

Leseprobe

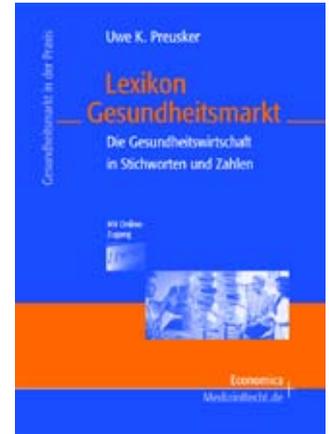
aus:

Lexikon Gesundheitsmarkt

Die Gesundheitswirtschaft in Stichworten und Zahlen

Von Uwe K. Preusker. 2008. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.

© 2008 Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg/München/Landsberg/Berlin und MedizinRecht.de Verlag, Heidelberg



Bilanzkennzahlen

Aus den Angaben der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung gebildete → *Kennzahlen*, die eine schnelle Aussage über die wirtschaftliche Lage eines → *Unternehmens* ermöglichen. Da die Bildung der Kennzahlen immer nach dem gleichen Prinzip abläuft, ermöglichen Bilanzkennzahlen auch den Vergleich von Unternehmen anhand der gebildeten Kennzahlen. Die Bilanzkennzahlen werden unter anderem unterteilt in

- → *Ertragskennzahlen* (z.B. → *EBIT*, → *EBDIT*, → *EBITA*)
- Finanzierungskennzahlen (z. B. → *Eigenkapitalquote*, *Anlagendeckungsgrad*)
- Liquiditätskennzahlen (z. B. Liquidität 1. und 2. Grades, → *Cash Flow*, dynamischer Verschuldungsgrad)
- Rentabilitätskennzahlen (z. B. Eigenkapitalrentabilität, → *Umsatzrentabilität*).

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Abkürzung BQS. Die Bundesgeschäftsstelle → *Qualitätssicherung* gGmbH ist eine Einrichtung der → *Selbstverwaltung*, die im Jahr 2000 von der → *Bundesärztekammer*, der → *Deutschen Krankenhausgesellschaft*, den → *Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen* sowie dem → *Verband der Privaten Krankenversicherung* gegründet wurde. Als Lenkungsgremium wurde das Bundeskuratorium Qualitätssicherung geschaffen.

Die Gründung erfolgte, um in den deutschen → *Akutkrankenhäusern* parallel zur Einführung von → *Fallpauschalen* und → *Sonderentgelten* ein Instrument zu schaffen, mit dem man die Entwicklung der → *Qualität* der Behandlung in den → *Kliniken* über eine externe vergleichende Qualitätssicherung verfolgen konnte.

Mit Einführung des → *Fallpauschalen-Systems* (German DRG - G-DRG) und der gesetzlichen Verankerung der Qualitätssicherung ist die Zuständigkeit für die externe vergleichende Qualitätssicherung zum 1. Januar 2004 auf den → *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) in der Besetzung nach § 91 Abs. 7 → *SGB V* → (*Krankenhausbehandlung*) übergegangen, der heute der direkte Auftraggeber der BQS für die externe vergleichende Qualitätssicherung ist. Dieser wurde damit auch zum zentralen Beratungs- und Beschlussgremium für den externen Qualitätsvergleich der nach § 108 zugelassenen → *Krankenhäuser*. Das Beschlussgremium setzt sich aus je neun stimmberechtigten Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen, drei unparteiischen Vorsitzenden und neun nicht stimmberechtigten Patientenvertretern zusammen. Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen.

Im „Vertrag über die Beauftragung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS gGmbH) zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus (Beauftragungsvertrag)“ wurde die BQS ab Anfang 2001 mit der Leitung und Koordination der inhaltlichen Entwicklung und organisatorischen Umsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherung in den deutschen Krankenhäusern beauftragt. Im September 2004 verlängerte der G-BA den Beauftragungsvertrag der BQS.

Mit dem → *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* hat der Gesetzgeber in § 137a SGB V allerdings den G-BA verpflichtet, eine fachlich unabhängige Institution zu beauftragen, Verfahren zur Messung und Darstellung der Qualität der medizinischen Versorgung zu entwickeln. Ebenfalls soll sich diese Institution an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen. Dazu hat der G-BA im Herbst 2007 ein europaweites Ausschreibungsverfahren eingeleitet, das bis Mitte 2008 abgeschlossen sein soll. Die BQS hat sich in diesem Ausschreibungsverfahren um den in Frage stehenden Auftrag beworben.

