

**Projektbericht**  
**Research Report**

**Health Cooperation**  
**Kostendämpfung durch Kooperation im**  
**Gesundheitswesen**

**Thomas Czypionka**  
**Markus Kraus**  
**Clemens Sigl**  
**Julia-Rita Warmuth**



**INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN**  
**INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES**  
**Vienna**



**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Health Cooperation**

## **Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen**

**Thomas Czypionka**  
**Markus Kraus**  
**Clemens Sigl**  
**Julia-Rita Warmuth**

Endbericht

Studie im Auftrag der Vinzenz Gruppe

**April 2012**

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien**  
**Institute for Advanced Studies, Vienna**

**Kontakt:**

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: [thomas.czypionka@ihs.ac.at](mailto:thomas.czypionka@ihs.ac.at)

---

**Bemerkungen**

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1. Motivation.....	5
1.2. Prozessebenen in einer Krankenanstalt .....	5
1.3. Vorgangsweise und Kapitelgliederung .....	7
<b>2. Theorie der kooperativen Leistungserbringung</b>	<b>10</b>
2.1. Begriffsbestimmung.....	10
2.2. Generische Formen der kooperativen Leistungserbringung .....	11
2.2.1. Ausrichtung der Kooperationsstruktur .....	11
2.2.2. Intensität der Kooperation .....	13
2.2.3. Funktionsbereiche der Kooperation.....	14
2.3. Theoretische Erklärungsansätze von Kooperationen .....	15
2.3.1. Transaktionskostentheorie.....	15
2.3.2. Spieltheorie.....	17
2.3.3. Ressourcenbasierter Erklärungsansatz.....	17
2.3.4. Theorie der Kernkompetenzen .....	17
2.4. Lebenszyklus von Kooperationen .....	18
2.4.1. Strategischer Entscheid.....	18
2.4.2. Konfiguration und Kooperation .....	18
2.4.3. Partnerselektion.....	19
2.4.4. Strategisches Kooperationsmanagement.....	19
2.5. Spezifische Formen der kooperativen Leistungserbringung .....	20
2.5.1. Joint Ventures.....	20
2.5.2. Strategische Allianz .....	21
2.5.3. Unternehmensnetzwerk.....	21
2.6. Motive für Kooperationen im Gesundheitswesen.....	23
2.6.1. Kostenorientierte Ziele.....	24
2.6.2. Marktorientierte Ziele .....	24
2.7. Größen- und Verbundeffekte im Gesundheitswesen .....	28
2.7.1. Aspekte der Effizienz.....	28
2.7.2. Qualitätsaspekte.....	32
2.8. Multi-Spitalsmodelle .....	33
2.8.1. Netzwerkstrukturen von Multi-Spitalsmodellen.....	33
2.8.2. Multi-Spitalsmodelle nach Leistungsbeziehung und Steuerungsform .....	36
2.8.3. Studien zu Multi-Spitalsmodellen .....	39

2.9. Koopetition .....	40
2.10. Integrierte Versorgung.....	42
2.10.1. Integrierte Versorgung in Deutschland .....	45
2.10.2. Integrierte Versorgung in Österreich.....	51
<b>3. Kooperationen im primären Bereich</b>	<b>53</b>
3.1. Kooperationen zwischen zwei oder mehreren Spitälern im selben Trägerverbund oder trägerübergreifend.....	53
3.1.1. Kooperationen von Spitälern als Ganzes .....	53
3.1.2. Kooperationen bei Fachabteilungen.....	64
3.2. Kooperationen von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich.....	75
3.2.1. Klassische Kooperationen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich.....	77
3.2.2. Gruppenpraxen, Medizinische Versorgungszentren.....	77
3.2.3. Weitere Kooperationen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich.....	87
3.3. Kooperationen von Spitälern mit anderen Gesundheitseinrichtungen .....	91
3.3.1. Interdisziplinäre Kooperation zur Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation.....	91
3.3.2. Vollversorgungskooperationen .....	95
<b>4. Kooperationen im sekundären Bereich</b>	<b>101</b>
4.1. Kooperationen im Bereich bildgebende Diagnostik.....	101
4.2. Kooperationen im Bereich Labordiagnostik.....	105
4.3. Kooperationen im Bereich Sterilisation .....	107
4.4. Kooperationen im Bereich Pathologie.....	108
4.5. Empirische Erhebung zu Kooperationen im sekundären Bereich .....	109
<b>5. Kooperationen im tertiären Bereich</b>	<b>115</b>
5.1. Der Tertiäre Leistungsbereich .....	115
5.1.1. Spitalsleistungen im tertiären Bereich .....	116
5.2. Theorie des Outsourcing.....	118
5.2.1. Begriff Outsourcing .....	118
5.2.2. Nutzen und Risiken von Outsourcing-Prozessen .....	119
5.2.3. Faktoren zur Leistungsbestimmung.....	121
5.3. Praktische Beispiele im tertiären Bereich.....	125
5.3.1. Küche.....	128
5.3.2. Einkauf.....	128
5.3.3. Verwaltung.....	131
5.4. Empirische Erhebung zu Kooperationen und Outsourcing im tertiären Bereich .....	134
5.5. Internationale Studien und Erfahrungen zu Outsourcing .....	136
5.6. Entwicklung und Tendenzen von Outsourcing im Gesundheitswesen .....	145

<b>6.</b>	<b>Gesundheitspolitische Einordnung und Quantifizierung</b>	<b>148</b>
6.1.	Spitalsgröße und Standortfrage .....	149
6.2.	Probleme der Umsetzung und Änderungsnotwendigkeiten .....	150
6.2.1.	Finanzierungs- und Bezahlungssystem.....	150
6.2.2.	Wettbewerb.....	152
6.2.3.	Regulatorische Rahmenbedingungen .....	153
6.3.	Quantifizierung des Kostendämpfungspotenzials .....	157
6.3.1.	Kooperation zwischen Spitälern .....	157
6.3.2.	Verbesserung der Kooperation im ambulanten Bereich .....	158
6.3.3.	Vollversorgungskooperationen .....	159
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>162</b>
<b>8.</b>	<b>Appendix</b>	<b>174</b>
8.1.	Appendix I .....	178
8.2.	Appendix II .....	21
8.3.	Appendix III .....	30





## Tabellen

Tabelle 1: Unternehmensnetzwerke nach Steuerungsform und Stabilität der Konfiguration	23
Tabelle 2: Anbieterorganisation im Spitalswesen.....	26
Tabelle 3: Formen von Skalenerträgen .....	29
Tabelle 4: Spitalsnetzwerke nach Steuerungsform und Stabilität der Konfiguration .....	37
Tabelle 5: Determinanten des Wettbewerbs und der Kooperation .....	41
Tabelle 6: Integrierte Versorgung auf Basis des Sozialgesetzbuchs .....	47
Tabelle 7: Beispiele möglicher Erfolgskriterien und Indikatoren .....	50
Tabelle 8: Verbreitung von Disease-Management Programmen in Österreich.....	52
Tabelle 9: Vergleich MVZ (D), Gruppenpraxen (Ö), Versorgungszentren und Versorgungsgruppen (NL).....	78
Tabelle 10: Leistungsspektrum des ACG .....	80
Tabelle 11: Ökonomische Effekte – Ärzte-Center Graz .....	82
Tabelle 12: Häufigkeit präoperative Leistungen .....	89
Tabelle 13: Kooperationen zwischen Kärntner Spitälern .....	112
Tabelle 14: Kooperationen mit dem LKH Lagenfurt .....	113
Tabelle 15: Nutzen und Risiken von Outsourcing .....	120
Tabelle 16: Faktoren zur theoretischen Bestimmung der Leistungserbringung.....	121
Tabelle 17: Outsourcing-Tätigkeiten bei medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor .....	143
Tabelle 18: Risiken und Barrieren bzw. Nutzen und Motive kooperativer Leistungserbringung.....	160
Tabelle 19: Befragte Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften .....	175
Tabelle 20: Befragte Landesgesundheitsfonds .....	175
Tabelle 21: Befragte Gesundheitsgruppen in Deutschlang.....	175



## Abbildungen

Abbildung 1: Prozessebenen .....	6
Abbildung 2: Vertikale und horizontale Kooperation .....	13
Abbildung 3: Kurzfristige und langfristige Durchschnittskosten .....	29
Abbildung 4: Empirische Skaleneffizienz einiger Spitäler vs. Größe .....	31
Abbildung 5: Größe und Qualität .....	32
Abbildung 6: Dimensionen von Multi-Spitalsmodellen .....	36
Abbildung 7: Verortung des Virtuellen Spitals in den Dimensionen <i>Lokalisation</i> und <i>Kooperationsgrad</i> .....	39
Abbildung 8: Stufen der Integration .....	45
Abbildung 9: Zeitliche Entwicklung der Integrierten Versorgung .....	47
Abbildung 10: Vertragspartner-Kombinationen der Integrierten Versorgung.....	48
Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl der IV-Verträge und des Leistungsvolumens.....	49
Abbildung 12: Determinanten des Kooperationserfolges .....	51
Abbildung 13: Laufende Reformpoolprojekte in Österreich .....	52
Abbildung 14: Aufteilung von einzelnen Fachabteilungen zwischen den Standorten der kooperierenden Spitäler .....	54
Abbildung 15: Schwerpunktsetzung zwischen den Standorten der kooperierenden Spitäler	56
Abbildung 16: Komplette Spezialisierung einer oder mehrerer der kooperierenden Spitäler	59
Abbildung 17: Schaffung eines standortübergreifenden Spitalsverbundes .....	61
Abbildung 18: Leistungsabstimmung durch Spezialisierung innerhalb von Fachabteilungen	65
Abbildung 19: Schaffung einer standortübergreifenden Abteilung.....	73
Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl der MVZs in Deutschland .....	84
Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl der Vertragsärzte und angestellten Ärzte in MVZs...	84
Abbildung 22: Trends bei stationären und ambulanten Operationen .....	86
Abbildung 23: Organisation der Niederländischen Zorggroep.....	87
Abbildung 24: Reformpool Projekt .....	89
Abbildung 25: Phasen der Gründung.....	92
Abbildung 26: Deckungsbeitragsanstieg – "Gesundes Kinzigtal" .....	96
Abbildung 27: Verminderte Ausgaben im Jahr 2010 je LKK-Versicherten im „Gesunden Kinzigtal" .....	97
Abbildung 28: Entwicklung der Krankenhausfälle pro 1.000 Versicherte .....	97
Abbildung 29: UGOM-Netzwerk.....	98
Abbildung 30: Outsourcing-Tätigkeit bei medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor (2006) .....	114
Abbildung 31: Optimale Unternehmensgröße.....	123
Abbildung 32: Kooperationshäufigkeit im Bereich Versorgung (in Prozent, n=136) .....	126
Abbildung 33: Kooperationsart im Bereich Versorgung (in Prozent) .....	127

Abbildung 34: Outsourcing-Tätigkeiten bei nicht-medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor.....	133
Abbildung 35: Insourcing- und Outsourcing-Aktivität im deutschen Krankenhaussektor nach Leistungsbereich zwischen 2004 – 2007. ....	139
Abbildung 36: Insourcing- und Outsourcing-Aktivität im deutschen Krankenhaussektor nach der Krankenhausgröße zwischen 2004 und 2007.....	140
Abbildung 37: Outsourcing-Tätigkeit im US-amerikanischen Spitalssektor nach der Organisationsform im Jahr 2006 .....	141
Abbildung 38: Outsourcing-Tätigkeiten bei medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor im Jahr 2006 .....	142

## Executive Summary

Kostendämpfung ist in der laufenden Gesundheitsreform zu einem wesentlichen Thema im Spitalswesen geworden, und es mag angesichts der hohen Effizienzreserven auch gerechtfertigt sein, diesen Standpunkt einzunehmen. Ungeklärt ist auf dieser Ebene aber, WIE diese Kostendämpfung im konkreten Leben umgesetzt werden soll.

Eine wichtige Antwort darauf ist vermehrte Kooperation im Gesundheitswesen. Spitäler können in vielfacher Hinsicht miteinander, aber auch mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens sowie bei der Erbringung notwendiger nicht-medizinischer Hilfsleistungen zusammenarbeiten. Man spricht dabei auch vom Bereich primärer Prozesse (medizinische Leistungen am Patienten Kapitel 3), sekundärer Prozesse (medizinische Unterstützungsleistungen, Kapitel 4) und tertiärer Prozesse (nichtmedizinische Leistungen, die eine Krankenanstalt benötigt, Kapitel 5).

In der vorliegenden Studie wird versucht, für diese drei Bereiche jeweils anschauliche Beispiele zu finden, wie innovative Lösungen der Zusammenarbeit helfen können, Kosten zu dämpfen, unter der Prämisse, dass die Leistungen für den Patienten in zumindest gleicher Qualität erbracht werden können.

Ein wichtiges Ergebnis sei vorweggeschickt: Kooperation hat in vielen Fällen die Eigenschaft, dass sogar höhere Qualität bei niedrigeren Kosten möglich wird.

Gerade in der Spitalslandschaft Österreichs mit vielen kleinen Spitälern liegen hier große Chancen. Wesentliche Skaleneffekte können im Bereich der primären Prozesse durch arbeitsteilige Spezialisierung zwischen den Spitälern lukriert werden. Die spezialisierten Abteilungen zeigen neben economies of scale auch höhere Qualität (Kapitel 2.7). Skaleneffekte der Sekundärkostenbereiche können ebenfalls durch Kooperationen erzeugt werden. Sowohl bildgebende Verfahren, Labordiagnostik, Pathologie, Sterilisation als auch Küche, Einkauf und Verwaltung lassen sich für mehrere Spitälern gemeinsam erledigen, sodass mögliche Kostennachteile von kleineren Spitälern ausgeglichen werden. Technische Effizienz kann ohnedies ohne Standortzusammenlegungen gewonnen werden, indem z. B. durch best-practice Abläufe optimiert werden. Empirisch lässt sich nachweisen, dass auch sehr kleine Spitäler es schaffen können, hinreichend skaleneffizient zu sein. Zentral für Standortentscheidungen ist daher – neben anderen Zielgrößen - nicht die Größe, sondern die tatsächliche Effizienz. Würde man beispielsweise nur nach der Größe Spitäler schließen, würde man tatsächlich effiziente Anbeiter eliminieren.

In Kapitel 2.8 werden als Lösung Multi-Spitalsmodelle vorgestellt. Wir kommen dabei zum Schluss, dass vor allem stark integrierte, aufeinander abgestimmte Spitalsnetzwerke, die länder- und/oder trägerübergreifend agieren, eine zukunftsweisende Option der Leistungserbringung für Österreich sind. Sie können auf bestehenden Standorten aufbauen

und diese so in ein System von Spitälern integrieren, dass gesamthaft hohe Effizienz und Qualität realisiert werden können.

In der österreichischen Situation wäre dringend zu empfehlen, jeden Standort individuell zu betrachten. Dabei sollte auch überprüft werden, inwieweit Kooperationsmöglichkeiten gegeben sind. Nicht für alle, jedoch für viele Standorte wird die Effizienz durch solche Kooperationen im Sinne von best-practice und Spezialisierung in einem größeren Netzwerk von Spitälern eine gangbare Zukunftsperspektive sein. Dies erfordert zweifellos vom Spitalsmanagement ein engagiertes Handeln, und vom Gesetzgeber die notwendigen Rahmenbedingungen.

Unsere Untersuchung zeigt, dass Zusammenarbeit im Bereich sekundärer und tertiärer Prozesse in Österreich noch in sehr geringem Maße ausgebaut ist. Auch hier gibt es nachweislich Möglichkeiten, Kosten zu senken, oft unter Steigerung der Qualität. So kann in Labors, die Leistungen für mehrere Spitäler erbringen, auch ein umfassenderes Qualitätsmanagement implementiert werden und es können auch hochspezialisierte, selten angeforderte Befunde routiniert erstellt werden (siehe Kapitel 4.2 Kooperationen im Bereich Labordiagnostik). Ähnliches gilt für Bereiche wie Radiologie oder Pathologie (4.1 bzw. Kapitel 4.4).

Bei der Marktbetrachtung der tertiären Prozesse zeigt sich ebenfalls, dass hier noch großer Spielraum in Österreich gegeben ist, wie erfolgreiche Beispiele zeigen. Vor allem hier ist aber auch mit Umsetzungsproblemen zu rechnen. Nicht jede Lösung erweist sich als nachhaltig kostensparend, und es ist mit Übergangsschwierigkeiten zu rechnen, insbesondere, wenn die Belegschaft nicht für solche Veränderungen gewonnen werden kann (Kapitel 5 Kooperationen im tertiären Bereich). Dennoch scheinen deutliche Kosten- und mitunter Qualitätsvorteile gegeben, insbesondere unter den Rahmenbedingungen bisher sehr geschützter Wirtschaftsbereiche.

Weitere Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung des Gesamtsystems bestehen in der Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich. Spitäler können hier optimal kooperieren, indem sie die Auslastung von Räumlichkeiten und Geräten sicherstellen durch Arztpraxen am Krankenhaus oder idealerweise durch eine gemeinsame Einheit, in der der niedergelassene und spitalsambulante Bereich verschmelzen (Kapitel 3.2). Erforderlich dafür wären aber eben die gesetzlichen Möglichkeiten und ein flexibleres oder zumindest diese Möglichkeiten berücksichtigendes Finanzierungs- und Abgeltungssystem.

Auch im nachgeschalteten Bereich sind solche Kooperationen sinnvoll, indem vor allem im Bereich Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung wertvolle Zeit für den Patienten gewonnen wird und Befundbesprechungen routinemäßig computergestützt zwischen Akutbehandlern und Rehabilitationsärzten erfolgen (Kapitel 3.3.1).

Schließlich gibt es auch Beispiele der populationsbezogenen Vollintegration, also der abgestimmten Versorgung einer definierten Bevölkerung mit allen medizinischen Leistungen. Hier zeigen sich gleichzeitig kostendämpfende und qualitätssteigernde Effekte (Kapitel 3.3.2).

Derzeit wird Kooperation nicht in dem Ausmaß genutzt, wie es aus diesem Grund wünschenswert wäre. Drei wesentliche Ursachen lassen sich dafür ausmachen:

- 1) Die Finanzierungs- und Bezahlungssysteme regen Kooperation nicht an
- 2) Wettbewerb findet in Österreich im Gesundheitswesen kaum statt
- 3) Regulatorischen Rahmenbedingungen stehen der vermehrten Kooperation zum Teil entgegen

In Bezug auf das Finanzierungs- und Bezahlungssystem lässt sich Folgendes feststellen: Zum bereits hinlänglichen Problem der fragmentierten Finanzierung zwischen Sozialversicherung auf der einen Seite und Gebietskörperschaften auf der anderen kommt noch das Problem nicht anreizkompatibler Vergütungssysteme im extramuralen Bereich. Es herrscht weiter die Einzelleistungsvergütung vor, und Bemühungen um pauschalierte Systeme – wie in der letzten ASVG-Novelle ermöglicht – stecken noch kaum in den Kinderschuhen. Auch die sektorenübergreifende Finanzierung und Bezahlung des ambulanten Sektors, also des niedergelassenen und spitalsambulanten Bereichs, wie in der 15a-Vereinbarung 2008-2013 vorgesehen, wurde bisher nicht umgesetzt. Weiterhin herrscht bei Ambulanzen die nicht leistungsgerechte Abgeltung über eine Pauschalzahlung vor, die den Aufwand nicht annähernd abbildet. Dadurch werden höher bezahlte, auch mit höheren Kosten verbundene stationäre Aufnahmen attraktiv. Im stationären Bereich wiederum wird durch die nicht leistungsgerechte Abgeltung kein Anreiz für Wettbewerb gesetzt. Die Entgelte, die über das LKF-System ausgeschüttet werden, sind nicht kostendeckend, über die Betriebsabgangsdeckung wird ex-post der Rest der aufgelaufenen Kosten gedeckt. Daraus entstehen zu wenige Anreize, sinnvoll und kostenoptimierend zu kooperieren. Zusätzlich bedingt die bundesländer- und trägerweise uneinheitliche LKF-Finanzierung, dass länder- und trägerübergreifende Kooperationen erschwert werden: Werden beispielsweise Leistungen an ein Spital jenseits der Bundesländergrenze abgetreten, weil dies günstiger, folgen die Mittel dafür nicht, sondern verringern den LKF-Punktwert dieses Landes. Privat-gemeinnützige Träger müssten bei Übernahme von Leistungsbereichen zum Teil die privatrechtlichen Subventionen nachverhandeln (Kapitel 6.2.1)

Unter diesen Voraussetzungen ist auch der Wettbewerb deutlich behindert. Im extramuralen Bereich besteht keine Möglichkeit, innovative Versorgungsformen zu etablieren, da hier Sozialversicherung und Ärztekammer kollektive Verträge zur Abgeltung von einzelleistungsdominierten Honorarkatalogen abschließen (müssen). Im Spitalsbereich herrscht eine dominierende Stellung der Bundesländer vor. Sowohl Gesetzgebung,

Vollziehung, Regulation, Eigentümerschaft und Finanzierung liegen mittel- oder unmittelbar im Einflussbereich der Bundesländer. Weitgehende Intransparenz herrscht auch im Bereich von Effizienz und Qualität. Unter diesen Umständen ist es schwierig, dass sich innovative Lösungen der Kooperation etablieren können (Kapitel 6.2.2).

Die regulatorischen Rahmenbedingungen sind ebenfalls teilweise hinderlich. Nur unter dem Dach des Reformpools wären neue Modelle der Zusammenarbeit möglich gewesen. Die Anreize dieses Instruments sprechen jedoch gegen seine verbreitete Nutzung – anders als in Deutschland, wo die Gesetzgebung zur integrierten Versorgung eine Vielzahl an neuen Versorgungsmodellen ermöglicht und auch generiert hat. Auch in den Niederlanden wird diese Form der Kooperation dank weitgehender Flexibilisierung vielfach zum Nutzen der Patienten angenommen. Im Bereich der ambulanten Versorgung fehlt die Möglichkeit, dass spitalsambulanter und niedergelassener Bereich zusammenwachsen. Auch hier setzt die deutsche und niederländische Gesetzgebung genau jene Anreize, die in Österreich nicht wirksam werden können. Auch bei den Krankenanstalten hat die letzte KaKuG-Novelle zwar mehr Flexibilität gebracht. Die grundsätzlichen Typen von Krankenanstalten und Abteilungsvorhaltungen existieren aber noch, und es ist zum Teil den Bundesländern überlassen, welche Flexibilität sie letztlich landesgesetzlich zulassen. Durch die relativ genaue Rahmenplanung könnte die Ausgestaltung der Abteilungszuordnung in Spitälern überhaupt aus dem Gesetz gestrichen werden und subsidiär gelöst werden (6.2.3).

Eine Quantifizierung für Österreich ist mit Vorsicht möglich. Beispiele der Kooperation sind sehr fallspezifisch. Einzelne Beispiele der Abschätzung für Österreich, um Größenordnungen zu erhalten, sind in Kapitel 6.3 zu finden.

In der Gesamtsicht lässt sich feststellen, dass es eine große Zahl an Beispielen der Kooperation gibt, die dazu beitragen können, Leistungen nicht nur günstiger, sondern auch besser für den Patienten zu erbringen. Um dieses Potenzial freizusetzen, sind gar nicht so sehr große Summen aufzubringen, aber umso mehr politischer Wille zur Veränderung.



