen als Träger der Krankenkassen)
- Gesetzlicher Spielraum für gesundheitspolitische und finanzielle Anpassungserfordernisse ohne erneute gesetzgeberische Akte
- Gestufte Vorschriftenstruktur (Gesetzgeber – Ministerium Aufsicht – Träger)

Andererseits besteht aus Gründen der politisch gewollten Absicherung der sozialen Krankenversicherung staatlicher bzw. gesetzgeberischer Regelungsbedarf bei:

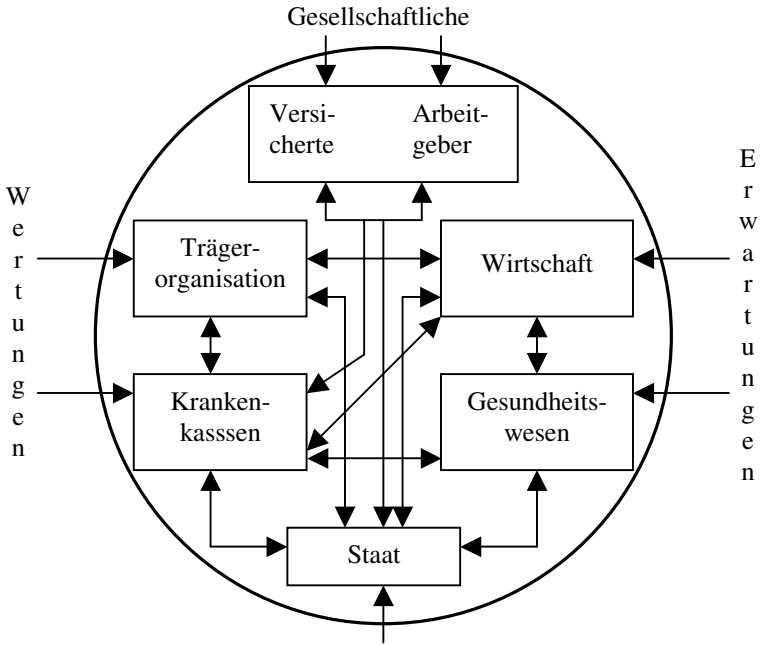
- Budget-/Beitragssatz- und Leistungsrahmen,
- Versicherungsvoraussetzungen und -bedingungen,



- Organisation und Verpflichtung der Vertragspartnerschaft mit den Leistungserbringern (Ärzten usw.),
- Finanzierungsgarantie,
- Widerspruchs- und Klagerecht gegen Akte der Krankenkassen.

Hier ein ausgewogenes Verhältnis von gesetzlichen Vorgaben und Gestaltungsfreiraum der Krankenkassen zu finden, ist um so wichtiger, als die Gesetzgebungsbedingungen ohnehin eher effizienzwidrig sind: Das Interessengeflecht, innerhalb dessen jede Krankenversicherungsgesetzgebung stattfindet und das eben nicht nur die unmittelbaren Beziehungen zwischen Staat und Krankenkassen betrifft, erschwert von vornherein eine ausschließlich auf Effizienz und Effektivität der Krankenkassen (wie auch auf sozial- und gesundheitspolitische Ziele) ausgerichtete Gesetzgebung. Das ist sicher auch mit eine der wesentlichen Ursachen für die in den "Vorbemerkungen" aufgezeigte Wirkungsschwäche von gesetzgeberischen Kostendämpfungsbemühungen.

Abbildung 8: Krankenkassengesetzgebung im Interessengeflecht



## **MANAGEMENT AND SITUATION IN HEALTH INSURANCE IN LATVIA. CURRENT SITUATION, BACKGROUND, MAIN OBJECTIVES OF THE REFORM**

*Ināra Bluķe*

*(Director of Central Fund of State Compulsory Health Insurance)*

The current problems in the health care area in Latvia can be described as follows:

- The general health condition of the population is worsening.
- The medical care financing deficit is increasing. New technologies are being adopted, the choice of medical treatment options is widening and there are more opportunities to use new treatment methods than finances to pay for.
- Use of financial resources is not sufficiently effective and rational. There are too many providers of medical services.
- The country has a comparatively stable network of medical service providers which have good coverage but unfortunately do not always match or satisfy specific regional demand.
- There are a large number of different kinds of payments by patients which are very difficult to administer as they are paid at the point of provision of service.
- The purchaser of and payer for medical services (territorial funds) and the providers of services are often owned by the same body (local government).
- In some territories free choice of a medical establishment by a patient is still limited. As a result funding is often wrongly diverted to support operations of the territorial (municipal) medical establishment.
- There is no record of personal income tax payment for each inhabitant of the country. As a result paid health care services are obtained by a person who does not pay taxes. The possibility of receiving medical service is not linked to payment of tax.

- Within the health care system there is lack of funding for improving qualifications of specialists and retraining specialists.
- As new doctor's practices are created there is lack of specially trained primary care doctors (general practitioners), many specialist doctors, for example paediatricians, surgeons, neurologists etc., need to retrain as general practitioners or family doctors.
- There are constraints in respect of implementation of the principal objective of sickness funds – to represent the interests of patients in obtaining medical services (more, less costly, and of adequate quality).
- Institutions which are involved in health care reform process are not operating as elements of a uniform system and there is lack of co-ordination. This is due to the fact that these institutions do not always understand their role and functions within the wider process of change.
- The operational standards of regional sickness funds which have been established in the country give the sickness fund a passive role of an intermediary. Sickness funds are operating as settlement centres which settle amount due to medical establishments for services provided. 32 territorial sickness funds are each dealing with their own local problems under supervision of the local government. There is no defined personnel policy. The staff of the sickness funds are often good specialists in their profession, but unable to manage and co-ordinate the process of change.

The reform of health care financing in Latvia started in 1993. Since then the situation has gradually developed from a basically municipal and partly state funded cost budget system towards a fee-for-service arrangement funded from an allocated portion of the income tax budget. The State Sickness Fund which was created in 1993 and 33 Regional Sickness Funds which were set up in 1996 became the institutions that administer the funding process and helped to develop a new financing system in the country.

In 1996 each local government financed the health care basic programme for its population from its own budget with a state subsidiary for health ser-

vices provided outside the local government's own territory. State programmes were and still are funded from the state budget.

Since 1997 the State Sickness Fund receives the centralised funding and redistributes resources through the territorial sickness funds according to agreements and sets of defined criteria. The main achievements so far in the process of change are:

- A principle of minimum uniform service level throughout the country has been established.
- Uniform levels of patient fees and membership fees have been set.
- Registration of patients with the sickness funds has been started.

The main objective of the reform is to undertake policies to improve the health of the population and to ensure the availability of high quality and adequate medical services within scarce financial resources. These objectives can be described more precisely as follows:

- To provide the population with an efficient (largely) tax-based health care system with centralised collection and distribution of financial resources. Financing of health care from a pre-set portion of personal income tax should form the basis of the new financing system.
- To increase the experience of responsibility of the population for retraining and promoting its own health.
- To ensure quality, availability and freedom of choice for the patients in relation to primary care. The system should furthermore promote the development of efficient and highly qualified doctors' practices by applying principles of payment which are linked to the number of patients and actual services provided (capitation). The development of primary health care and improvement of the quality of services should also be enhanced by the system.
- Strengthening the role of primary health care.
- Strengthening the role of health promotion by creating positive attitude towards health promotion activities among the population.
- To strengthen the central and local political control over the use of the resources and the development of the system.

- To establish a uniform assessment and payment system for medical services throughout the country.
- To introduce a system with additional compulsory payments for all adults who are able to work (including pensioners), and to set a level of membership fees which would not become an obstacle in seeking medical assistance when there is a real need.
- To decentralise authority, responsibility and resources to 4 – 6 regional sickness funds in order to create a functionally and financially more unified health care system, with systematic planning of resource allocation within the service to ensure more efficient and rational use of money spent on health care.
- The essence of the reform is to achieve therefore the best possible results for the allocated resources (value for money). A uniform medical service basket which is to be financed by the regional sickness funds needs to be established throughout the country, and it should be subject to subsequent regular reviews.

The responsibilities of the management body of the Central Fund of Compulsory Health Insurance are:

- To lead and develop the operations of the Central Fund of Compulsory Health Insurance.
- To plan the operations, analyses and evaluation of results.
- Accounting.
- Personnel administration and ensure appropriate competencies.
- To inform the public on health care matters.
- To ensure a uniform application of legal provisions.

The director is responsible for the performance of the Central Fund of Compulsory Health Insurance. To support the director there are three deputy directors, each leading one division. The divisions are:

- Division of Health,
- Division of Economics,
- Division of Administration.

Regional Sickness Funds are agencies owned by groups of local authorities. Their task in the system is to identify the needs of the population in their areas and, with financial resources provided by the Central Fund of Compulsory Health Insurance, to cover the necessary and adequate services for the inhabitants in those areas. The Regional Sickness Funds will be funded by a set percentage of their own budget.

Health services within the minimum service basket will be financed from a special health care budget raised mainly through a percentage of income tax and partly by state subsidy. The financial resources will be distributed through the Central Fund of the Compulsory Health Insurance to the Regional Sickness Funds to pay for local services.

A uniform reserve fund of 5% of the total special health care budget is to be formed in order to ensure functional stability of the system; uniform criteria are being demanded to regulate use of these funds and allocation of financing to the regional sickness funds (see the chart in Appendix).

2% of the total special health care budget are assigned for administrative costs required to ensure operations of the Central Fund of Compulsory Health Insurance and the regional sickness funds.

The strategy of change rests mainly on the following prerequisites for and types of interventions of health policy:

- Developing methods for analysing and defining health care needs.
- Undertaking a political and economical feasibility study in respect of the care programmes and approved activities.
- Definition of health insurance and financing policy priorities, which we can provide for an effectively functioning health care system.
- Elaboration of health care programmes and basic principles and creation of health policy.
- Specifying the service basket, separation of paid and not-paid services.
- Providing of information to the interested parties about development of the system and the role of the Central Fund of Compulsory Health Insurance in this process.
- Allocation of financial resources to the Central Fund of Compulsory Health Insurance and the regional sickness funds in accordance with the defined functions.

## HEALTH INSURANCE IN ESTONIA

*Toomas Jukk*

*(Keskaigekassa - Central Sickness Fund - Tallinn)*

### 1. GENERAL PRINCIPLES

Estonian Health Insurance System was established in 1992 when the Health Insurance Act came into force. Estonian Health Insurance is a social security scheme based on solidarity.

The objective of Estonian Health Insurance System is to maintain the health of the residents of the Republic of Estonia; to pay for health examinations and medical services; to pay benefits-in-cash in case of loss of income due to temporary inability to work caused by illness, injuries, pregnancy, childbirth or nursing a family member; to reimburse prescribed medicines to pharmacies as provided by legal acts.

The population coverage is quite broad, the number of entitled persons is greater than the number of actual contributors. Estonian health insurance covers the insured (persons who themselves are paying social tax or for whom the social tax is paid for) and without paying contributions, i.e. all children up to 18-years, full-time students, persons receiving an official pension, pregnant women, those registered as unemployed and some other clearly defined groups. The number of insured for whom tax was paid in 1997 was 634,214 and the number of persons entitled without paying contributions under the Health Insurance Act was 795,860.

The entitlement to public health insurance is based on residency, not citizenship. The Act also establishes the right of residents to supplementary private insurance, but opting out of the mandatory system is not permitted.

For administration, sickness funds were established in each of the 15 counties and 6 towns of republican subordination: 21 Sick Funds in total. For national level co-ordination, an Association of Sickness Funds was established. Based on the first years of experience, the Central Sickness Fund was established in 1994 for more efficient planning and control of financial resources, and for providing equity between regions. After this change, regional sickness funds are under the Central Sickness Fund. The number of regional sickness funds has been decreased to 17 aiming at more economical use of resources. People can choose to be a member of the



regional sickness fund where they mostly live and use health care services. Sickness funds do not compete for members.

The State Health Insurance Council was established at national level in the Central Sickness Fund and at county levels the Regional Health Insurance Councils established in the regional sickness funds. These assist with public supervision of the health insurance programme. Councils on both levels are appointed for three years. The State Health Insurance Council has representatives from the Ministry of Social Affairs, the State Social Insurance Agency, County Doctors, Municipal Doctors, tertiary level health care providers, five representatives of employer unions and five representatives of insured, unions. The Council approves the state health insurance budget, the proportion allocated between services and the Central Sick Fund's financial reports. The Regional Health Insurance Council members are the County Doctor and representatives of local governments, municipal and town doctors, the Regional Medical Association, regional health protection office, three representatives of insured and three representatives of employers. Regional health insurance councils approve planned contracts between the regional sickness fund and providers, quarterly financial reports and advise on regional problems and proposals.

Entitlement to health insurance is based on sickness fund card, which is issued by the sickness funds to all persons covered under the national health insurance scheme. In 1997, an internet-based information system between sickness funds and health care providers was created. That was the first step that enables operational control of validity of insurance, check out employer and selected family practitioner. In the future this system can be linked to other databases that enables to perform various sophisticated tasks needed in management of health insurance.

## **2. HEALTH INSURANCE REVENUES AND BUDGET**

Health insurance in Estonia is a compulsory scheme that is financed through a special tax called the social tax. It forms 33% of the payroll and is paid by employers. Self employed persons must pay the social tax themselves, the rate is the same – 33% of the gross income. From 1999 the tax is collected by the Bureau of Internal Revenue, 20% goes for pension insurance and 13% for health insurance.

The social tax is a flat rate tax not depending on income, being thus proportional, not progressive. The tax is income-related, without any risk-adjustment or community-rating. The Bureau of Internal Revenue transfers the health insurance part of the collected social tax to the group account of the Central Sickness Fund, where it is re-allocated to the regional sickness funds on per capita basis according to the number of insured persons. This harmonises the differences in financial resources between counties resulting from differences in economic situation and thus guarantees equal conditions for all insured persons no matter in which sickness fund they are insured.

The health insurance budget is calculated on basis of expected total incoming payments of social tax. The macro-economic prognosis of total payroll is calculated by Ministry of Finance. The Central Sickness Fund compares and estimates revenues of the next year based on this prognosis and health insurance expenditure of the year before, and composes consolidated health insurance budget. Central Sick Fund presents the overall health insurance budget to the Ministry of Social Affairs and to the State Health Insurance Council for approval. The approved budget is presented to the Ministry of Finance and Estonian Government. Then, the State Health Insurance Budget is presented to the Estonian Parliament for approval as an independent annex to the State Budget. There are current discussions on the level of independence of the health insurance budget in regard to the State Budget.

State Health Insurance budget has been divided into the following articles of expenditure:

1. Health care services (treatment, health promotion, disease prevention, rehabilitation, medical aids)
2. Sickness-benefits
3. Pharmaceuticals (compensations to the insured, compensations to the hospitals)
4. High-technology equipment
5. Administrative costs of the Central Sickness Fund and regional sickness funds
6. Information technology (IT)
7. Capital investments of the sickness funds

*Table 1: Main expenditure in Estonian health insurance 1992 – 1998  
(in million Estonian Crowns EEK)*

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998 (budget)
Revenue	438.8	1,048.8	1,692.2	2,131.4	2,591.2	3,142.8	3,455.0
Health care services	324.7	666.3	983.7	1,433.3	1,863.9	2,064.5	2,547.6
Sick-day benefits	56.5	156.3	246.8	380.2	460.0	552.0	596.6
Pharmaceuticals	5.4	55.5	97.2	110.4	146.2	254.2	225.0

The budgets of the regional sickness funds are calculated entirely on a per capita basis. In reality today, northern part regions subsidise health care in the remaining fifteen.

*Table 2: Health insurance expenditure per insured person 1996 – 1998 (in EEK)*

	1996	1997	% increase	1998	% increase
Health services	1,258.9	1,398	6.4	1,716.2	28.2
Sick-day benefits	334.36	373.9	11.8	417.47	11.6
Pharmaceuticals	106.27	172.23	62.1	157.44	-8.6
Number of insured (yearly average): 1,400,000					

After the reform of 1994, it is possible for some population groups to be without coverage. In this case they have to pay out of pocket for health care services. In January 1998, it was estimated that there were approximately 50 – 70,000 persons without insurance coverage, mostly unemployed, those not paying social tax (often self-employed) and those who were in the country illegally.

Although needing further development and refinement, the health insurance system in Estonia is fully operational. The operational skills of Sick Funds are improving continuously. The importance of having good information systems is recognised and their development has been a high priority. For example, the budget allocation to information technology development has increased 2,5 times in 1996 compared to 1995. The administrative costs of Sick Funds are extremely low, at 1.3% of health insurance budget.

The second source of health care financing are the state and municipal budgets through general taxation. The state retains 42% of total income tax, 58% being transferred to the municipalities. Until the end of 1997, the owner of the provider institution was responsible for the institution's overheads – maintenance and renovation costs. However, as most municipalities were unable to meet this need, they got subsidies from the state budget. As expenditure on hospital maintenance competed with municipal spending on other sectors, the proportion of health care spending in municipal budgets is small: in Tallinn (the capital) for example, 2% of the city budget. On the other hand sickness fund money (payment for services) was more readily available. This has led to a situation where hospitals withheld money from contracts (at the expense of medical personnel salaries) in order to pay for maintenance or renovation. Since 1998, maintenance costs of hospitals are calculated into the prices of services of health insurance.

*Table 3: Summary of Health Care Funding from Public Sources*

	1995		1996		1997	
	mill. EEK	%	mill. EEK	%	mill. EEK	%
Health insurance	1,733	81.2	2,112	81.9	2,412	87.0
State budget	299	14.0	337	13.1	282	10.2
Municipal budgets	102	4.8	131	5.1	79	2.8
Total health care funding	2,134	100.0	2,579	100.0	2,773	100.0
Total public funding	16,046		19,661		21,705	
GDP	41,279		52,379		60,150	
Public health expenditure in % of GDP		5.2		4.9		4.6

Health insurance was not planned to replace state or Municipal budget funding, and supplementary funding from these budgets as also other sources was expected. Today, there are discussions on the extent of the national health insurance and on proportions between health insurance and state/municipal budget. Clear tendency of the recent years however has been that the role of health insurance as compared to financing through state/municipality is constantly increasing. Discussion has also raised that

part of the responsibility for health insurance tax should be transferred to the employees.

Looking back at the reaction of medical community and public during implementation of health insurance, it took almost two years until the medical community began to understand the principles of health insurance. More attention must be paid at public information. Today, there are clear signs of an increase in public interest in the quality of health care services. This can certainly be attributed to increased awareness that there is no free health care, but that the services received are paid for through insurance.