Honorarverteilungsmaßstab

Abkürzung HVM. Regelung für die Verteilung der von den → *gesetzlichen Krankenkassen* an die → *Kassenärztlichen Vereinigungen* mit befreiender Wirkung gezahlten → *Gesamtvergütung* auf die einzelnen Vertragsärzte. Seit dem Inkrafttreten des → *GKV-Modernisierungsgesetzes* (GMG) am 1. Januar 2004 muss der Honorarverteilungsmaßstab zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden. Bis zu diesem Zeitpunkt bestimmten die Kassenärztlichen Vereinigungen den Inhalt der jeweiligen Honorarverteilungsmaßstäbe selbst.

In §85 Abs. 4 Satz 3ff. SGB V heißt es zum Honorarverteilungsmaßstab unter anderem: „Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der → *Vertragsärzte* zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein → *Punktwert* in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der → *Psychotherapeuten*, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (→ *Regelleistungsvolumina*). Für den Fall der Überschreitung der *Grenzwerte* ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. (...) Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen.“

Krankenhausmarkt

Markt für Krankenhaus-Leistungen (auch Markt für stationäre Versorgung), aber auch Markt für den Kauf und Verkauf von → *Krankenhäusern*.

Der Krankenhausmarkt im Sinne des Marktes für stationäre (Krankenhaus-) Versorgung umfasst heute alle Dienstleistungen, die von Krankenhäusern für Patienten sowie für Kunden etwa im Wellness- und Kurbereich an-

geboten werden. Dabei sind Krankenhausleistungen heute durchaus nicht nur stationäre, sondern werden auch teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Als Finanzierer von Leistungen auf dem Krankenhausmarkt treten insbesondere die → *gesetzliche* und → *private Krankenversicherung* auf, aber auch Selbstzahler oder die → *gesetzliche Unfallversicherung*, bei Rehabilitationsleistungen auch die Rentenversicherung und eingeschränkt Arbeitgeber.

Der Krankenhausmarkt im Sinne des Kaufs und Verkaufs von Krankenhäusern ist dadurch gekennzeichnet, dass auf dem deutschen Krankenhausmarkt ein Wachstum nur durch den Erwerb von vorhandenen Kapazitäten (externes Wachstum) oder die Ausweitung der Fallzahlen möglich ist (organisches Wachstum), nicht aber durch die Neugründung von Krankenhäusern. Dies führt dazu, dass es eine nennenswerte Zahl von Kaufinteressenten gibt, die zum Verkauf stehende Krankenhäuser erwerben wollen. Auf der anderen Seite ist das Angebot an zu veräußernden Krankenhäusern durch die Einführung des DRG-basierten Fallpauschalen-Systems und die damit einhergehenden erheblich gestiegenen Anforderungen an Management und Rationalisierungsmaßnahmen nachhaltig gestiegen. Ob es sich beim Krankenhausmarkt um einen Käufer- oder Verkäufermarkt handelt, ist umstritten. Nach wie vor sind Verkäufer von Krankenhäusern in der Lage, nennenswerte Preise für die zu veräußernden Krankenhäuser zu erzielen, wenn diese Einrichtungen nicht bereits zu stark wirtschaftlich gefährdet sind oder wenn sie in einer attraktiven Region liegen. Auch die Nähe zu anderen Standorten möglicher Käufer oder die Konkurrenz mehrerer Kaufinteressenten sind häufig Gründe für erzielbare Preisauflschläge.

Nachdem zunächst nur private → *Krankenhausträger* als Käufer auf dem Krankenhausmarkt auftraten, nehmen mittlerweile die Fälle zu, in denen kommunale Kliniken oder → *Krankenhausketten* oder freigemeinnützige Krankenhausgruppen zum Verkauf stehende Krankenhäuser erwerben.

In den Jahren 2006 und 2007 hat es gegen den bisherigen Trend einen deutlichen Rückgang der Anzahl der Krankenhausprivatisierungen bzw. Übernahmen durch private → *Klinikketten* gegeben. Der Grund hierfür ist wohl vor allem in der deutlich besseren Finanzsituation der Kommunen, Landkreise und Bundesländer aufgrund deutlich gestiegener Steuereinnahmen zu suchen.

Krankenhausplan

Von den Bundesländern im Rahmen der → *Krankenhausplanung* aufzustellende (Rahmen-) Pläne für die Vorhaltung von Krankenhausleistungen bzw. von → *Kranken-*

häusern in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Dabei werden die Krankenhäuser in → *Versorgungsstufen* eingeteilt. Die Versorgungsangebote werden nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität erfasst. Darauf aufbauend werden dann Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze festgelegt. Mit Hilfe des Krankenhausplanes bzw. der Krankenhausplanung verwirklichen die Bundesländer ihren Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Bevölkerung. Rechtliche Grundlagen des Krankenhausplanes sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie die Krankenhausgesetze der Länder. Grundsätzliches Ziel der Planung ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern. An der Aufstellung der Krankenhauspläne im Rahmen des Prozesses der Krankenhausplanung wirkt der Landesausschuss bzw. die Landeskonferenz für Krankenhausplanung (Bezeichnungen variieren von Bundesland zu Bundesland) mit. Daran sind unter anderem die jeweilige → *Landeskrankengesellschaft*, die Landesverbände der → *Krankenkassen*, aber häufig auch die → *Ärztekammer* beteiligt.