# 1. Einleitung

## 1.1. Motivation

Spricht man über das österreichische Spitalswesen, so fallen rasch die Begriffe „teuer“, „Überkapazitäten“, „Standortschließung“ und dergleichen. Gleichzeitig besteht politisch das Bemühen, Spitalsstandorte zu erhalten. Als im Zuge der Verwaltungsreform fälschlicherweise kolportiert wurde, es werde über die Schließung aller Spitäler unter 200 Betten nachgedacht, hatte am nächsten Tag bereits jeder Landeshauptmann eine Standortgarantie ausgesprochen. Dies ist insgesamt kein konstruktives Vorgehen gewesen.

Auch die gegenwärtigen Gesundheitsreformbemühungen gehen gegenwärtig in Richtung Konsolidierung. Es wurde bereits in wesentlichen Punkten ein Kostendämpfungspfad für das Spitalswesen beschlossen, der zwar nun das Sparziel als Betrag vorgibt; unklar bleibt aber weiterhin, welche Maßnahmen überhaupt getroffen werden können, um diese Ziele auch realisieren zu können.

Der vorliegende Bericht will dazu einen Beitrag leisten. Anstatt theoretisch die beste aller Welten zu konstruieren, sollen Effizienzmöglichkeiten durch Kooperation untersucht werden, die auch eine Chance auf Realisierung haben. Es gilt dabei die Prämisse, dass die Versorgungsqualität mindestens gleich bleiben muss wie heute. Kostendämpfungen sollen durch intelligente Zusammenarbeitsmodelle realisiert werden. Dabei sollen die gegebenen Verhältnisse mit berücksichtigt werden.

## 1.2. Prozessebenen in einer Krankenanstalt

Der Umstand, dass Krankenanstalten mit Unternehmen innerhalb und außerhalb der Gesundheitsbranche Kooperationen eingehen, ist sowohl in der internationalen als auch österreichischen Krankenhauslandschaft bereits gängige Praxis. Nicht zuletzt aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen (z. B. ÖSG 2010) und des ständig steigenden Kostendrucks gewannen und gewinnen Kooperationen im Gesundheitsbereich immer mehr an Bedeutung. Mit Hilfe von Kooperationen soll es gelingen, die Ressourcen effizienter zu nutzen und damit die Kosten zu senken, ohne dabei die Qualität zu reduzieren. Vielfach werden sogar Möglichkeiten bestehen, diese anzuheben.

Als Kooperationsfelder in Krankenanstalten bieten sich sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Leistungen und Prozesse an. Grundsätzlich können bei den in Krankenanstalten stattfindenden Prozessen drei prinzipielle Ebenen unterschieden werden:

1) Primärprozesse

Unter den Primärprozessen sind jene Leistungen und Prozesse zu verstehen, welche Kernleistungen der Krankenanstalt repräsentieren und direkt am Patienten erbracht werden, also zum Behandlungspfad des Patienten gehören.

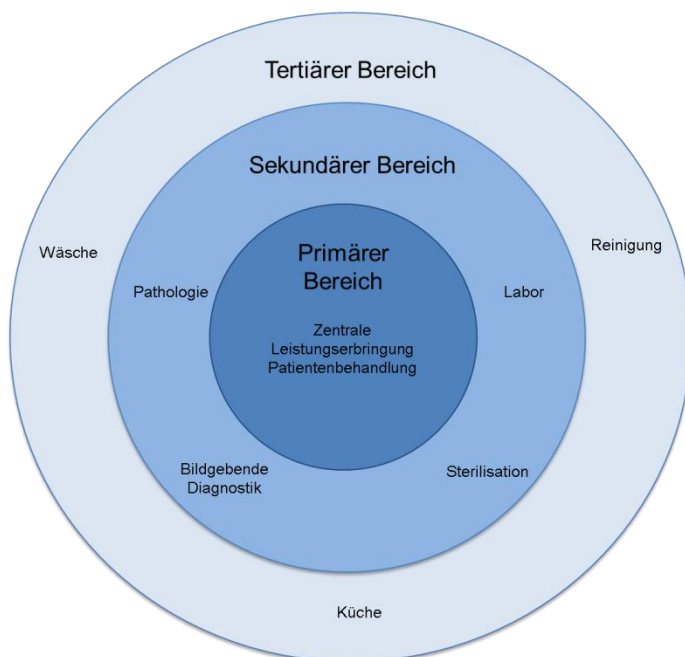
2) Sekundärprozesse

Unter den Sekundärprozessen sind jene Leistungen und Prozesse zu verstehen, welche mittelbar für den Patienten erbracht werden, indem sie den primären Prozess unterstützen, z. B. die Labordiagnostik.

3) Tertiärprozesse

Unter den Tertiärprozessen sind jene Leistungen und Prozesse zu verstehen, welche die anderen Prozessebenen unterstützen, jedoch keine unmittelbaren Auswirkungen auf den Patienten haben, z. B. die Krankenhauslogistik. Sie unterstützt z. B. den Primärprozess der Operation durch die Bereitstellung von medizinischem Sachbedarf und den Sekundärprozess Radiologie durch den Patiententransport.

**Abbildung 1: Prozessebenen**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

In nun folgenden Kapiteln wird anfangs auf die Theorie der kooperativen Leistungserbringung eingegangen. Nach dieser theoretischen Einbettung werden im empirischen Teil mögliche Kooperationen im primären, sekundären und tertiären Bereich

dargestellt. Das Vorgehen im Zuge der empirischen Erhebung ist im folgenden Abschnitt genau beschrieben. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Darstellung von in der Praxis bereits umgesetzten Beispielen. Im Zuge dessen werden einerseits die Grundgedanken hinter der Kooperation und andererseits, falls möglich, die mit den Kooperationen verbundenen Einsparungspotenziale aufgezeigt.

### **1.3. Vorgangsweise und Kapitelgliederung**

Die Studie setzt sich mit der Fragestellung auseinander, inwiefern in medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen des Österreichischen Gesundheitswesens kooperiert werden kann und welche wirtschaftlichen Potenziale sich daraus ergeben können.

Um praktische Beispiele anführen zu können und ein umfassendes Bild der möglichen Kooperationen aufzuzeigen, wurde einerseits eine umfangreiche Literatur- und Internetrecherche und andererseits eine mehrstufige Befragung durchgeführt. Die Aktualität des Themas erschwerte die Recherche an manchen Punkten, da gerade um die Frage der wirtschaftlichen Komponente beantworten zu können längere Untersuchungszeiträume notwendig wären um konsistente Bewertungen vornehmen zu können. Andererseits stießen wir auch immer wieder auf das Problem mangelnder Kooperationsbereitschaft und Geheimhaltung – durch Kooperationen erzielte Vorteile gegenüber Mitbewerbern im Gesundheitswesen werden nicht gerne Preis gegeben – was sich deutlich in der geringen Rücklaufquote bei den Befragungen widerspiegelt.

#### **Literatur- und Internetrecherche**

Die Literatur- und Internetrecherche gestaltete sich aufgrund des weitläufigen Themengebiets sehr umfassend. Aufgrund der Tatsache, dass viele der hier dargestellten Beispiele noch nicht allzu lange existieren und auf rechtlichen Neuerungen der letzten Jahre basieren, war ein Großteil des verwendeten Materials im Internet zu finden und durch den Zugang zu verschiedenen Datenbanken auch direkt verfügbar – die primären Informationsquellen im Internet waren demnach Artikel aus wissenschaftlichen Journalen, Berichte von wissenschaftlichen Instituten, Pressemitteilungen und eine Vielzahl von Internetseiten von Spitälern, und Spitalsverbänden.

Die verwendeten Datenbanken waren neben dem konventionellen österreichischen Bibliothekenverbund vorwiegend Datenbanken internationaler Journals, wie z. B.:

- Pubmed
- Jstor
- SciVerse

- Google Scholar

### **Befragung**

- Im Appendix wird genau darauf eingegangen, wie die Befragung aufgebaut war und welcher Instrumentarien sie sich bediente. Außerdem sind die Anschreiben und die Fragebögen im Original abgedruckt. Ergänzt wurde die Befragung durch telefonische Rückfragen sowie Experteninterviews.

### **Gliederung**

Die Gliederung des Berichtes gestaltet sich wie folgt aus. Einleitend werden der Begriff Kooperationen und die damit beschriebenen Konzepte theoretisch umrissen. Dies basiert auf einer umfangreichen Literaturanalyse. Der Umfang dieses **theoretischen Kapitels** spiegelt die Vielseitigkeit des Themas wider und zeigt die große Bedeutung, die Kooperationen im Unternehmensbereich wie auch im Gesundheitsbereich am internationalen Parkett bereits einnehmen. Neben theoretischen Erklärungsansätzen, im Zuge derer auf die Frage eingegangen wird, weshalb Kooperationen überhaupt von Vorteil sein können, stellt sich die Frage, wie diese effektiv umzusetzen sind. Wichtig ist an dieser Stelle auch die Darstellung der verschiedenen Formen der kooperativen Leistungserbringung. Daraufhin wird der Bogen zur konkreten Umsetzung im Gesundheitsbereich gespannt. Dies impliziert zum einen die Motive, die für Kooperationen im Gesundheitswesen sprechen, wie auch auf Kooperationsmodelle einzugehen, die bereits existieren. Schlussendlich wird dieses einleitende Kapitel mittels einer kurzen Darstellung des Konzeptes der integrierten Versorgung abgeschlossen. Dieses Konzept steht für eine neue kooperative Form der Leistungserbringung im Gesundheitsbereich, welches neue Strukturen erfordert, die in bedeutender Art und Weise auf den zuvor dargestellten Konzepten aufbauen.

Aufbauend auf diesem theoretischen Grundgerüst wird in den folgenden Kapiteln auf effektiv umgesetzte Kooperationen eingegangen. Wie bereits angesprochen, gliedert sich diese Darstellung in drei Ebenen, nämlich in die Kooperationen im primären, im sekundären und im tertiären Bereich. Jedes dieser Kapitel integriert zum einen die Ergebnisse aus der Literatur- und Internetrecherche, zum anderen die Darstellung der Ergebnisse aus der durchgeführten Befragung.

Die **Kooperationen im primären Bereich** beinhalten Kooperationen zwischen Spitälern, aber auch zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich oder anderen Gesundheitseinrichtungen.

Das Kapitel **Kooperationen im sekundären Bereich** gliedert sich in fünf Unterkapitel, in denen die mögliche kooperative Leistungserbringung in folgenden Bereichen thematisiert

wird: bildgebende Diagnostik, Labordiagnostik, Sterilisation und Pathologie. Abschließend folgt die Darstellung der empirischen Erhebung.

Im Kapitel **Kooperationen im tertiären Bereich** wird noch ein kurzer theoretischer Exkurs vorgenommen, um den Begriff Outsourcing genauer zu umfassen und seine Relevanz für diese Prozessebene darzustellen. Die praktischen Beispiele siedeln sich im Bereich Küche, Einkauf und Verwaltung an. Nach der Darstellung der empirischen Ergebnisse werden noch Erfahrungen mit Outsourcingtätigkeiten aus dem internationalen Umfeld aufgearbeitet.

In einem abschließenden Kapitel erfolgt die **gesundheitspolitische Einordnung** und der **Versuch einer Quantifizierung der Potenziale von Kooperationen für Österreich**.

## 2. Theorie der kooperativen Leistungserbringung

Das Gesundheitswesen befindet sich im Übergang von Leistungsstrukturen des Handwerks und der Manufaktur (Flexibilität, Individualität und Autonomie der Akteure) zur Industrialisierung (Prozesstransparenz, Integration der Leistungserbringer, kontinuierliche Behandlung über alle Leistungsabschnitte, sowie eine Standardisierung der Behandlungsplanung und der Ausführungsorganisation). Es findet ein Wandel der Prozessorganisation statt, weg von der Orientierung an einzelnen Leistungserbringern mit einer Ausrichtung auf individuelle Fälle, hin zur Anordnung standardisierter Behandlungsschritte und Arbeitsteilung – basierend etwa auf *evidence based medicine* (EBM) (Göbel und Friesdorf 2003). Neue Konzepte, wie etwa Spitalsnetzwerke als Form kooperativer Leistungserbringung, müssen angedacht werden. Sie bilden eine Reaktionsmöglichkeit auf sich stetig ändernde wissenschaftliche, technische, finanzielle, gesellschaftliche, rechtliche, institutionelle oder demographische Rahmenbedingungen. Kooperationen befähigen die beteiligten Partner einerseits zur Konzentration auf die internen, zentralen, traditionellen Aktivitäten und ermöglichen gleichzeitig einen Zugewinn an mangelnder oder nicht vorhandener Kompetenz. Es ist aufgrund der personellen und sachlichen Ressourcenausstattung einzelnen Krankenanstalten nicht möglich, alle Anforderungen zur Leistungserbringung zukünftig eigenständig erfüllen zu können und sicher zu stellen (Nissen 2006). Dieses Kapitel widmet sich der theoretischen Aufarbeitung von kooperativer Leistungserbringung in Hinblick auf den Spitalssektor. Dabei sollen neben methodischen Konzeptionen und Begrifflichkeiten, auch Nutzen und Kosten von Kooperationen theoriebasiert dargelegt werden. So unterliegen Kooperationen etwa einem ständig fortlaufenden Anpassungs- und Verhandlungsprozess, der mit Unsicherheiten behaftet ist und eine Planung und Schaffung von Kooperationen erschwert (Bleicher 1989). In den darauffolgenden Kapiteln sollen anhand der Untergliederung der Leistungsbereiche von Spitälern in einen primären, sekundären und tertiären Bereich Kooperationsmöglichkeiten aus der Praxis sowie Erfahrungen aktueller Umsetzungen aufgezeigt werden. Abschließend werden die aus diesen Kapiteln gewonnen Erkenntnisse zusammengefasst und in Bezug auf die österreichische Spitalslandschaft im Kapitel gesundheitspolitische Einordnung und Quantifizierung analysiert.

### 2.1. Begriffsbestimmung

Um mögliche Formen der gemeinsamen Zusammenarbeit von Spitälern erläutern zu können, soll vorweg der Begriff Kooperation definiert werden. Aschoff (1965, S.202) beschreibt eine Kooperation wie folgt:

*„Kooperation ist jede innerhalb eines vom Staat gesetzten Rahmens stattfindende freiwillige Zusammenarbeit selbständiger Unternehmen mit dem Ziel, bei*

*grundsätzlicher Aufrechterhaltung ihrer Entscheidungsfreiheit durch Zusammenarbeit auf einzelnen Gebieten technischen und wirtschaftlichen Fortschritt zu erzielen.“*  
Aschoff (1965, S.202)

Andere Definitionen berücksichtigen bei der Begriffsbildung von Kooperation zusätzlich:

- den höheren Grad der Zielerfüllung durch Kooperationen (Bidlingmaier 1967).
- den Grad der wirtschaftlichen und rechtlichen Unabhängigkeit der Kooperationspartner (Nissen 2006).
- die angedachte Dauer der Kooperationen (Rotering 1990).
- die Durchsetzung von Rationalisierungsmaßnahmen (Sölter 1966).
- das Maß an Vertrauen (Endres 1991).

Ein Unternehmen gilt als wirtschaftlich abhängig, wenn es seine Leistungs- und Kontrollbefugnisse in bestimmten Leistungsbereichen an Dritte abgegeben hat (Nissen 2006). Unter Kooperationen kann es zu einer Einschränkung der Selbstständigkeit eines Unternehmens kommen, dabei verbleibt aber stets ein Teil der Weisungs- und Kontrollrechte bei den kooperierenden Unternehmen. Bei der Entscheidung zur Übertragung der Leistungserbringung eines bestimmten Teilbereichs an externe Unternehmen bzw. Dritte (Outsourcing) gehen große Teile dieses Weisungs- und Kontrollrechts der Leistungserbringung in diesem konkreten Bereich verloren. Die Prozessverantwortung wird auf den Outsourcing-Nehmer übertragen, und dieser liefert die (vertraglich) vordefinierten Leistungen.

Der Begriff Kooperation ist mit den ebenfalls häufig verwendeten Begriffen **Cluster** und **Netzwerke** verwandt. Unter *Cluster* versteht man die regionale, überbetriebliche Bündelung verschiedener Kompetenzen. Solche Kompetenzkonzentrationen entsprechen meist regionalen Entwicklungen, welche schwer planbar sind. Unter *Netzwerk* wird im allgemeinen Sinn ein loses Konglomerat aus verschiedenen Wirtschaftssubjekten verstanden, dessen primäre Funktion eine Kommunikationsplattform zum Wissensaustausch ist (Harzer 2006).

## **2.2. Generische Formen der kooperativen Leistungserbringung**

### **2.2.1. Ausrichtung der Kooperationsstruktur**

Kooperationen können nach deren Verflechtungsrichtung nach vertikaler, horizontaler und diagonaler Orientierung der Unternehmenskooperationen unterschieden werden. Positionen in der Ausrichtung der Kooperationsstruktur werden durch die Stellung in der

Wertschöpfungskette bzw. durch die Wirtschaftsstufe bestimmt (siehe schematische Darstellung in Abbildung 2).

**Horizontale Kooperationen** entsprechen einer kooperativen Leistungserbringung auf gleicher Wirtschaftsstufe. Die so zusammenarbeitenden Unternehmen sind durch einen verwandten Tätigkeitsbereich mit eng substituierbaren Gütern oder Leistungen charakterisiert (Nissen 2006). Dabei kann es zu einer Ausweitung des Güter- und Leistungsangebotes durch eine ergänzende Wirkung der kooperativen Leistungserbringung kommen. Neben einer möglichen Verbreiterung des Leistungsspektrums der kooperierenden Spitäler können dadurch die Kosten sich überschneidender, gemeinsamer Leistungen, gegenüber der alleinigen Leistungserbringung verringert werden. Im Zusammenhang mit Kooperationen von Unternehmen, die gleichzeitig im Wettbewerb zueinander stehen, wird oft von *Kooperationen* gesprochen. Auf die Bedeutung dieser neueren spieltheoretischen Konzeption wird später noch genauer eingegangen.

**Vertikale Kooperationen** entstehen, wenn die kooperative Leistungserbringung auf unterschiedlichen Wirtschaftsstufen geschieht. Die dadurch koordinierten, marktgerichteten Aktivitäten können nach vorwärts- und rückwärtsgerichteten Kooperationen unterschieden werden. Bei einer Vorwärtsintegration<sup>1</sup> wird mit Partnern aus nachfolgenden Wirtschaftsstufen in der Wertschöpfungskette kooperiert. Dies gilt vice versa bei der Rückwärtsintegration.

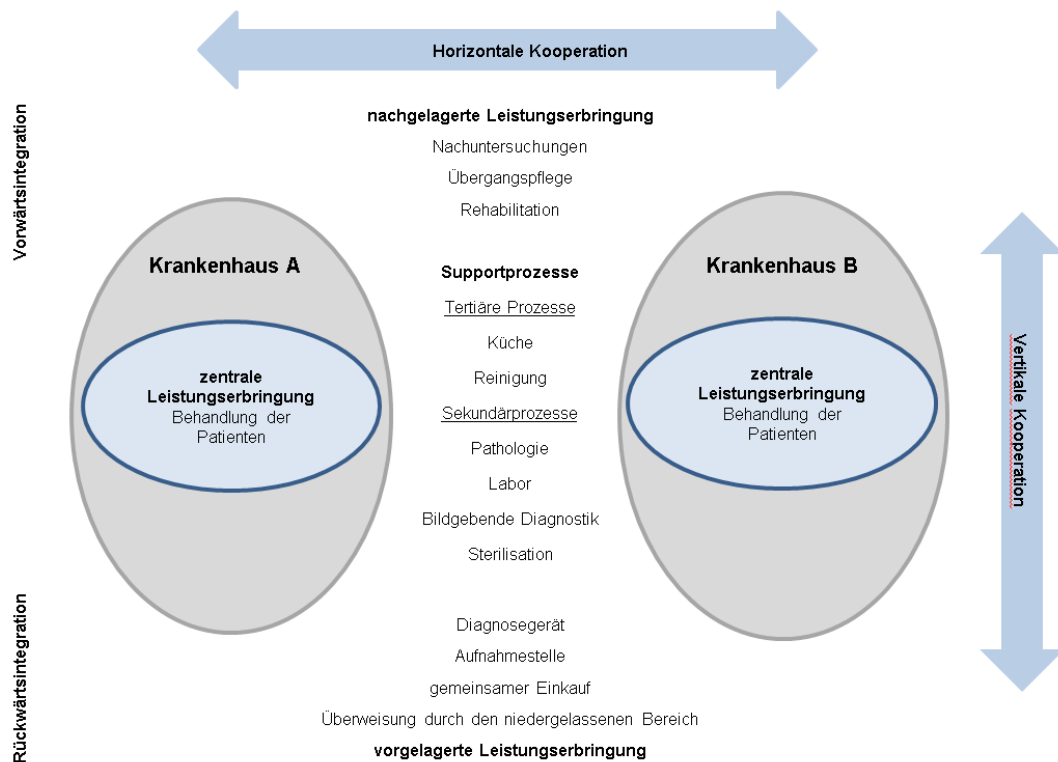
**Diagonale Kooperationen** bestehen, wenn Unternehmen unterschiedlicher Branchen eine Partnerschaft eingehen. Die Unternehmen befinden sich auf unterschiedlichen Wirtschaftsstufen und stehen nicht im Wettbewerb zueinander. Das gemeinsame Leistungsangebot richtet sich nach den individuellen Stärken der Partner und ermöglicht eine Diversifikation des Angebots. Speziell in Wirtschaftszweigen, die von einem System- bzw. Komplementärangebot charakterisiert sind, finden sich vermehrt solche diagonalen Kooperationen (Nissen 2006: 117). Diagonale Kooperationen werden auch als komplementäre, interdisziplinäre oder laterale Kooperationen bezeichnet.

Abbildung 2 zeigt die Verflechtungsrichtungen ausgehend von der zentralen Leistungserbringung eines Spitals – der Behandlung des Patienten.

---

<sup>1</sup> Der Begriff Integration wird hier im Sinne der Integration der Versorgung verwendet und ist nicht zu verwechseln mit der Integration im Sinne von M&A-Tätigkeit.



**Abbildung 2: Vertikale und horizontale Kooperation**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Der Einkauf von Arzneimitteln und sonstigen Gütern sowie die Küche, sind Beispiele für Bereiche, die der zentralen Leistungserbringung der Spitäler vorgelagert sind. Zentrale Aufgabe der Leistungserbringung eines Spitals ist die Behandlung von Patienten. Auf dieser Ebene ist beispielsweise eine horizontale Kooperation durch die Spezialisierung im Leistungsspektrum der Partnerspitäler möglich (siehe dazu Kapitel 3. Kooperationen im primären Bereich). Nachgelagerte Bereiche der Leistungserbringung sind etwa die Rehabilitation, die Sterilisation oder auch die Wäsche oder Reinigung, welche beide auch zur Gruppe vorgelagerter Leistungen gehören. Leistungen wie die Reinigung oder Wäsche (tertiärer Bereich) werden vermehrt ausgelagert. In so einem Fall kommt es – entgegen einer Kooperation – zu einer Dekonzentration bzw. zur Abnahme des Integrationsgrades des Spitals, da keine direkte Einflussnahme auf diesen konkreten Prozess der Leistungserbringung mehr besteht. Im Kapitel zur tertiären Versorgung wird noch genauer auf die Möglichkeiten und Wirkungen von Outsourcing eingegangen.

### 2.2.2. Intensität der Kooperation

Die Intensität einer Kooperation wird durch Faktoren wie den Formalisierungsgrad, den Zeithorizont oder die Ressourcenzuordnung bestimmt.