### 3. SUMMARY

At the end I would like to summarise the advantages and relapses concerning the implementation of health insurance in Estonia.

At first, which benefits have health care system and insured people gained due to implementation of health insurance system:

- Independent financing, which is not subject to competition between different sectors of public service in the State Budget, i.e. health insurance budget is separated from the state budget. This enabled fast development of health care at a time when other fields of public sector suffered from lack of financial resources.
- As the regional sickness funds make contracts with the providers of health care services, the decision making is decentralised. Decisions are made at the county level and this encourages responsibility and initiative at the local level.
- With the application of changes in financing, also the health care institutions and their management became more independent. Although this is also associated with a disadvantage – “arms race” of health care facilities – the possession of money and the right of decision making enabled hospitals to procure new expensive technology. The problem is that although the number of hospitals has decreased since 1990, we still have too many of them – and they do not have enough patients to make the rational and optimal use of expensive medical equipment.
- Pretentiousness of insured persons/patients concerning the quality of health care services and quality of customer service

has continuously increased. – *Patients as taxpayers are increasingly interested in getting good quality medical care as well as to be treated well.*

Next I want to discuss the issues that have been paid too little attention yet. Although at the first look these issues seem to be basic and elementary, our experience shows that the problems should have been dealt with more sophisticatedly. We considered questions concerning payment mechanisms, price list and other practical issues to be more important to the providers of health care services. Nevertheless, our experience shows that without dealing actively with these problems, solving the practical questions will fail in some years.

- Consensus building concerning the principles of further development of health insurance to avoid conflicts within the system itself.
- Making all concerned parties acquainted with these principles.
- Implementing the principles in practice; e.g. it is very difficult to implement health insurance when some institutions e.g. Ministry of Financial Affairs interprets health insurance budget as a part of the global state budget.
- It is very important that the principles and methods of implementing processes were comprehensible and available in written form – it will simplify understanding and consensus building, because persons in the Government, the Parliament and ministries change quite often, and that is why they do not know the system in detail.
- Availability of literature and materials – people in leading positions have always lack of time to look for new literature – so it is the task of the persons who are involved in administrating health insurance, to make these materials more available and give information about associated topics.
- With the decentralisation in decision-making, it is important to assure that a common framework exists, where all parties know their functions and responsibilities. It is also important to find a right balance between the decisions to be taken centrally and locally.

**2. Workshop  
vom 21. bis 25.09. 1998  
in Palanga (Litauen)**

**Thema:**

**„Kostenbegrenzung und Kostensteuerung  
im Gesundheitswesen“**

# SICHERUNG EINER LEISTUNGSFÄHIGEN UND ZEITGEMÄSSEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

*Einführendes Referat von Herrn Guntram Bauer*

## 1. AUFGABENSTELLUNG

Der erste Workshop am 25.5.98. hat ein zentrales Problem für die baltischen Staaten herausgestellt: Die Sicherung einer modernen, qualitativ hochwertigen und sozialen Gesundheitssicherung bei noch unzureichenden wirtschaftlichen und finanziellen Grundlagen. Dies weckte Interesse an den Erfahrungen, die in Deutschland mit Kostendämpfungsmaßnahmen bei geringer gewordenem Wirtschaftswachstum und hoher Sozialleistungsquote zur Sicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung gemacht wurden.

Die Steuerungsmöglichkeiten, -maßnahmen und -erfahrungen aus deutscher Sicht sollen für folgende finanzielle Steuerungsbereiche dargestellt werden:

<b>Einnahmensteuerung</b>	<b>Ausgabensteuerung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Finanzierungssystem</li><li>• Beitragseinzug</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kostendämpfungspolitik</li><li>• Leistungskatalog</li><li>• Vergütungspolitik</li><li>• Angebotssteuerung</li><li>• Steuerung der Inanspruchnahme</li></ul>

## 2. EINNAHMENSTEUERUNG

### 2.1 Finanzierungssystem

Im Vordergrund der finanziellen Sanierungsversuche stehen in Deutschland Bemühungen zur Kostendämpfung. Die Prinzipien der Finanzierung des deutschen Krankenversicherungssystems wurden dagegen bis jetzt aus systematischen und politischen Gründen nicht ernsthaft in Frage



gestellt. Angesichts der erreichten Belastung durch die gesamte soziale Sicherung und der daraus resultierenden Höhe der Lohnnebenkosten sowie angesichts der Schwierigkeiten einer effektiven Ausgabensteuerung werden jedoch auch diese Prinzipien auf die Ziele

- Ergiebigkeit
- soziale Gerechtigkeit
- wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische Verträglichkeit

hin analysiert und optimiert werden müssen.

Dazu gehört:

- Die **Versicherungspflichtgrenze** und die **Beitragsbemessungsgrenze** (75% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung). Sie stand sowohl aus Finanzierungs- als auch aus sozialen Gründen zwar verschiedentlich in der Diskussion, wurde aber bis jetzt aus Gründen der prinzipiellen Betonung des Versicherungsprinzips beibehalten. Außerdem bestünde bei Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze die Gefahr, daß gerade die gut Verdienenden verstärkt in die private Krankenversicherung abwandern würden. Bei Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze wäre hingegen die Existenz der privaten Krankenversicherung gefährdet. Daher wird die Bemessungsgrundlage in der Krankenversicherung auf rund 77% der Bemessungsgrundlage in der Rentenversicherung begrenzt.
- Die **faktisch auf das Arbeitsentgelt beschränkte Beitragsbemessungsgrundlage bei den Pflichtversicherten** aus Gründen der Praktikabilität des Beitragseinzugs durch die Arbeitgeber.
- Der **ausschließlich einkommensabhängige Beitrag** als soziale Komponente. Bei zunehmender (auch freiwilliger) Teilzeitbeschäftigung ermöglicht er den vollen Krankenversicherungsschutz für einen Teilbeitrag (gemessen am Vollzeit-Arbeitsverhältnis) und einen beitragsfreien Krankenversicherungsschutz für nichterwerbstätige mitversicherte Familienangehörige.

- Der **Arbeitgeberanteil** (50%) am Beitrag. Er belastet besonders lohnintensive Betriebe und gefährdet damit Arbeitsplätze (Hauptursache der Lohnnebenkostendiskussion). Aus prinzipiellen Gründen wurde daraus bis jetzt keine wettbewerbsneutrale Umlage auf alle Betriebe gemacht.

Insofern steht eine systemoptimierende Einnahmensteuerung im deutschen Krankenversicherungssystem noch aus. Sie zählt wegen der prinzipiellen und innerstrukturellen Auswirkungen zu den schwierigsten politischen Aufgaben einer Krankenversicherungsreform. Dazu gehören des weiteren auch Fragen der nahezu ausschließlichen Finanzierung durch Beiträge und das Fehlen jeglicher staatlichen Finanzierungsgarantie (anders als in der Renten- und Arbeitslosenversicherung).

*Tabelle 1: Entwicklung der Einkommen*

Jahr	Durchschnittliche	
	Jahresentgelte aller Sozialversicherten	Grundlöhne der beschäftigten Krankenversicherten
1970	13.343 DM	10.900 DM
1980	29.485 DM	24.580 DM
1990	41.946 DM	35.704 DM
1997	52.351 DM	40.406 DM

## 2.2 Beitragseinzug

Die der Krankenversicherung zustehenden Beiträge

- vollständig und rechtzeitig einzuziehen,
- bei möglichst geringem Aufwand für Einzug und Kontrolle
- und unter Vermeidung wirtschaftlicher und sozialer Härten,

ist für nicht staatlich finanzierte Systeme häufig ein besonderes Problem. Hier haben sich die Regelungen des Beitragseinzugs im deutschen Krankenversicherungssystem bewährt.

Vorteile des deutschen Systems sind:

- Die gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers (bzw. bei Rentnern und Arbeitslosen der Renten- und Arbeitslosenversicherung) zur Einbehaltung und Abführung der Beiträge (außer bei freiwilligen Mitgliedern).

- Die Haftung des Arbeitgebers für vollständige und rechtzeitige Abführung der Beiträge.
- Betriebsprüfungen und Sanktionsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber dem Arbeitgeber, bis hin zur Zwangsvollstreckung. Allerdings auch Unterstützung des Arbeitgebers durch die Krankenkassen bei der Beitragsberechnung und Einzugsabwicklung.
- Die verfahrenstechnisch bedingte genaue Kenntnis von ausstehenden Beiträgen, Stundungen und Beitragsausfällen.
- Die Prüfung der Krankenkassen durch die Renten- und Arbeitslosenversicherung bezüglich des Einzugs des (Gesamtsozialversicherungs-)Beitrags und der Abführung der Anteile für die Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Dies schließt allerdings Probleme bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers nicht aus, die in wirtschaftlich schwierigen Zeiten und Regionen wie z.B. in Ostdeutschland durchaus 10 bis 20 % des Beitrags-Solls betreffen können.

### 3. AUSGABENSTEUERUNG

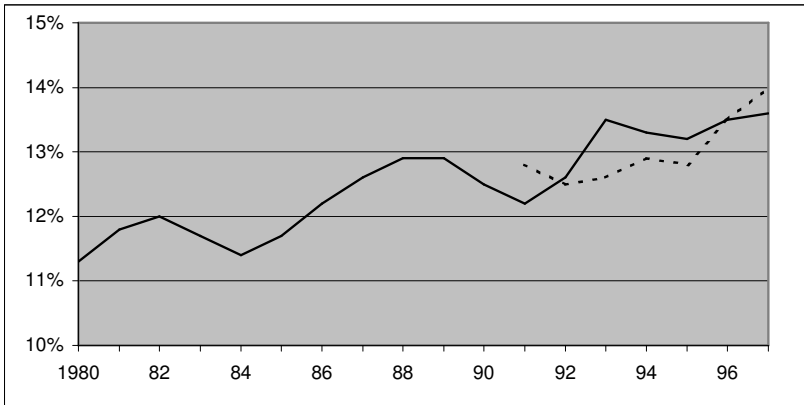
#### 3.1 Kostendämpfungspolitik

Nachdem die Leistungsverbesserungen, Leistungsausweitungen und Verbreiterungen der Finanzierungsgrundlagen bis Anfang der 70er Jahre zu einer als **Kostenexplosion im Gesundheitswesen** bekannt gewordenen Ausgabenentwicklung geführt hatten, erzwangen ab Mitte der 70er Jahre geringer werdendes Wirtschaftswachstum, zunehmende Arbeitslosigkeit und in deren Gefolge geringere, teilweise fehlende Finanzierungszuwächse eine bis heute anhaltende **Kostendämpfungspolitik**. Kostendämpfungs-, Reform- und Strukturgesetze in den Jahren 1977, 1981, 1983, 1989, 1993, 1997 (weitere sind in Vorbereitung) zeigen die Schwierigkeit, die Entwicklung der Ausgaben nachhaltig in den Griff zu bekommen. Trotz erheblicher Ausweitung der Eigenbeteiligung im Krankheitsfall, trotz Leistungseinschränkungen und zumindest zeitweise spürbarer Einschnitte in die Leistungsvergütungen ist eine nachhaltige Senkung der Beitragssätze, der Lohnnebenkosten und des Anteils der Beiträge am Volkseinkommen bis jetzt nicht gelungen.

Abbildung 1: Reformen im Gesundheitswesen und ihre finanziellen Auswirkungen, Saldo aus Einnahmen und Ausgaben der GKV (in Mrd. DM)

	GKV-Defizit	GKV-Überschuß	GKV-Gesamtausgaben
1997	- 7,8	1,1	266,106
1996	- 6,9		272,630
1995		2,2	262,825
1994		10,4	234,274
1993	- 9,4		211,781
1992	- 2,8		210,496
1991		6,1	183,043
1990			141,654

Abbildung 2: Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung 1980 bis 1997 (in % vom Bruttolohn)



———— GKV West      - - - - - GKV Ost

Die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens mit

- Ausgaben für Gesundheit in Höhe von 14% des Bruttosozialprodukts (davon ca. die Hälfte in der gesetzlichen Krankenversicherung),

- einem Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten von 8% bzw. mittelbar 13%

ist inzwischen als wirtschaftspolitisch gleichrangig neben den Problemen der Sozialleistungsquote und der Lohnnebenkosten anerkannt. Beliebiges Eingreifen in die ökonomischen Grundlagen des Gesundheitswesens im Sinne einer wirklichen Kostendämpfung verbietet sich von daher ohnehin. Der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung (Altersstruktur) in Verbindung mit einer entsprechenden Erwartungshaltung der Bevölkerung geben zudem ausreichende Rechtfertigung für den wachsenden finanziellen Bedarf des Medizinbetriebes.

Angesichts dieser Situation sieht zumindest die bisherige Regierung eine Möglichkeit zur Begrenzung der Sozialleistungsquote und der Lohnnebenkosten in erster Linie in einer weiteren Erhöhung von Eigenbeteiligungen und in einer Durchforstung des Leistungskatalogs nach vertretbaren Begrenzungen von Leistungen. Demgegenüber legt die neue Bundesregierung mehr Gewicht darauf, Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen auszuschöpfen und die verschiedenen Behandlungsbereiche besser zu verzahnen. Übereinstimmung herrscht in dem prinzipiellen Ziel, daß der Anspruch auf eine vollwertige gesundheitliche Versorgung nicht von der Höhe des persönlichen Einkommens abhängen darf: Der Handlungsspielraum für Maßnahmen zur Kostendämpfung ist vor dem Hintergrund dieses Zieles nicht sehr groß.

*Tabelle 2: Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung*

Jahr	Einnahmen in % VEK*	Beitrags- satz	Leistungsausgaben M/RM/DM	
			in Mio.	je Mitglied
1885	0,4	1,9	53	11,30
1900	0,7	2,0	174	17,13
1914	1,3	3,5	488	29,53
1934	2,1	5,1	1.021	56,49
1950	3,2	5,7	2.107	103,03
1960	4,1	8,5	8.965	331,30
1969	5,2	10,6	22.761	762,66
1970	5,0	8,2	23.849	778,22
1980	7,7	11,9	85.956	2.428,47
1990	7,8	12,5	134.238	3.538,26
1997	9,9 **	13,7 **	191.683 **	3.814 **
		14,3 ***		3.004 ***

\* Volkseinkommen; \*\* Westdeutschland; \*\*\* Ostdeutschland

### 3.2 Leistungskatalog

Ursprünglich waren 90% der Leistungen der Krankenversicherung Barleistungen (Krankengeld). Die wechselseitige Abhängigkeit von Leistungen und Finanzierungsgrundlagen gewährleistete eine weitgehend gleichgewichtige finanzielle Entwicklung. Mit dem zunehmenden Gewicht medizinischer Versorgungsleistungen (heute 90% der Leistungen) ging dieser Bezug zu den Finanzierungsgrundlagen verloren, das Leistungsgeschehen gewann seine eigene Dynamik. Die ständige Ausweitung des Leistungskatalogs, die Verbesserung bisheriger Leistungsansprüche, neue Schwerpunkte wie Rehabilitation und Prävention, die Einbeziehung von Personengruppen mit nicht kostendeckenden Beiträgen in dieses Leistungsspektrum und die Verrechtlichung der Ansprüche wie der Leistungsangebote haben das Leistungsspektrum auf ein ökonomisch unhaltbares Niveau angehoben. Nach dem Ausbau beginnt nun der Umbau. Dabei geht es um die Fragen,

- inwieweit alle aus völlig verschiedenen Bedingungen heraus in den Leistungskatalog aufgenommenen Leistungen heute überhaupt noch, so noch bzw. noch im gleichen Umfang erforderlich sind,
- welche Leistungen heute zum allgemeinen Lebensbedarf zu zählen sind und kein zu versicherndes Risiko mehr darstellen,
- welche Leistungen aufgrund neuer, vor allem präventiver Methoden vermeidbar sind,
- inwieweit eine Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten wirtschaftlich und sozial vertretbar und dem Interesse der Eigenverantwortung dienlich ist,

und ähnliches mehr.

Unter solchen Gesichtspunkten wurden bis jetzt folgende Leistungsbegrenzungen vorgenommen:

- Sterbegeld in seiner Höhe eingefroren, auslaufend.
- Brillengestelle gestrichen.
- Zahnersatz mit Kostenerstattung der Kassensätze, auslaufend.

- Bei Krankenhausbehandlung und Kuren Zuzahlung als Ausgleich häuslicher Ersparnis.
- Ausschluß von sogenannten Bagatell-Arzneimitteln.
- Festbeträge für eine Reihe von Heil- und Hilfsmitteln (die Beträge sollen eine ausreichende Versorgung abdecken).
- Absenkung des Krankengeldes von 80% auf 70% des Arbeitsentgelts.
- Einführung und/oder mehrfache Erhöhung von Eigenbeteiligungen, die seit 1975 von 2,7 auf 12,5% der Leistungsausgaben (= 1,75 Beitragssatzpunkte) angewachsen sind.