Zweitmeinung (bei Arzneimitteln)

Englisch pre-authorization oder prior authorization: Einholung einer Expertise bzw. Beurteilung durch einen zweiten Fachmann durch den Erstverordner, im Gesundheitswesen in der Regel durch einen speziell dafür bestimmten → *Arzt* (§ 73d → *SGB V*). Manchmal wird fälschlicherweise die englische Übersetzung second opinion angeboten. Damit ist aber gemeint, dass sich der Patient alternativ bei einem anderen Arzt eine Zweitdiagnose einholt oder nach alternativen Therapien nachfragt. Mit dem → *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* ist für die Verordnung von bestimmten → *Arzneimitteln* die Einholung einer Zweitmeinung bei einem fachlich besonders ausgewiesenen Arzt eingeführt worden. Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten sowie Arzneimittel, bei denen erhebliche Risiken durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Interaktionen oder nicht indikationsgerechte Anwendung bestehen können, werden einem gesonderten Ordnungsverfahren unterzogen. Die Regelung bezieht sich insbesondere auf gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel.

Verordnungen im Zuge eines Zweitmeinungsverfahrens werden von einer → *Wirtschaftlichkeitsprüfung* als Praxisbesonderheit ausgenommen. Die Vorgaben zur Sicherung von → *Qualität* und Wirtschaftlichkeit für die Anwendung dieser Arzneimittel sowie für die Qualifikations- und Dokumentationsanforderungen, die an die Ärzte gerichtet werden, beschließt der → *Gemeinsame Bundesausschuss*

(G-BA) im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien. Die Bestimmung der besonders qualifizierten Ärzte erfolgt durch die → *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KVen) im Einvernehmen mit den Landesverbänden der → *Krankenkassen* und den Verbänden der → *Ersatzkassen*, sofern die Zweitmeinungsärzte ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenlegen. Können sich KVen und Kassenverbände nicht einigen, so können nach angemessener Frist die Krankenkassen nach vorheriger Ausschreibung durch Vertrag die Wahrnehmung der Aufgabe auf bestimmte Ärzte beschränken. Bis 31. Dezember 2008 sollen die Voraussetzungen zur Umsetzung des Zweitmeinungsverfahrens geschaffen sein.

Mit dem Zweitmeinungsverfahren können zwei gänzlich unterschiedliche Ziele verfolgt werden: Therapiesicherheit und Versorgungsqualität einerseits, Kostensenkung durch restriktive Verordnung von Innovationen andererseits. Offen bleibt bis zur Regelung durch den G-BA die Frage, aus welchem → *Budget* die Honorare für Zweitmeinungsärzte finanziert werden sollen. Außerdem ist noch das Haftungsrecht bei unterschiedlichen Therapievor schlägen zu klären. Zweitmeinungsärzte dürften eigentlich nur haftungsrechtlich belangt werden, wenn sie die Patienten auch persönlich untersuchen können und nicht nach Aktenlage entscheiden. Müssen die Patienten jedoch persönlich beim Zweitmeinungsarzt vorstellig werden, verzögert sich die notwendige Arzneimitteltherapie. Zeitkritische Erkrankungen wie bösartige Neubildungen wären dann von einem Zweitmeinungsverfahren auszuklammern. Sinn hat ein Zweitmeinungsverfahren ohnehin nur bei Erstdiagnosen und Erstverordnungen. Ist ein Patient schon auf eine bestimmte Therapie eingestellt (aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Therapie im stationären Bereich), wäre es unzumutbar, die bis dato erfolgreiche Therapie durch ein Zweitmeinungsverfahren infrage zu stellen.

Mit dem Zweitmeinungsverfahren kann sich auch ein neues Wettbewerbsverhältnis innerhalb der Ärzteschaft herausbilden: Erstverordner sind in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt und das Vertrauensverhältnis Erstverordner – Patient ist potenziell gefährdet, wenn der Arzt erst eine Erlaubnis zur Therapie einholen muss. Dies könnte dazu führen, dass die Patienten in Zukunft gleich einen Zweitmeinungsarzt aufsuchen – was nach Gesetzestext und -begründung möglich wäre – um langwierige Bewilligungsprozesse zu vermeiden. Zudem stellt sich angesichts der regionalen Umsetzung auf Ebene der KVen die Frage, wie bis zur Einführung im Januar 2009 eine Flächendeckung gesichert und eine möglichst einheitliche Bewilligungspraxis erreicht werden kann. Es sollte nicht vom Zufall des Wohnorts der Patienten abhängen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Zugang zu Innovationen möglich ist.