Der **Formalisierungsgrad** betrifft die rechtliche Ausgestaltung der Kooperation, etwa ob es sich um formlose, beiderseitige Erklärungen oder konkrete, vertragliche Bestimmungen handelt. Dabei können auch (messbare) Outcome-Größen vertraglich festgeschrieben werden. *Unvollständige Verträge* ergeben sich aufgrund einer mangelhaften Ausgestaltung der Vertragsbeziehung und können negative Anreizmechanismen bergen.

Der **Zeithorizont** gibt die geplante Dauer der Zusammenarbeit an. Langfristige Kooperationen sind auf mehrere Jahre ausgelegt, während auf Dauer angelegte Kooperationen zeitlich nicht befristet sind und sogar zu einer letztendlichen Verschmelzung der beiden ursprünglichen Partner führen können. Kurzfristige Kooperationen werden im Gegensatz dazu im Sinne einer einmaligen gemeinsamen Leistungserbringung geschaffen.

Die **Ressourcenzuordnung** bestimmt ebenfalls die Bindungsintensität und betrifft die sachliche Zuordnung finanzieller, technischer, personeller und organisatorischer Mittel. Dabei entscheiden die Kooperationspartner, ob diese Inputfaktoren getrennt oder *gepoolt* in den Leistungsprozess einfließen. Diese Unterscheidung wird durch das Zugriffsrecht für das kooperierende Krankenhaus determiniert, welches im Falle *gepoolter* Inputfaktoren (Funktionszusammenlegung) – im Gegensatz zu getrennten Inputfaktoren (Funktionsabstimmung) – den Zugriff auf die Ressourcen erlaubt.

### 2.2.3. Funktionsbereiche der Kooperation

Formen der Kooperationen werden auch nach der zu Grunde liegenden Funktion unterschieden:

- Beschaffungsoperationen
- Produktionsoperationen
- Vertriebsoperationen
- Austauschoperationen

Letztgenannte **Austauschoperationen** sind so ausgelegt, dass wechselseitig Leistungen erbracht werden. Über eine gemeinsame materielle Leistungserbringung hinausgehend werden bei Austauschoperationen **Informationen und Wissen ausgetauscht**. Gerade im Gesundheitswesen stellt im Bereich der Bereitstellung von Hochleistungsmedizin der Austausch von Wissen durch Kooperationen eine Verbesserungsmöglichkeit bei der Leistungserbringung dar. Fachkenntnisse und Informationen über Behandlungsmethoden können durch Erfahrungsaustausch ausgeweitet und vertieft werden. Dabei besteht die Möglichkeit, neben einer qualitativen Verbesserung auch eine kostensenkende Wirkung zu erzielen. Gleichzeitig kann eine verstärkte Orientierung an *evidence based medicine (EBM)* vorgenommen werden. Kooperationen dieser Form stellen somit eine Art Informationscluster oder Wissenskonglomerat dar, und bergen, neben der materiellen Zusammenarbeit, großes

medizinisches und ökonomisches Fortschrittpotenzial. Dies betrifft speziell die Behandlung von Krankheitsbildern, die einer weitreichenden Interdisziplinarität unterworfen sind. Als Beispiel sind hierzu etwa *Tumorboards* zu nennen, auf welche später im Kapitel 3.1.2 Kooperationen bei Fachabteilungen noch genauer eingegangen werden soll. Diese bilden ein typisches Beispiel für eine wissensbasierte Austauschkooperation, bei der ausschließlich ein *Know-how-Pool* gebildet wird. Eine andere Form des Zusammenwirkens ist die Zusammenlegung von physischen Einheiten, was etwa einem *Personal-Pool* oder einem *Ressourcen-Pool* entspricht. Ein Beispiel für Beschaffungs Kooperationen von Spitälern ist der gemeinsam, kooperativ gestaltete, zentrale Einkauf.

### 2.3. Theoretische Erklärungsansätze von Kooperationen

Kooperationen ermöglichen durch die gemeinsame Leistungserbringung unter anderem eine Einsparung von Doppelleistung bei gleichzeitiger Ausweitung des Leistungsspektrums. Gegenüber dem kooperationsfreien Urzustand entstehen jedoch auch Kosten. Das **tatsächliche Wertsteigerungspotenzial einer Kooperation (Nettoeffekt)** ergibt sich aus der Bruttowertsteigerung weniger den sich ergebenden Koordinationskosten (Transaktionskosten).

$$\text{Nettoeffekt d. K.} = \text{Bruttowertsteigerung d. K.} - \text{Transaktionskosten d. K.}^2$$

#### 2.3.1. Transaktionskostentheorie

Ein wesentlicher Anteil der Mehrkosten lässt sich auf **Transaktionskosten** zurückführen. Durch den erhöhten Koordinierungsbedarf, welcher durch einen externen Player entsteht, muss die Leistungserbringung stetig ausverhandelt und geregelt werden. Transaktionskosten können dabei als Folge asymmetrischer Informationen der Kooperationspartner gesehen werden (vgl. Nissen 2006). In Anlehnung an Picot (1982) können Transaktionskosten in vier verschiedene Kategorien untergliedert werden:

- **Anbahnungs- und Planungskosten** treten in der Vorbereitungsphase der Kooperation auf. Es werden Informationen über die Marktlage und die Möglichkeiten und Wirkung durch diverse Kooperationen eingeholt.
- **Vereinbarungskosten** entstehen bei den Kooperationsverhandlungen.
- **Kontrollkosten** fallen im Verlauf der kooperativen Zusammenarbeit an. Dabei ist gerade im Gesundheitswesen die Kontrolle der Qualität der gemeinsamen Leistungserbringung als Kontrollkostenpunkt hervorzuheben.

---

<sup>2</sup> d. K. ... der Kooperation

- **Anpassungskosten** fallen so wie Kontrollkosten im Verlauf der kooperativen Zusammenarbeit an. Änderungen der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Prozess- und Strukturveränderungen im Kontraktzeitraum der Kooperationen machen diese kostenverursachenden Anpassungen notwendig.

Bei dieser Betrachtung der Kosten gilt es, *hidden costs* (versteckte Kosten) zu beachten. Die gesamt anfallenden Kosten von Kooperationsvorhaben – sowie auch deren Nutzen – können aufgrund einer stets verbleibenden Planungsunsicherheit niemals exakt vorherbestimmt werden. Dabei entsteht ein Trade-off zwischen Anbahnungs- bzw. Planungskosten und den versteckten Kosten. Werden in der Vorbereitungsphase der Kooperation mehr Ressourcen zur Beschaffung von Informationen über die Marktlage und die Möglichkeiten und Wirkung durch diverse Kooperationen eingeholt, so nimmt die Unsicherheit über den zu erwartenden Kosten- bzw. Nutzenwert ab.

Bei einer längerfristig zufriedenstellenden gemeinsamen Leistungserbringung nimmt in der Regel das Maß an Vertrauen zu. Eine solche „engere“ **Kooperationsbeziehung** ermöglicht, dass **explizite Regelungen** (formale Kontrakte), welche Transaktionskosten verursachen, abnehmen. Gleichzeitig können **implizite Regelungen** (Absprachen nach informellem Einvernehmen) zur Leistungserbringung, für welche keine konkrete vertragliche Leistungspflicht und kein Kontrollrecht besteht, zunehmen und damit die Transaktionskosten senken. Unterdessen geht mit dieser Handhabung von impliziten Regelungen eine stärkere Intransparenz und ein erhöhtes Risiko einher. Somit spielt die Beziehung zwischen den Kooperationspartnern eine besondere Rolle und entscheidet maßgeblich über Erfolg und Misserfolg des Kooperationsvorhabens. Eine „enge“ Kooperationsbeziehung basiert auf einem durch Informationstransparenz geschaffenen Vertrauen (Kleinaltenkamp und Wolters 1997). Unvollständige und asymmetrische Informationen können demgegenüber zu einem *agonistischen* Verhalten führen. **Agonistisches Verhalten**, als Problem der ökonomischen Organisation, verursacht einen höheren Koordinationsbedarf aufgrund von negativen Anreizen für ein opportunistisches Verhalten, wie etwa dem Täuschen des Kooperationspartners. Die Vertragsgestaltung, für einen reibungslosen Ablauf unter möglichst geringer Unsicherheit der kooperativen Leistungserbringung, erlangt somit große Bedeutung. Auf Konkurrenz basierendes, rivalisierendes Verhalten, bei dem stets der eigene Nutzen unter Ausklammerung der Kosten des Kooperationspartners betrachtet wird, kann, muss jedoch nicht negative Folgen für das Ergebnis der Kooperation nach sich ziehen. Negative Anreize können aus mangelhaften bzw. *unvollständigen Verträgen* erwachsen. Auf das gleichzeitige Bestehen von Konkurrenz und Kooperation wird im Kapitel *Kooperation* eingegangen.

Weitere theoretische Grundlagen neben der Transaktionstheorie zur Erklärung kooperativer Leistungserbringung sind etwa die Spieltheorie, die Theorie der Kernkompetenzen, oder ressourcenbasierte Erklärungsansätze.<sup>3</sup>

### **2.3.2. Spieltheorie**

Die Spieltheorie liefert einen allgemeinen Erklärungsansatz zur Bildung von Kooperationen und zeigt somit rationale Kooperationsstrategien auf. Unter bestimmten Umständen, welche etwa Risiko und unvollständige Informationen miteinbeziehen, kann die Bildung von Kooperationen durch einzelne Spieler anhand der kooperativen Spieltheorie – beispielsweise einer Verhandlungslösung – theoretisch erklärt werden.

### **2.3.3. Ressourcenbasierter Erklärungsansatz**

Wie bei der Spieltheorie wird auch beim ressourcenbasierten Erklärungsansatz von der Annahme des rationalen Handelns ausgegangen. Die Marktposition bzw. das Erfolgspotenzial eines Unternehmens hängt demnach maßgeblich von der einzigartigen Ressourcenausstattung und deren optimaler Kombination ab. Ressourcen eines Unternehmens sind materielle (Maschinen, Rohstoffe, etc.) und immaterielle Güter (Patente, Know-how, etc.), Vermögensgegenstände und diverse Einsatzfaktoren. Kooperationen bilden nach dem ressourcenbasierten Erklärungsansatz eine Möglichkeit zum Aufbau und zur Kontrolle bzw. Erhaltung von Ressourcen, anhand der gemeinsamen Nutzung selbiger (Wolf 2010).

### **2.3.4. Theorie der Kernkompetenzen**

Die Theorie der Kernkompetenzen erklärt die gemeinsame Leistungserbringung durch die komplementäre Ergänzung der Kernkompetenzen der Kooperationspartner. Ressourcen und Fähigkeiten<sup>4</sup> definieren die Kernkompetenzen der einzelnen Unternehmen. Durch die Verbindung dieser Kernkompetenzen mithilfe einer Kooperation ergeben sich Möglichkeiten zur Leistungserbringung, die den Unternehmen einzeln für sich nicht geboten sind. Nach dieser Theorie kommt es zu einer Konzentration der Wirtschaftssubjekte auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen, wobei andere Leistungen als diese über den Markt – etwa durch Outsourcing – oder über Kooperationen erbracht werden. Diese theoretische Konzeption führt zu einer Entwicklung weg von hoch integrierten, hin zu hoch spezialisierten

---

<sup>3</sup> Die Principal-Agent-Theorie wird aufgrund ihrer Bedeutung im Kapitel tertiärer Leistungserbringung unter der Outsourcing-Theorie angeführt.

<sup>4</sup> Fähigkeiten entsprechen hier der Eignung, die zu Verfügung stehenden Ressourcen effizient und effektiv einzusetzen und koordinieren zu können.

Unternehmen (Hagenhoff 2004). Bei der Fokussierung auf Kernkompetenzen lassen sich nach Krystek (2009) folgende Abschnitte identifizieren:

- Identifikation von Kernkompetenzen
- Entwicklung von Kernkompetenzen
- Integration der Kernkompetenzen (entspricht einer Bündelung von Ressourcen und Fähigkeiten durch die Schaffung optimaler Prozess- und Systemstrukturen)
- Nutzung der Kernkompetenzen
- Transfer von Kernkompetenzen (Anwendung der zuvor identifizierten Kernkompetenzen auf neue Umstände (neue Regionen, Kunden, Prozesse, gesetzliche Vorgaben))

## **2.4. Lebenszyklus von Kooperationen**

An dieser Stelle soll das von Bronder und Pritzl (1991) entwickelte 4-Phasen-Konzept der Umsetzung eines Kooperationsprojekts kurz erläutert werden. Dieses Konzept spiegelt den Lebenszyklus eines Kooperationsprojektes wider und gliedert sich in:

- Strategischer Entscheid
- Konfiguration der Kooperation
- Partnerselektion
- Strategisches Kooperationsmanagement

### **2.4.1. Strategischer Entscheid**

Die Phase der strategischen Entscheidung steht am Beginn der Bildung einer Kooperation. Das Krankenhaus analysiert anhand einer Bestandsaufnahme der Unternehmenssituation und der Marktsituation die Möglichkeiten einer Umstrukturierung. Es werden Informationen eingeholt, die potenzielle Probleme aufdecken und Chancen zur Rationalisierung bzw. Kosteneinsparung aufzeigen sollen. Dabei kommt es zu einer Zielformulierung auf Basis der Motive und der Beweggründe. Strategische Alternativen und Entwicklungspotenziale neben der Leistungserbringung durch Kooperationen werden abgewogen.

### **2.4.2. Konfiguration und Kooperation**

In der Phase der Kooperationskonfiguration werden verschiedene Möglichkeiten zur kooperativen Leistungserbringung konkret überprüft. Dabei werden folgende Kriterien analysiert und abgewogen:

- Kooperationsrichtung
- Kooperationsfeld
- Formalisierungsgrad
- Ressourcenzuordnung
- der zeitliche Horizont
- das regionale Einzugsgebiet

Die Kooperationsrichtung wird durch die Verortung der Kooperationstätigkeit im Leistungsprozess bestimmt (siehe dazu Verflechtungsgrad). Die Ressourcenzuordnung bzw. Funktionsverknüpfung bestimmt dabei die Bindungsintensität und betrifft finanzielle, technische, personelle und organisatorische Mittel. Dabei entscheiden die Kooperationspartner, ob diese Inputfaktoren getrennt (**Funktionsabstimmung**) oder *gepoolt* (**Funktionszusammenlegung**) in den Leistungsprozess einfließen. Diese Unterscheidung wird durch das Zugriffsrecht für das kooperierende Krankenhaus determiniert, welches im Falle *gepoolter* – im Gegensatz zu getrennten – Inputfaktoren auf bestimmte Ressourcen zugreifen kann. Die gemeinsame Leistungserbringung durch eine Funktionszusammenlegung wird auch *redistributive Kooperation*, und jene durch eine Funktionsabstimmung *reziproke Kooperation* genannt (Wolf 2010). Das Kooperationsfeld wird so gewählt, dass in der vorangegangenen Analyse offenbarte Schwächen in der Leistungserbringung ausgemerzt und Stärken weiter ausgebaut werden. Der Formalisierungsgrad betrifft die rechtliche Ausgestaltung der Kooperation, etwa ob es sich um formlose, beiderseitige Erklärungen oder konkrete vertragliche Bestimmungen handelt. Dabei können auch messbare Outcome-Größen vertraglich festgeschrieben werden.

#### **2.4.3. Partnerselektion**

In der Phase der Partnerselektion wird die Kompatibilität und kooperative Kompetenz potenzieller Partner geprüft. Die Anforderungskriterien werden durch die in den vorangegangenen Phasen erarbeiteten Gestaltungsüberlegungen der Kooperation bestimmt, wobei unter anderem auf Konfliktpotenzial durch divergierende Interessen zu achten ist. Durch die in den vorangegangenen Phasen erarbeiteten Gestaltungsüberlegungen wird auch die Verhandlungsposition und Implementierungswahrscheinlichkeit determiniert.

#### **2.4.4. Strategisches Kooperationsmanagement**

Das strategische Kooperationsmanagement beschreibt den fortlaufenden Prozess der Anpassung. Dieses ist aufgrund der sich stetig ändernden Rahmenbedingungen und den aus der Kooperation gewonnenen Erfahrungen vonnöten. Als Grundlage dazu dient ein regelmäßiger Evaluationsprozess der Kooperation.

## 2.5. Spezifische Formen der kooperativen Leistungserbringung

Bei einer betriebswirtschaftlichen Betrachtung können Kooperationen in drei Bereiche unterteilt werden:

- **innerbetriebliche Kooperationen** (beispielsweise Teambildung im Unternehmen)
- **überbetriebliche Kooperationen** (beispielsweise eine Verbandsgründung mehrerer Unternehmen)
- **zwischenbetriebliche Kooperationen:**
  - o Joint Ventures
  - o strategische Allianzen
  - o Unternehmensnetzwerke:
    - Strategisches Netzwerk
    - Verbundnetzwerk
    - Projektnetzwerk

### 2.5.1. Joint Ventures

Unter Joint Ventures wird die Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehreren Partnern auf Basis einer **Kapitalbeteiligung** verstanden (Engelhardt und Seibert 1981). Im Gegensatz zur reinen Tochtergesellschaft, deren Steuerung ausschließlich der Muttergesellschaft obliegt, kommt es bei dem durch ein Joint Venture gegründeten gemeinsamen Tochterunternehmen zu einer **Aufteilung der Risiken** und der strategischen Leitung zwischen den beteiligten Gesellschaften. Ein Joint Venture bildet somit eine gemeinsame Tochtergesellschaft, die einerseits teilweise autonom agiert und andererseits durch eine Zusammenarbeit der Beteiligungspartner charakterisiert ist. Joint Ventures sind durch die Gründung eines Gemeinschaftsunternehmens eher langfristig oder auf Dauer ausgelegt und können sowohl einer vertikalen, horizontalen oder diagonalen Kooperation entsprechen. Ein Beispiel im Gesundheitswesen für eine vertikale Kooperation durch ein Joint Venture ist etwa die Gründung eines gemeinsamen Tochterunternehmens, das den Einkauf zentral tätigt oder die Sterilisation kollektiv durchführt. Im Kapitel zur sekundären und tertiären Leistungserbringung wird anhand von Fallbeispielen, wie etwa der Medizinprodukteaufbereitung Vorarlberg GmbH (kurz MPAV), konkret auf die Umsetzung solcher Joint Ventures eingegangen.



### 2.5.2. Strategische Allianz

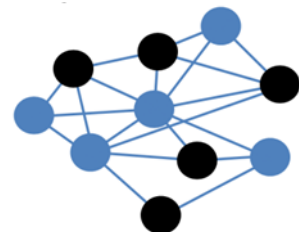
Eine Strategische Allianz ist eine Kooperation, bei der es zu einer gemeinsamen Leistungserbringung in einem bestimmten Geschäftsfeld der beiden Partner kommt. Daher sind strategische Allianzen per Definition horizontale Kooperationen (Albers 2000). Strategische Allianzen sind meist zeitlich begrenzt und dienen eher der einmaligen Lösung einer gemeinsamen Aufgabe, weshalb sie einen projektartigen Charakter aufweisen. Im Unterschied zu Joint Ventures werden bei strategischen Allianzen Funktionen nicht zusammengelegt, sondern gemeinsam koordiniert (Hagenhoff 2004).

### 2.5.3. Unternehmensnetzwerk

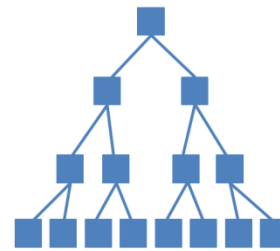
Unternehmensnetzwerke werden in verschiedenen Formen gebildet und sind daher allgemein schwer zu definieren. Die kooperative Zusammenarbeit von Unternehmensnetzwerken ist längerfristig oder auf Dauer ausgelegt und beinhaltet ein Zusammenwirken in mehreren verschiedenen Leistungsbereichen (Hagenhoff 2004). Dabei stimmen die Kooperationspartner ihre Funktionen aufeinander ab. Aus gemeinsamen Projekten, wie bei strategischen Allianzen, werden gemeinsame Geschäftsfelder. Für die Beschreibung von Unternehmensnetzwerken können folgende Kriterien zur Klassifizierung herangezogen werden:

- Involvierte Branchen
- Ziele der Zusammenarbeit
- Verflechtungsrichtung der Zusammenarbeit
- Steuerungsformen
- Geographische Ausrichtung
- Stabilität der Konfiguration

Die Steuerungsform beschreibt die Abstimmungsmechanismen zwischen den Partnern, welche monozentrisch (auch fokal genannt) oder polyzentrisch gestaltet sein können. **Polyzentrisch (heterarchisch) gesteuerte Netzwerke** weisen eine homogene Struktur der Aufgaben- und Entscheidungsverteilung auf. Die Gewichtung innerhalb der Kooperation ist über alle Partner annähernd gleichverteilt. Polyzentrische Kooperationen finden meist auf der gleichen Wirtschaftsstufe statt und weisen daher meist eine horizontale Verflechtungsrichtung auf, bei der kein Teilhaber eine Vormachtstellung innehat.



**Monozentrisch (hierarchisch) gesteuerte Netzwerke** sind durch eine vertikale Organisationsstruktur charakterisiert. Ein oder einige wenige strategisch zentrale Unternehmen bilden den Knotenpunkt der Kooperation. Diesen fokalen Akteuren kommt auch die Steuerung und Aufgabenregelung innerhalb der Kooperation zu. Monozentrische Netzwerke weisen meist eine vertikale Verflechtungsstruktur über verschiedene Wirtschaftsebenen auf. Die verschiedenen Formen der Organisationsanordnung werden bei der Darstellung von Spitalsnetzwerken und im Kapitel der Kooperationen im primären Leistungsbereich noch genauer beschrieben.



Unternehmensnetzwerke können auch anhand der **Stabilität der Konfiguration** unterschieden werden. Der Begriff Stabilität bezieht sich dabei auf die Leistungsebene, und nicht auf die Beziehungsebene und wird daher auch mit dem Begriffspaar dynamische und fixierte Netzwerke gebildet. Bei **dynamischen (instabilen) Netzwerken** ist die Leistungsbeziehung der Unternehmen im Netzwerk nicht starr vorgegeben. Zur gemeinsamen Aufgabenlösung wechseln sich die Partner je nach eigener Fähigkeit und Beschaffenheit der zu erbringenden gemeinsamen Leistung ab. Damit kann auch eher auf die sich ändernden äußeren Umstände reagiert und der Kooperationsprozess stetig optimiert werden. Mit dieser Flexibilität geht jedoch auch ein erhöhter Koordinierungsbedarf einher (siehe Kapitel Transaktionskostentheorie). Bei **fixierten (stabilen) Netzwerken** werden immer die gleichen Partner mit der Erbringung einer bestimmten Leistung betraut. Diese Form der Kooperation durch ein Netzwerk ist eher für die Lösung von Aufgaben geeignet, welche einem standardisierten Leistungsprozess unterliegen (Hess 2002). Unterschiedliche Ausprägungen von Netzwerken können durch eine Gegenüberstellung der beiden Dimensionen *Steuerungsform* und *Stabilität der Konfiguration* wie folgt abgebildet werden.

**Tabelle 1: Unternehmensnetzwerke nach Steuerungsform und Stabilität der Konfiguration**

		Steuerungsform	
		Monozentrisch	Polyzentrisch
Stabilität der Konfiguration	Fixiert	Strategisches Netzwerk	Verbundnetzwerk
	Dynamisch	Projektnetzwerk	Virtuelles Unternehmen

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Hagenhoff 2004.