*Tabelle 3: Leistungsarten in der gesetzlichen Krankenversicherung*

<b>Krankenbehandlung</b>	<b>Krankheitsverhütung</b>	<b>Krankheitsfrüherkennung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Behandlung</li> <li>• Zahnärztliche Behandlung</li> <li>• Arzneien- und Verbandmittel</li> <li>• Heilmittel (Massagen, Bäder Gymnastik)</li> <li>• Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, usw. – mehrere 100 Posten –)</li> <li>• Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe</li> <li>• Krankenhausbehandlung</li> <li>• Medizinische Rehabilitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahnprophylaxe</li> <li>• Kuren</li> <li>• Empfängnisverhütung</li> <li>• Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation</li> <li>• Unterstützung von Selbsthilfegruppen</li> <li>• Zusammenarbeit mit Unfallversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsuntersuchungen ab 35. Lebensjahr (Herz-Kreislauf, Nieren, Diabetes, Krebserkrankungen)</li> <li>• Kinderuntersuchungen bis zum 6. Lebensjahr</li> </ul>
<b>Krankengeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Arbeitsunfähigkeit</li> </ul>	<b>Mutterschaftshilfe</b>	<b>Sterbegeld</b>

• bei Erkrankung des Kindes		
<b>Krankentransporte</b>		

*Tabelle 4: Zuzahlungen auf einen Blick (1997/1998)*

<b>Krankenkassenleistung</b>	<b>Höhe der Eigenbeteiligung</b>	<b>Befreiung</b>
Arzneimittel (je Medikament nach Packungsgröße gestaffelt)	9,- / 11,- / 13,- DM	1, 2, 3
Verbandmittel	9,- DM je Verordnung	1, 2, 3
Fahrkosten zur ambulanten Behandlung	100%	2, 3
Fahrkosten bei Krankentransport und Rettungsfahrten	25,- DM pro Fahrt	2, 3
Fahrkosten zur stationären Behandlung oder anstelle/zur Verkürzung der stat. Behandlung	25,- DM pro Fahrt	2, 3
Heilmittel (z.B. Krankengymnastik, Massagen)	15% der Kosten	1, 2, 3
Einlagen, Bandagen, Kompressionstherapie	20% des Verkaufspreises	1, 2
Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen)	Differenz zwischen tatsächlichen Kosten und festem Kassenzuschuß	2, 3
Krankenhausbehandlung	17,- / 14,- DM pro Tag für max. 14 Tage pro Jahr	1
Notopfer Krankenhaus (1997 – 1998)	alle Mitglieder 20,- DM pro Jahr	1, 2
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	25,- / 20,- DM pro Tag	1, 2
Anschlußrehabilitation	17,- / 14,- DM pro Tag für max. 14 Tage pro Jahr	1,2
Mütterkuren	17,- / 14,- DM pro Tag	1,2
<p>1 Generelle Befreiung für Versicherte bis 18 Jahre.</p> <p>2 Befreiung, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bei                      Alleinstehenden (West) 1.736,- DM (Ost: 1.456,- DM)                      mit 1 Angehörigen (West) 2.387,- DM (Ost: 2.002,- DM)                      und je weiteres Kind (West) 434,- DM (Ost: 364,- DM) nicht übersteigen.</p> <p>3 Befreiung, wenn die Zuzahlung 2% (bei chronisch Kranken 1%) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt übersteigen. Für jeden zu berücksichtigenden Angehörigen (Ehegatte, Kinder) werden die Jahres-Bruttoeinnahmen verringert um                      1 Angehöriger (West) 7.812,- DM (Ost: 6.552,- DM)                      jeder weitere Angehörige (West) 5.208,- DM (Ost: 4.368,- DM).                      Bei Zahnersatz gilt eine Sonderregelung.</p>		

### 3.3 Vergütungspolitik

Die Vergütungspolitik ermöglicht über



- Vergütungssysteme (gesondertes Referat im Anschluß),
- Vergütungsstrukturen und
- Vergütungshöhe

eine Mengen-, Struktur- und Preispolitik, die das Volumen der Ausgaben mitbestimmt. Die deutsche Gesetzgebung zur Krankenversicherung baut im Rahmen globaler Normen dabei auf Vertragspartnerschaft von Krankenkassen und Behandlern bzw. deren Organisationen auf.

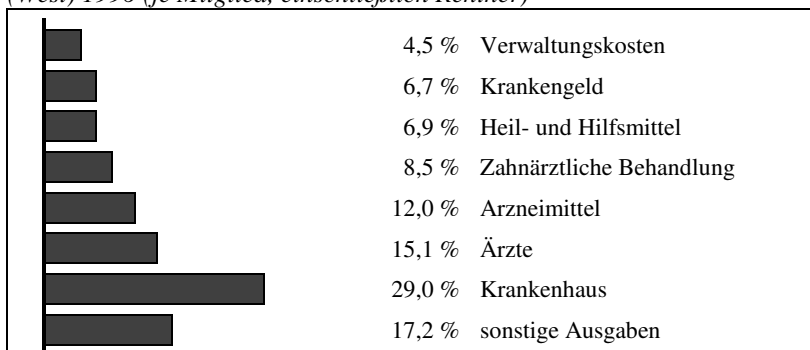
Beide Seiten bejahen eine leistungsgerechte Vergütung. Vorgegebene finanzielle Haushaltsgrößen sind dem deutschen Vergütungssystem eigentlich fremd. Budgetierungen oder Limitierungen wie in den letzten Jahren sind als vorübergehende Notmaßnahmen bis zu entsprechenden strukturellen Reformen gedacht.

Leistungsgerechte Vergütung bedeutet aus der Sicht

- der Kostenträger: marktgerecht und wirtschaftlich/sozial tragbar,
- der Behandler: kostengerecht und existenzsichernd.

In diesem Spannungsfeld bewegt sich die vertragspolitische Auseinandersetzung. Die verschiedenen Vergütungssysteme und -strukturen eröffnen gegenüber dem Ziel der Kostendämpfung immer auch Gegenstrategien der Behandler. Nur mit häufiger Änderung der vergütungspolitischen Strategie läßt sich dies eindämmen. Wirksame Limitierungen waren überwiegend nur per Gesetz durchzusetzen und auch nur zeitlich begrenzt.

*Abbildung 3: Struktur der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (West) 1996 (je Mitglied, einschließlich Rentner)*



## Vergütungspolitische Schwerpunktbereiche

### Ärztliche Vergütung

- Ausgeprägtes vergütungspolitisches Instrumentarium und Verhandlungsgeschehen. Alle erdenklichen Vergütungssysteme (vgl. nachfolgendes Referat) wurden praktiziert. Kostendämpfende Wirkungen von Änderungen nur kurzzeitig.
- Kostendynamik durch Einführung der Einzeleistungsvergütung Ende 60er Jahre. Gebührenordnung mit über 2.000 Positionen eröffnete erhebliche Leistungsausweitungsmöglichkeiten. Kostendämpfung durch Limitierung/Budgetierung hatte zur Folge: Preisverfall für die einzelne Leistung, verstärkt durch Mengenausweitung und wachsende Arztlzahl. Ohne Mengen- und Angebotsregulierung nicht durchhaltbar. Entwicklung der Arztkosten folgte nicht den geringer werdenden Finanzierungszuwächsen. Dennoch: bessere Kostendämpfungsergebnisse als bei den übrigen Ausgabenblöcken mit der Folge eines rückläufigen Anteils an den Leistungsausgaben.
- Einbindung der Ärzte in die Verantwortung für die mittelbar von ihnen verursachten Leistungen (Verordnungen, Krankenhauseinweisungen), ggf. mit Regreßforderungen der Krankenkassen.
- Erheblicher politischer Einfluß der Ärzteschaft erschwert die Durchsetzung einkommenswirksamer Begrenzungen der Vergütung.

### Arzneimittelvergütung

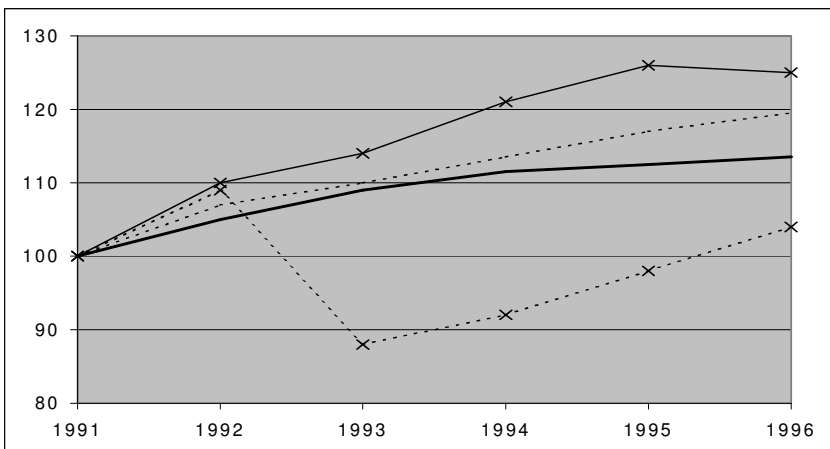
- Pharma-Industrie ist nicht Vertragspartner der Krankenkassen, daher besteht kein direkter Einfluß auf Angebots- und Preisstruktur. Indirekte Beeinflussung durch Beeinflussung der Verordnungsweise der Ärzte, Reimporte, Generica, aut-simile-Gebot.

- Vertragspartner der Krankenkassen sind nur die Apotheken. Die vertraglichen Regelungen beschränken sich weitgehend auf Abrechnungs- und Kontrollverfahren, da Preiszuschläge der Apotheken und Krankenkassenrabatte gesetzlich geregelt sind.

### Krankenhausvergütung

- Kostenträchtiger Bereich mit wachsendem Anteil an den Gesamtausgaben. Letztlich entscheidendes Feld für den Erfolg der Kostendämpfungspolitik.
- Unwirtschaftliches Prinzip der Selbstkostenerstattung hat vergütungspolitische Möglichkeiten stark begrenzt. Neuer Versuch des Gesetzgebers, die Krankenhäuser über bundeseinheitliche diagnosenspezifische „Fallpauschalen“ zu mehr kaufmännischem Wirtschaften anzuregen (Gewinn und Verlust möglich), erfassen erst ca. 15% des Behandlungsvolumens. Die Auswirkungen sind daher noch gering.
- Phase der Budgetierung hatte nur eingeschränkte, vorübergehende Wirkung, da die Personalkosten (70%!) praktisch ausgenommen waren. Existenzgefährdung von Krankenhäusern (und Arbeitsplätzen) durch Budgetierung ist regionalpolitisch hoch problematisch.

Abbildung 4: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zur Grundlohnentwicklung (Bundesländer West; 1991 = 100)



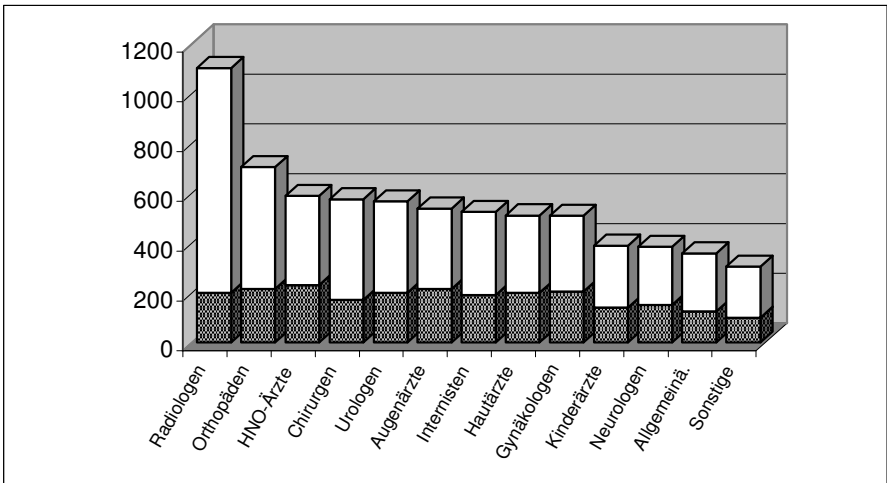
Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen

- x— Krankenhausausgaben                      - - - - - Arztausgaben  
 ——— Grundlohn                                      - - x - - Arzneiausgaben

Tabelle 5: Kostenstruktur der Krankenhäuser (bis 1990 Bundesländer West, ab 1991 Bundesgebiet insgesamt)

Jahr	Gesamtkosten je Berechnungstag in DM	darunter			
		Personalkosten		Sachkosten	
		in DM	in v. H.	in DM	in v. H.
1980	196,24	136,43	69,52	55,58	28,32
1985	261,55	175,27	67,01	85,66	32,75
1990	351,54	234,53	66,72	113,91	32,40
1995	559,60	373,94	66,82	181,14	32,37

Abbildung 5: Gesamteinnahmen, Betriebsausgaben und Gewinn der Ärzte 1994 (Bundesländer West; in 1.000 DM)



Säule = Gesamteinnahmen                      □ = Betriebsausgaben                      ▨ = Gewinn

### 3.4 Angebotssteuerung

Vergütungspolitik findet ihre Grenze an der Entwicklung der Zahl der Anbieter. Ohne Regulierung kann ein wachsendes Angebot die vergütungspolitischen Erfolge wieder zunichte machen.

In Deutschland erschwert die verfassungsrechtlich garantierte Berufs-/Niederlassungsfreiheit die Angebotssteuerung ganz erheblich. Nur eine indirekte Einflußnahme auf die Angebotsentwicklung ist möglich. Gesundheitsberufe sind trotz zunehmend spürbaren Wettbewerbs, der sektoral oder regional durchaus schon zu unzureichenden Existenzgrundlagen führen kann, insgesamt immer noch attraktiv und nehmen im Vergleich zur Gesamtzahl der Erwerbstätigen absolut und relativ weiter zu. Zum Teil sind die einzigen wirklichen Hemmnisse für eine noch stärkere Expansion die Zulassungsbeschränkungen an den Universitäten (numerus clausus).

Abbildung 6: Wachsender Angebotsdruck: Im Gesundheitswesen Tätige je 10.000 Einwohner (1980 = 100)

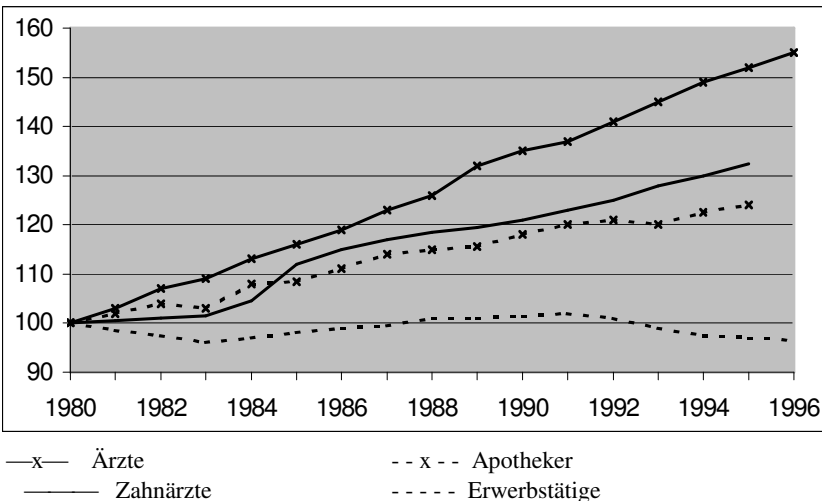


Tabelle 6: Angebotsplanung in verschiedenen Bereichen

Bereich	Planungs-instrument	Wirkung
---------	---------------------	---------

Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen

Ärzte	Ärztliche Bedarfsplanung	<p>Arztgruppenspezifischer Ausgleich von Über- und Unterversorgung. Zulassungssperre für überversorgte Gebiete. Gesamtplanzahl der Ärzte am Ist orientiert.</p> <p>Die Zahl der Ärzte nimmt weiter zu mit der Folge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinkende Vergütung pro Arzt und steigender Anteil der Praxiskosten verringern das Arzteinkommen. Budgetierung erhöht den Druck noch.</li> </ul> <p>Zunehmender Wettbewerb unter Ärzten fördert deren Großzügigkeit gegenüber Patienten bei eigenen Leistungen und Verordnungen. So entsteht in allen budgetierten Bereichen weiterer Druck.</p>
Apotheken	Keine	<p>Wachsende Apothekenzahl trotz schrumpfender Existenzgrundlagen.</p> <p><u>1980 – 1995</u></p> <p>Arzneiausgaben Krankenversicherung + 150 %          Umsatz je Apotheke + 76 %          Gewinn je Apotheke + 50 %</p> <p>Politischer Druck der Apotheken auf Handelspreisen und auf Erhaltung des Apothekenmonopols.</p>
Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln	Keine	<p>Gesundheitshandwerk, Bademeister, Masseure usw. mit unterschiedlicher Angebotsentwicklung, unter dem Druck der Kostendämpfung teilweise rückläufig. Indirekte Angebotssteuerung über Verordnungsweise, Festbeträge und Eigenbeteiligung.</p>
Krankenhäuser	Krankenhausplanung	<p>Zuständig: Bundesländer mit Beteiligung der Krankenkassen (Krankenversicherungsgesetzgeber: Bund!). Unstrittig: Abbau von einigen zig-tausend Betten ist notwendig. Schließung konkreter Krankenhäuser oder Abteilungen ist besonders in wirtschaftlich schwachen Regionen ein Politikum. Entsprechend zögerlich die bettenreduzierende</p>

Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen

		Planung und Umsetzung. Krankenkassen versuchen indirekt Betten abzubauen: über Verweildauerverkürzung > geringere Bettenauslastung > Schließung von Krankenhäusern oder Abteilungen unterhalb der gesetzlichen Mindestauslastung. Gegenstrategie der Krankenhäuser: mehr Fälle.
--	--	---

Abbildung 7: Apotheken- und Umsatzentwicklung (Bundesgebiet insgesamt; 1992 = 100)

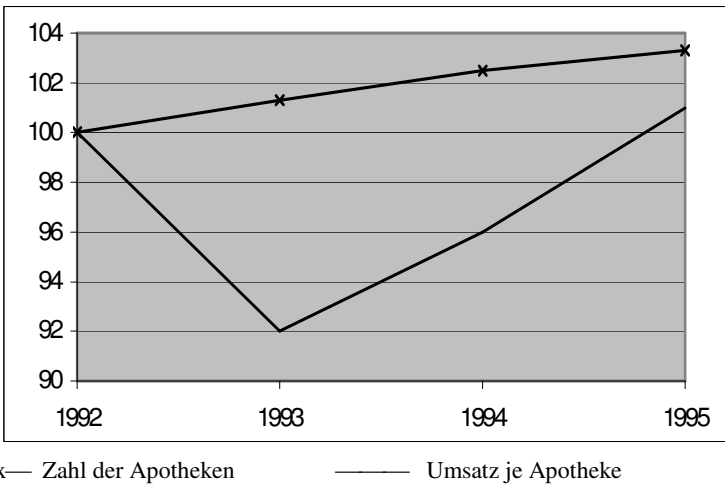
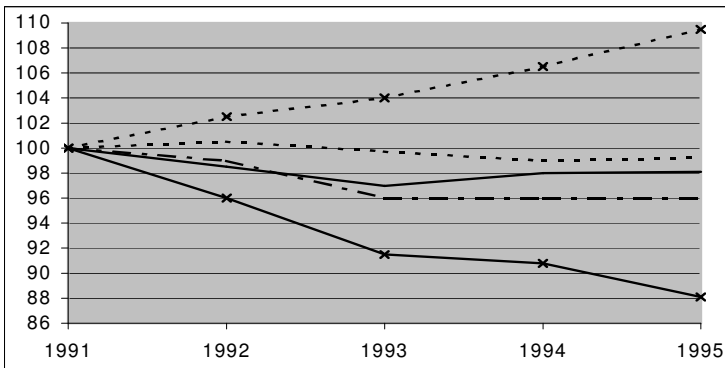


Abbildung 8: Krankenhäuser und Vorsorge- oder



*Rehabilitationseinrichtungen(Bundesgebiet insgesamt; 1991 = 100)*

-- x -- Zahl der Fälle      - - - - Bettenauslastung      — Zahl der Betten  
— — — Zahl der Pflegetage      —x— Verweildauer

### **3.5 Steuerung der Inanspruchnahme**

Ausgehend von der zunächst plausiblen Vorstellung, „je weniger medizinische Behandlung, desto weniger Kosten“, gehört die Steuerung der Inanspruchnahme neben der Vergütungspolitik zu den ältesten Instrumenten der Kostensteuerung. Im Vordergrund standen früher direkte Maßnahmen wie Verwaltungsgenehmigungen und Kontrollen. Die Genehmigung von Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung und Erstattung von Zahnersatzkosten gibt es zwar heute noch, sie wird jedoch als überholt betrachtet und teilweise auch nicht mehr praktiziert, zumal die ärztliche Veranlassung ohnehin ausschlaggebend ist. Größere Bedeutung hatten Kontrollen vor allem bei der Arbeitsunfähigkeit (Krankengeld) und bei Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern durch Pflegefälle. Davon abgesehen, daß die Arbeitsunfähigkeitskontrolle wegen der zugrundeliegenden Annahme von ungerechtfertigtem „Krankfeiern“ das Vertrauensverhältnis zwischen Versicherten und Krankenkassen erheblich beeinträchtigt hatte, verlor sie 1970 nach Einführung der Lohnfortzahlung für kranke Arbeiter in den ersten sechs Krankheitswochen durch den Arbeitgeber – wie zuvor schon für Angestellte – ihre Bedeutung. Ebenso erledigte sich das Problem der Pflegefälle in Akutkrankenhäusern 1996 durch die Einführung der Pflegeversicherung.

Im Rahmen der Kostendämpfungsbemühungen immer weiter ausgebaut wurden dagegen Formen der indirekten Steuerung über eine finanzielle Interessierung der Kranken an einer verantwortungsbewußten, zurückhaltenden Inanspruchnahme von Kassenleistungen. Dazu gehören vor allem Eigenbeteiligungen in allen Varianten und – in Deutschland von marginaler Bedeutung – Bonussysteme („Krankenscheinprämie“ bei Nicht-Inanspruchnahme eines Quartalskrankenscheines und eine teilweise Beitragsrückerstattung je nach der Anzahl behandlungsfreier Zeiträume) sowie Kostenerstattung statt Sachleistung (jetzt beim Zahnersatz).

Die Eigenbeteiligungen haben, wie unter 3.2 näher ausgeführt, einen erheblichen Umfang erreicht. Sie müssen alleine von den kranken Versicherten (also ohne Arbeitgeberbeteiligung und ohne Mitfinanzierung durch die gesunden Versicherten) getragen werden, belasten diese also um



ein mehrfaches der insgesamt 1,75 Beitragssatzpunkte entsprechenden Eigenbeteiligungen. Ihr Steuerungseffekt ist dagegen sehr zweifelhaft: Zum einen folgt die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen weit weniger der primären Inanspruchnahme von Leistungen (vgl. nachfolgende Grafiken) als vielmehr den ökonomischen Bedingungen der Behandler, betriebswirtschaftlich wie gesamtwirtschaftlich. Vereinfacht gesagt: Wenn die Versicherten nur noch halb so oft zum Arzt gehen, würde das Vergütungsvolumen nicht ebenfalls halbiert werden können. Zum anderen nehmen sozial notwendige „Härtefallregelungen“ gerade Personengruppen mit hoher Inanspruchnahme (Rentner, chronisch Kranke, soziale Problemgruppen mit niedrigem Einkommen) von der Eigenbeteiligung ganz oder teilweise aus. Insofern sind Eigenbeteiligungen in erster Linie Kostenverlagerungen, also eine Teilprivatisierung des Krankheitsrisikos.

Abbildung 9: Ärztliche Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung Ausgaben und Behandlungsfälle je Mitglied (1975 = 100)

Jahr	Ausgaben je Mitglied (Index)	Behandlungsfälle je Mitglied (Index)
1975	100	100
1977	110	102
1979	125	105
1981	138	108
1983	145	110
1985	155	112
1987	165	118
1989	180	125
1991	195	130
1993	205	135
1995	215	145

— Ausgaben je Mitglied      - - - - - Behandlungsfälle je Mitglied

Abbildung 10: Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung; Ausgaben und Behandlungsfälle je Mitglied (1975 = 100)

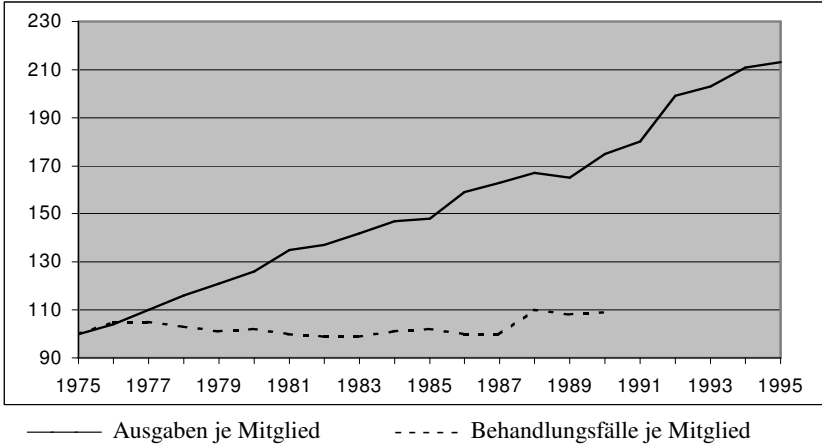


Abbildung 11: Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung Ausgaben und Arzneien je Mitglied (1980 = 100)

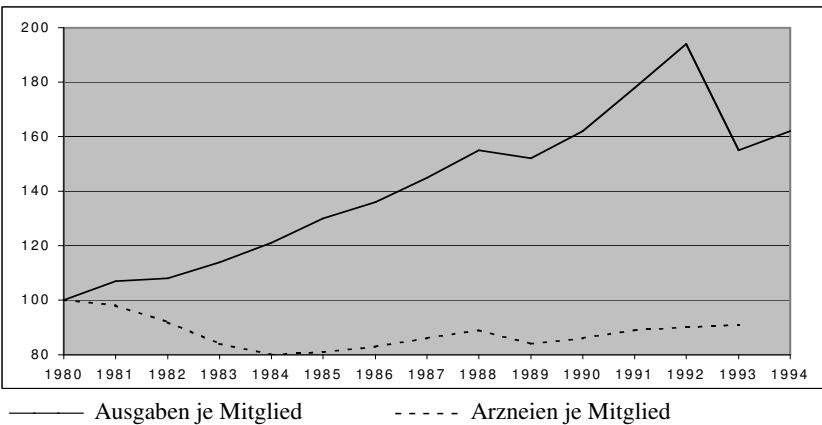
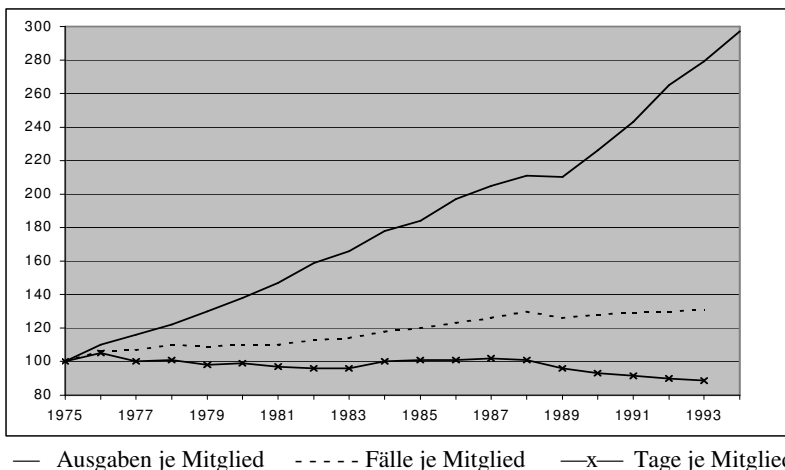


Abbildung 12: Krankenhausbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgaben, Fälle und Tage je Mitglied (1975 = 100)



#### 4. FAZIT

Die Diskussion um Möglichkeiten einer wirksamen und gleichzeitig leistungsstrukturell sinnvollen und sozial verträglichen finanziellen Steuerung ist in Deutschland voll im Gange. Bei einer Belastung durch Sozialversicherungsbeiträge von insgesamt rund 42% zuzüglich der Belastung durch direkte Steuern (Lohn- und Einkommenssteuer) und nur noch geringem Wirtschaftswachstum, verbunden mit hoher Arbeitslosigkeit, ist längst ein Stadium erreicht, in dem fehlende Investitionsanreize insbesondere in Arbeitsplätze, fehlende Leistungsanreize, Flucht in Schwarzarbeit und andere illegale Beschäftigungsverhältnisse sich breitgemacht haben. Die Senkung der Lohnnebenkosten und der steuerlichen Belastung sind daher übereinstimmendes Ziel aller gesellschaftlichen Kräfte. Die Kostendämpfungsbemühungen in der Krankenversicherung sind von daher nicht isoliert zu sehen, aber ein notwendiger Beitrag zu diesem Ziel.

Die Vorstellungen über den richtigen Weg sind, wie geschildert, kontrovers, zumal die bisherigen Maßnahmen keine nachhaltigen Wirkungen erkennen lassen, wie ebenfalls zu verdeutlichen versucht wurde.

Dabei bleibt die Frage offen, wie die Entwicklung ohne die intensiven Kostendämpfungsbemühungen verlaufen wäre.

Fest steht, daß ein freier Gesundheitsmarkt (aber in dieser Dimension auch ein staatlich gelenkter) seine eigene Dynamik entwickelt und nicht ohne gesamtwirtschaftliche Auswirkungen finanziell regulierbar ist bzw. sich ggf. zu einem gespaltenen Markt (sozial regulierter und privater) mit all seinen sozialen Folgen entwickeln würde. Erkennbar ist auch geworden, daß plötzliche Absenkungen des Belastungsniveaus durch Kostenverlagerungen zu einer raschen Wiederauffüllung des gewonnenen Spielraums führen und damit verpuffen. Wichtiger erscheint vielmehr, durch strukturelle Maßnahmen ein allmähliches Abflachen der Kostenentwicklung zu erreichen. Reine Kostendämpfung ist daher schon seit einigen Jahren nicht mehr das Ziel der entsprechenden Gesetzesvorhaben.

Der Balanceakt zwischen der Begrenzung der sozialen Belastungsquote, der Beachtung der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung des Wirtschaftszweiges Gesundheitswesen und den gesundheits- wie sozialpolitischen Belangen bleibt eine permanente politische Aufgabe, die ein ständiges und gleichzeitiges Operieren auf vielen Feldern erfordert und schnelle, durchgreifende Erfolge nicht erwarten läßt.

# VERGÜTUNGSSYSTEME UND DEREN AUSWIRKUNGEN

*Einführendes Referat von Herrn Bertram Müller*

Aus der Evaluation des ersten Workshops wurde der Wunsch der Teilnehmer deutlich, mehr über bundesdeutsche Entwicklungen zu erfahren. Diesem Wunsch kommt das folgende Referat nach.

Aufgrund der qualitativen und quantitativen sehr guten Versorgungslage in Deutschland, welche allerdings auch sehr kostenintensiv ist, ist seit Jahrzehnten die medizinische Behandlung aller Regionen und Bevölkerungsschichten gleichartig gesichert. Die Rechte und Pflichten der Beteiligten im Krankenversicherungssystem sind insbesondere durch das 5. Buch des Sozialgesetzes (SGB V) einheitlich für die gesamte Bundesrepublik geregelt.

## **1. AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG (INKL. ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG)**

Weitere bundeseinheitliche Verordnungen wie z.B. Bundesärzteordnung, Berufsordnung Ärzte, Approbationsordnung und Gebührenordnung (GOÄ – Festlegung der Gebühren für Privatarztbehandlung) regeln insbesondere das Berufsrecht sowie die Aus- und Weiterbildung der Ärzte.

Durch das deutsche föderale Prinzip sind die Bundesländer in die bundeseinheitliche Gestaltung von Gesetzen und Verordnungen stark eingebunden. Dies gilt besonders stark für das Gesundheitswesen. Darüber hinaus besteht gerade im Gesundheitswesen ein starkes Selbstverwaltungsprinzip. Durch diese Selbstverwaltung in Verbindung mit Verordnungsgebungsverfahren, gestützt auf die Grundlage des SGB V werden die praktischen Umsetzungsbestimmungen besonders in der ambulanten Versorgung überwiegend im Rahmen der Selbstverwaltung verhandelt und vertraglich geregelt (z.B. durch Satzungsrecht, Empfehlungen, Richtlinien usw.). Dies geschieht durch eine Vielzahl von selbstverwalteten Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Gestaltungsmöglichkeiten gehen soweit, daß selbst die Berufsordnung für Ärzte (Bundesärztekammer - Selbstverwaltung), die Zulassungsverordnungen, der einheitliche Gebührenmaßstab für die

kassenärztlichen Leistungen (EBM) und der Honorarverteilungsmaßstab selbstverwaltet und eigenverantwortlich (auf der Basis der Gesetze und des übergeordneten Rechts) von den zuständigen Institutionen gestaltet werden. Auch die gesetzlichen Krankenkassen sind selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts mit voller Finanzhoheit und Finanzverantwortung, welche sich z.B. in dem Recht widerspiegelt, daß die Höhe des Beitragssatzes von der Krankenkasse berechnet und durch Satzungsrecht festgelegt wird.

Die Beteiligten (die Krankenkassen als Finanzier und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertreter der Leistungserbringer) schließen Verträge auf Bundesebene und auf den einzelnen Länderebenen ab (z.B. Bundesmantelverträge, EBM, Honorarverträge auf Landesverbands-ebene). Die Verträge auf Landesverbandsebene sind sehr unterschiedlich und geben somit die Möglichkeit, neue und kreative Vergütungssysteme regional und zeitlich begrenzt einzuführen und die Erfahrungen hieraus für andere Bundesländer zu werten.

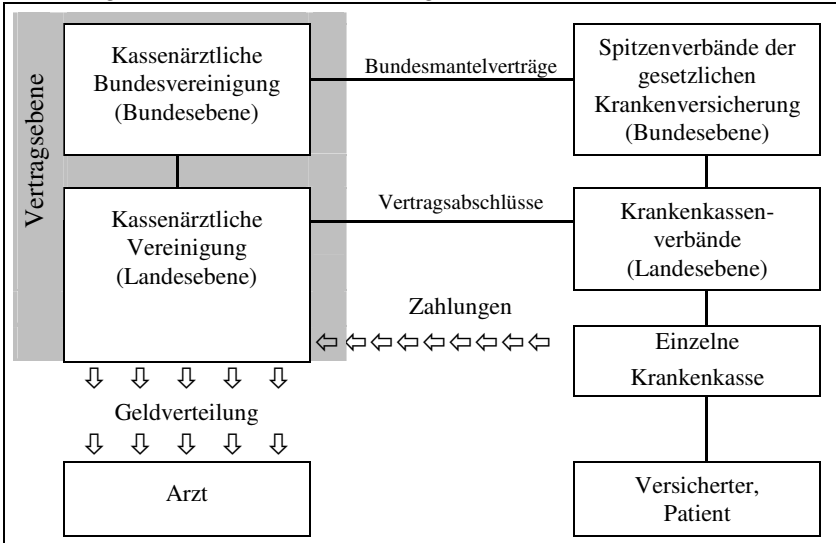
Der Arzt hat finanzielle Beziehungen nur mit der kassenärztlichen Vereinigung, deren Mitglied er ist. Die Versicherten und der ebenfalls Beiträge zahlende Arbeitgeber sind an diesem Verfahren über die Selbstverwaltung der Krankenkasse indirekt beteiligt und durch ihre Beitragszahlungen nur in direktem Kontakt mit ihrer Krankenkasse. Durch die übergeordneten Gesetze und Verordnungen, Empfehlungen usw. ist sichergestellt, daß für den Patienten hieraus keine Nachteile entstehen. Die Versorgung ist – unabhängig von den verschiedenen Vergütungssystemen – bundesweit gleichartig staatlich (gesetzlich) garantiert und in der Praxis auch vorhanden.

Auf der Ebene der Länder bestehen selbstverwaltete Kassenärztliche Vereinigungen (in einigen Bundesländern auch mehrere). Ihnen gehören die Ärzte, die Leistungen für die gesetzliche Krankenkasse erbringen dürfen, als Mitglieder an (Zulassung erforderlich). Die Mitglieder wählen, beeinflussen und kontrollieren die Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung und bestimmen deren "Geschäftspolitik" (Selbstverwaltung).

Wichtigste und durch Bundesgesetze geregelte Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Sicherstellung der Versorgung. Weitere Aufgaben sind z.B. die Zulassung der Vertragsärzte, die Sicherstellung der Qualität der medizinischen Leistungen, die Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und der Abschluß von Verträgen mit den Krankenkassen. Für den Streitfall

sieht das Bundesgesetz ein Schiedsstellenverfahren vor, das einer eventuellen gerichtlichen Auseinandersetzung vorgeschaltet ist.

Abbildung 1: Grundsätze der Beziehungen



Die Verteilung der von den Krankenkassen für die Behandlung gezahlten Finanzmittel ist alleinige Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Grundlage ist der sogenannte Honorarverteilungsmaßstab. Er ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich.

Weiter gehört es zu den Aufgaben, die Abrechnungen des einzelnen Arztes zu prüfen. Bei dieser Prüfung wirken die Krankenkasse (KK) und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) über "Gemeinsame Ausschüsse" zusammen.

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung schließen Verträge über die Gesamtvergütung. Hierbei bestehen vielfältige Möglichkeiten. Kopfpauschalen (Durchschnitt pro Jahr und Versicherten), Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen sowie Kombinationen aller Arten und Variationen sind erlaubt. In früherer Zeit war es verboten, eine Vereinbarung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle zu schließen. Zwischenzeitlich wurden die gesetzlichen Regelungen über die Arten der

Vergütung gelockert, die Bestimmungen über Höchstgrenzen und maximal erlaubte Ausgabensteigerungen hingegen verschärft.

Der Gesetzgeber formuliert folglich die volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen (in der Praxis sind es die finanzpolitischen) Eckdaten und zwingt die selbstverwalteten Institutionen zu deren Einhaltung, läßt ihnen aber relativ freie Hand bei der Gestaltung des Verfahrens.