## 2.6. Motive für Kooperationen im Gesundheitswesen

Die Gründe für Kooperationen im Gesundheitswesen können vielseitig sein. Als primäre Beweggründe lassen sich meist eine Steigerung der einzelbetrieblichen Leistungsfähigkeit durch eine Reduktion des Kostenaufwandes oder eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit feststellen (Müller 1990). Eine wesentliche Erkenntnis zu Kooperationen im Gesundheitswesen erzielt Nissen (2006). Die Entscheidung eines Wirtschaftssubjekts für eine bestimmte Organisationsform durch Kooperationen muss nicht in der Vorteilhaftigkeit dieser liegen. Vielmehr bildet die durch Kooperationen angestrebte Organisationsform mitunter die weniger schlechte Alternative zu anderen Organisationsformen. Gleichzeitig ist sie als bestmögliche Reaktion auf die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu verstehen. Die Vorzüge von Kooperationen werden somit auch durch die Problemfelder anderer Organisationsformen determiniert.

Einem Kooperationsmotiv liegt allgemein die Verwirklichung von **Synergieeffekten** zu Grunde. Als solche werden allgemein die positiven Wirkungen bezeichnet, die sich aus dem Zusammenschluss oder der Zusammenarbeit von zwei oder mehreren Subjekten ergeben. Diese werden jedoch erst nach einer bestimmten Anlaufzeit erreicht, weshalb die Geschwindigkeit bei der Umsetzung der Kooperation eine wesentliche Rolle bei der Zielerreichung einnimmt.<sup>5</sup> Einen essentiellen Beitrag zur Erreichung des vollkommenen Synergiepotenzials liefern die Kontrolle und die damit verbundene Anpassung, welche zwar kurzfristig Kosten verursachen (siehe Transaktionskosten), jedoch auf lange Frist ein Ausschöpfen des vollen Leistungsvermögens der Synergieeffekte von Kooperationen

<sup>5</sup> Zur Bedeutung der Komponente Zeit als eine der drei strategischen Erfolgsfaktoren neben Qualität und Kosten für die Zukunft eines Krankenhauses siehe Ziegenbein (2001).

ermöglichen. Nach Ebert (1998) können Kooperationsmotive in **kostenorientierte und marktorientierte Ziele** untergliedert werden.

### 2.6.1. Kostenorientierte Ziele

Kostenorientierte Ziele werden über Skaleneffekte, Verbundeffekte, Flexibilität sowie durch Risikoteilung erreicht. Positive **Skaleneffekte** (*Economies of scale*) liegen vor, wenn eine Steigerung der eingesetzten Inputfaktoren die Outputmenge um einen größeren Faktor steigert. Positive **Verbundeffekte** (*economies of scope*) ergeben sich, wenn die Erzeugung von verschiedenen Gütern gemeinsam kostengünstiger ist als die Produktion jeder dieser Güter einzeln. Aufgrund der Bedeutung der Skalen- und Verbundeffekte in der kooperativen Leistungserbringung im Gesundheitswesen soll im folgenden Kapitel 2.7) noch genauer auf diese Effekte der mikroökonomischen Produktionstheorie eingegangen werden. Diese beiden Effekte können auch nach der Position in der Wertschöpfungskette in sachlicher, räumlicher und zeitlicher Dimension unterschieden werden. Auf horizontaler Ebene spricht man von **Bündelungseffekten**, auf vertikaler Ebene von **Verkettungseffekten**. Unter **Flexibilität** wird die eigenständige Fähigkeit verstanden, auf sich ändernde Rahmenbedingungen reagieren zu können. Mangelnde Flexibilität schränkt den Entscheidungs- und Handlungsspielraum ein und kann in weiterer Folge Kosten verursachen. Ein Beispiel hierfür sind etwa die Personalkosten der Belegschaft bei schwankender Auslastung. Durch eine Auslagerung von bestimmten personalintensiven Leistungen lassen sich Fixkosten variabilisieren, da der Outsourcing-Nehmer durch die ihm auferlegte Prozessverantwortung auf die fluktuierende Auslastung reagieren muss und aufgrund der bei ihm zusammengeführten Volumina auch kann. Aufgrund der Spezialisierung ist es dem Outsourcing-Nehmer – etwa einem Dienstleistungsunternehmen im Bereich Reinigung, Küche oder Wäsche – unter geringeren Aufwendungen als dem Outsourcing-Geber möglich, auf die schwankende Auslastung zu reagieren (**Branchenarbitrage**). Im Kapitel zum tertiären Leistungsbereich wird konkret auf die Möglichkeit zur Flexibilisierung durch Auslagerungen nicht-medizinischer, peripherer Serviceleistungen eingegangen. Ein weiteres Motiv für Kooperationen ist die **Risikoteilung**. Diese wird speziell in Fällen angestrebt, in welchen das Investitionsergebnis nur schwer vorhersehbar ist. Solche risikobehafteten Investitionen sind beispielsweise Forschungs- und Entwicklungsausgaben.

### 2.6.2. Marktorientierte Ziele

Marktorientierte Ziele dienen der Verbesserung der Marktsituation des Unternehmens. Zu den marktorientierten Zielen gehören etwa ein **schnellerer Marktzugang**, eine **verbesserte Kundenkompetenz**, eine **Verbesserung der Innovationsfähigkeit** oder die **Generierung von Fachwissen**. Durch ein attraktiveres Güter- und Dienstleistungsangebot, welches

aufgrund der Koordination mit höherer Qualität und zielgerichteter angeboten werden kann, steigt der Konsumentennutzen. Durch interne und externe Lerneffekte der Kooperation kommt es zu einem **Transfer von Kompetenzen und Fachwissen**, wodurch Humankapital aufgebaut werden kann.

Nissen (2006: 83) weist auf die wachsende Bedeutung von Kooperationen hin, die zur Lösung strategischer Probleme von Entscheidungsträgern dienen können. In jedem Fall zielt eine Kooperation durch die Reduktion des Kostenaufwandes oder die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit auf eine Erhöhung der einzelbetrieblichen Leistungsfähigkeit ab.

Interne und externe Systemgegebenheiten ermöglichen oftmals nicht die konkrete Umsetzung der theoretischen Vorgaben. Angedachte Einsparungspotenziale können nicht ausgeschöpft bzw. Effizienzgewinne nicht gehoben werden. So ist es möglich, dass die angestrebte Auflösung einer bestimmten Einheit zur Leistungserbringung in einem Krankenhaus, welche aufgrund der Kooperation eingespart werden soll bzw. kann, am internen Widerstand der Belegschaft (von Angestellten bzw. Ärzten bis hin zum Management) sowie durch externe Einflussnahme, etwa durch die Politik, scheitert. Darüber hinaus bilden die gesetzlichen Vorgaben, wie etwa das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), die rechtlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich organisatorische Innovationen wie die Bildung von Spitalsnetzwerken herausbilden können.

Es ist anzumerken, dass die Möglichkeiten zu alternativen Formen der Versorgung bzw. Zusammenarbeit durch den österreichischen Gesetzgeber stark reglementiert sind. Die Novellierung des KAKuG kann als erster Schritt gesehen werden, ein offeneres, sektorenübergreifendes Gesundheitssystem zu ermöglichen. Die Ausgestaltung innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens wird den Leistungserbringern im Gesundheitswesen überlassen. Damit können **prozessorganisatorische Entwicklungen** und Innovationen im Gesundheitswesen freigesetzt werden, die unter anderem neue Versorgungskonzepte entstehen lassen und die unkoordinierte Ressourcenverwendung im Gesundheitswesen eventuell reduzieren. Österreich befindet sich im Hinblick darauf, etwa im Vergleich zu Deutschland, jedoch noch am Anfang des gewünschten Prozesses. Gleichzeitig besteht aufgrund der wettbewerbsschwachen Ausgestaltung des österreichischen Spitalswesens ein geringerer externer Druck auf die Leistungserbringer zur Entwicklung diverser Kooperationen. Unter den bereits angeführten Motivationsgründen für Kooperationsvereinbarungen wird in der wissenschaftlichen Literatur speziell auch die Wettbewerbsfähigkeit bzw. die Verbesserung der Wettbewerbsposition als Kooperationsziel angegeben. In diesem Zusammenhang widmet sich ein eigenes Kapitel dem gleichzeitigen Bestehen von Kooperation und Wettbewerb – der Koopetition.

In Bezug auf Österreich birgt die kooperative Leistungserbringung in vielerlei Hinsicht eine Möglichkeit zur Effizienzsteigerung (siehe dazu Kapitel kooperative Leistungserbringung im primären, sekundären und tertiären Bereich). Die Leistungserbringung durch Kooperationen

und Auslagerungen von Spitälern lässt sich als Zustand der Mitte, zwischen der Leistungserbringung durch Spitäler einzeln und der Zusammenlegung von Spitälern, betrachten. Im Kapitel zu Multispitalsmodellen soll noch genauer auf die prozessuale oder strategische Leistungsabstimmung durch Kooperationen von Spitälern eingegangen werden sowie deren unterschiedliche Ausprägung des Zentralisierungs- bzw. Integrationsgrades oder deren Differenzierung in der Leistungsspezialisierung angeführt werden.

**Tabelle 2: Anbieterorganisation im Spitalswesen**

Einzelne Spitäler	Kooperationen von Spitälern	Spitalszusammenlegung
Leistungserbringung durch einzelne unkoordinierte Standorte	Leistungserbringung durch ein Netzwerk an Standorten	Leistungserbringung durch einen fokalen Standort
Keine Zentralisierung und niedriger Integrationsgrad mit vereinzelter Leistungsspezialisierung	Mäßige bis hohe Zentralisierung und hoher Integrationsgrad, der eine koordinierte, hoch spezialisierte bzw. differenzierte Leistungserbringung ermöglicht und ein Überangebot vermindert	Zentrale Leistungserbringung mit differenzierter Spezialisierung bei interner Koordination des Leistungsangebotes (kein Überangebot)
<i>Stand-Alone-Kosten</i>	Einsparungen aus der kooperativen Leistungserbringung durch Größen- und Verbundeffekte	Einsparungen durch innerbetriebliche Größen- und Verbundeffekte

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Im Zustand der Mitte, durch Kooperationen von Spitälern, besteht eine differenzierte Leistungserbringung mit einer Koordinierung des Leistungsangebotes, womit positive Kosten- und Qualitätseffekte erzielt werden können. Es verdeutlicht sich, dass technische Effizienz durch Prozessoptimierungen bzw. hohe Integration und Spezialisierung mehrerer Leistungserbringer auch ohne eine Standortzusammenlegung erzielt werden kann. Als wesentliches Merkmal treten durch das Zusammenwirken mehrerer Leistungserbringer im Gesundheitswesen Größen- und Verbundeffekte (*economies of scope and scale*) auf, welche im folgenden Kapitel erläutert werden sollen. Gegenüber dem Zustand der Kooperation von Spitälern und dem Zustand der Spitalszusammenlegungen ist unter anderem abzuwägen, ob die zusätzlichen Einsparungen durch Zusammenlegung die eventuellen Verluste patientennaher Versorgung ausgleichen können bzw. ob diese Verluste verhindert werden können. In Bezug auf Spitalsnetzwerke gibt es vor allem für den nordamerikanischen Raum zahlreiche Analysen zu den Wohlfahrtseffekten bzw. Auswirkungen auf die jeweilige Region durch Kooperationen oder Zusammenlegungen.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> siehe dazu weiterführend:

Bei der Leistungserbringung durch einzelne Spitäler kann es zu einer ineffizienten Ressourcenverteilung durch ein Überangebot an bestimmten medizinischen Leistungen kommen. Ein solches Überangebot ist vom medizinischen und ökonomischen Standpunkt aus nicht erwünscht. Ein der Theorie entsprungener wohlwollender Diktator würde bei der Organisation der Leistungserbringung auf unterschiedliche Formen der Kooperation bzw. Outsourcing oder auf Möglichkeiten der Zusammenlegung zurückgreifen. Damit würden bei dieser hochintegrierten Leistungserbringung durch die Spitäler Skalen- und Verbundeffekte genutzt werden. Gleichzeitig wäre das medizinische Leistungsangebot differenzierter ausgestaltet, mit einzelnen Spezialisierungsstandorten (siehe dazu Spitalsnetzwerke im Folgenden Kapitel).

In den USA wird die Problematik der Doppelleistungen auf eine Art ruinösen Wettbewerb zurückgeführt. Der freie kompetitive Markt führt in Verbindung mit den Eigenschaften des Gutes Gesundheit (asymmetrische Information, niedrige Preiselastizität, etc) zu einem *medical arms race* (medizinisches Wettrüsten).<sup>7</sup>

In Österreich unterliegt der Spitalsmarkt anderen Prinzipien. Es herrscht kein freier Wettbewerb im Spitalssektor, womit ruinöser Wettbewerb nicht die Ursache für ein Überangebot an medizinischen Leistungen ist. Die Begründung für eine ineffiziente Allokation der Ressourcen durch ein Überangebot an bestimmten medizinischen Leistungen lässt sich anderweitig verorten. Die österreichische Spitalslandschaft ist von einem fragmentierten Steuerungs- und Finanzierungssystem charakterisiert. Einerseits kann durch schlechte Anreizmechanismen und mangelnde Koordinierung eine Überbereitstellung auftreten. Dies ist unter anderem auf die Missachtung der institutionellen Kongruenz bei der Ausgestaltung des Spitalssektors zurückzuführen. Das Prinzip der institutionellen Kongruenz verlangt eine direkte Verbindung der Individuen in Bezug auf Entscheidung, Kostenübernahme und Leistungsanspruchnahme. Weiters wird durch gesetzliche Definitionen von Krankenanstalten und die Festschreibung des Leistungsangebots bzw. der notwendigen Subeinheiten ein Überangebot generiert. Auch wenn im Zuge der Novellierung des KAKuG die alten Definitionen zu Spitalstypen (vor allem §14 und §15 KAKuG) ohne Änderung beibehalten wurden, so ergibt sich aus den Supplementen eine Aufweichung der rahmengesetzlichen Vorgaben des KAKuG. Andere Gründe für ein Überangebot ergeben sich durch die internen Interessensgruppen (= Machtstrukturen) eines Spitals. Management, Ärzte und sonstige Belegschaft haben voneinander abweichende Vorstellungen von der Ausgestaltung der Leistungserbringung im Spital. Dies kann zu einer ineffizienten

---

Ferrier G und Valmanis V (2004): *Do mergers improve hospital productivity.*

Kjekshus L und Hagen T (2007): *Do hospital mergers increase hospital efficiency?* (Norwegen).

Alexander et al. (2009): *How Do System-Affiliated Hospitals Fare in Providing Community Benefit.*

Coyne et al. (2009) *Hospital cost and efficiency: do hospital size and ownership type really matter?*

Capps et al. (2010): *Hospital closure and economic efficiency.*

<sup>7</sup> siehe dazu weiterführend:

Luke et al. (2008): *Hospital Service Duplication: Evidence on the Medical Arms Race*

Devers et al. (2003): *Changes in Hospital Competitive Strategy, A New Medical Arms Race.*

Leistungsüberbereitstellung führen. Eine weitere Begründung für die ineffiziente Überbereitstellung von medizinischen Ressourcen können die mangelnde Kenntnis und Anerkennung selbiger Thematik bei den Entscheidungsträgern und Akteuren im Gesundheitswesen sein.

## 2.7. Größen- und Verbundeffekte im Gesundheitswesen

Wiederholt wird auch in der gesundheitspolitischen Debatte die Größe von Krankenanstalten thematisiert. Auch in Hinblick auf Kooperationen ist diese Frage bedeutsam, da sich die Frage stellt, welche Effekte von Standortzusammenlegungen oder höherer Spezialisierung ausgehen.

### 2.7.1. Aspekte der Effizienz

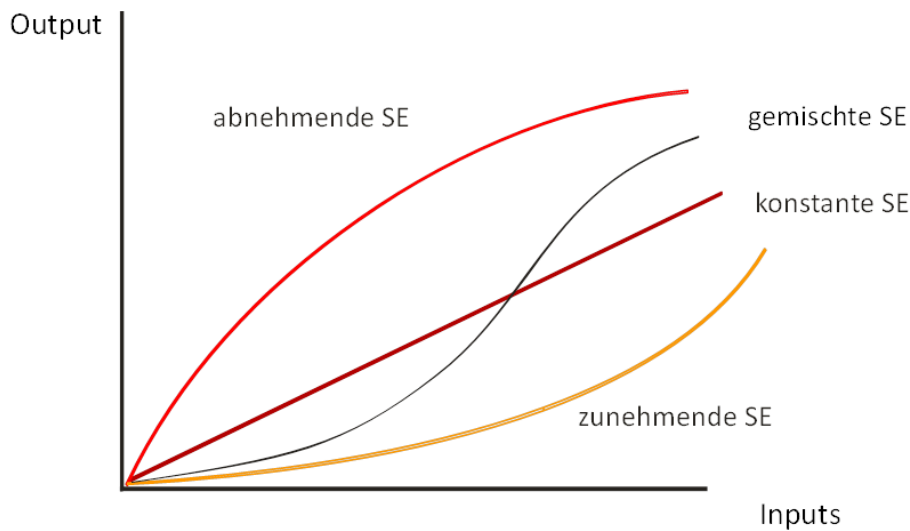
Aus der mikroökonomischen Produktionstheorie lassen sich sehr grundsätzliche Zusammenhänge auch für Spitäler festmachen. In der kurzen Frist sind nicht alle Produktionsfaktoren variabel. Die Ausweitung dieser variablen Inputfaktoren kann zwar den Output weiter erhöhen, aber mit immer weniger Erfolg. Man spricht hier von abnehmender Grenzproduktivität. Langfristig sind auch fixe Inputfaktoren wie Operationssäle variabel, da am Standort beispielsweise zugebaut werden kann. Somit können alle Faktoren vermehrt eingesetzt werden. In diesem Fall spricht man von Skalenerträgen: Verdoppelt man alle Inputfaktoren, so kann sich der Output ebenfalls verdoppeln (konstante Skalenerträge), weniger als verdoppeln (abnehmende Skalenerträge) oder mehr als verdoppeln (zunehmende Skalenerträge).

$$F(zx_1, zx_2, zx_3) = z^s F$$

Der Skalenfaktor  $s$  ist 1 bei konstanten Skalenerträgen, kleiner 1 bei sinkenden und größer 1 bei steigenden Skalenerträgen.

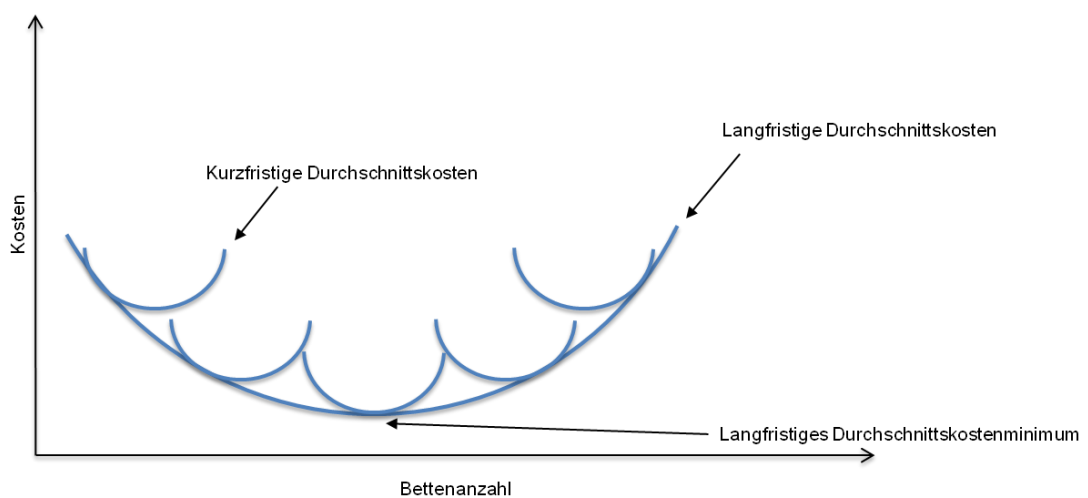
In der Praxis beobachtet man im Allgemeinen zunächst zunehmende, dann konstante und schließlich fallende Skalenerträge. Während eine Standortvergrößerung zunächst viele Synergien, Lerneffekte und Einkaufsmacht erzeugt, sind diese Vorteile irgendwann aufgezehrt, und die entsprechenden Einflüsse kehren sich irgendwann um: Die Wege in einem Spital werden weiter, die Kommunikation schwieriger, die Logistik immer komplexer. Das Spiegelbild dieser Entwicklung ist in der langfristigen Durchschnittskostenkurve zu finden, die typischerweise U-Form hat und bei der das Kostenminimum der tiefste Punkt und gleichzeitig der Wechsel zu abnehmenden Skalenerträgen (mit dann wieder steigenden Durchschnittskosten) ist.



**Tabelle 3: Formen von Skalenerträgen**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Die Bedeutung dieses Verlaufs ist für das Spitalswesen sehr groß: Ein Standort kann nicht beliebig groß werden, da sich die Skalenerträge erschöpfen und schließlich ins Gegenteil verkehren. Die Durchschnittskosten sind entsprechend in kurzfristige und langfristige zu unterteilen. Das kurzfristige Durchschnittskostenminimum kann durch Vergrößerung der Anlagen in der langen Frist gesenkt werden. Aber auch langfristig gibt es ein Minimum, das nicht unterschritten werden kann. Für das Spitalswesen bedeutet dies, dass ein Spital nicht beliebig groß sein kann, ohne ineffizient zu werden.

**Abbildung 3: Kurzfristige und langfristige Durchschnittskosten**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

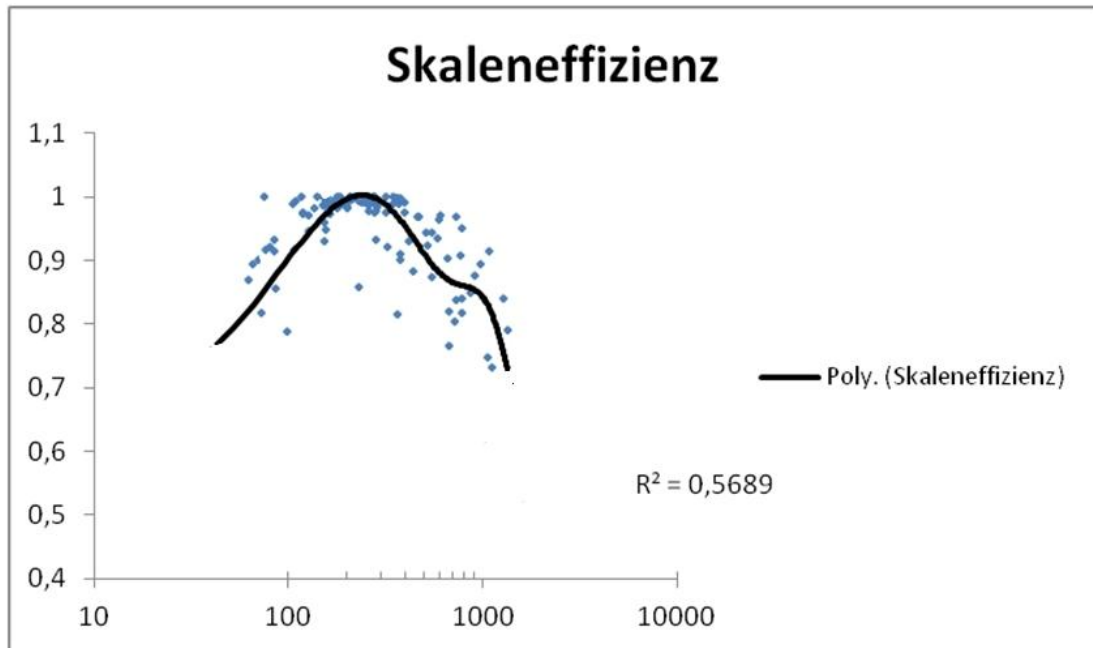
Bedeutsam ist auch, dass diese Zusammenhänge auch auf einer niedrigeren Ebene gelten, nämlich auf der Ebene von Abteilungen. Das heißt, es müssen nicht unbedingt ganze Spitäler zusammengeschlossen werden, sondern schon die Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen Spitälern kann wesentliche Effekte auf die Effizienz zeitigen. Diese treten vor allem deshalb ein, weil die Auslastungsvarianz an einem Standort insgesamt niedriger ist als auf mehrere Standorte verteilt. Alle Vorhaltekapazitäten können so effizienter genutzt werden. Hinzu kommen natürlich Lerneffekte. In der Grafik entsprechen mehrere dissoziierte Abteilungen beispielsweise der Durchschnittskostenkurve ganz links. Durch Konzentration an einem Standort wird die Kapazität erhöht und die Kosten werden gesenkt.