Die Krankenkassen zahlen gemäß einem Gesamtvertrag an die Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung (d.h. mit dieser Zahlung erfüllen die Krankenkassen ihre vertragliche Zahlungsverpflichtung vollständig, unabhängig von der Verteilung dieses Geldes an die einzelnen Ärzte und deren tatsächlichem Aufwand). Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung an die Ärzte nach dem Honorarverteilungsmaßstab. Je nach einzelner Regelung sind in diesem Maßstab die Honorare für die Allgemeinarztbehandlung, für die Facharztbehandlung, für einzelne Regionen, für bestimmte Praxisbesonderheiten usw. unterschiedlich. Dadurch ist dieser Verteilungsmaßstab das wirksamste Steuerungsinstrument der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Kostensteuerung erfolgt folglich durch den Gesetzgeber (Begrenzungen / Budgetierungen), durch die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung (Gesamtvertrag) und durch die Verteilungsmethode (Honorarverteilungsmaßstab).

Die bereits angesprochenen "Vergütungssysteme" regeln ausschließlich die Beziehungen der Krankenkassen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen, d. h. die Art der Berechnung der von den Krankenkassen im Rahmen des Gesamtvertrages zu bezahlende Geldmenge. Die Bezahlung erfolgt ausschließlich nach dem Honorarverteilungsmaßstab und liegt somit außerhalb des Einflusses der Krankenkassen. Diese Trennung zwischen Finanzierung und Bezahlung wird oft bei der Betrachtung des deutschen Systems übersehen.

In den Verträgen über das zu vereinbarende Vergütungssystem werden üblicherweise z.B. verhandelt und festgelegt: Ausgangszeitraum (tatsächlich erbrachte Leistungen z.B. des abgelaufenen Jahres als Basis für die neuen Vereinbarungen), zeitlicher Geltungsrahmen, wirtschaftliche Lage der Krankenkasse, Grundlohnsammenentwicklung (Beitragsentwicklung), Anpassungsklauseln und ggf. Nachweispflichten bei einer Anpassungsforderung.



## 1.1 Kopfpauschale

Die Kopfpauschale richtet sich naturgemäß nach der Zahl der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse und dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen.

### Auswirkungen der Kopfpauschale:

- sie berücksichtigt am stärksten den Gesamtbedarf (Durchschnitt aller Leistungen aller Versicherten, ob gesund oder behandlungsbedürftig) in einem bestimmten Zeitraum;
- sie nivelliert am stärksten das Finanzrisiko der einzelnen Krankenkasse;
- sie verlagert das Krankheitsrisiko (Finanzierung) überwiegend auf die Ärzte;
- sie berücksichtigt nicht die tatsächliche Leistung des Arztes;
- sie enthält kaum Qualitätsanreize, sondern Mengenanreize, d.h. den Anreiz, möglichst viele Krankenscheine (Patienten) pro Quartal zu erhalten;
- sie eignete sich schlecht als Verteilungsinstrument (früher wurde die Verteilung nach der Anzahl der Behandlungsfälle (= Krankenscheine) durchgeführt, seit langer Zeit jedoch nach dem Honorarverteilungsmaßstab.);
- sie ist quasi eine vom Versicherten gewählte Zuordnung zu einem Arzt für ein Quartal (Krankenschein).

Die Kopfpauschale als Methode zur Berechnung der Gesamtvergütung (Berechnung der Zahlung der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung) wurde und wird in Deutschland überwiegend eingesetzt (seit 1931). Hierbei finden Begrenzungen der Zuwächse und Budgetierungen verstärkt Anwendung.

Komponenten der Kopfpauschale können in den Honorarverteilungsmaßstäben enthalten sein (in Deutschland gibt es mehr als 18 verschiedene Regelungen, je nach Kassenärztlicher Vereinigung).

## 1.2 Fallpauschale

Sie berechnet sich nach den Behandlungsfällen, wobei auch die Zahl der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse berücksichtigt wird.

### Auswirkungen der Fallpauschale:

- sie beinhaltet einen starken Anreiz zur Vermehrung der Fälle (Quantitätsanreiz);
- sie beinhaltet keinen Qualitätsanreiz, sondern kann sogar neue Behandlungsmethoden verhindern (Fehlen von Finanzsicherheit für neue Methoden über einen längeren Zeitraum);
- sie berücksichtigt nicht die tatsächlichen Leistungen des Arztes;
- sie berücksichtigt am stärksten den Gesamtbedarf an Leistungen der behandlungsbedürftigen Versicherten in einem bestimmten Zeitraum;
- das Finanzrisiko der einzelnen Krankenkasse ist auch vom Gesundheitszustand ihrer Versicherten beeinflusst.

Die Fallpauschale als Methode zur Berechnung der Gesamtvergütung wurde in Deutschland teilweise und nur zeitlich begrenzt eingesetzt, heute nicht mehr. Komponenten der Fallpauschale sind jedoch in den Honorarverteilungsmaßstäben enthalten. Hierbei erfolgen Variationen durch feste oder variable Begrenzungen der Fallkosten.

## 1.3 Einzelleistungsvergütung (ELV)

Es wird eine Unterscheidung getroffen zwischen betraglichen ELV (z.B. Privatarztabrechnungen mit festen Beträgen), und ELV mit Punktwertsystem (wobei der Wert der Punkte variabel ist). Die Vergütung berechnet sich nach den tatsächlich erbrachten Behandlungen, wobei durch Umrechnungen auch die Zahl der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse berücksichtigt wird.

### Auswirkungen der Einzelleistungsvergütung

(in der gesetzlichen Krankenkasse ist nur das Punktwertsystem von Bedeutung)

- Sie hat grundsätzlich ähnliche Auswirkungen wie die Fallpauschale;
- Sie beinhaltet einen doppelten Anreiz zur Mengenausweitung:
  1. Ausweitung der Leistungen pro Fall, und
  2. Ausweitung der Zahl der Fälle. Damit der Fallwert nicht zu hoch wird, wird durch verschiedene Prüfverfahren bei der Abrechnung versucht, diese doppelte Dynamik einzuschränken (= Fallwertbetrachtung).
- Die Leistungsmenge des Arztes steht in einem Verhältnis zu der Bezahlung.
- Der Arzt erfährt den Geldwert seiner Leistungen erst mit erheblicher Verspätung (Punktwertsystem).

In den 60er Jahren wurde die ELV mit einem jeweils festen Punktwert für die Zukunft eingesetzt, der Arzt kannte also im voraus den Geldwert seiner Leistungen genau. Hieraus ergab sich im Laufe der Jahre eine starke "Doppelte Dynamisierung" (Zum einen wurde der Punktwert nahezu jährlich aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Forderungen der Ärzteschaft erhöht, zum anderen steigerte die Ärzteschaft die Menge der Leistungen um aufgrund des bekannten festen Punktwertes ein höheres Einkommen zu erzielen). Dem wurde dann mit dem variablen Punktwert (Punktwert abhängig von der Gesamtmenge der Leistungen) gegengesteuert, dies konnte jedoch die Dynamik weiterhin nicht verhindern. Die Leistungserbringer äußerten Unzufriedenheit, da dem Mehr an Leistungen kein Mehr an Einkommen entgegenstand. Die Leistungsmenge wurde weiterhin ausgeweitet und der Druck der Ärzteschaft für eine höhere Vergütung schlug sich in den Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen in höheren Zahlungen nieder.

Die uneingeschränkte Einzelleistungsvergütung als Methode zur Berechnung der Gesamtvergütung wird in Deutschland heute nicht mehr eingesetzt. Nur im Rahmen der Erstattung für einen kleinen Personenkreis spielt sie noch eine untergeordnete Rolle.

Komponenten der Einzelleistungsvergütung sind überwiegend in den Honorarverteilungsmaßstäben seit 1965 enthalten. Hierbei sind viele Variationen und Kostenbegrenzungen vom gesetzgeberischen Willen und den Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenkasse beeinflusst und in den Verträgen berücksichtigt.

## 1.4 Mischsysteme

Kaum eines der bisher genannten Systeme ist in Deutschland in reiner Form im Einsatz. Bereits seit Jahren sind Mischsysteme vorhanden.

Die Trennung zwischen der Berechnung der Gesamtvergütung (entsprechend dem Vertrag zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung) und der Verteilung der Geldmittel (entsprechend dem Honorarverteilungsmaßstab der KV) sowie das föderative System der Bundesrepublik Deutschland fördern die flexible Handhabung. Vereinfacht ausgedrückt: Es bestehen vielfältige Experimentierfelder, welche auch genutzt werden, ohne daß die qualitativ hochwertige und gleichartige Versorgung der Bevölkerung gefährdet wird.

Durch den Gesetzgeber wird seit 1989 die Ausweitung der Ausgaben durch einen Bezug zur Grundlohnsumme (= Summe aller Einkommen, aus welchem Beiträge für die Krankenkassen bezahlt werden) verhindert. Hierbei darf die jährliche prozentuale Steigerung der Zahlungen der Krankenkasse an die kassenärztlichen Vereinigungen die prozentuale Steigerung der Beitragseinnahmen nicht übersteigen (= einkommenorientierte Ausgabensteuerung). Zusätzlich wurden feste Budgets für die von Ärzten verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel eingeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, auch die Leistungen, die über diese Budgets hinausgehen, aus der Gesamtvergütung zu bezahlen. Die daraus de facto resultierenden Minderungen der zu verteilenden Gesamtvergütung werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen an diejenigen Ärzte weitergegeben, die ihre Budgets durch zu häufige und/oder zu teure Verordnungen überschritten haben (Kürzung der Arztvergütung im Einzelfall).

Im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs wird den gesetzlichen Regelungen durch das Einzelleistungssystem mit variablen Punktwerten, modifiziert durch fallpauschalbezogene Komponenten, Budgetbegrenzungen für bestimmte Leistungen, durch ein Arzneimittel- und Heilmittelbudget sowie durch Richtgrößen Rechnung getragen. Seit Juli 1997 werden für einzelne Arztgruppen (z.B. Internisten usw.), von der Zahl der Behandlungsfälle abhängige Gruppenbudgets (keine Individualbudgets pro Arzt) eingesetzt.

Aktuell werden von einer Kassenärztlichen Vereinigung (Bayern) aufgrund einer neuen gesetzlichen Möglichkeit Regelleistungsvolumina (=

Volumen von Leitungen einer bestimmten Arztgruppe) für die Zukunft geplant. Diese festgelegte Anzahl von Leistungen wird mit einem festen Punktwert vergütet, so daß der Arzt die Höhe seines Einkommens kalkulieren kann. Wird diese Anzahl jedoch überschritten, so wird unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten (z.B. auch fachliche Qualifikation und Alter des Arztes) der Punktwert abhängig von der Mengenüberschreitung vermindert.

### **1.5 Zusammenfassung**

Die Krankenkassen bezahlen auf einer vertraglich ausgehandelten Basis die Gesamtvergütung und die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen diese Geldmittel nach einem im Rahmen der Selbstverwaltung eigenverantwortlich gestalteten Honorarverteilungsmaßstab.

Die Methode der Berechnung der Gesamtvergütung war und ist somit getrennt von der Methode der Verteilung.

Die Berechnung der Gesamtvergütung erfolgt überwiegend pauschal nach der Zahl der Versicherten, der Veränderung der Grundlohnsumme und der Veränderung der ärztlichen Leistungen (Summe aller von Ärzten ambulant erbrachten Leistungen) unter Berücksichtigung von Grenzwerten, die vom Gesetzgeber festgelegt werden.

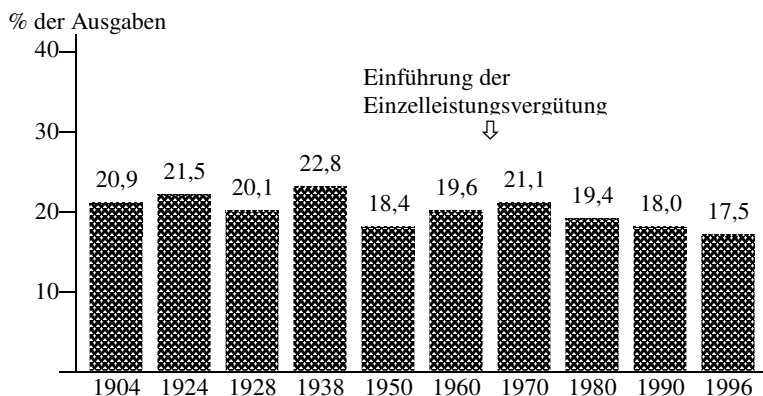
Bei der Verteilung ist über Jahrzehnte die Entwicklung von Pauschalssystemen zur Einzelleistungsvergütung und seit einigen Jahren wieder zurück zu Pauschalssystemen in Form von Begrenzungen und Budgetierungen zu beobachten. Die unter Qualitätsgesichtspunkten durchaus sinnvolle Einzelleistungsvergütung konnte aus Kostengründen nicht aufrecht erhalten werden, da es eine Fehlannahme war, daß die Menge der Leistungen gleich bleiben könnte.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung ist in Deutschland seit Jahrzehnten ein stark dezentralisiertes und selbstverwaltetes System vorhanden. Der Gesetz- und Verordnungsgeber setzt nur den Rahmen, welcher von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen eigenverantwortlich ausgefüllt wird. Insbesondere bei finanzpolitisch ungewollten Entwicklungen greift der Bundesgesetzgeber durch Auflagen und Bedingungen in diese Selbstverwaltung immer wieder durch Gesundheitsreform- bzw. Kostendämpfungsgesetze steuernd ein.

Die Langzeitreihe der prozentualen Anteile der Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung an den Gesamtausgaben der gesetzlichen

Krankenversicherung seit 1904 zeigt, daß keine deutlichen Veränderungen eingetreten sind. Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung sind auf der Ausgabenseite weniger in den direkten Ausgaben für diese Behandlung begründet, sondern liegen in den von den Ärzten veranlaßten Ausgaben (z.B. Arzneimittel) einerseits und insbesondere in den hohen Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung und im (teuren) Fortschritt der Medizintechnik begründet. Auf der Einnahmenseite bereitet die Abflachung des Wirtschaftswachstums und die damit verbundenen niedrigeren Beitragseinnahmen Sorge.

Abbildung 2: Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für ärztliche Leistungen



## 2. STATIONÄRE ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Auch im stationären Bereich gelten die Ausführungen zum ambulanten Bereich hinsichtlich der Qualität und Quantität der Versorgung sowie zum Bundes- bzw. Landesrecht. Für den Krankenhausbereich ist insbesondere das Krankenhausfinanzierungsgesetz (Bundesgesetz) von großer Bedeutung. Mit Ausnahme dieses Gesetzes sind nahezu alle Regelungen in den einzelnen Landesgesetzen und Landesverordnungen (z.B. Landeskrankenhausplan – Bedarfsplanung) geregelt.

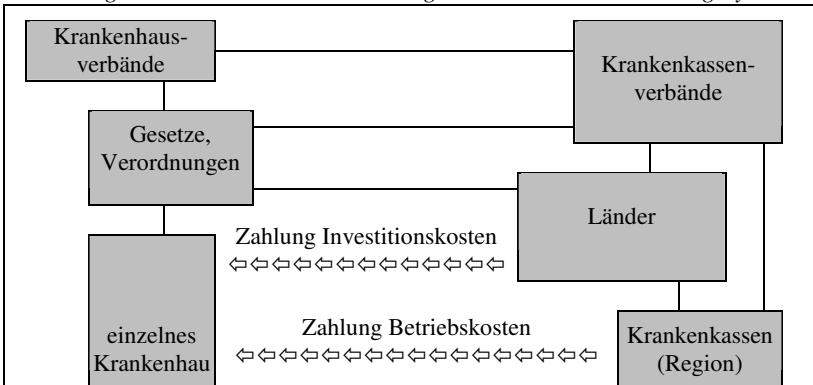
Ein institutionalisiertes Selbstverwaltungsprinzip auf der Leistungserbringerseite ist nicht vorhanden. Es existieren lediglich Empfehlungen und Richtlinien (z.B. Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesverbände der Krankenhäuser).

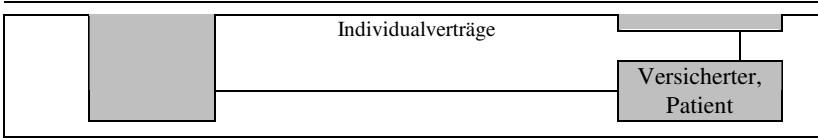
Die Beziehungen der Beteiligten, abgesehen von Gesetzen und Verordnungen sowie Empfehlungen auf Bundesebene, spielen sich zwischen dem Bundesland und dem einzelnen Krankenhaus sowie zwischen den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus ab. Wie bei der ambulanten ärztlichen Versorgung bestehen keine finanziellen Beziehungen zwischen Versicherten/Patienten und dem Krankenhaus, abgesehen von der relativ geringen Selbstbeteiligung (pro Behandlungstag, für eine befristete Anzahl von Tagen) bei Krankenhausaufenthalten.

Die Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse sind vertraglich in Versorgungsverträgen und Entgeltverträgen geregelt (Zahlung der Betriebskosten). Die Verantwortung für die Versorgung obliegt dem einzelnen Bundesland, welches durch Planung des Bedarfs und Zahlung der Investitionskosten die Krankenhausstrukturen festlegt.

Dieses Prinzip der dualen Finanzierung – im Gegensatz zur monistischen Finanzierung – wird unter Praktikern wie unter Wissenschaftlern seit Jahren intensiv diskutiert. Während diese Personenkreise mehr und mehr für das monistische System plädieren, bestehen in der Politik, insbesondere der Landespolitik, erhebliche Einwände gegen das monistische Finanzierungssystem (Verlust von Einfluß).

Abbildung 3: Grundsätze der Beziehungen – Duales Finanzierungssystem





## 2.1 Teilnahme an der Versorgung

Bedingung für Teilnahme an der Versorgung ist die Aufnahme des einzelnen Krankenhauses (oder auch nur einzelner Abteilungen) in den Landeskrankenhausbedarfsplan. Diese Aufnahme ist unabhängig von der Trägerschaft des Krankenhauses (staatlich, kommunal, kirchlich, gemeinnützig oder privat). Mit der Aufnahme in den Bedarfsplan ist zugleich die Voraussetzung geschaffen, daß das Bundesland die Investitionskosten für diese Krankenhäuser aufbringt. Dies geschieht im Rahmen der landespolitischen Haushaltsplanung.

Bei Hochschulkliniken und den im Landeskrankenhausbedarfsplan enthaltenen Krankenhäusern besteht grundsätzlich – ohne eine einzelne vertragliche Vereinbarung – ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen. Die Krankenkassen werden beim Planungsverfahren fachlich angehört, haben aber nur sehr begrenzte praktische Einflußmöglichkeiten.