Empirische Untersuchungen liegen vor allem auf Spitalsebene vor. So konnte das Vorliegen von zunächst steigenden, dann konstanten und schließlich fallenden Skalenerträgen mit der Krankenhausgröße nachgewiesen werden (P. Feldstein 1961, Berry 1967, Lynk 1995, Dranove 1998, Harris et al. 2000, Preyra und Pink 2006, Tiemann und Schreyögg 2009). Besonders für den Bereich Kooperation hervorzuheben sind die Studien von Preyra und Pink (2006) sowie Kristensen et al. (2010). Während ältere Untersuchungen vor allem den Verlauf der Durchschnittskostenkurve zu erheben versuchen, wenden neuere Verfahren vor allem die Data Envelopment Analyse an.

Preyra und Pink thematisieren die Frage der Verbundeffekte (economies of scope), indem sie in einem theoretischen Modell die Arbeitsteilung zwischen Spitalsstandorten durch ein eigenes Spezialisierungsmaß abbilden. Neben den Skaleneffekten können also auch richtige Arbeitsteilungen in einem Spitalsverbund die Effizienz anregen.

Für die Studie von Kristensen et al. (2010) werden Daten von 36 öffentlichen dänischen Krankenanstalten für das Jahr 2004 analysiert, die zwischen 31 und 1.137 Betten haben. Die Autoren verwenden DEA-Modelle mit konstanten, variablen und nicht-sinkenden Skalenerträgen, um die effiziente Grenze zu schätzen. Basierend auf den Effizienzgrenzen berechnen sie die Effekte von verschiedenen angedachten Fusionen. Nicht überraschend scheiden manche Fusionen aus, weil aufgrund der resultierenden Größe abnehmende Skaleneffekte resultieren. Wichtig erscheint das Ergebnis der Untersuchung, dass in diesem dänischen Sample technische Ineffizienz überwiegt und ebenfalls bedeutende economies of scope erzielt werden könnten.

Auch empirische Untersuchungen zu österreichischen Spitälern zeigen diese Zusammenhänge. Trägt man die Skaleneffizienz in der Untersuchung von Czypionka et al. (2008) gegen die Spitalsgröße (tatsächlich aufgestellte Betten) auf, zeigt sich das in der Literatur beschriebene Bild (Abbildung 4).

**Abbildung 4: Empirische Skaleneffizienz einiger Spitäler vs. Größe**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Anmerkung: Aus Datenschutzgründen wurde nur ein Teil der Spitäler abgebildet, der Kurvenverlauf optisch leicht verändert.

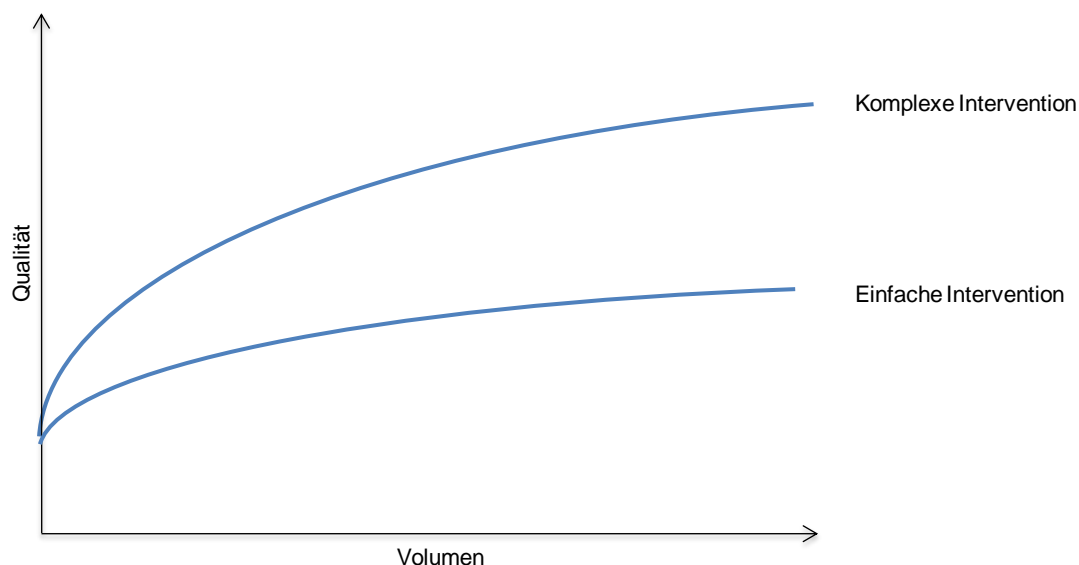
Man erkennt dabei folgende Charakteristika: Wie in der Literatur häufig beobachtet finden sich die Spitäler mit den höchsten Skaleneffizienzen in der „Mitte“. Sehr große und sehr kleine Spitäler weisen geringere Skaleneffizienz auf. Allerdings gibt es gerade auch unter den Spitätern unter 150 Betten mehrere, die skaleneffizient sind, viele liegen über 90% Skaleneffizienz. Auch in der „Mitte“ weisen zumindest einige Spitäler **geringere Skaleneffizienz** auf. Zu beachten ist weiters, dass die im Bericht angesprochenen Kooperationsmöglichkeiten hier noch gar nicht zum Tragen kommen können.

Dies zusammen hat sehr große praktische Bedeutung: Technische Effizienz kann auch **ohne Standortzusammenlegungen** gewonnen werden, indem z. B. durch best-practice Abläufe optimiert werden. Verbundeffekte lassen sich auch durch Spezialisierung und optimale Verteilung der Aufgaben erreichen, sodass Zusammenlegungen nicht zwingend notwendig sind. Empirisch lässt sich nachweisen, dass auch sehr kleine Spitäler es schaffen können, sehr skaleneffizient zu sein. Die Größe ist mithin nur ein Indikator. Zentral für Standortentscheidungen ist daher, nicht die Größe, sondern die tatsächliche Effizienz. Würde man beispielsweise nur nach der Größe Spitäler schließen, würde man tatsächlich effiziente Anbieter eliminieren!

### 2.7.2. Qualitätsaspekte

Der Zusammenhang zwischen Spitals- bzw. Abteilungsgröße und Qualität wurde in einer Vielzahl von Studien untersucht, wobei die empirischen Ergebnisse nicht immer eindeutig sind. Im Großen und Ganzen zeigt die Qualität einer Behandlung einen Anstieg mit der Größe einer Abteilung, eines Spitals bzw. dem Behandlungsvolumen. Durch eine Hinzunahme von Leistungseinheiten, ausgehend von einer geringen Größe, können bedeutende Zugewinne in der Qualität erzielt werden (siehe dazu Halm et al. 2002, Gandjour et al. 2003, Urbach und Baxter 2004, Davoli et al. 2005, Chowdhury et al. 2007 sowie Hogan und Winter (2008). Diese Zugewinne in der Qualität nehmen jedoch mit der Größe ab, oder anders ausgedrückt: Es besteht eine sinkende Grenzqualität mit der Größe einer Abteilung. Diese nimmt umso rascher ab, je weniger komplex die jeweilige Intervention ist.

**Abbildung 5: Größe und Qualität**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass die Erhöhung der Effizienz

- Auch auf Abteilungsebenen bezogen sein kann
- Durch Arbeitsteilung zwischen Spitälern bedeutende Effizienzgewinne zu lukrieren sind
- Auch die Anhebung der technischen Effizienz durch Zusammenarbeit im Sinne eines best-practice-Austauschs gelingen kann

Standortzusammenlegungen sind aus diesen Aspekten NICHT das einzige Mittel, Kostendämpfungsvorhaben umzusetzen. Es entspricht vielmehr der österreichischen Realität, diese Formen der Effizienzsteigerung einzusetzen.

Was die Qualität betrifft, ist wie auch bei der Effizienz grundsätzlich die Überprüfung des tatsächlichen Falls das entscheidende Kriterium. Jedoch ist im Zweifelsfall eine höhere Spezialisierung gerade bei komplexeren Interventionen sinnvoll. Auch dies spricht für Maßnahmen, Schwerpunkte zu bilden und ggf. arbeitsteilige Strukturen auszubilden.

## 2.8. Multi-Spitalsmodelle

Bei gemeinsamer Leistungserbringung durch Spitäler kann vorab nach der Trägerschaft bzw. der Eigentümerstruktur unterschieden werden. Nach der Eigentümerstruktur kann eine Untergliederung in Spitalsnetzwerke und Spitalssysteme vorgenommen werden. **Spitalsnetzwerke** sind ein Zusammenschluss von Spitälern auf operationaler Ebene, sowohl in vertikaler, wie in horizontaler Richtung. Im gesamten Spitalsnetzwerk gibt es mehrere unterschiedliche Eigentümer. Ein **Spitalssystem** hingegen ist eine Organisation unterschiedlicher Leistungserbringer, welche eine gemeinsame zentrale Steuerung bzw. einen einzelnen Eigentümer aufweisen. Bei der Unterscheidung nach der Trägerschaft kann weiters nach privater oder öffentlicher Trägerschaft unterschieden werden. (Bazzoli 2008)

Im Folgenden werden Netzwerke von Multispitalsmodellen beschrieben, die eine Verteilung der Zuständigkeit und prozessualen Verantwortung zwischen unterschiedlichen Einheiten einer Organisation erlauben (Schulte-Zurhausen 2005). Diese Netzwerkstrukturen lassen sich sowohl auf Spitalsnetzwerke mit diversifizierter Eigentümerstruktur übertragen, als auch auf Spitalssysteme, als Unternehmen mehrerer Spitalsstandorte mit einem Eigentümer (interne Netzwerkstrukturen). Die Trägerschaft bzw. Eigentümerstruktur erlangt somit nur eine untergeordnete Rolle bei der Betrachtung der angeführten Formen und Ausprägungen der Leistungserbringung der Netzwerke von Multispitalsmodellen.

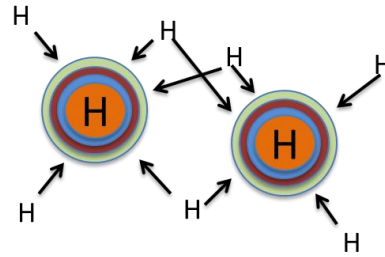
Die primäre Intention hinter Formen von Netzwerkzusammenschlüssen liegt allgemein in einer Kostenreduktion durch Effizienzgewinne. Dies wird primär durch die Konsolidierung von Doppelleistungen bzw. einer Reduktion der Überbereitstellung und der Nutzung von *economies of scope and scale* (Größen- und Verbundeffekte) erreicht (siehe dazu die vorangegangenen Kapitel: Motive für Kooperationen im Gesundheitswesen bzw. Größen- und Verbundeffekte im Gesundheitswesen). Gleichzeitig kann durch vertikale Integration ein breiteres Leistungsspektrum angeboten werden.

### 2.8.1. Netzwerkstrukturen von Multi-Spitalsmodellen

Die gemeinsame Leistungserbringung durch Krankenhäuser bzw. Multi-Spitalsmodelle kann nach Bazzoli (1999: 1684 ff.) wie folgt klassifiziert werden:

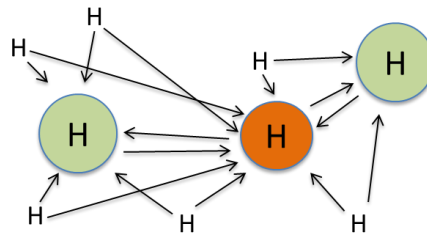
**Zentralisierte Netzwerke:**

hoher Zentralisierungsgrad (hierarchisch);  
niedrige Leistungsspezialisierung der peripheren  
Einheiten und großes differenziertes  
Leistungsspektrum der fokalen Einheit, bei  
gleichzeitig hohem Integrationsgrad



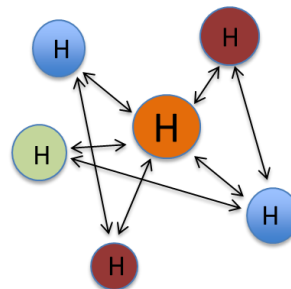
**Moderat zentralisierte Netzwerke:**

mäßiger Zentralisierungsgrad; niedrige  
Leistungsspezialisierung der peripheren  
Einheiten, mäßig differenzierte  
Leistungsspezialisierung der zentraleren  
Einheiten, bei gleichzeitig hohem  
Integrationsgrad



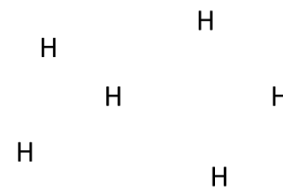
**Dezentralisierten Netzwerke:**

niedriger Zentralisierungsgrad (heterarchisch);  
hohe Leistungsspezialisierung jeder einzelnen  
Einheit, bei gleichzeitig hohem Integrationsgrad



**Unabhängige Spitalsnetzwerke:**

keine Zentralisierung; niedrige  
Leistungsspezialisierung, bei niedrigem  
Integrationsgrad

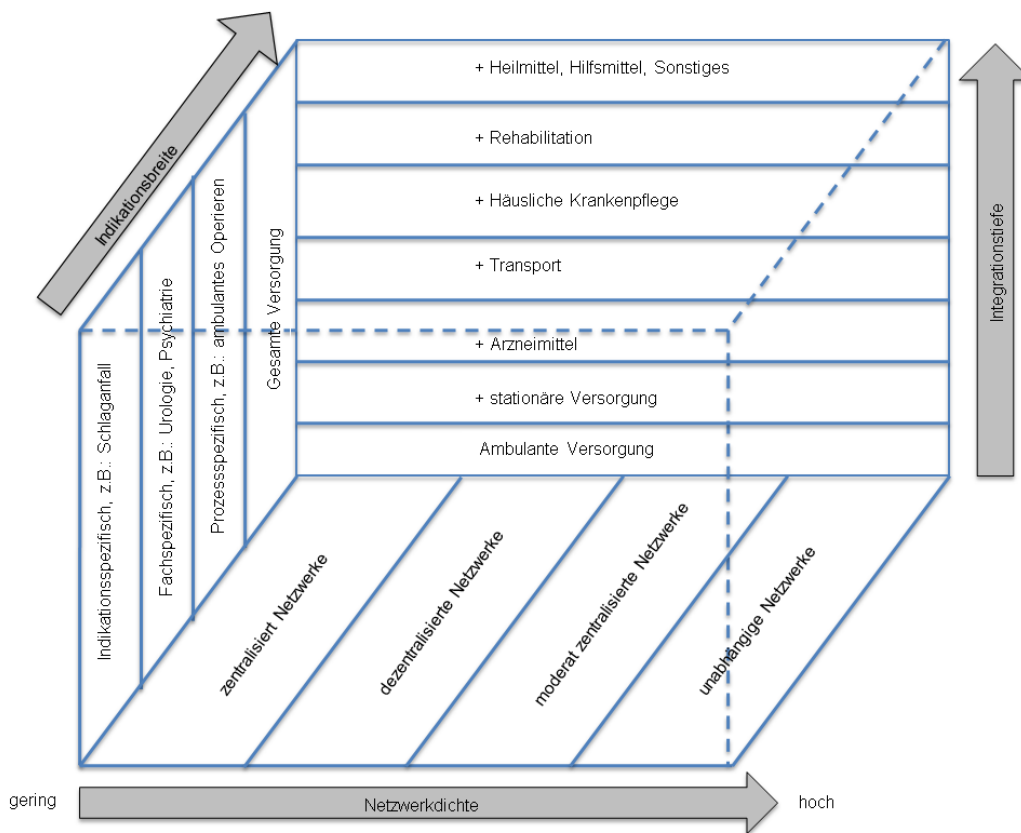


Der **Zentralisierungsgrad** gibt an, wie stark einerseits die Entscheidungsmacht und andererseits die Serviceerbringung zentralisiert sind. Die Leistungsspezialisierung oder **Differenzierung** gibt auf einer ersten Ebene an, wie stark sich die einzelnen Einheiten bzw. Spitäler in der Leistungserbringung bzw. Behandlungsmöglichkeit unterscheiden. Auf einer zweiten Ebene muss der **Integrationsgrad** der differenzierten Leistungserbringung berücksichtigt werden. Ein hoher Integrationsgrad sagt aus, dass die einzelnen

differenzierten Einheiten aufeinander abgestimmt sind und bezüglich des Leistungsspektrums eine gemeinsame Einheit gebildet wird.

Bei einer überbetrieblichen Betrachtung innerhalb eines Einzugsgebietes werden diese Strukturen als Cluster bezeichnet. Ein hoher Integrationsgrad kann durch innerbetriebliche Aufgabenteilung erreicht werden oder durch überbetriebliche Kooperationen, bei denen das Leistungsangebot innerhalb des Einzugsgebietes aufeinander abgestimmt wird (Cluster). Die auf Bazzoli (1999: 1684 ff.) basierende Klassifizierung weist den Kategorien auch entsprechende lokale Gegebenheit zu. So bilden sich zentralisierte Netzwerke eher in urbanen Gegenden heraus, während unabhängige Spitalsnetzwerke eher in ruralen Gegenden zu finden sind. Diese Taxonomie von Bazzoli orientiert sich hauptsächlich an strategischen und strukturellen Kriterien zur Klassifizierung. Die Kriterien zur Klassifizierung von Spitälern nach Bazzoli sind jedoch nicht unumstritten. Unter vielen anderen strategischen Charakteristika heben Luke et al. (2003) speziell die Größe des Spitalverbundes und die räumliche Ausbreitung als besonders wichtige Klassifikationskriterien hervor. Cuellar und Gertler (2003) betonen eine verstärkte Ausrichtung der Einteilungssystematik nach lokalen Clustern – Spitäler die verschiedenen Spitalsverbänden angehören und in einem gemeinsamen lokalen Einzugsgebiet operieren.

Die folgende Darstellung dient einer Verbindung der unterschiedlichen Dimensionen von Netzwerken im Spitalssektor. Neben der Integrationstiefe und der Indikationsbreite (Leistungsspezialisierung), wird als dritte Dimension die Netzwerkstruktur bzw. Steuerungsform von Netzwerken als Form der kooperativen Leistungserbringung von Spitälern abgebildet.

**Abbildung 6: Dimensionen von Multi-Spitalsmodellen**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 in Anlehnung an Schreyögg 2009.

### 2.8.2. Multi-Spitalsmodelle nach Leistungsbeziehung und Steuerungsform

Zusätzlich zu den eben angeführten Kriterien, wie dem Zentralisierungsgrad, der Integrationstiefe, der Leistungsdifferenzierung bzw. dem Leistungsspektrum, oder der Indikationsbreite, lassen sich Multi-Spitalsmodelle auch nach der Leistungsbeziehung oder Steuerungsform unterscheiden. An dieser Stelle sei nochmalig die Tabelle der Unternehmensnetzwerke nach Steuerungsform und Stabilität der Konfiguration angeführt, um eine Adaption für den Spitalssektor vornehmen zu können.

Bei einer monozentrischen Steuerungsform von Spitalsnetzwerken unterliegt die Struktur einer hierarchischen Anordnung. Wenn dabei die Leistungsbeziehung der Spitäler im Netzwerk starr vorgegeben und stets immer die gleichen Partner mit der Erbringung einer bestimmten Leistung betraut sind, so ist von einem strategischen Netzwerk die Rede. Wechseln sich jedoch die Partner je nach eigener Fähigkeit und Beschaffenheit bei der gemeinsamen Leistungserbringung im Netzwerk ab, so spricht man von Projektnetzwerken. Dabei werden für die Erbringung einzelner Aufgaben im Spital Partner auf Vertragsbasis herangezogen, wodurch jedoch auch ein erhöhter Koordinierungsbedarf besteht.



**Tabelle 4: Spitalsnetzwerke nach Steuerungsform und Stabilität der Konfiguration**

		Steuerungsform	
		Monozentrisch	Polyzentrisch
Stabilität der Konfiguration	Fixiert	Strategisches Netzwerk	Verbundnetzwerk
	Dynamisch	Projektnetzwerk	Virtuelles Unternehmen

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Hagenhoff 2004.

Der prozessorientierte Zusammenschluss zu einem **Virtuellen Spital** (Virtuelles Unternehmen) entspricht einer **bedarfsabhängigen Kooperation einzelner autonomer Leistungserbringer**, die in der Außendarstellung als ein Unternehmen auftreten. Behandlungsplanung und die Ausführungsorganisation werden kooperativ bewältigt. Die Leistungsbeziehung der Spitäler im Netzwerk ist nicht starr vorgegeben. Die Spitäler wählen eine Aufgabenteilung je nach Spezialisierung, so dass der Patient dem entsprechenden Spital je nach Fähigkeit zur Behandlung der einzelnen Standorte im Netzwerk zugewiesen wird. Aufgrund der Kenntnisse über die Leistungsfähigkeit der Kooperationspartner, bei gleichzeitigem Informationsaustausch mit selbigen, können Überweisungen je nach Bedarfsfall optimiert durchgeführt werden. Dies entspricht gleichzeitig einer **Prozessoptimierung an den Schnittstellen** der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Virtuellen Spitals. (Göbel und Friesdorf 2003)

Dieser dynamischen Stabilität der Konfiguration bei polyzentrischer Steuerungsform eines Virtuellen Spitals (Virtuelles Unternehmen) steht das Konzept des Verbundnetzwerks gegenüber. Diese bedingt ebenfalls eine polyzentrische Steuerungsform, ist jedoch in Bezug auf die Stabilität der Konfiguration fixiert. Aufgrund der eingeschränkten Möglichkeit zur vollkommenen Standardisierung der Leistungsprozesse im Gesundheitswesen im Sinne einer industriellen Produktion, bietet das **Virtuelle Spital** eine höhere Flexibilität bei der Leistungserbringung. Mit dieser Flexibilität gehen allerdings erhöhte Transaktionskosten einher. **Moderne Informationstechnologien und die Telemedizin** verringern jedoch die Transaktionsaufwendungen, weshalb mit fortlaufendem technologischen Fortschritt in diesem Wissenschaftsfeld das **Virtuelle Spital** als prozessorientierter Zusammenschluss an Bedeutung gewinnt. Mithilfe von Informationstechnologien sind die einzelnen Unternehmen miteinander verbunden. Es können stetig Informationen ausgetauscht werden, wie etwa Patientenakten oder auch medizinisches Fachwissen. Dadurch wird die Ortsgebundenheit bei der Leistungserbringung verringert.

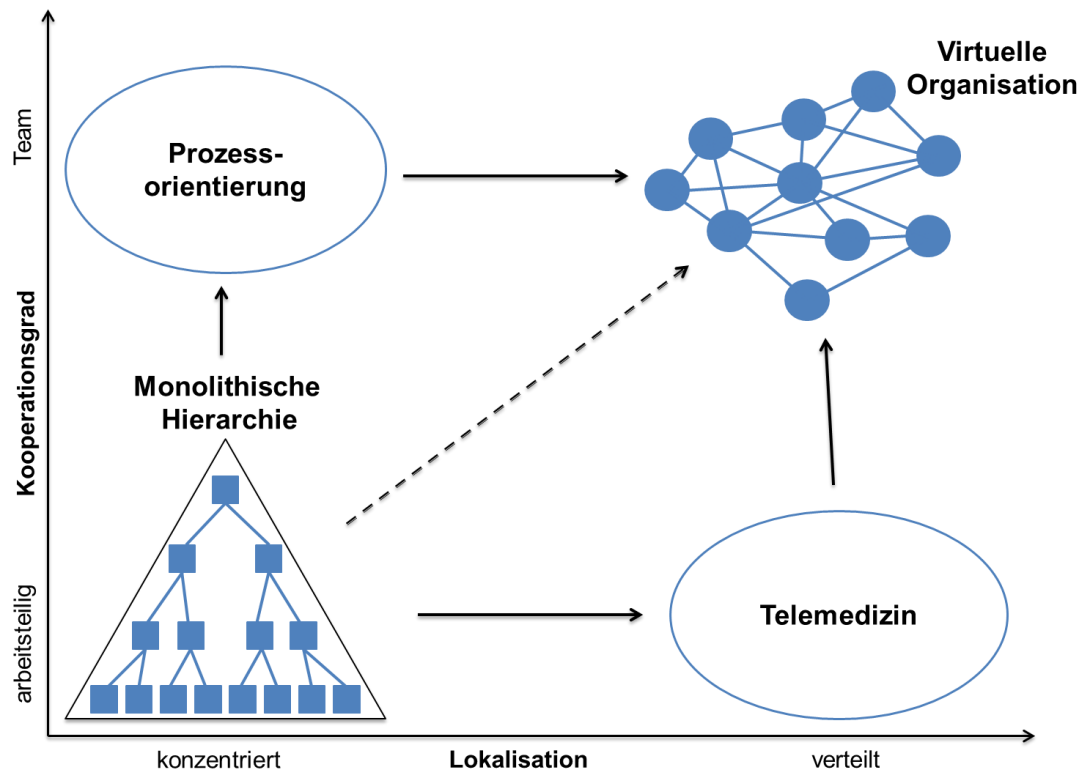
Bei einem *Virtuellen Spital* treten die Kooperationspartner **in der Außendarstellung als ein virtueller Leistungserbringer** auf. Dadurch sinken die Suchkosten für den Konsumenten. Diesem wird die Serviceanspruchnahme erleichtert, da er sich einem einzigen Ansprechpartner bei der medizinischen Leistungserbringung gegenüber sieht. Die Zuordnung und Überweisung zu den unterschiedlichen Teil- und Fachbereichen im Gesundheitswesen entfällt auf das Virtuelle Spital. Dieses optimiert aufgrund seiner vertikalen und horizontalen Integration den Behandlungsprozess, um Doppelleistungen zu verhindern und um eine bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit zu garantieren.<sup>8</sup> Virtuelle Unternehmen sind nicht von der ex ante vorgegebenen Anzahl an Kooperationspartnern beschränkt. Es können stetig neue Partner aufgenommen werden. Der Umkehrprozess ist ebenfalls möglich. Die Auswirkungen durch ein Ausscheiden eines Mitgliedes im virtuellen Unternehmensverbund sind abhängig von der Position und Integration des Unternehmens im Kooperationsverbund.

Die folgende Darstellung nach Göbel und Friesdorf (2003) veranschaulicht die Entwicklung ausgehend von der klassischen, arbeitsteiligen, lokal konzentrierten Gesundheitsversorgung hin zu einer verteilten, gemeinsamen prozessorientierten Kooperation durch ein virtuelles Spital.

---

<sup>8</sup> Doppelleistungen bzw. redundante Behandlungen sind nicht nur aus ökonomischer Sichtweise zu verhindern, sondern sind auch von einem medizinischen Standpunkt aus abzulehnen, da Mehrbehandlungen auch einen negativen Grenznutzen haben können.

**Abbildung 7: Verortung des Virtuellen Spitals in den Dimensionen *Lokalisation* und *Kooperationsgrad***



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 adaptiert nach Göbel und Friesdorf 2003.

### 2.8.3. Studien zu Multi-Spitalsmodellen

Verschiedenartige Studien versuchen den Effizienzgewinn und die kostensenkende Wirkung nach der bereits genannten Klassifizierung von Spitalsnetzwerken (nach Bazzoli et al. 1999, 2000) zu evaluieren. Die hier angeführten Studien und deren Ergebnisse basieren auf dem amerikanischen Spitalsmarkt und sind aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme für eine Betrachtung des österreichischen Spitalssektors nur mit gewissen Einschränkungen nutzbar. Ausgehend von der freien, kompetitiven Spitalsmarktsituation in den USA lassen sich trotzdem in Bezug auf Österreich Kernaussagen ablesen und Rückschlüsse ziehen.

Carey et al. (2003) und Rosko et al. (2007) kommen anhand einer Analyse des amerikanischen Spitalsmarktes zu dem Schluss, dass selektiv bzw. moderat zentralisierte Spitalssysteme und dezentralisierte Spitalssysteme effizienter sind als andere. **Kostenbasierte Analysen** des amerikanischen Spitalsmarktes wie etwa jene von Bazzoli et al. (2003) und Proenca et al. (2005) zeigen, dass moderat zentralisierte und zentralisierte Spitalsnetzwerke niedrigere Kosten haben als andere lose Verbände von Spitälern.

Es existieren auch neuere **Untersuchungen zur Qualität** wie jene von Chukmaitov et al. (2009) über den Einfluss der Spitalsverbundstruktur auf die Mortalität von stationären Patienten mit der Diagnose Herzinfarkt, kongestive Herzinsuffizienz, Gehirnschlag und Lungenentzündung. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mortalität durch die oben angeführten Erkrankungen, mit Ausnahme des Gehirnschlags, in zentralisierten Spitalsystemen niedriger ausfällt. Einschränkend ist zu erwähnen, dass dieses Ergebnis auf Basis von 11 amerikanischen Bundesstaaten erzielt wurde, mit der Annahme, dass eine zentralisierte Leistungserbringung einer zentralisierten Entscheidungsebene entspricht. Andere Studien haben keinen signifikanten Einfluss der Spitalsverbundstruktur auf die Mortalität feststellen können (Cuellar und Gertler (2003, 2005) oder Ho und Hamilton (2000) im Falle von Spitalszusammenlegungen.

Luke et al. (2011) sehen einen Kooperationsbedarf – sowohl aus medizinischer wie aus ökonomischer Sicht – für Leistungen mit einem sehr niedrigen **Durchführungsvolumen**. Die Erbringung solcher Leistungen sollte über die Grenzen des gemeinsamen Spitalsverbundes hinausgehend im Rahmen des gemeinsamen lokalen Einzugsgebietes koordiniert werden. Spitäler innerhalb eines Verbundes sollten im Bereich von Leistungen mit höherem Durchführungsvolumen kooperieren. Diese Feststellungen basieren auf einer Analyse amerikanischer Spitäler in bestimmten Einzugsgebieten in Bezug auf spezialisierte Behandlungen mit niedrigem Durchführungsvolumen wie Ösophagektomie und Aortenklappen austausch.

## 2.9. Koopetition

Das von Brandenburger und Nalebuff (1996) vorgestellte Konzept der *Koopetition* (*Coopetition*) beschreibt das gemeinsame Auftreten einer von Konkurrenz geprägten Beziehung und Faktoren einer durch Kooperation geprägten Beziehung zwischen den Wirtschaftssubjekten. Diese beiden Faktoren schließen sich nicht aus und sollen in Anlehnung an Barretta (2008) gegenübergestellt werden:

**Tabelle 5: Determinanten des Wettbewerbs und der Kooperation**

Einige Wettbewerbsdeterminanten	Einige Determinanten der Kooperation
Ein hohes Ausmaß an Überschneidungen auf dem Markt.	Eigenständige Zielerreichung aufgrund der Ressourcenausstattung nicht möglich.
Geringe Produktdifferenzierung zwischen verschiedenen Produzenten.	Risikoteilung durch die gemeinsame Tätigkeit.
Schwache Eintrittsbarrieren zum Markt.	Effizienzpotenziale heben (etwa durch <i>economies of scale/scope</i> , die Reduzierung von Doppelleistungen, oder Informationsaustausch/Telemedizin)
Vertraglich geregelte Leistungsbeziehung zwischen Kunden und Lieferanten.	

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Die zugrundeliegende Überlegung der Koopetition ist, dass die **Koexistenz von Kooperations- und Konkurrenzeigenschaften** in einer Beziehung zwischen zwei Unternehmen, zu einer Verbesserung der Situation für beide Unternehmen führt (Luo 2005). Dies wird dadurch ermöglicht, dass in bestimmten Marktsegmenten die beiden Wirtschaftssubjekte in Konkurrenz zu einander stehen, während sie in anderen Teilbereichen kooperieren.

Koopetition im Gesundheitswesen ermöglicht es, die Verschwendung von Ressourcen durch **negative externe Effekte aus Wettbewerb oder Kooperation zu vermeiden**,<sup>9</sup> um diese stattdessen dem Patienten zukommen zu lassen (Barretta 2008: 211). Die Konstruktion der Rahmenbedingungen eines Gesundheitswesens, welche die besten Eigenschaften der beiden Dimensionen der Koopetition vereint, gestaltet sich äußerst schwierig. Durch das simple Hinzufügen eines der beiden Elemente ist noch kein einwandfrei funktionierender Kooperationswettbewerb garantiert. Die spezifischen Interaktionen der Charakteristika der beiden Dimensionen Kooperation und Wettbewerb, verlangt eine korrekte Setzung von Anreizmechanismen bei der rechtlichen und institutionellen Ausgestaltung des Gesundheitswesens. (Exworthy et al. 1999). Möglichkeiten zur Förderung der Kooperations-Dimension sind etwa die Einführung eines Finanzierungssystems, welches die kooperative Leistungserbringung unter den Anbietern fördert, eine Festlegung verschiedener Wirkungsbereiche der unterschiedlichen Anbieter, oder eine einheitliche Performance-Messung nach allgemein festgelegten Kriterien (Barretta 2008: 211).

<sup>9</sup> Negative externe Effekte bezeichnen unkompenzierte Auswirkungen ökonomischer Handlungen auf unbeteiligte Marktteilnehmer.

Für Österreich ist das Prinzip der Koopetition im stationären Bereich nur eingeschränkt anwendbar, da kein tatsächlicher Wettbewerb zwischen den Spitälern herrscht. Durch den eingeschränkten, regulierten Markt fehlen Anreizstrukturen und Bestimmungsfaktoren – mit positiven und negativen Effekten auf die Gesamtwohlfahrt – die bei Wettbewerb gegeben wären. Anders betrachtet ergibt sich aus der mangelnden Konkurrenz ein schwacher Druck, alternative Formen der Leistungserbringung herauszubilden. Der Anreiz für organisatorische Innovationen und Prozessoptimierungen in so einem wettbewerbsschwachen System fällt niedrig aus.

Im niedergelassenen Bereich wären die Voraussetzungen durch einen freien Markt unter Konkurrenz für die Bildung von Koopetition eher erfüllt (z. B. keine dominierende regionale Trägerschaft wie im Spitalsbereich), werden allerdings auch hier von Interessensvertretungen stark limitiert. Ein Beispiel für Koopetitionen sind Gruppenpraxen. Ärzte, die zu einander in Konkurrenz stehen, eröffnen zur Verbesserung der beiderseitigen Situation eine Gruppenpraxis. Barrieren, die eine Bildung von Koopetition jedoch verhindern können, sind etwa gesetzliche Rahmenbedingungen. Die Ausgestaltung des Gesundheitssystems bzw. die rechtlichen Vorgaben sind in gewisser Weise ein Ausdruck des Diskurs über Form und Art der Leistungserbringung, welcher durch die unterschiedlichen Player im Gesundheitswesen wie etwa Ärztenverbände, Krankenversicherungen, Patientenvertretungen oder durch die politischen Ebene geprägt wird.

## 2.10. Integrierte Versorgung

Nachdem Kooperationen im Gesundheitswesen in ein theoretisches Rahmenwerk gebettet wurden, beschäftigen sich die kommenden Kapitel mit der praktischen Umsetzung der dargestellten Kooperationsmöglichkeiten. Worauf es davor noch kurz einzugehen gilt, sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, da sich diese in bedeutsamer Art und Weise auf die Performance eines Gesundheitssystems auswirken. So gilt es, gesellschaftliche Veränderungen immer im Blick zu behalten, da es nur mit Hilfe dieser möglich ist, neue Konzepte (Kooperationen, Ausgliederungen) in einer derartigen Art und Weise zu implementieren, dass durch diese Neustrukturierungen auch ein Mehrwert für heutige und kommende Generationen erzielt werden kann. Das Gesundheitssystem wird immer vor neue Herausforderungen gestellt, zu nennen wäre an dieser Stelle zum einen die Alterung der Gesellschaft, genauso wie der starke Anstieg an chronischen Beschwerden. Entwicklungen zeigen, dass das gesellschaftliche Krankheitsbild im Wandel begriffen ist – weg von akuten Erkrankungen hin zu **chronischen Beschwerden**. Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass die Vernetzung und Kooperation der Leistungsanbieter aller Sektoren gerade bei komplexeren Krankheitsbildern ein erfolgsversprechendes neues Konzept sein kann.

Das theoretische Konzept der **Integrierten Versorgung** wird genau diesen neuen Anforderungen gerecht und stellt demnach die gerade dargestellten Kooperationskonzepte ins Zentrum und in den Dienst einer patientenorientierten, zukunftsorientierten Leistungserbringung. Integrierte Versorgung steht für eine verstärkte Kooperation in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, stärkere Vernetzung im Bereich der Informationsweitergabe und mehr Interdisziplinarität, um auf die vielschichtigen Behandlungspfade komplexer Krankheitsbilder adäquat reagieren zu können. Dabei ist es schwierig, den Begriff „Integrierte Versorgung“ eindeutig zu fassen und zu definieren. In der Literatur wie auch in der Praxis finden sich divergierende Angaben. Oftmals findet eine Gleichsetzung mit bestimmten nationalen Ausformungen statt, wie mit Managed Care in den USA, Shared Care in Großbritannien, Transmural Care in den Niederlanden oder weiteren bekannten Ansätzen wie Disease Management und Comprehensive Care (vgl. Kodner und Spreeuwenberg 2002). Generell ist darunter ein Konzept zu verstehen, das durch fächer- und sektorübergreifende Leistungserbringung eine ganzheitliche Betreuung von Patienten unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit anstrebt.

Das österreichische Gesundheitssystem steht auf dem Weg zu integrierten Strukturen noch einigen großen Herausforderungen gegenüber. Gewachsene Strukturen etablieren nach wie vor zum einen die sektorale Trennung wie auch das reaktive Vorgehen des Gesundheitssystems. Die daraus resultierenden Schnittstellenproblematiken finden sich vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich, aber auch im Übergangsbereich zu Rehabilitation und Pflege.

Kodner (2008) bezeichnet die Integration als Herzstück des Gesundheitswesens, das die einzelnen Elemente im System zusammenhält. Integration steht dabei für Zusammenarbeit und Koordination zwischen Organisationen, Fachkräften, Sektoren und Ebenen des Gesundheitssystems. Derartige strukturelle Veränderungen sollen es ermöglichen, eine hohe Bandbreite von Zielen und Aufgaben zu realisieren:

- Positionierung der Leistungsabnehmer, Patienten und pflegenden Angehörigen im Zentrum des Pflegebetriebes
- Unterstützung des Aufbaus von kontinuierlicher Versorgung („continuum of care“)
- Zugang zu aufeinander abgestimmten, hochqualitativen und klinisch effektiven Dienstleistungen ermöglichen und deren Umsetzung sicherstellen
- Förderung, Entwicklung und Verbreitung gemeinsamer Lernprozesse und Best Practices
- Reduktion klinischer Varianz und von Behandlungsfehlern
- Förderung der Rationalisierung der Prozesskoordination
- Steigerung der Effektivität des Einsatzes von medizinischen, gesundheitsbezogenen und anderweitigen Ressourcen insgesamt

Das große Potenzial der Integrierten Versorgung liegt in der Sicherstellung, dass die Patienten dort behandelt werden, wo die Versorgung unter medizinischen Gesichtspunkten am effektivsten und unter ökonomischen Aspekten am kostengünstigsten durchzuführen ist. Gerade in Hinblick darauf wirken sich bei komplexeren Krankheitsbildern und chronischen Erkrankungen, die einer Behandlung über mehrere Leistungsstufen hinweg bedürfen, Diskontinuitäten in der Versorgung in Form von Segmentierungen besonders negativ aus. Diese negativen Auswirkungen schlagen sich in Form von Qualitäts- und Effizienzeinbußen nieder (Mühlbacher und Ackerschott 2007).

Integration im Gesundheitssystem bedingt komplexe strukturelle Veränderungen und bedarf Anpassungen auf verschiedenen Ebenen. Laut Kodner (2008) lassen sich folgende drei Ebenen erkennen:

- **Systemebene:** strategische integrierte Planungs-, Finanzierungs- und Beschaffungssysteme wie auch Leistungsangebote
- **Organisationsebene:** Koordination und Management der Aktivitäten verschiedener Bereiche und Leistungserbringer
- **Klinische Ebene:** Integration der klinischen Abläufe auch über die Organisationsgrenzen hinweg

Um Integration auf all den genannten Ebenen durchzuführen sind bestimmte Rahmenbedingungen notwendig. Als wichtige Voraussetzungen sind unter anderem die gesetzlichen Rahmenbedingungen wie auch die Finanzierungsmechanismen zu nennen. (Kodner und Kyriacou 2000)

Im Folgenden wird eine schematische Darstellung der verschiedenen Integrationsstufen skizziert (siehe Abbildung 8). Deutlich zeigt sich, dass die gesetzlichen, finanziellen, strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen mit der immer weiteren Vertiefung der Integration immer bedeutsamer werden.



**Abbildung 8: Stufen der Integration**

<b>Merkmale</b>	<b>Stufe I</b>	<b>Stufe II</b>	<b>Stufe III</b>	<b>Stufe IV</b>	<b>Stufe V</b>
Kombiniertes Budget, Capitation, Budgetverantwortung					x
Gemeinsame Trägerschaft, Gesellschaftliche Einheit, Wirtschaft Schicksalsgemeinschaft				x	x
Verbindliches gemeinsames betriebswirtschaftliches Management				x	x
Gemeinsame Nutzung der Infrastruktur			x	x	x
Verbindliches gemeinsames medizinisches und pharmazeutisches Management (DM, Qualitätssicherung)		x	x	x	x
IT-Vernetzung (Dokumentation, Patientenakte, Datentransfer, etc.)	x	x	x	x	x

Quelle: Weatherly 2008.

### 2.10.1. Integrierte Versorgung in Deutschland

Deutschland hat bereits sehr früh angefangen, die strengen Reglementierungen im Gesundheitswesen etwas aufzuweichen. Ein Meilenstein auf dem Weg hin zu innovativeren Behandlungspfaden war ein Sondergutachten des deutschen Sachverständigenrates aus dem Jahre 1995, in welchem unter anderem die verbesserungsfähigen Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Bereich kritisiert wurden. Die fehlerhaften Strukturen würden Ineffizienzen in verschiedenen Bereichen bedingen – unter anderem durch unnötige Überweisungen oder durch Doppeluntersuchungen. Die Aufwertung der Hausärzte wurde als erster Schritt hin zu mehr Koordinierung angeführt mit dem Ziel, die Kooperationsförderung in speziellen Modellen zu testen. (Sachverständigenrat 1995)

Durch diese Analyse wurde ein Veränderungsprozess angestoßen, welcher seitdem in Gang ist. Als erster bedeutender Schritt, und damit als eigentliche Rechtsgrundlage zur Umsetzung von Strukturen integrierter Versorgung (Güssow 2007), gelten die „Gesetze zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Die genauen Entwicklungen können an dieser Stelle nicht in all ihrem Umfang dargestellt werden. Es sei jedoch gesagt, dass es durch dieses Gesetz ermöglicht

wurde, neue Versorgungs- und Vergütungsformen zu erproben. Schließlich fügten sich weitere rechtliche Veränderungen ein, die zu einer Entbürokratisierung der Prozesse beitrugen. Außerdem half eine Anschubfinanzierung, die anfängliche Implementierung neuer Strukturen zu unterstützen (vgl. *Gesundes Kinzigtal* im Kapitel 3.3.2 Vollversorgungskooperationen). Folgende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklungen und deren zeitliche Abfolge.

Verträge zur Integrierten Versorgung gestalten sich entweder sektorübergreifend oder interdisziplinär fachübergreifend aus. Für die Versicherten ist die Teilnahme an derartigen Programmen nach wie vor freiwillig, wodurch auch das Prinzip der freien Arztwahl bestehen bleibt.

Über die Einführung von Modellen integrierter Versorgung hinaus wurden auch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) ins Leben gerufen. Diese Programme richten sich an chronisch Kranke. Das Ziel ist es, durch die Koordinierung der Behandlungsprozesse über sektorale Grenzen hinweg den komplexen Handlungspfaden bei derartigen Erkrankungen adäquat zu begegnen. Dadurch soll die Versorgung durch die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen wirtschaftlicher werden.

Eine weitere bedeutende Veränderung war die Gesetzgebung, welche medizinische Versorgungszentren ermöglichte. Dies sind nach § 95 Abs. 1 SGB V „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte (...) als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung (...) ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind“. Damit stellen diese im Vergleich zu den österreichischen Gruppenpraxen eine bedeutende Weiterentwicklung in Bezug auf Koordinierung und Patientenorientierung dar. Im Kapitel 3.2.2. (Gruppenpraxen und Medizinische Versorgungszentren) wird noch genauer auf diese eingegangen.