Bei allen anderen Krankenhäusern ist es den Krankenkassen freigestellt, Versorgungsverträge zu schließen. In der Praxis geschieht dies überwiegend mit spezialisierten Krankenhäusern (z.B. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen). Die Zahl dieser Verträge ist, gemessen an der Anzahl der im Bedarfsplan enthaltenen Krankenhäuser, sehr gering.

Zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern werden in regelmäßigen zeitlichen Abständen (in der Regel jährlich) Verträge über die Entgelte verhandelt. Aus Sicht der Krankenkassen sind diese Verhandlungen nicht effektiv, weil ein gesetzlicher Kontrahierungszwang (Einigungszwang) besteht. Die Krankenkassen können z.B. nicht den Versorgungsvertrag in Frage stellen, wenn eine Einigung bei den Entgelten nicht erreicht wird (Ausnahme: das Krankenhaus ist nicht im Bedarfsplan und es besteht ein mit diesem Krankenhaus individuell geschlossener Versorgungsvertrag). Streitigkeiten werden in Schiedsstellenverfahren behandelt, bevor der Gerichtsweg einsetzen würde. In der Praxis ist festzustellen, daß Schiedsstellen- und Gerichtsverfahren häufig zugunsten des Krankenhauses entschieden werden.



Die Krankenkassen beklagen die geringen Einflußmöglichkeiten in diesem finanziell größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein monistisches Finanzierungssystem, bei welchem auch die Investitionskosten (ganz oder teilweise) von den Krankenkassen übernommen würden, würde zwangsläufig auch die Planungshoheit (ganz oder teilweise) auf die Krankenkassen verlagern und somit ihren Einfluß erhöhen.

## **2.2 Komponenten der Entgeltverträge**

Der überwiegende Teil der Betriebskosten der Krankenhäuser wird nach dem Selbstkostendeckungsprinzip (Vollkostenprinzip) finanziert. D.h. die voraussichtlichen Kosten des Krankenhauses in einem Jahr werden ins Verhältnis zu den Belegungstagen gesetzt, woraus sich vereinfacht ausgedrückt ein tägliches Entgelt ergibt, welches die Krankenkassen in Einzelabrechnungen pro Patient bezahlen. Durch komplizierte Berechnungen zur Berücksichtigung von Vergleichen der voraussichtlichen und der tatsächlichen Entwicklung unter Berücksichtigung struktureller Krankenhausveränderungen wird das Budget des Krankenhauses in den Entgeltverhandlungen ermittelt und es kommt zu Nachzahlungen seitens der Krankenkasse oder zu Rückverrechnungen mit zuviel gezahlten Entgelten.

Wie im ersten Workshop ausgeführt, beinhaltet dieses Verfahren keinerlei Anreize zu wirtschaftlichem Handeln des Krankenhauses. Die Deckung nahezu aller Kosten führt zu einer Steigerung der Behandlungsmenge und der Behandlungsintensität, welche wiederum Ursache für die "Kostenexplosion" im Krankenhausbereich ist. Die Steigerung der Behandlungsmenge und der Behandlungsintensität führt jedoch nicht zwangsläufig zur Qualitätssteigerung, da teilweise unnötige Behandlungen durchgeführt werden.

Versuche mit festen Budgets boten ebenfalls keine wirklichen Anreize zur Wirtschaftlichkeit, zudem gingen die Qualitätsanreize verloren. Seit einigen Jahren werden, unterstützt durch die Gesetz- und Verordnungsgebung, Fallpauschalen, Sonderentgelte und Basis- und Abteilungspflegesätze in Entgeltverträgen verstärkt berücksichtigt. Diese Methoden bergen jedoch die Gefahr der Mengenausweitung und es fehlt der Qualitätsanreiz; Qualitätssicherungsmaßnahmen sind nötig.

Bei den Fallpauschalen (z.B. für Entbindungen, Blinddarmoperationen) zeigt sich eine Entwicklung zu einer deutlich rückläufigen Verweildauer, da

das Entgelt unabhängig von der Anzahl der Behandlungstage ist. Die Reduzierung bringt folglich dem Krankenhaus Vorteile. Solange diese Reduzierung nicht zu Lasten des Patienten geht, ist die Verminderung der Verweildauer ein anzustrebendes Ziel, da mit dieser Verminderung in der Folge der Bettenbedarf verringert wird und Kosten gespart werden können (siehe Landeskrankenhausbedarfsplan).

Die Sonderentgelte (z.B. Herzoperationen, künstliche Gelenkeinsetzungen) sind quasi Einzelleistungsvergütungen für diesen speziellen Fall der Behandlung. Kann ein Krankenhaus diesen Behandlungsfall für das festgelegte Entgelt so ausführen, daß ein Überschuß entsteht, so wird es versuchen die Menge dieser Fälle zu steigern. In der Praxis ist bereits ein Anstieg der Fälle zu beobachten, wobei es schwer nachvollziehbar ist, wie die "Nachfrage" nach diesen Leistungen vom Krankenhaus konkret gesteigert wird. Einerseits besteht durch dieses Vergütungssystem ein Zwang zu effizienter Leistungserbringung, welche jedoch durch unnötige Mengenausweitungen wieder zunichte gemacht wird.

In Kombination mit den Sonderentgelten werden sogenannte Basis- und Abteilungspflegesätze (Tagespauschalbeträge wie beim Selbstkostendeckungsprinzip) vertraglich geregelt. Diese Pflegesätze decken jene Leistungen ab, welche zusätzlich zu der durch das Sonderentgelt bezahlten speziellen Behandlung (z.B. Herzoperation) weiterhin nötig sind (z.B. Unterbringung, Krankenpflege und Verpflegung sowie Funktionskosten – Laborkosten usw.). Der Unterschied zum Allgemeinen Tagespflegesatz für ein Krankenhaus besteht darin, daß individueller auf die Bedürfnisse und Kosten in den besonderen Behandlungsfällen der entsprechenden Fachabteilung reagiert werden kann.

Diese neuen Vergütungsformen führen (in sehr unterschiedlicher Ausprägung und Intensität bei einzelnen Krankenhäusern) zu einer starken betriebswirtschaftlichen Ausrichtung der internen Krankenhausstruktur und deren Kosten. Hierbei sind Kostenstellenrechnung und Controlling die am häufigsten eingesetzten Methoden zur Effizienzsteigerung.

## **2.3 Zusammenfassung**

Der Gesetz- und Verordnungsgeber setzt auch hier zwar nur den Rahmen, welcher von Krankenkassen und Krankenhäusern ausgefüllt wird. Darüber hinaus bestimmt aber das Bundesland durch den Landeskrankenhausplan Menge und Versorgungsqualität der Bereithaltung

von stationärer Krankenhausbehandlung. Die Investitionskosten (Länder) sind geringer als die Betriebskosten (Krankenkassen). Trotzdem sind die Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen wesentlich geringer als in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Krankenkassen bezahlen Entgelte auf einer vertraglich auszuhandelnden Basis, wobei sie durch den Kontrahierungszwang und das Schiedsstellenverfahren stark eingeschränkt werden.

Die neue Form der Fallpauschalen verringerte zwar die Verweildauer im Krankenhaus durch wirtschaftliche Anreize, die neuen Sonderentgelte führten jedoch bereits zu einer Mengenausweitung (Zunahme der Fälle). Die hochwertige Angebotsstruktur hat Auswirkungen auf die Nachfrage (u.a. durch das Ordnungsverhalten der Ärzte). Teilweise erfolgt auch die ärztliche Einweisung in ein Krankenhaus (Anordnung / Verordnung von stationärer Krankenhauspflege) durch den Krankenhausarzt selbst. Durch diese Einweisungen fehlt die Vorprüfung durch einen vom Krankenhaus unabhängigen, ambulant praktizierenden Arzt. Dies kann von den Krankenhäusern dazu mißbraucht werden, die Belegung zu steigern und die Zahl der Behandlungsfälle oder der abrechenbaren Sonderentgelte zu vermehren.

Von allgemeinen Formulierungen abgesehen, sind keine konkreten Qualitätsmaßstäbe per Gesetz oder Verordnung geregelt. Die quantitativ und qualitativ sehr gute Versorgungsstruktur sorgt für einen Wettbewerbsdruck (Wettstreit um Patienten und damit Belegung), damit die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan auf Dauer gesichert ist. Durch diesen indirekten Druck, welcher durch die Fallpauschalen und Sonderentgelte betriebswirtschaftlich unterstützt wird, sind die Krankenhausträger aus eigenem Antrieb an einer qualitativ hohen und effizienten Dienstleistungserbringung interessiert. Zur Steigerung der Qualität werden teilweise Zertifizierungsmaßnahmen in manchen Krankenhäusern ergriffen und auch die Politik und die Krankenkassen diskutieren über verbindliche Zertifizierungskriterien.

### **3. WEITERE BEREICHE Z.B.**

- Großgeräte,  
(wie die Krankenhausbedarfsplanung geregelt)

- Verzahnung von ambulanter und stationär Versorgung, (per Gesetz möglich, wird aber noch nicht genügend in die Praxis umgesetzt)
- Vorsorge und Rehabilitation, (verschiedene Kostenträger zuständig, z.B. Krankenkassen, Rentenversicherungsanstalten, Bundesanstalt für Arbeit, Berufsgenossenschaften und staatliche Gesundheitsvorsorge)
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (Festgesetzte Preisaufschläge bei Arzneimittel bzw. Festpreise bei Heil- und Hilfsmitteln)
- Zahnersatz (bis vor kurzem Anteilsbezahlung, aktuell Festpreise)

Hierüber konnte aus Zeitmangel nicht mehr referiert werden.

# **DIE UMSTELLUNG ZEHN GROSSER LANDESEIGENER KRANKENHÄUSER VON DER VERWALTUNG NACH HAUSHALTSPLAN ZU BETRIEBSWIRTSCHAFTLICH GESTEUERTEN DIENSTLEISTUNGSUNTERNEHMEN - KONZEPT UND ERFAHRUNGEN**

*Einführendes Referat von Herrn Dr. Fred Eggeling*

## **1. VORBEMERKUNG**

Die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich hat international – unabhängig von Organisation und Finanzierung – zu der Erkenntnis geführt, daß Krankenhäuser – auch staatliche – nicht länger wie Behörden verwaltet, sondern wie Unternehmen wirtschaftlich geführt werden müssen. Über die Umstellung zehn großer psychiatrischer Kliniken in der Trägerschaft des Landes Niedersachsen zu Dienstleistungsunternehmen mit entsprechender Organisation, mit einem wirkungsvollen Controlling und mit einem Führungskonzept mit Zielvereinbarung soll hier berichtet werden.

## **2. WIRTSCHAFTLICHE UND GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN**

Zum Verständnis der Abhängigkeit betriebswirtschaftlicher Zielsetzungen von volkswirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen sei zunächst das theoretische Modell einer rein marktwirtschaftlichen Lösung mit seinen Folgen für Krankenhäuser, Bevölkerung und die Volkswirtschaft in kurzen Zügen dargelegt. Wenn der Staat keinerlei eigene Planungen vornimmt und auch nicht in den Versorgungsmarkt eingreift, können die Krankenhäuser ihre Leistungsangebote und Preise autonom bestimmen. Dies wird unter anderem zur Folge haben, daß nur diejenigen Leistungen angeboten werden, deren Preise die Kosten mindestens decken. Leistungen, die hohe Gewinne erbringen, verleiten zu einer Strategie der Bedarfsweckung, d.h. zu einer medizinisch nicht notwendigen Ausweitung von Leistungen. Ein zu knappes

Angebot bestand in Deutschland z.B. bei Pflegeleistungen, bevor der Finanzierungsanspruch gesetzlich geregelt wurde; Leistungsausweitungen wurden in Deutschland beispielsweise bei Großgeräten beobachtet.

Im Ergebnis führt das reine Marktmodell zu Angebotsdefiziten einerseits und zum Ausschluß von Bedürftigen mit geringer Kaufkraft andererseits. Volkswirtschaftlich sind hohe Kosten, Überkapazitäten und Kapitalvernichtung durch ruinöse Konkurrenz zu erwarten.

Dies hat über die genannten Gründe hinaus seine Ursachen auch darin, daß auf dem Markt für Gesundheitsleistungen nicht der Nachfrager selbst, sondern der Anbieter – also der Arzt – die Nachfrage bestimmt.

In der Realität gibt es in allen Staaten staatliche Rahmenplanungen, die zu Konflikten mit den betriebswirtschaftlichen Zielsetzungen der Krankenhäuser führen. Der Staat strebt die Versorgung aller Bürger mit den notwendigen Gesundheitsleistungen an und dies mit möglichst geringen Kosten. Krankenhäuser müssen ihre Existenz langfristig durch Teilnahme an der Versorgung sichern und deswegen zumindest ihre Kosten decken. Zur Erreichung seiner Ziele wird der Staat versuchen, die Verweildauer zu kürzen und Krankenhausbetten abzubauen. Krankenhäuser sind aus betriebswirtschaftlichen Gründen genötigt, ihre Belegung zu halten. Verkürzungen der Verweildauer werden deshalb möglichst mit höheren Fallzahlen oder neuen Leistungen kompensiert. Diesen Grundkonflikt volkswirtschaftlicher und betriebswirtschaftliche Ziele gilt es in einem geregelten Gesundheitswesen befriedigend zu lösen.

Beispielhaft seien einige wesentliche konkrete staatliche Rahmenbedingungen – Planungen wie Regelungen – für den Krankenhausbereich in Deutschland genannt, unter anderem:

- Krankenhausbedarfsplanung
- Großgerätepläne
- Kostendeckungsprinzip
- Wirtschaftlichkeitsgebot
- Duale Finanzierung

(Die einzelnen Planungen und Prinzipien wurden im mündlichen Vortrag kurz beschrieben.)

### **3. ZIELE DER REFORM**

Der Darstellung der Erfahrungen mit der Umstellung zehn großer Krankenhäuser zu betriebswirtschaftlich geführten Dienstleistungsunternehmen seien zunächst die wesentlichen Ziele vorangestellt, die realisiert werden sollten. Als Leitbild war der Wandel der Landeskrankenhäuser von Verwahranstalten zu modernen Akutkrankenhäusern vorgegeben. Hierzu zählte neben der Änderung der objektiven Bedingungen – wie bauliche Situation, personelle Ausstattung, patientenorientiertes Versorgungskonzept etc. – auch die Veränderung des Image im Bewußtsein der Bevölkerung.

Als strategische Ziele wurden die dauerhafte Existenzsicherung des Krankenhauses durch Teilnahme an der Versorgung der Bevölkerung mit bedarfsgerechten Leistungen, die dadurch bedingte Notwendigkeit der Anpassung des Versorgungskonzeptes an die Planungen des Landes sowie die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan auch zur Sicherung der Investitionsförderung genannt.

Operationale Ziele der Landeskrankenhäuser waren u.a.

- Einhaltung des Budgets
- Wirtschaftliche Leistungserstellung
- Verkürzung der Verweildauer
- Bettenabbau
- Verlegung von Pflegefällen
- Begrenzung der Kostenentwicklung
- Aufstockung des Pflegepersonals.

Individuelle Ziele wurden zusätzlich mit den Verantwortlichen einzelner Kostenstellen vereinbart. Beispiele hierfür werden im Zusammenhang mit dem Controlling-Konzept erläutert.

### **4. FÜHREN MIT ZIELEN**

Führen mit Zielen kann grundsätzlich entweder dirigistisch oder kooperativ erfolgen. Das dirigistische Modell ist dadurch gekennzeichnet, daß die Planung zentral erfolgt und als Vorgabe gesetzt wird. Da die betroffenen Mitarbeiter nicht an den Planungen beteiligt werden, sind sie

wenig motiviert. In der Regel sind sie nicht interessiert, Unterschreitungen von Kostenansätzen zu erreichen und für Kostenüberschreitungen werden sie keine Verantwortung übernehmen wollen. Eher finden sie fachliche und häufig nicht nachvollziehbare Erklärungen für die Kostenentwicklung und kritisieren die Vorgaben für Einsparungen als unrealistisch.

Das kooperative Modell sieht eine gemeinsame Planung mit den betroffenen Mitarbeitern und eine Vereinbarung der Ziele vor. Durch Delegation von Entscheidung und Verantwortung wird den verantwortlichen Mitarbeitern ein Gestaltungsspielraum zur Erreichung der gesetzten Ziele geschaffen. Dies hat eine hohe Motivation der verantwortlichen Mitarbeiter zur Folge. Durch Rückkopplung muß sichergestellt werden, daß der Grad der Zielerreichung regelmäßig kontrolliert wird.

Zielvereinbarungen müssen auch im Gesundheitswesen konkret, meßbar und nachvollziehbar formuliert werden. „Bessere Pflege“, „zufriedene Patienten“ oder „zufriedene Mitarbeiter“ sind keine solchen operationalen Begriffe.

Zielvereinbarungen im Krankenhausbereich können z. B. sein:

- Senkung der Verweildauer in der Gerontopsychiatrie im folgenden Jahr um 2 Tage;
- Abbau von 15 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis Mitte des laufenden Jahres;
- Reduzierung der Ausgaben für medizinischen Bedarf in der Neurologie um x DM je Fall im laufenden Jahr.

## **5. UMSTELLUNG DER LANDESKRANKENHÄUSER**

Zur Kennzeichnung der Umstellungsproblematik seien einige Größenordnungen des Projekts genannt:

Krankenhäuser	10
Betten	4.700
Fälle	20.000
Pflegetage	1,8 Mio.
Personal (Vollkräfte)	4.000
Umsatz (ohne Investitionen)	300 Mio. DM



Die Situation vor und nach der Umstellung läßt sich unter vier Aspekten verdeutlichen:

- Organisatorische Änderungen
- Personelle Änderungen
- Änderungen im Rechnungswesen
- Änderungen bei der Budgetaufstellung

### **5.1 Organisatorische Änderungen**

Vor der Reorganisation war es durchaus üblich, daß das Ministerium unmittelbar in die Krankenhäuser hineinregierte und dabei Entscheidungen traf, die Auswirkungen auf die Kosten hatten. Das zuständige Amt zwischen Ministerium und Krankenhäusern wurde des öfteren nicht einmal informiert. Ziele waren oft nicht ausdrücklich vorgegeben, gelegentlich widersprüchlich und in aller Regel unklar, weil operationale Ziele nicht vereinbart und nicht einmal dirigistisch klar formuliert wurden.

Die Krankenhäuser nahmen über Jahre hohe Verluste hin – obwohl ein Rechtsanspruch auf Verlustausgleich gegenüber den Krankenkassen bestand – die im Haushalt des Landes als Zuführungen an die Landeskrankenhäuser fest eingeplant wurden.