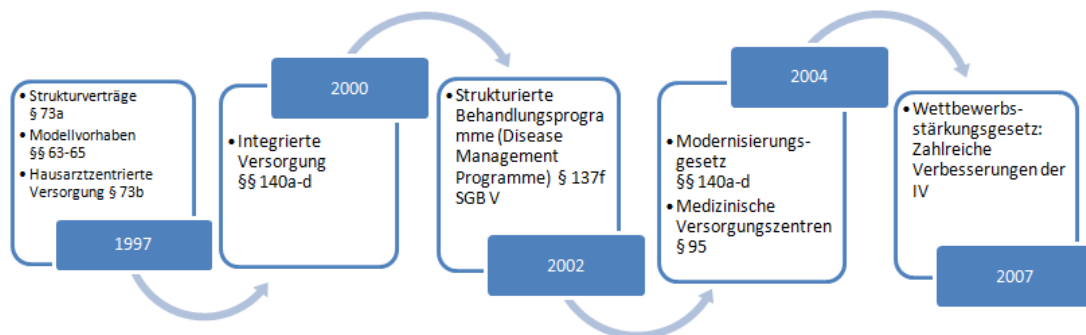
**Tabelle 6: Integrierte Versorgung auf Basis des Sozialgesetzbuchs**

IVS auf Basis SGB V				
Integrierte Versorgung §§ 140a-d SGB V	Strukturverträge § 73a SGB V	Modellvorhaben §§ 63 ff. SGB V	Hausärztl. Versorgung § 73b i.V.m. § 65a SGB V	MVZ § 95 SGB V
Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern (verschiedener Sektoren) und mind. einer Krankenkasse  Ziel ist Entwicklung neuer • Versorgungsstrukturen • Vergütungsstrukturen • Übertragung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf Leistungserbringer  • Auf Dauer angelegt	Vereinbarungen zwischen KVn und den Landesverbänden der Krankenkassen  Ziel ist Entwicklung neuer • Versorgungsstrukturen • Vergütungsstrukturen • Übertragung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf Leistungserbringer  • Auf Dauer angelegt	Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern Ziel ist Entwicklung neuer • Versorgungsstruktur • Vergütungsstruktur  • Zeitlich befristet	Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zur Regelung der Gewährung von Boni in Hausarztversorgungssystemen  Ziel ist Entwicklung neuer • Versorgungsstrukturen mit Stärkung der hausärztlichen Versorgung • Auf Dauer angelegt oder zeitlich befristet, abhängig ob als eigenständiges Vorhaben oder in Verbindung mit der Integrierten Versorgung bzw. einem Modellvorhaben durchgeführt	Verträge zwischen den zuständigen KVn für die im MVZ selbstständig oder angestellt arbeitenden Vertragsärzte im Rahmen der Regelversorgung oder zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen z.B. im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung  Ziel ist die Förderung der Kooperation und Leistungserbringung „unter einem Dach“ • Auf Dauer angelegt
• § 115b SGB V (ambulantes Operieren) • § 116 SGB V (Ermächtigung zur ambulanten Behandlung)			• § 117 SGB V (Polikliniken in Universitätskliniken) • § 121 SGB V (Belegarztwesen)	
Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management-Programme) nach § 137f SGB V				

Quelle: Güssow 2007.

Anmerkung: KV: Kassenärztliche Vereinigung

**Abbildung 9: Zeitliche Entwicklung der Integrierten Versorgung**



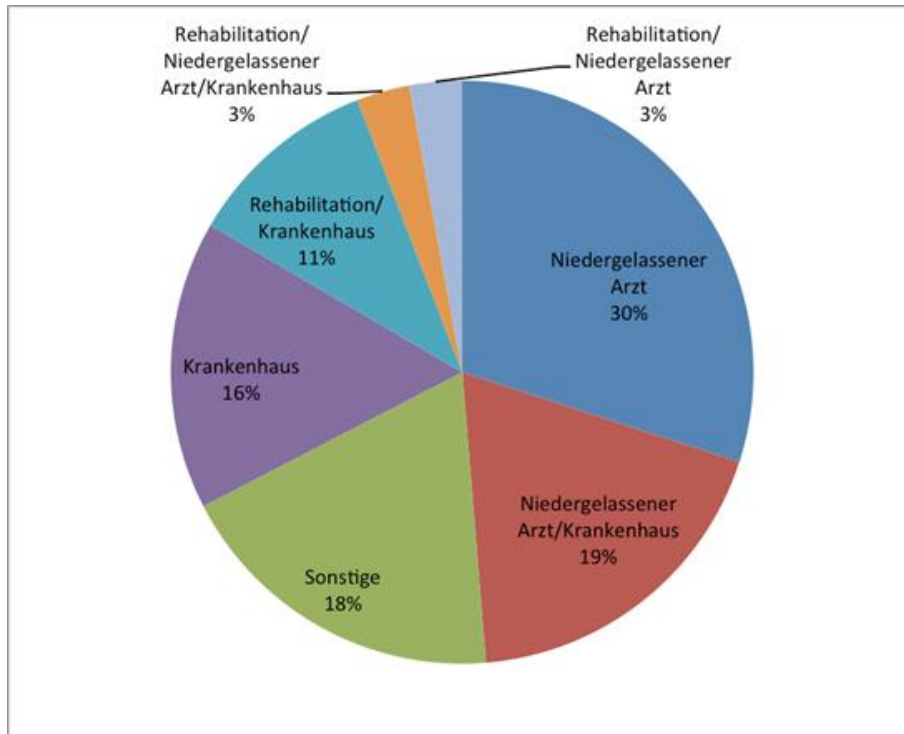
Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Generell ist zu sehen, dass eine dynamische Entwicklung auf diesem Gebiet zu verzeichnen ist. Inzwischen beteiligen sich 75 Prozent der Krankenkassen, womit 95 Prozent der Versicherten abgedeckt sind. 2008 gab es bereits 6.183<sup>10</sup> Verträge, die ein

<sup>10</sup> Diese Zahl beinhaltet sowohl Verträge, die von einer Krankenkassa geschlossen wurden, wie auch jene, die mehrere Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen haben, wobei diese als ein Vertrag gezählt werden.

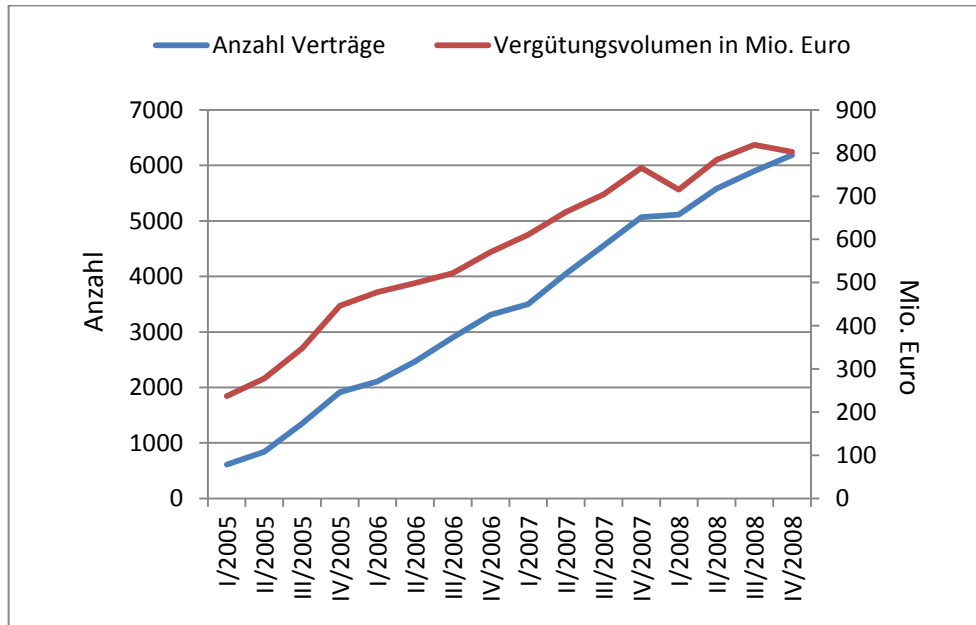
Leistungsvolumen von 803.186.890 Euro aufwiesen (Grothaus 2009). Abbildung 10 gibt einen Überblick über die Vertragspartner-Kombinationen der Integrierten Versorgung und deren Bedeutung auf der Leistungserbringerseite im Jahr 2008.

**Abbildung 10: Vertragspartner-Kombinationen der Integrierten Versorgung**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 adaptiert nach BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH 2011.

Insgesamt 2/3 der Verträge wurden mit dem niedergelassenen Bereich abgeschlossen, womit diese mit 1.854 Verträgen die bedeutendste Gruppe sind. Bei 54 Prozent der Verträge waren Krankenhäuser beteiligt. Folgende Grafik (Abbildung 11) zeigt noch einmal die positiven Entwicklungen – sowohl bei der Anzahl der Verträge wie auch beim Leistungsvolumen – der letzten Jahre auf.

**Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl der IV-Verträge und des Leistungsvolumens**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2011 adaptiert nach dem Quartalsberichte der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V.

Sektorübergreifende Integration hat primär das Ziel, bessere Kooperationen herbeizuführen. Die Evaluierung dieser Maßnahmen ist schwierig, da sie sehr stark von der Perspektive der Stakeholder abhängig ist. Mögliche Erfolgskriterien werden von Klemann (2009) definiert. Er unterscheidet Ergebniserfolg, Prozesserfolg und Erfolgspotenzial. Diesen Kriterien stehen Indikatoren zur Messung gegenüber.

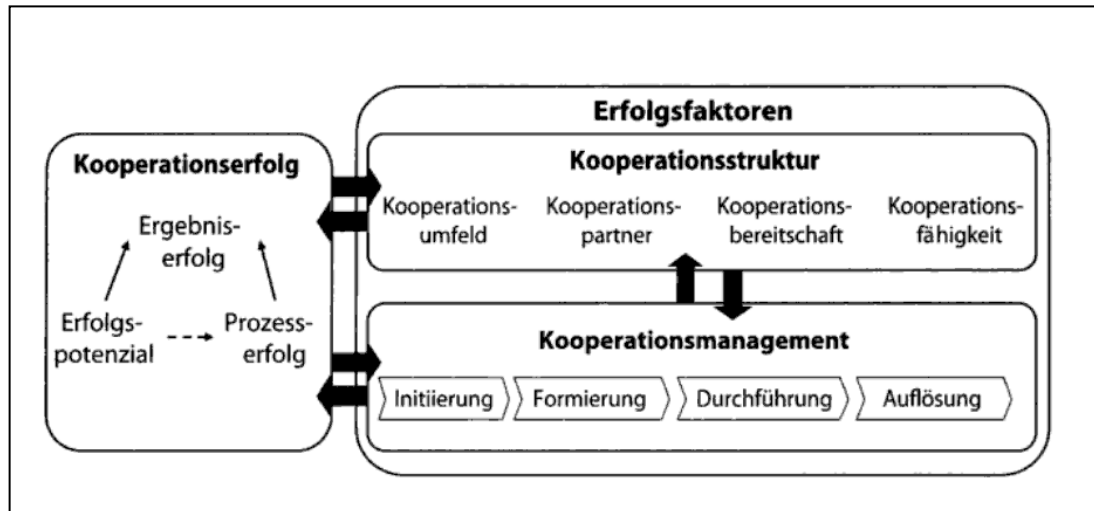
**Tabelle 7: Beispiele möglicher Erfolgskriterien und Indikatoren**

	<b>Erfolgskriterien</b>	<b>Erfolgsindikatoren</b>
<b>1. Ergebniserfolg</b>	Wirtschaftlichkeit und Qualität des Leistungsangebots, Kompetenzerweiterung, Know-how-Erwerb, Patientenzufriedenheit etc.	Gewinn, Rentabilität, Marktanteil, Ausmaß der Qualitätsverbesserung, Grad der Patientenzufriedenheit, Behandlungsquote, Ausmaß der Ressourcen-, Kompetenzerweiterung etc.
<b>2. Prozesserverfolg</b>	Kooperationsbeziehung, Prozessqualität, Kommunikation, Konfliktfreiheit, gegenseitiges Lernen, Know-how-Anwendung, etc.	Gegenseitige Akzeptanz, Häufigkeit und Umfang der Kontakte und Konflikte, Anzahl gemeinsam entwickelter Behandlungspfade, Zeitvorteile (Übergangszeit), Zuweisungsquote, Lerngeschwindigkeit, etc.
<b>3. Erfolgspotenzial</b>	Entwicklung der Mitarbeiterpotenziale (Lernchancen), gemeinsame Ressourcennutzung, Handlungsoptionen, Synergiepotenziale, etc.	Anzahl gemeinsamer Qualitätszirkel und Fortbildungsangebote, Ausbildung/ Erfahrung/Verhalten der einbezogenen Mitarbeiter, Mittelausstattung, Art und Ausmaß der potentiell zu nutzenden/transferierenden Ressourcen/ Kompetenzen, etc.

Quelle: Klemann 2009.

Die genannten Kriterien des Kooperationserfolges stehen in einer interdependenten Verbindung zu den Erfolgsfaktoren – diese integrieren Kooperationsumfeld, Kooperationspartner, Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit wie auch das Kooperationsmanagement.

Abbildung 12: Determinanten des Kooperationserfolges



Quelle: Klemann 2009.

Das Kooperationsumfeld wird durch die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, das ökonomische Umfeld wie auch das technologische Niveau und strukturelle Rahmenbedingungen bestimmt. Diese Faktoren müssen als exogene Faktoren angesehen werden, da sie nur sehr bedingt veränderbar sind. Der Faktor Kooperationspartner verdeutlicht, dass eine erfolgreiche Kooperation fundamental von der Qualität, der Quantität und dem Willen der bestehenden Kontakte abhängig ist. Der Wille zur vertrauensvollen Partnerschaft fließt hier durch die Kooperationsbereitschaft ein. Die Kooperationsfähigkeit verdeutlicht die Notwendigkeit organisationaler Fähigkeiten in Bezug auf Know-How Management und Arbeitsprozess-Management. Ein erfolgsorientiertes Kooperationsmanagement dient der Vermittlung zwischen diesen interdependenten Verbindungen. Nach der Initiierung (Identifikation des Kooperationsbedarfs) geht es um die Suche geeigneter Partner (Formierung). Schließlich muss die Partnerschaft konkret ausgeformt werden (Durchführung), indem Steuerungsinstrumente implementiert werden. Falls kooperationsbezogene Zielerreichungsgrade nicht erreicht werden, soll auch die Auflösung der Partnerschaft eine mögliche Option sein (Klemann 2009).

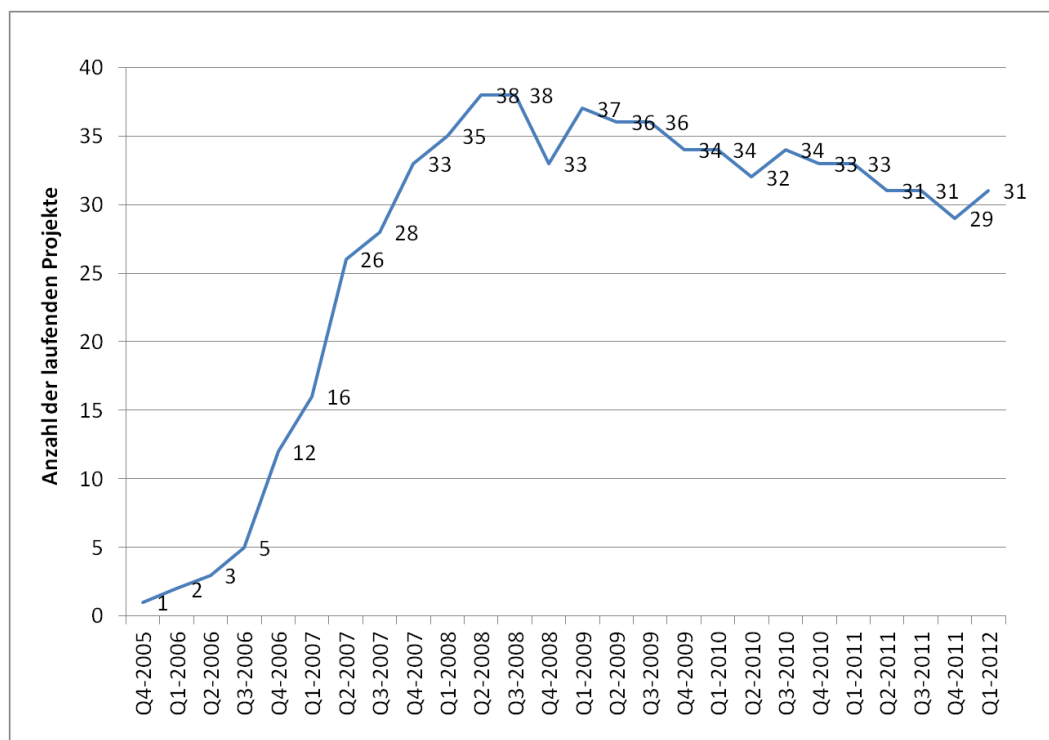
### 2.10.2. Integrierte Versorgung in Österreich

In Österreich ist die Integrierte Versorgung noch sehr wenig ausgebaut. Es gibt beispielsweise erst ein einziges Disease Management Programm, und seine Einschreibraten sind schlecht (siehe Tabelle 8). Auch die Zahl der Projekte und investierten Mittel im Bereich des Reformpools sind gering (Czypionka/Röhring 2009), siehe auch den Stand März 2012 in Abbildung 13. Dies liegt vor allem an den mangelnden gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen.

**Tabelle 8: Verbreitung von Disease-Management Programmen in Österreich**

Bundesland	Aktuell teilnehmende Ärzte	Aktuell teilnehmende Patienten
Niederösterreich	139	4.573
Oberösterreich*	370	6.547
Salzburg	101	1.641
Steiermark	150	4.642
Vorarlberg	44	640
Wien	144	5.780
Summe	578	23.823
<b>Anteil an der Wohnbevölkerung Österreich</b>		<b>0,284%</b>
<b>Vergleich D</b>		<b>8%</b>

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Daten Therapie Aktiv-Homepage der SV, Stand 27. April 2011.

**Abbildung 13: Laufende Reformpoolprojekte in Österreich**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Beispiele aus anderen Ländern, wie auch aus Österreich, sollen jedoch die Potenziale veranschaulichen. Was bei der Lektüre der ausländischen Beispiele immer mit bedacht werden muss, sind die unterschiedlichen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen. Dennoch verdeutlichen diese Beispiele sehr gut das Potenzial, das hinter dem Konzept Integrierte Versorgung liegt.



### 3. Kooperationen im primären Bereich

In Österreich nimmt der stationäre Bereich der Gesundheitsversorgung eine sehr bedeutende Rolle ein. Auch die Kostenentwicklungen verdeutlichen dies. So zeigen Daten des System of Health Accounts (OECD), dass die Kosten der stationären Versorgung in den Jahren von 1998-2008 um mehr als 10 Prozent stärker gewachsen sind als im ambulanten Bereich, nämlich um 57,3 Prozent im Vergleich zu 46,9 Prozent (Arbeitsgruppe Verwaltung Neu).

Nicht zuletzt deswegen gewinnen Kooperationen im primären Bereich immer mehr an Bedeutung. Denn gerade in Kooperationsmodellen sind Kosteneinsparungspotenziale verortet. Im folgenden Kapitel werden Kooperationsmöglichkeiten in den Primärprozessen näher beleuchtet. Grundsätzlich können hier folgende Kooperationsmöglichkeiten unterschieden werden:

- Kooperationen zwischen zwei oder mehreren Spitälern
- Kooperationen von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich
- Kooperationen von Spitälern mit anderen Gesundheitseinrichtungen

#### 3.1. Kooperationen zwischen zwei oder mehreren Spitälern im selben Trägerverbund oder trägerübergreifend

Bei der Kooperation zwischen zwei oder mehreren Spitälern lassen sich prinzipiell zwei große Kooperationsformen unterscheiden:

- Kooperation auf Ebene der Spitäler als Ganzes
- Kooperation auf Ebene von Fachabteilungen

##### 3.1.1. Kooperationen von Spitälern als Ganzes

Der **Grundgedanke**, warum Spitäler als Ganzes miteinander in Kooperation treten ist, um großflächige Überschneidungen und Parallelstrukturen in der Leistungserbringung zu vermeiden. Vor allem für (kleinere) Spitäler in (un)mittelbarer geographischer Nähe erscheint es sinnvoll, das Leistungsangebot aufeinander abzustimmen.

Ein **weiterer Grundgedanke** hinter der Kooperation von Spitälern als Ganzes ist, durch die damit oftmals einhergehenden Schwerpunktsetzungen bzw. Spezialisierungen von Krankenanstalten einen Anstieg der Fallzahlen zu erreichen. Mit steigenden Fallzahlen soll im Idealfall ein Anstieg der Skalenerträge und damit ein Anstieg des Gewinns verbunden sein.

Aufteilung von einzelnen Fachabteilungen zwischen den Standorten der kooperierenden Spitäler

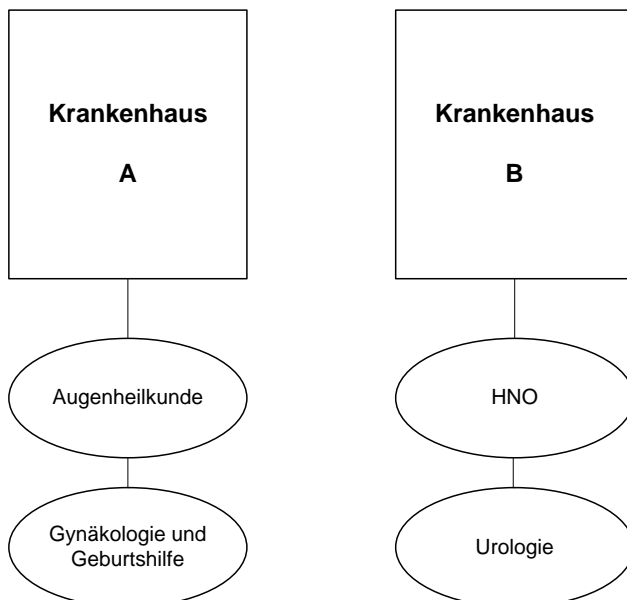
Bei dieser Art der Kooperation „teilen“ sich die kooperierenden Spitäler einzelne Fachrichtungen zwischen den Standorten auf. D. h. Krankenhaus A übernimmt z. B. die Leistungserbringung aus der Fachrichtung Augenheilkunde sowie Gynäkologie und Geburtshilfe, während Krankenhaus B auf die Vorhaltung von Leistungen aus dieser Fachrichtung verzichtet. Krankenhaus B übernimmt z. B. dagegen die Leistungserbringung aus den Fachrichtungen Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Urologie, und Krankenhaus A verzichtet auf die Vorhaltung von Leistungen aus diesen Richtungen.

Eine derartige Kooperation würde besonders geeignet erscheinen für Spitäler, wenn

- sich die Spitäler in gewisser geographischer Nähe befinden und
- eine Zusammenlegung zu einem Spital (z. B. aus politischen Gründen) nicht realisiert werden kann

In Österreich ist die Aufteilung sämtlicher Fachrichtungen zwischen zwei Spitälern derzeit rechtlich nicht möglich. Standardkrankenanstalten müssen lt. § 2a Abs. 1 lit a KAKuG mindestens über eine Abteilung Chirurgie und Innere Medizin verfügen, Schwerpunktkrankenanstalten mindestens über eine Abteilung für Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Unfallchirurgie sowie Urologie vorhalten. Bei einer Realisierung dieser Kooperationsform ist daher darauf zu achten, dass dabei die Vorgaben des § 2a Abs. 1 lit a und b KAKuG nicht verletzt werden. Alternativ sollten diese engen Vorgaben auf Gesetzesesebene überarbeitet werden.

**Abbildung 14: Aufteilung von einzelnen Fachabteilungen zwischen den Standorten der kooperierenden Spitäler**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

**Maßnahmen:**

Inzwischen gibt es das Instrument der österreichweiten Strukturplanung (ÖSG). Diese basiert auf einer Rahmenplanung, die regional realisiert wird, und stellt somit auf eine überbetriebliche Angebotsplanung ab. Es bietet sich also an, auch im Gesetz nicht mehr die Leistungsstruktur der Krankenanstalten vorzugeben, sondern subsidiär zu gestalten. Die KaKuG Novelle 2012 enthält in erster Linie die Möglichkeit, einzelne Abteilungen und Einheiten in reduzierter Form zu führen. Tatsächlich müsste aber auch die Möglichkeit gestärkt werden, sinnvolle Schwerpunktsetzungen zu fördern und die Spitalsversorgung als solche arbeitsteilig von mehreren Spitälern durchführen zu lassen. Auf diese Weise können Effizienzpotenziale gehoben werden bei gleichzeitiger Beibehaltung der Standorte.