Mit der Reorganisation wurde den Krankenhäusern die Zuständigkeit für die Budgetaufstellung und –steuerung übertragen. Dabei hatten sie die Ziele der Kostendeckung und wirtschaftlichen Betriebsführung zu realisieren. Unterstützung erhielten sie dabei von dem vorgesetzten Amt und externen Fachleuten. Durch regelmäßige Berichte wurde sichergestellt, daß Zielabweichungen frühzeitig festgestellt und korrigierende Maßnahmen getroffen werden konnten. Die Definition klarer Ziele und die Delegation von Entscheidungskompetenzen und Verantwortung sowie die fachliche Unterstützung im Bedarfsfall durch Experten des vorgesetzten Amtes bzw. durch externe Fachleute hatten zur Folge, daß die Krankenhäuser in den Jahren nach der Umstellung keine Verluste hinnehmen mußten. Ferner entfielen Zuschüsse des Landes, obwohl inzwischen der Rechtsanspruch auf Verlustausgleich durch die Krankenkassen durch rechtliche Änderungen entfallen war und die Krankenhäuser das Verlustrisiko deshalb allein tragen mußten.

## **5.2 Personelle Änderungen**

Ein großes Problem bei der Umstellung war die Tatsache, daß kaum einer der leitenden Mitarbeiter mit der kaufmännischen Buchführung und betriebswirtschaftlichen Managementmethoden vertraut war. Ärztlicher Direktor und Pflegedienstleiter haben in der Regel keinerlei Ausbildung zu Fragen des Rechnungswesens und der Betriebsführung. Die Verwaltungsleiter als Dritte in der gemeinsamen Krankenhausleitung sind als Beamte kameralistisch ausgebildet. Es war deshalb notwendig, der Krankenhausleitung als Stabsstelle die Stelle eines Controllers anzugliedern und diese Funktion mit einem qualifizierten, kaufmännisch ausgebildeten neuen Mitarbeiter zu besetzen. Mit Unterstützung externer Experten wurden Fortbildungskonzepte für Führungsinstrumente und –techniken erarbeitet, die eigens für die Krankenhäuser entwickelt worden waren. Der Controller und der Leiter des Rechnungswesens wurden in sorgfältig vorbereiteten Schulungen mit dem Controlling im Krankenhaus vertraut gemacht. Aber auch die Mitglieder der Krankenhausleitung wurden unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Krankenhausaufgaben in die Probleme und die Lösungen eingewiesen. Schulungen wurden auch für Mitarbeiter in den Funktionsbereichen – wie z. B. Küche, technischer Dienst etc. – und für Personalräte durchgeführt. Schrittweise wurde so während der Konzeption und Einführung des mit externen Experten entwickelten Controllings fachliche Kompetenz bei den Krankenhausmitarbeitern aufgebaut. Dabei erwiesen sich die mehrtägigen Seminare als große Chance auch zur Motivation der Krankenhausbediensteten.

## **5.3 Änderungen im Rechnungswesen**

Das Rechnungswesen der deutschen Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft ist – soweit die Krankenhäuser nicht inzwischen in der Rechtsform einer GmbH oder einer Stiftung geführt werden – dadurch gekennzeichnet, daß staatliches Haushaltsrecht und kaufmännisches Rechnungswesen, das für die Krankenhäuser durch Gesetz vorgeschrieben ist, nebeneinander bestehen. Dies führt zu einer wesentlichen Erschwerung für das Krankenhausmanagement, insbesondere wenn vorgesetzte Dienststellen ohne spezifische Krankenhauskenntnisse haushaltsrechtliche Vorschriften eng und unangemessen gegenüber den Krankenhäusern auslegen.

Als Beispiel für die Absurditäten, die aus dieser rechtlich unbefriedigenden Situation resultieren können, sei der vergebliche Versuch eines Krankenhauses genannt, das zusätzliches Personal nicht einstellen konnte, obwohl die Aufstockung auf Grund einer neuen gesetzlichen Regelung möglich war und die Krankenkassen ihr bereits zugestimmt hatten. Das Ministerium hatte zwar das betreffende Gesetz nachdrücklich gefordert, weigerte sich jedoch, die für Einstellung notwendigen Planstellen in den Haushaltsplan aufzunehmen, weil dies zu höheren Behandlungskosten geführt hätte, die wiederum zum Teil vom Land hätten getragen werden müssen, denn dieses ist für bestimmte Patientengruppen zahlungsverpflichtet. Aus der deutschen Erfahrung sollte rechtzeitig der Schluß gezogen werden, solche Konflikte durch entsprechende Kompetenzverteilung, Rechtsformänderung oder andere Maßnahmen möglichst zu vermeiden.

#### **5.4 Änderungen bei der Budgetaufstellung**

Die Budgetaufstellung erfolgte vor der Umstellung in der Regel in der Weise, daß auf den Planansatz des Vorjahres Zuschläge für Preisentwicklungen bzw. Tarifänderungen aufgeschlagen wurden. Zusätzlich wurden absehbare Änderungen im Leistungsangebot einbezogen. Abweichungsanalysen wurden nicht durchgeführt, Mengengerüste und differenzierte Kalkulationen mit Plausibilitätsprüfungen waren nicht üblich, Personalbedarfsermittlungen beschränkten sich auf einfache mathematische Operationen mit Anhaltzahlen, soweit solche überhaupt bekannt waren.

Die Aufstellung des Budgets erfolgte in den Krankenhäusern, die Verhandlungen mit den Krankenkassen führte ein Mitarbeiter des vorgesetzten Amtes, der Vereinbarungen auch gegen das Votum der betroffenen Krankenhäuser abschloß. Die Verantwortung für die Einhaltung der Budgets lag jedoch ausschließlich bei den Krankenhäusern. Allerdings hatten die eintretenden Verluste – wie zuvor dargestellt – für niemanden irgendwelche Konsequenzen.

Mit der Reorganisation der Zuständigkeiten wurden Entscheidungskompetenz und Verantwortung zusammengeführt. Aus dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses und den maßgeblichen Kapazitäten (z.B. Betten) sowie den geplanten Leistungen (z.B. Pflagetage) wurden Mengengerüste und letztlich Personal- und Sachkosten ermittelt. Dabei wurden auch Analysen der Abweichungen zwischen Plan- und Istwerten des

Vorjahres und Betriebsvergleiche zwischen den Krankenhäusern herangezogen. Das aufgestellte Budget wurde mit den Krankenkassen verhandelt. Dabei erwiesen sich die umfangreichen Berechnungen des Krankenhauses als ausgesprochen hilfreich bei der Durchsetzung von Mehrkosten. Die Krankenhausleitung vereinbarte das Budget mit den Kostenträgern und setzte es im Krankenhaus um. Das vorgesetzte Amt nahm nur noch auf Wunsch des Krankenhauses an den Verhandlungen teil und führte in der Anfangszeit gelegentlich – ebenfalls mit Zustimmung des Krankenhauses – schwierige Verhandlungen. Externe Experten wurden fallweise von Krankenhaus- oder Krankenkassenseite beteiligt.

## **6. CONTROLLING**

### **6.1 Allgemeines Konzept**

Der Darstellung der Controllinglösung für die zehn großen landeseigenen Krankenhäuser sei folgende Definition vorausgestellt:

Controlling ist ein Führungsverhalten mit dem Ziel – bei Einhaltung eines vorgegebenen Kostenrahmens – die wirtschaftliche Leistungserstellung zur Erreichung der vereinbarten Ziele mit Hilfe eines geeigneten, möglichst computergestützten Informationssystems, das eine Frühwarnfunktion erfüllt, zu sichern.

Bei der Erläuterung der einzelnen Elemente dieser Definition ist die Frühwarnfunktion besonders hervorzuheben. Das Controlling muß gewährleisten, daß die erforderlichen Daten aktuell, knapp, übersichtlich und informativ sind. Weder umfangreiche Datensammlungen, noch zu spät vorgelegte Informationen sind für einen betriebswirtschaftlichen Steuerungsprozeß hinzunehmen. Die geforderte Knappheit verbietet es jedoch, von Controlling-Daten zugleich alle Aufschlüsse zur Ursachenforschung zu erwarten. Das Controlling muß sehr früh und in regelmäßigen Abständen Abweichungen zwischen Plan- und Istgrößen aufzeigen, damit unter Einbeziehung weiterer bereitstehender Informationen aus dem Rechnungswesen, aus der Personalverwaltung und aus den Leistungsbereichen die Ursachen aufgedeckt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Das Controlling soll und kann nur vor

Fehlentwicklungen rechtzeitig warnen. Wenn dies sichergestellt ist, ist für ein qualifiziertes Krankenhausmanagement viel erreicht.

## 6.2 Praktische Umsetzung

Das für die Landeskrankenhäuser entwickelte Controlling sollte zunächst vordringlich die Realisierung zweier Ziele ermöglichen. Zum einen sollten Verluste der Krankenhäuser vermieden werden, indem das ausgehandelte Budget eingehalten wurde. Zum anderen sollten Unwirtschaftlichkeiten in den Krankenhäusern durch geeignete Maßnahmen abgestellt werden, denn es bestand die Gefahr, daß sie zu Budgetkürzungen führten, wenn sie von den Krankenkassen, z.B. durch Untersuchungen beauftragter externen Prüfer, aufgedeckt wurden.

Das nachstehende Schema zeigt die Aufgaben, Daten, Bezugseinheiten und Mittel dieser beiden wesentlichen Ziele in einer Gegenüberstellung.

Abbildung 1: Ziele des Controlling

„Controlling I“:		Einhaltung des Budgets			
„Controlling II“:		Wirtschaftliche Leistungserstellung			
		unberücksichtigt bleiben Ziele wie:		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Senkung bestimmter Kosten</li> <li>- Verkürzung der Verweildauer</li> </ul>	
Controlling	Aufgabe	Daten	Bezugseinheit	Mittel	Ziele
C I	Kurzfristige Betriebserfolgsrechnung	Kosten	Krankenhaus insgesamt	Plan-Ist-Vergleich	Einhaltung des Budgets
C II	Überwachung der wirtschaftlichen Leistungserstellung	Kosten, Leistungen, Personal (Vollkräfte)	Kostenstellen	Kennzahlen, Zeitreihen, Betriebsvergleiche, Analytische Verfahren	Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten

Weitere Ziele – wie z.B. Verkürzungen der Verweildauer, Senkung spezieller Kosten etc. – sollten zunächst außer Betracht bleiben. Die für die Überwachung der wirtschaftlichen Leistungserstellung ermittelten Kennzahlen sind auch für die Kontrolle individueller Ziele einzelner Leistungsbereiche unverzichtbar. Beispielhaft werden im folgenden verschiedene Indikatoren, die sich für Zeitreihen, Betriebsvergleiche und Planungsaufgaben bewährt haben, genannt.

Die folgende Darstellung zeigt ein Formblatt, mit dem die Einhaltung des Budgets in den Krankenhäusern monatlich überwacht wird.

Abbildung 2: Kurzfristige Betriebserfolgsrechnung

Kurzfristige Betriebserfolgsrechnung						
Einrichtung: Krankenhaus X						
Monat: Mai      Jahr: 19..						
Kosten/ Erlöse	laufender Monat	IST (in DM)		PLAN Jahr (Budget)	Abweichung	
		Januar bis lau- fender Monat	Hochrechnu- ng Jahr		absolut (DM)	in %
<b>Kosten</b>						
<u>Personal</u>						
- Ärzte						
- ...						
- ...						
<u>Sachmittel</u>						
- medizinischer Bedarf						
- ...						
- ...						
<b>Erträge</b>						
- ...						
- ...						
<b>Über-/ Unter- deckung</b>						

Die Krankenhausleitung definiert die relevanten Abweichungen zwischen Plan-Wert und auf das Jahr hochgerechnetem Ist-Wert (z.B. absolut: 3.000 DM oder relativ: 3%). Die ausgewiesenen Abweichungen werden sorgfältig analysiert. Dies wird in der Regel vom Controller in Zusammenwirken mit den Verantwortlichen der Leistungsstellen durchgeführt. Die Krankenhausleitung berät die Ergebnisse und trifft die notwendigen Maßnahmen. Außerdem muß eingeschätzt werden, ob das Budget gefährdet ist. Wenn das Krankenhausmanagement der Auffassung ist, das Krankenhausbudget nicht aus eigener Kraft einhalten zu können, muß es das vorgesetzte Amt informieren, damit gemeinsam nach einer Lösung gesucht werden kann. Im Folgemonat überprüft die Krankenhausleitung, ob und inwieweit die getroffenen Maßnahmen

umgesetzt wurden und ob die geplanten Ziele erreicht wurden. Sie berücksichtigt das Ergebnis dieser Überprüfung bei ihren neuen Maßnahmen. Die Besprechungen werden nachvollziehbar protokolliert.

In die Überwachung der wirtschaftlichen Leistungserstellung werden nicht alle Leistungen und Kosten des Krankenhauses einbezogen. Bei der Entwicklung eines Konzeptes ist es zweckmäßig, sich auf relevante und beeinflussbare Kosten zu konzentrieren. Auch für diesen Teil des Controllings gilt, daß die Informationen kurzfristig, aussagekräftig und übersichtlich sein sollen.

In den Krankenhäusern wurde folgende grobe Kostenverteilung ermittelt:

Personal	75 %
Sachmittel	25 %

Die Sachkosten (100 %) teilen sich weiter wie folgt auf:

Wirtschaftsbedarf		20 %
	davon: Fremdreinigung	8 %
	Fremdwäsche	6 %
	Sonstiges	6 %
Lebensmittel		20 %
Medizinischer Bedarf		20 %
Wasser, Energie, Brennstoffe		15 %
Instandhaltung		15 %
Sonstiges		10 %

Für ein konkretes Konzept müssen die Kosten des jeweiligen Krankenhauses entsprechend analysiert und bewertet werden. Dabei ist eine Abstimmung mit anderen vergleichbaren Einrichtungen erforderlich, um später Betriebsvergleiche durchführen zu können.

Besonders wichtig für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind Indikatoren. Bei Bestimmung der Leistungen und anderer Größen als Bezugsseinheit können die deutschen Erfahrungen möglicherweise nützlich sein. Deswegen werden nachstehend einige wichtige bewährte Indikatoren für den Krankenhausbereich aufgeführt:

Abbildung 3: Indikatoren

(1) <u>Primärzahlen</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personaleinsatz</li> <li>➤ Personalkosten</li> <li>➤ Sachkosten</li> <li>➤ Leistungen</li> </ul>	Vollkräfte DM (z.B. Lebensmittel) DM Belegte Betten, Fälle, Verweildauer
(2) <u>Primärindikatoren</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Arbeitsproduktivität</li> <li>➤ Wirtschaftlichkeit</li> <li>➤ Kapazitätsauslastung</li> <li>➤ Verweildauer</li> </ul>	Belegte Betten pro Vollkraft; Fälle pro Vollkraft Kosten pro Leistung Nutzungsgrad der Betten Pflagetage pro Fall
(3) <u>Sekundärindikatoren</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Leistungsdichte</li> <li>➤ Kostenstellenspezifische Sekundärindikatoren</li> </ul>	Kosten pro Pflageitag; Kosten pro Fall z.B. Wäsche (kg) pro Pflageitag

Für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit wurden für einzelne Leistungsstellen Führungsblätter entwickelt, die den Kostenstellenverantwortlichen monatlich mit den aktuellen Daten zur Verfügung gestellt und ausgewertet werden. Der Controller des Krankenhauses versieht diese monatlich erstellten Blätter ggf. mit Anmerkungen und Fragen und bespricht Auffälligkeiten mit den Kostenstellenverantwortlichen.

Als Beispiele seien die Führungsblätter für einen Pflegebereich und für die Küche gezeigt.

Abbildung 4: Führungsblatt für einen Pflegefachbereich

JANUAR bis ..... 19..						
Adressat:		Vergleichswerte Vorjahr			in DM	in %
Kostenstelle:		Gesamtkosten				
		davon	- Personalkosten			
			- Sachkosten			
			davon med. Bedarf			
		...				
		PLAN	IST	Abweichung		
				absolut	in %	
<b>1.</b>	<b>Vollkräfte + Kosten</b>					



Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen

1.1	<u>Vollkräfte</u> - Ärztlicher Dienst - Pflegedienst				
1.2	<u>Sachkosten</u> Medizinischer Bedarf - Arznei-, Heil- und Hilfsmittel - Ärztliches Verbrauchsmaterial - Laborbedarf - Untersuchungen in fremden Institutionen - Kosten für Krankentransporte - Übrige Insgesamt				
2.	<b>Leistungen</b> - Pfl egetage - Belegte Betten				
3.	<b>Indikatoren</b>				
3.1	<u>Belegte Betten pro Vollkraft</u> - Ärztlicher Dienst - Pflegedienst				
3.2	<u>Medizinischer Bedarf pro Pfl egetag</u>				
...	...				
...	...				

Abbildung 4: Führungsblatt für die Küche

JANUAR bis ..... 19..					
Adressat: Kostenstelle:		Vergleichswerte Vorjahr in DM in % Gesamtkosten davon - Personalkosten - Sachkosten davon Lebensmittel ...			
		PLAN	IST	Abweichung absolut in %	
1.	<b>Vollkräfte + Kosten</b>				
1.1	Vollkräfte				
1.2	Sachkosten - Lebensmittel - ... Insgesamt				
2.	<b>Leistungen</b> - Beköstigungstage - Täglich Beköstigte (Ø) - ...				
3.	<b>Indikatoren</b>				

Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen

3.1	Täglich Beköstigte pro				
3.2	Vollkraft (Ø)				
	Lebensmittelkosten pro				
...	Beköstigungstag (Ø)				
...	...				
...	...				

## 7. SCHLUSSBEMERKUNG

In der anschließenden Diskussion wurde erörtert, ob und wie weit das Controllingkonzept übernommen werden kann und wie praxisgerechte Lösungen schrittweise realisiert werden können. Diese Diskussion wurde in einer Arbeitsgruppe vertieft und endete vorläufig mit dem Konzept für eine Modellösung in jedem der drei Länder.

## **REFORMING THE LITHUANIAN HEALTH CARE SYSTEM**

Paul Bindokas  
Chief, Foreign Affairs and European Integration Division  
Ministry of Health

### **GOALS FOR THE FUTURE**

The main goal of health care reform in Lithuania is not only to restructure the out-dated health care system, but mainly to increase the health of the people of Lithuania. Health care reform should be important to the general public and their participation in the reform process is highly encouraged.

Reform is oriented to the creation of an economically sustainable health care system, producing high quality services for its clients (patients) in accordance with European Union best practice. At the heart of this reform process is the development and expansion of the primary health care network.

#### Goals for the future

I. Changing of the orientation of the health system from reactive (treatment) to a proactive (prevention) perspective.

The Lithuanian health care system was oriented purely to the treatment of disease, as opposed to its prevention. Even earlier financing systems were based on bed occupancy rates, which encouraged more and longer hospitalisations. The future health system must be oriented to the protection of health and prevention of disease in all levels of the system. More active participation of the general public is sought in the development of health policy, both on the local and national levels. An important role must be played by NGO's, the National Board of Health, the press and the consumers of health care services.

II. Restructurization of the health care system and rationalisation of services provided.

Restructurization is needed on several fronts. The Lithuanian health care system in the past was based to a large degree on the provision of specialised services at secondary and tertiary health care facilities, resulting in an expensive, “top-heavy” system.

With the reform process, the health care system is currently divided into three levels: primary health care, general hospitals, and a tertiary level of university associated health care centres, providing advanced medical care. The restructuring can be summarised as follows:

1. Primary health care sector: create new general practitioner offices, which would serve up to 80% of the consumers of health care services and act as “gate-keeper” to specialised care.
2. Reorganisation of hospitals with the goal of centralisation of advanced medical services in third level university hospital, specialised services in district (“apskritis”) hospitals and community hospitals providing general medical services (internal medicine, surgical, obstetrics/gynaecology and paediatric services.) A percentage of existing hospitals will be reorganised into long term care and nursing hospitals, thereby providing an important community service and reducing overcapacity in hospital beds.
3. Licensing and accreditation of health care facilities will provide a mechanism to divide services into appropriate levels and define the movement of patients from one level to another.
4. Restructurization of financing mechanisms to provide financing to primary health care providers on a capitation basis and secondary and tertiary health care providers based on the profile of services provided to a patient. Financing is to be performed via a statutory health insurance system.
5. Improvement of nursing care both in hospitals and through the creation of home nursing services.
6. Increase the amount of active rehabilitation services provided.

III. Increasing the quality of health care services provided.

Improvement of the quality of health care services is an important goal, which will be accomplished through a team effort of the State Medical Audit Agency, the State Health Care Services Accreditation Service and internal quality assurance services in the health care facilities. A quality control infrastructure needs to be established and medical practice standards need to be refined in accordance with EU best practice.

## **SHORT TERM PLANS OF THE MINISTRY OF HEALTH**

### **SHORT TERM PLANS (UNTIL 2005)**

#### **Developing the legislative basis for health care**

Development and refinement of legal instruments regulating health care, as defined by the Lithuanian Health System Law.

Over the last three years the Seimas has adopted 17 laws governing various aspects of the health care system. Obviously the practical implementation of this many laws in such a short period of time is a colossal task, which at times, has caused some confusion among medical professionals. For example, in June, 1997 the Health Care Institution Law was revised, separating primary health care institutions from secondary institutions. This required local governments to reorganise the institutions in their municipalities. Currently, revisions to the Health System, Health Institution and Health Insurance Laws are being done to address problems and improve quality.

Prioritisation of the reform process has led the Ministry of Health to change its legislation development plans. For example, instead of separate laws governing public health, public health monitoring, public health analysis and expertise and hygiene inspection, one umbrella Law on Public Health will be developed. Additionally, other proposed laws have been deemed unnecessary and their subject matter will be integrated into other legal instruments.

The primary focus of the Ministry of Health will be the completion and implementation of projected legislation and public health system reform.

### **Decentralisation of the management of health care institutions.**

This task has been in progress since 1991 when 2/3 of health care institutions were transferred from Ministry of Health ownership to municipal ownership. In 1998, 63 health care institutions were transferred to district governments from Ministry ownership. Out of 1.990 health care institutions, the Ministry of Health has retained ownership of only 13. These 13 institutions will be reorganised and ownership rights will belong to the Ministry, Vilnius University or Kaunas Medical University and will provide advanced medical care services.

Public health institutions are also being reorganised, separating hygiene inspection functions from public health functions. The public health system is being changed from a hygiene based service to a more modern, western style public health service, including health protection, health promotion and monitoring, public education and planning of health care services. Primary health care services will be integrated into public health services as much as possible.

### **Rationalisation of services and use of resources to provide economically sustainable, high quality services.**

1. According to statistical information in 1997 there were 98,4 hospital beds per 10.000 people with an average occupancy rate of 280 days per year. There are 20% unused hospital beds at this time. The Ministry of Health plans to increase the services of the primary health care level and reduce the amount of beds to 80:10.000 persons in the next two years. The recommended minimum occupancy rate to maintain an active hospital bed is 320 days per year. The reduction in the amount of hospital beds will come with a concomitant reduction in the number of hospitals. Currently, the Ministry of Health is suggesting that municipalities reorganise 22 hospitals into nursing and long term care facilities and some facilities are slated for closure. Utilising commissions of experts, by the end of 1998 the analysis of required minimum hospital bed capacities should be complete. This analysis will allow district and local governments to better plan the health services in their regions.

The Vilnius, Kaunas, Alytus and Utena districts prepared project proposals for the restructuring of the health care system in their districts and won a competition for a 20 million USD World Bank financed project in

restructurization and rationalisation of health services. The Government will also invest over 100 million LTL annually in various health programmes, reconstruction of buildings and purchasing of medical equipment.

2. Primary health care. Patients need to have the possibility of addressing their health problems and concerns close to home and consult with their family physician, who would not only treat their ailments and teach about healthy living, but also assist in solving social problems. Special treatments and tests should be performed in appropriate level facilities, that could guarantee advanced medical care.

By the year 2010 over 2.500 general practitioners are to be trained. 320 have been trained to date and this number will increase to 800 in the next two years. It is essential that each local government develop a plan for the implementation of the health care system, including training of professionals, outfitting of facilities and financing of operations by the year 2010. Unfortunately, few local governments have made such plans. Ministry of Health specialists are planning to offer assistance to municipalities in developing strategies for the implementation of primary health care systems in their regions.

To underline the importance of the primary health care sector, the Ministry of Health has secured a 24 million LTL loan project for the local governments to organise their primary care services. In January, 1999 a 2,55 MECU EC PHARE programme will begin, rendering technical assistance to the primary health care and insurance sectors, including the equipping of 100 general practitioner offices. A 20 million USD World Bank loan is due to be signed in May, 1999, of which a large portion will be spent on improvement of primary care services. Additionally, the Ministry has increased this sector's financing through the Statutory Health Insurance system by 30% and some privatisation of general practice physician's offices is planned.

### **Health care financing reform**

Since the middle of 1997, all health care facilities are financed through a statutory health insurance system. To manage this system, the State Patient Fund was created. The system is functioning, however, major problems remain with the collection of insurance premiums through taxes, especially from self-employed and unemployed persons. This causes concerns for the

stability of the fund, as well as for the provision of services to the aforementioned social groups. The collection of these taxes is planned to be given over to the Social Insurance Fund (*SODRA* – responsible for pensions), which has greater capacity to ensure adequate collection.

Financing is done on the following basis:

- Primary health care is financed based on the amount of patients registered with a physician on an annual basis. This capitation based financing is indexed according to the type of patient seen: adult, senior citizen, child, etc. Additional financing is given to primary health care providers in rural areas, since the service infrastructure has been historically underdeveloped in these areas. The primary health care services are expected to be improved by giving incentives to general practitioners to provide a wider range of services. In this way the work load of the secondary and tertiary levels will be reduced with a concomitant positive economic effect.
- Primary health care dental services are financed based on an annual base cost of 20 LTL per capita. Of course, it is impossible to ensure adequate services with this level of financing. A special working group is currently reviewing the financing of dental services with the goal of developing accurate estimates for costs and detailing which social groups will receive fully compensated dental care. Persons not in designated social groups will be expected to pay some amount for dental care.
- In order to reduce the negative economic effects of prolonged work absence following illness or injury, the Ministry of Health is planning to implement financing incentives for active rehabilitation services.
- Hospitals in the secondary and tertiary levels are financed based on the aggregate base cost of 50 disease classifications and recommended hospital stays for these diseases. In order to have this financing more accurately reflect actual costs, the list of base costs for treatment is to be expanded to cover 100 disease classifications. Additionally, new criteria are being developed for the classification of a health care facility as a



level three facility. The Ministry of Health plans to classify not facilities per se as level three facilities, but services as belonging to the tertiary level group.

- With the financing changed to insurance based payments for services rendered, a trend to unwarranted increasing of the scope of services by some providers has been observed. In order to combat this unwarranted increase, financing is expected to be refined introducing territorial coefficients, with the State Patient Fund (and its Territorial Patient Fund branches) purchasing a fixed number of services.
- The budget and financing of the State Patient Fund is meant to guarantee “free health care” to all persons. However, the amount of money available is inadequate to guarantee the provision of all services at no cost to the public. Therefore, the Government has decided that certain procedures (dental prosthesis ((except certain social groups)), plastic surgery, cosmetological procedures, etc.) will have to be paid for by the patients. Currently, the Ministry of Health has developed a list of paid medical procedures and the regulations governing their provision. The costs of these procedures will have to be paid either by patients or voluntary, commercial health insurance. A great deal of attention is being paid to the development of a voluntary commercial health insurance infrastructure.

### **Personnel management and professional development**

An important part of the reform process is the continuing education and retraining of physicians, nurses, allied health professionals and health managers.

The retraining of physicians into general practitioner has been underway for several years. The first GP's were trained abroad due to lack of expertise in Lithuania. As a result of this initial training, Lithuania now has a sufficient number of instructors to conduct training courses locally. Some difficulties with retraining remain, from finding ways to allow physicians time off of work to attend courses, to the financing aspects of the retraining programme. Currently, the Government covers course costs, but cost of

living expenses must be covered by local governments and the course participants.

Implementing the Medical Practice Law the Ministry of Health has begun the process of licensing all medical professionals. By the end of 1999 over 17.000 physicians have to be licensed and to assist in this monumental task, a complete registry of doctors and health professionals is being developed.

### **Pharmaceutical products management**

Although all medicines and medical supplies for in-patient treatment at hospitals are supposed to be provided by the health care facility, patients still commonly have to bring their own medicines, syringes, etc. Many drugs are compensated for ambulatory treatment and any changes to the compensated drug list usually are met by public outcry.

The expenditures for medicines are rapidly growing – during the first 2 quarter of 1998 the State Patient Fund exceeded budgeted funds by over 50 million LTL for the purchasing of drugs. To address these problems, the following actions are being taken:

#### ***Registration of pharmaceutical products***

Currently 5.412 drugs are registered with the State Drug Control Agency (including different forms and dosages). Of these registered drugs only 419 are produced in Lithuania and account for 4% of the market in a financial sense, and 15% in a material sense. In order to combat rising costs, Lithuania needs to find and register high quality, low cost medicines, paying special attention to the production of the Lithuanian pharmaceutical industry.

In order to give incentives to local manufacturers to increase production, special import tax credits are being considered and the Ministry of Health is co-operating with the Ministry of Industry on the development of a Lithuanian pharmaceutical industry expansion plan.

Recently, the Ministry of Health accepted the Good Clinical Practice guidelines for clinical testing of pharmaceutical products and the plan for the implementation of Good Manufacturing Practice guidelines will be done by the end of this year.

### ***Pharmaceutical product cost control***

The current compensated drug list is based, in part, on the proprietary drug names, which allows certain pharmaceutical manufacturers to dominate the market with high priced drugs. This list will soon be revised and will be based on the generic name of drugs, which will allow cost reductions through the use of generic equivalents.

The selection and scope of the official compensated drug list will be constantly revised to reflect changes in medical treatment technologies, offering the most effective treatment at the lowest possible cost.

### ***Drug supply to rural areas***

A separate problem is the ensurance of adequate drug supplies to rural areas. Persons living in metropolitan centres have a large choice of pharmacies and can find a working pharmacy usually within 1 kilometre from their place of residence. This is not the case in rural areas, where only non-prescription drugs are given out at felcher-staffed ambulatory care centres and residents may have to travel relatively long distances to find a pharmacy.

In order to address this problem, in the future the primary health care centres in rural areas will be centrally supplied with medicines, allowing residents to find a wider assortment of medicines close to their homes. By the end of this year the Ministry of Health should prepare a drug policy, which including this problem, will address many issues.

### **Public health sector reform**

Public health reform is given a high priority in the Ministry of Health. To date, a great deal of attention has been paid to the treatment aspects of medicine. Now public health is a priority and reform is meant to produce a more modern, western style public health service. This reform will take place on three fronts: development of a national public health strategy, increasing health promotion and public awareness activities, and improving the protection of the health of the nation.

Much has been done in the development of the national public health strategy, however strong ties with the public still need to be established. Therefore, various public relations programmes, aimed at designated target groups are being developed to address such issues as healthy living

education, explanation of state strategies in health reform, health promotion, etc. It is important that these public relations campaigns be just that – geared to the public and not to the medical professional.

A strong relationship between the public and health policy makers is essential and this relationship must be an ongoing one. To foster this kind of relationship the public, news media, local government officials are being invited to attend open forums and round table discussions on various topics. The Ministry of Health is increasing the amount of information given to the general public through the press, fostering a more open administration.

To strengthen co-operation with the press, the Ministry of Health regularly purchases space in major national newspapers to inform the public about current events in health care, the reform process and health promotion programmes. Co-operation is facilitated by a Ministry sponsored “journalist club” where information and ideas are freely exchanged.

In public health reform, much attention is being paid to the training and continuing education of public health specialists, moving away from a “hygiene-oriented” approach to public health. Health education must be integrated into standard school programmes, information must be made available to the general public in an easily accessible manner.

A hygiene only approach cannot fully guarantee public health, therefore there are many public health oriented programmes which are currently being implemented. Tuberculosis, AIDS, Occupational Safety, Food control, Tobacco and Alcohol programmes are a few of the state programmes targeting the public health sector. Methods for reaching the public include the “Healthy Schools”, “Healthy Cities” and “Healthy Hospitals” programmes being done in co-operation with the World Health Organisation.

## CONTENTS

Einleitung.....	3
Ziel- und Aufgabenerreichung durch Führung, Qualifizierung und Motivation des Personals (ein Überblick).....	7
1. Ziele setzen und Definitionen .....	7
2. Führungsgrundsätze .....	12
3. Führungsfunktionen und Führungsaufgaben (eine mögliche Version).....	12
4. Führungsinstrumente.....	13
5. Führungseigenschaften.....	13
6. Führungsverhalten und Führungsstile .....	14
7. Führungsmodelle.....	15
Effizienz und Effektivität der Krankenkassen (ein Überblick) .....	19
Vorbemerkung .....	19
1. Allgemeines zum Krankenkassenmanagement.....	20
2. Aufgabenbereiche des Managements.....	24
2.1 Aufgabenbereich „Aufbauorganisation“ .....	24
2.2 Aufgabenbereich „Personal“ .....	27
2.3 Aufgabenbereich „Informationswesen“ .....	27
2.4 Aufgabenbereich „Finanzen“ .....	29
2.5 Aufgabenbereich „Controlling“ .....	31
3. Rechtliches Umfeld.....	32
Management and Situation in Health Insurance in Latvia. Current Situation, Background, Main Objectives of the Reform .....	35
Health Insurance in Estonia .....	40
1. General Principles.....	40
2. Health Insurance Revenues and Budget.....	41
3. Summary .....	45
Sicherung einer leistungsfähigen und zeitgemässen Gesundheitsversorgung ..	48
1. Aufgabenstellung .....	48
2. Einnahmensteuerung.....	48
2.1 Finanzierungssystem .....	48
2.2 Beitragseinzug .....	50
3. Ausgabensteuerung .....	51
3.1 Kostendämpfungspolitik .....	51
3.2 Leistungskatalog .....	54
3.3 Vergütungspolitik .....	56

3.4	Angebotssteuerung.....	61
3.5	Steuerung der Inanspruchnahme .....	64
4.	Fazit .....	67
Vergütungssysteme und deren Auswirkungen .....		69
1.	Ambulante ärztliche Versorgung (inkl. zahnärztliche Versorgung) .....	69
1.1	Kopfpauschale .....	73
1.2	Fallpauschale .....	74
1.3	Einzelleistungsvergütung (ELV).....	74
1.4	Mischsysteme.....	76
1.5	Zusammenfassung.....	77
2.	Stationäre ärztliche Versorgung.....	78
2.1	Teilnahme an der Versorgung .....	80
2.2	Komponenten der Entgeltverträge .....	81
2.3	Zusammenfassung.....	82
3.	Weitere Bereiche Z.B. ....	83
Die Umstellung zehn großer landeseigener Krankenhäuser von der Verwaltung nach Haushaltsplan zu betriebswirtschaftlich gesteuerten Dienstleistungsunternehmen - Konzept und Erfahrungen .....		85
1.	Vorbemerkung .....	85
2.	Wirtschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen .....	85
3.	Ziele der Reform.....	87
4.	Führen mit Zielen.....	87
5.	Umstellung der Landeskrankenhäuser .....	88
5.1	Organisatorische Änderungen.....	89
5.2	Personelle Änderungen .....	90
5.3	Änderungen im Rechnungswesen .....	90
5.4	Änderungen bei der Budgetaufstellung.....	91
6.	Controlling .....	92
6.1	Allgemeines Konzept.....	92
6.2	Praktische Umsetzung.....	93
7.	Schlussbemerkung .....	98
REFORMING THE LITHUANIAN HEALTH CARE SYSTEM .....		99
GOALS FOR THE FUTURE.....		99
SHORT TERM PLANS OF THE MINISTRY OF HEALTH.....		101
Developing the legislative basis for health care .....		101
Decentralisation of the management of health care institutions. ....		102
Rationalisation of services and use of resources to provide economically sustainable, high quality services. ....		102

Health care financing reform .....	103
Personnel management and professional development .....	105
Pharmaceutical products management .....	106
Registration of pharmaceutical products.....	106
Pharmaceutical product cost control.....	107
Drug supply to rural areas.....	107
Public health sector reform .....	107
CONTENTS .....	109

*Verbesserung von Qualität und Effizienz  
im Gesundheitswesen*  
1999

Išleido:

**Sveikatos Ekonomikos Centras**  
Savičiaus 6-18, Vilnius. SL 2217  
E-mail: sec@takas.lt

**Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (GVG)**

Hansaring 43, 50670 Köln  
E-mail: team15@gvg-koeln.de

Spausdino Senamiesčio spaustuvė,  
Totorių 27, 2001, Vilnius  
Parengta spaudai 1999 03 24. Tiražas 300 egz. Užsakymo nr. 103