**Umsetzung in der Praxis**

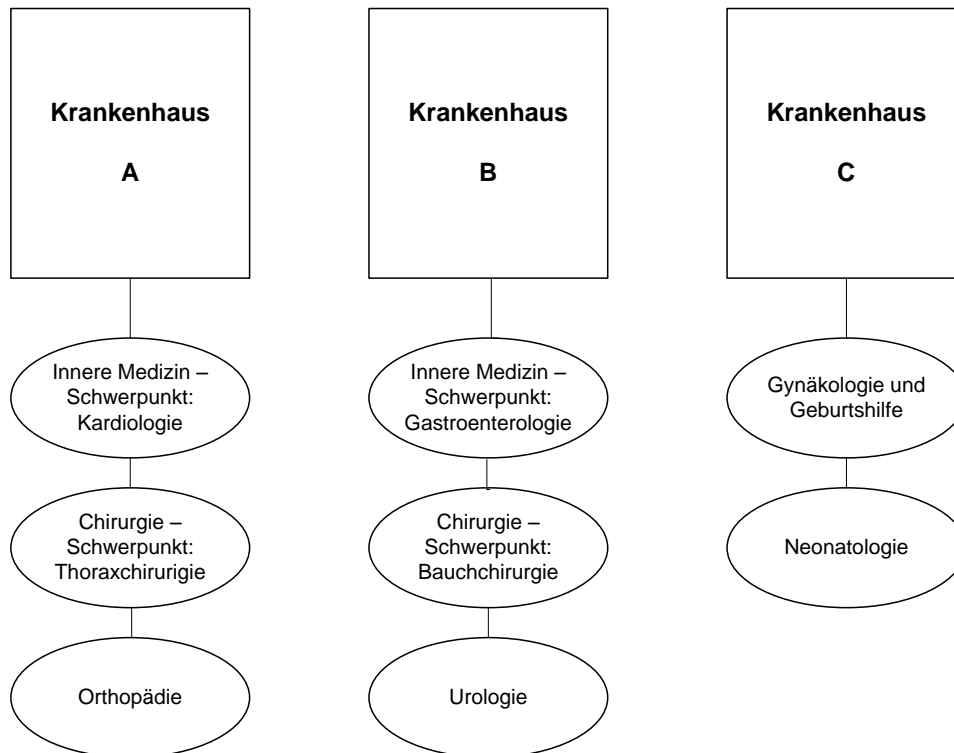
Für diese Art der Kooperation konnten nicht zuletzt aufgrund der gesetzlichen Restriktionen keine in der Praxis umgesetzten Beispiele identifiziert werden.

*Schwerpunktsetzung zwischen den Standorten der kooperierenden Spitäler*

Bei dieser Art der Kooperation **setzen sich ein oder mehrere der kooperierenden Spitäler Schwerpunkte** in der Leistungserbringung. D. h. Krankenhaus A spezialisiert sich in der Inneren Medizin auf die Kardiologie, in der Chirurgie auf Thoraxchirurgie sowie auf Orthopädie. Krankenhaus B hingegen fokussiert sich in der Inneren Medizin auf Gastroenterologie, in der Chirurgie auf Bauchchirurgie sowie auf Urologie. Krankenhaus C setzt seinen Schwerpunkt auf Gynäkologie und Geburtshilfe sowie auf Neonatologie.

Eine derartige Kooperation erscheint einerseits für Spitäler in geographischer Nähe und andererseits für Spitäler innerhalb eines Krankenanstaltenverbundes attraktiv. Durch die Schwerpunktsetzung können einerseits Doppelgleisigkeiten in der Leistungserbringung ausgeräumt, und andererseits eine klare Positionierung in der Leistungserbringung gegenüber potentiellen Patienten erreicht werden.

**Abbildung 15: Schwerpunktsetzung zwischen den Standorten der kooperierenden Spitäler**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

### Umsetzung in der Praxis

Kooperationen, bei welchen sich zwei oder mehrere kooperierende Spitäler Schwerpunkte setzen, sind in Österreich durchaus bereits gängige Praxis, werden aber in Zukunft nicht zuletzt aufgrund des steigenden Kostendrucks noch mehr an Bedeutung gewinnen.

#### **Kärnten**

Eine derartige Kooperation existiert beispielsweise bei den Kärntner Ordensspitälern der Barmherzigen Brüder in St. Veit und der Elisabethinen in Klagenfurt. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder legt seinen Schwerpunkt auf Onkologie (sowohl in der internen als auch in der chirurgischen Abteilung) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe, das Krankenhaus der Elisabethinen hingegen auf Rheumatologie (in der internen Abteilung), Allgemeinchirurgie sowie Orthopädie. Durch diese verschiedenen Schwerpunktsetzungen kommt es zu fast keinen fachspezifischen Überschneidungen.

#### **Oberösterreich**

Eine ähnliche Kooperation gibt es auch bei den oberösterreichischen Ordensspitälern der Barmherzigen Brüder und Schwestern in Linz. Im Bereich der internistischen Versorgung liegt der Schwerpunkt der Barmherzigen Brüder auf der allgemeinen internistischen Intensivversorgung und der Gastroenterologie, der Schwerpunkt der Barmherzigen Schwestern auf der Hämato-Onkologie und Kardiologie. In der chirurgischen Leistungserbringung haben die Barmherzigen Brüder ihren

Schwerpunkt auf die Gefäßmedizin und die Barmherzigen Schwestern ihren Schwerpunkt auf die Tumorchirurgie gelegt. Des Weiteren ist die Augen- und Neurologie-Versorgung bei den Barmherzigen Brüdern und die HNO-Versorgung bei den Barmherzigen Schwestern konzentriert.

**Einsparungspotential:**

Das Einsparungspotential, welches aus dieser Spitalspartnerschaft generiert werden kann, wird mit jährlich 5.000.000 Euro beziffert (Barmherzigen Schwestern Linz o.J.).

**Steiermark**

Im Zuge des RSG 2020 Umsetzungsplans der KAGes ist unter anderem eine **Konzentration der geburtshilflichen Versorgung innerhalb der einzelnen KAGes Krankenhäuser** geplant. In diesem Zusammenhang ist Folgendes vorgesehen:

- Verlagerung der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses Bruck an der Mur in das Krankenhaus Leoben (Land Steiermark 2011a,b)
- Verlagerung der geburtshilflichen Abteilung vom Krankenhaus Wagner in das Krankenhaus Deutschlandsberg (Land Steiermark 2011a,b)
- Schließung der geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus Voitsberg unter gleichzeitiger Errichtung einer dislozierten Tagesklinik Gynäkologie im Krankenhaus Voitsberg (Land Steiermark 2011a,b).

**Einsparungspotential:**

Das Einsparungspotential im laufenden Betrieb aus der Verlagerung der geburtshilflichen Abteilung vom KH Wagner in das KH Deutschlandsberg sowie der Schließung der Geburtshilfe im KH Voitsberg unter gleichzeitiger Errichtung einer dislozierten Tagesklinik Gynäkologie im KH Voitsberg wird mit 7.083.000 Euro beziffert (Land Steiermark 2011b).

Dem Einsparungspotential stehen Aufwendungen für Adaptierungsmaßnahmen an der geburtshilflich gynäkologischen Abteilung am KH Deutschlandsberg in der Höhe von 420.000 Euro gegenüber (Land Steiermark 2011b).

Im Zuge des RSG 2020 Umsetzungsplans der KAGes ist außerdem geplant, einen **Schwerpunkt auf die Versorgung der älteren Bevölkerung im Krankenhaus Mürzzuschlag** zu setzen. Das soll anhand einer gestärkten internistischen Abteilung und einer Neuerrichtung der Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation und Einheit für Remobilisation und Nachsorge erreicht werden (Land Steiermark 2011a).

## **Wien**

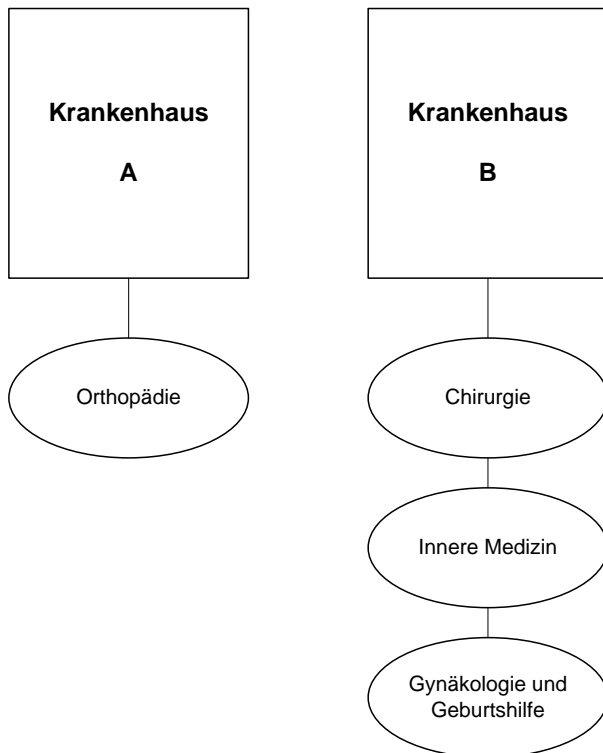
Auch beim Wiener Krankenanstaltenverbund sind im Rahmen des Wiener Spitalskonzepts 2030 derartige Kooperationen geplant. Im Zuge dessen erhält beispielsweise das Krankenaus Hietzing einen neuen Schwerpunkt, welcher sich an den Bedürfnissen einer immer älter werdenden Gesellschaft orientiert. Im Krankenhaus Rudolfstiftung wird der chirurgische Schwerpunkt verstärkt, indem z. B. die Schilddrüsen-Chirurgie vom Kaiserin-Elisabeth-Spital in die Rudolfstiftung verlegt wird.

Die hier angeführten Kooperationen aus der Umsetzung in Praxis sind als exemplarisch zu verstehen. Eine Darstellung sämtlicher derartigen Kooperationen in österreichischen Spitälern würde über den Umfang dieser Studie hinausgehen.

### *Komplette Spezialisierung einer oder mehrerer der kooperierenden Spitäler*

Bei dieser Art der Kooperation **spezialisieren sich ein oder mehrere kooperierende Spitäler auf eine einzelne Fachrichtung**. D. h. Krankenhaus A wird z. B. in eine Sonderkrankenanstalt für Orthopädie umgewandelt. Die anderen Spitäler aus dem Kooperationsverbund verzichten weitgehend oder zur Gänze auf Vorhaltungen von Leistungen aus dieser Fachrichtung.

Eine solche Kooperationsform erscheint besonders passend, um die Leistungserbringung von Fachrichtungen wie z. B. Gynäkologie und Geburtshilfe oder Orthopädie an einem Standort zu bündeln. Damit einher geht der Entfall von Vorhaltekosten anderer Leistungsbereiche, was einen positiven Einfluss auf die Effizienz hat. Zudem sinkt die Variabilität der Auslastung im Verhältnis zur Kapazität, wie dies bei kleineren Einheiten ein wesentlicher Grund für Ineffizienzen ist. Zudem wird mit dieser Form der Kooperation eine klare Positionierung des spezialisierten Spitals in der Krankenhauslandschaft gegenüber den potentiellen Patienten erreicht. In Hinblick auf die Qualität können notwendige Volumina leichter erreicht werden.

**Abbildung 16: Komplette Spezialisierung einer oder mehrerer der kooperierenden Spitäler**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

### Umsetzung in der Praxis

#### **Oberösterreich**

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II ist geplant, das Krankenhaus Sierning in eine Spezialkrankenanstalt für Akutgeriatrie/Remobilisation umzuwandeln. Die standortübergreifende Organisation der AG zwischen dem KH Sierning und dem KH Steyr bedingt, dass Sierning keine Akutaufnahmen zu bewältigen hat (erfolgen durch Steyr und Kirchdorf) und durch die konkrete Leistungsabstimmung mit dem KH Steyr auch im Bereich diagnostische Leistungen (Radiologie, Labor, etc.) Synergien ausgenutzt werden.

**Mehraufwand und Einsparungspotential:**

Einsparungspotenziale, die sich durch Umstrukturierungen an den Krankenhausstandorten Sierning und Steyr ergeben (vgl. Land Oberösterreich 2011):

Die Umwandlung des KH Sierning in eine Spezialkrankenanstalt für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) geht zum einen mit einer Aufstockung der Betten für AG/R, und zum anderen mit einer Umwandlung der Betten für Innere Medizin in Betten für AG/R einher. Dies führt zu Umstrukturierungskosten.	1.301.226 Euro
---	----------------

Auf der anderen Seite konzentriert sich in Zukunft die Innere Medizin am Standort Steyr – auch die Innere Medizin in Enns wird geschlossen. Dadurch kommt es zu Einsparungen.	- 3.134.692 Euro
---	------------------

Nettovorteil	<u>1.833.466 Euro</u>
--------------	-----------------------

**Deutschland – Nordrhein Westfalen**

Die Fachklinik Hornheide ist auf die Behandlung von Tumorerkrankungen spezialisiert und stellt ein interdisziplinäres und überregionales Zentrum für die Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen der Körperoberfläche, insbesondere deren gut- und bösartigen Tumore dar.

Die Fachklinik Hornheide steht für fächerübergreifende klinische und wissenschaftliche Aufgaben in sehr enger Kooperation mit dem Universitätsklinikum Münster, was auch die Qualität der Behandlungen durch Wissenstransfer verbessert.

*Schaffung eines standortübergreifenden Spitals*

Bei dieser Form der Kooperation schließen sich zwei Spitäler zu einem standortübergreifenden Spital/Spitalsverbund zusammen.

Diese Kooperationsform erscheint insbesondere für (kleinere) Spitäler sinnvoll, wenn:

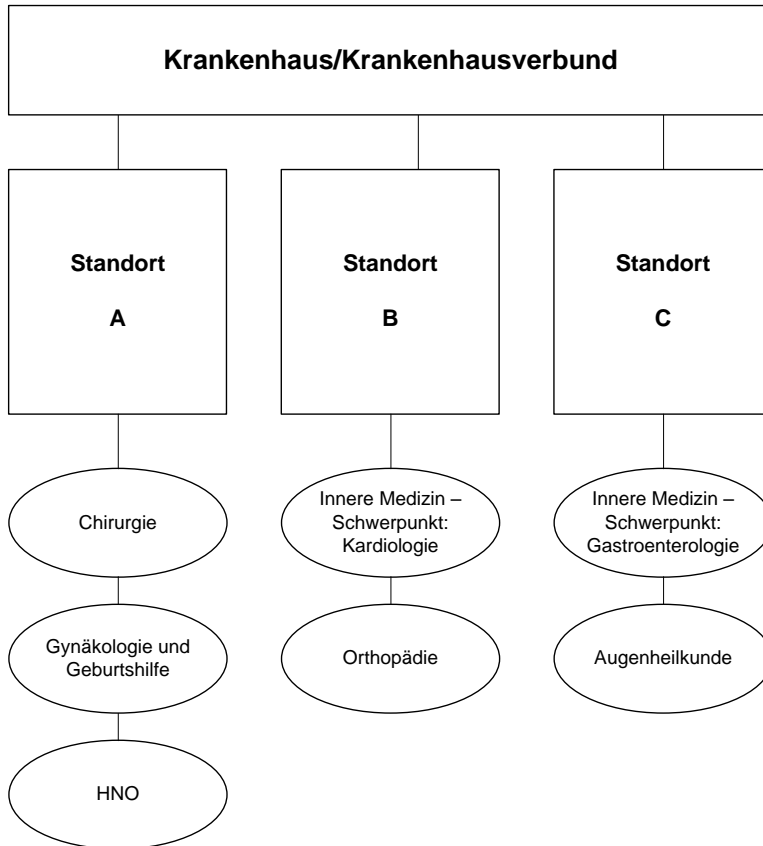
- sich die Spitäler in geographischer Nähe befinden und
- eine Zusammenlegung der beiden Spitäler zu einem Spital (z. B. aus politischen Gründen) nicht realisiert werden kann.

Mit Hilfe dieser Kooperationsform gelingt es nicht nur, Überschneidungen und Parallelstrukturen in der Leistungserbringung zu vermeiden, sondern auch Vereinfachungen und Einsparungen in der Organisationsstruktur der Spitäler zu erreichen. Beispielweise wird nur eine Kollegiale Führung für den Krankenhausverbund benötigt. Ebenso können durch standortübergreifende Organisationsformen etwa die Primarii-Stellen reduziert werden.



In Österreich ist die Schaffung eines derartigen Verbundes von Standardkrankenanstalten insofern beschränkt, als jede Standardkrankenanstalt lt. § 2a Abs. 1 lit a KAKuG zumindest über eine Abteilung für Chirurgie und Innere Medizin verfügen muss, was unter diesen Umständen eine unnötige Redundanz erzeugt.

**Abbildung 17: Schaffung eines standortübergreifenden Spitalsverbundes**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

**Maßnahmen:**

Im Rahmen des KaKuG sollte die Möglichkeit für ein solches Spital mit mehreren Standorten vorgesehen werden – unter Maßgabe der Vorgaben des ÖSG ohne weitere Einschränkungen. Generell sollte nicht in Strukturen, sondern in Leistungsangeboten gedacht werden. Auch die Qualitätsvorgaben laut ÖSG, KaKuG und LKF-Modell sollten an angebotene Leistungen und nicht an Strukturen gebunden werden. Für eine genauere Diskussion siehe Kapitel 6.2.3

**Einsparungspotential:**

Das RWI Essen (RWI 2004) beziffert das Einsparungspotenzial für Deutschland durch bessere Spezialisierung auf 3 Prozent der Personalkosten. Die Effekte auf das Anlagekapital wurden nicht beziffert. In Deutschland ist aufgrund des stärkeren Wettbewerbs bereits von einem höheren Spezialisierungsgrad auszugehen als in Österreich.

**Umsetzung in der Praxis**

**Burgenland**

Diese Kooperationsart wurde z. B. bei den Krankenanstalten Hainburg und Kittsee schon des Öfteren als „second best solution“ genannt, Die „first best solution“ wäre die Zusammenlegung der beiden Krankenanstalten zu einer. Der Rechnungshof kritisiert in diesem Zusammenhang in seinem Bericht *„Kooperation und Abstimmung der Leistungserbringung der Krankenanstalten Hainburg und Kittsee“*, Niederösterreich 20011/11, die mangelnde Kooperation der nur zwölf Kilometer voneinander entfernten Krankenanstalten Hainburg und Kittsee. Er zeigt darin weitreichende Überschneidungen und Parallelstrukturen der beiden Krankenhäuser auf und beziffert das Einsparungspotenzial bei Konzentration sämtlicher Fachrichtungen an einem Standort mit jährlich bis zu 7,5 Mio. Euro (auf Basis der Kosten des Jahres 2000) (Rechnungshof 2011/11).

**Einsparungspotential:**

Der Rechnungshof beziffert das Einsparungspotential bei Konzentration sämtlicher Fachrichtungen an einem Standort mit jährlich bis zu 7,5 Mio. Euro (auf Basis der Kosten des Jahres 2000) (Rechnungshof 2011/11).

**Oberösterreich**

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II sollen in einem ersten Schritt das **Krankenhaus Gmunden und Vöcklabruck zu einem Verbundkrankenhaus** zusammengeführt werden. In einem zweiten Schritt soll auch das Krankenhaus Bad Ischl Teil dieses Verbundkrankenhauses werden.

Im Zuge des ersten Schrittes erhalten die Krankenanstalten Gmunden und Vöcklabruck eine gemeinsame kollegiale Führung, die Abteilungen Chirurgie und Gynäkologie werden unter eine gemeinsame Leitung gestellt, und die Bereiche Geburtshilfe und Unfallchirurgie werden im Krankenhaus Vöcklabruck konzentriert.

**Einsparungspotential:**

Durch die oben genannten Maßnahmen ergeben sich folgende Einsparungspotentiale (Land Oberösterreich 2011):

- Standortübergreifende Organisationsform im Bereich Chirurgie	1.226.889 Euro
- Standortübergreifende Organisationsform im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	891.281 Euro

**Steiermark**

Im Zuge des RSG 2020 Umsetzungsplans der KAGes ist die **Zusammenfassung der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz und des Krankenhauses Graz-West zu einem Krankenanstaltenverbund** geplant. Gleichzeitig soll das Krankenhaus Hörgans-Enzenbach in den Verbund integriert werden. Zu diesem Zweck wird das Krankenhaus Hörgans-Enzenbach mit seinen beiden Standorten Hörgans und Enzenbach stillgelegt. Die Abteilung für Innere Medizin und für Akutgeriatrie/Remobilisation übersiedelt in die Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, und die Abteilung für Pulmologie übersiedelt in das Krankenhaus Graz-West. Die Installierung dieses Krankenhausverbundes steht unter der Prämisse, die kleinstrukturierte Versorgungslandschaft zu bündeln (Land Steiermark 2011a).

Auch für die **Krankenanstalten Leoben und Bruck/Mur** ist im Rahmen des RSG 2020 Umsetzungsplans der KAGes die **Zusammenfassung zu einem Krankenanstaltenverbund** geplant. Im Zuge dieser Zusammenführung werden am Standort Leoben ein Bereich für Strahlentherapie, eine Tagesklinik für Dermatologie und eine Wochenklinik für Kinderchirurgie in Kooperation mit dem LKH- Univ. Klinikum Graz errichtet. Am Standort Bruck/Mur wird eine Abteilung für Psychiatrie aufgebaut, die Abteilung für Gynäkologie wird, wie bereits oben erwähnt, vom Krankenhaus Leoben ins Krankenhaus Bruck/Mur verlagert (Bundesministerium für Gesundheit 2011, Land Steiermark 2011a).

*Bündelung von Zentral- und Spitzenversorgung an einem Standort der kooperierenden Spitäler*

Diese Art der Kooperation ist, wie es der Name schon sagt, für Leistungen der Zentral- und Spitzenversorgung gedacht. Sowohl aus Qualitätsaspekten, Forschungsaspekten als auch in Hinblick auf die erforderliche hohe Spezialisierung der Beteiligten und möglichen speziellen Geräteinsatz sind solche Zentralisierungen der beste Weg. Es ist in diesem Bereich ein besonders hohes Effizienz- und Qualitätspotenzial zu erwarten.

**Umsetzung in der Praxis**

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II sind unter anderen folgende Bündelungen von Zentral- und Spitzenversorgung geplant:

- Konzentration der Plastischen Chirurgie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern. Damit verbunden ist die Schließung des Departments für Plastische Chirurgie am Krankenhaus Wels-Grieskirchen.
- Konzentration der Mund-Kiefer Chirurgie im AKH Linz (einzige Vollabteilung in Oberösterreich). Durch den Erhalt des Fachschwerpunktes für Mund-Kiefer Chirurgie im Krankenhaus Wels kommt es in der Mund-Kiefer chirurgischen Abteilung des AKH Linz zu einem Bettenabbau von 8 Betten.
- Konzentration der Nierentransplantationen im Krankenhaus der Elisabethinen und damit Entfall der gleichen Leistung im AKH Linz.
- Konzentration der Stammzellentransplantation im Krankenhaus der Elisabethinen.

#### **Mehraufwand und Einsparungspotential:**

Im Bereich plastische Chirurgie kommt es zu strukturellen Veränderungen. Das Department am Standort Wels wird geschlossen, wodurch Einsparungen ermöglicht werden. - 1.751.412 Euro

Durch die Konzentration der Plastischen Chirurgie im Zentralraum Linz (KH der Barmherzigen Schwestern) wird dort ein Mehraufwand realisiert. 350.076 Euro

Nettovorteil durch die Zentralisierung der Leistungserbringung 1.401.336 Euro

Durch Konzentration der Mund-Kiefer-Chirurgie im AKH Linz wird mit folgendem Einsparungspotential gerechnet: 560.431 Euro (Land Oberösterreich 2011).

### **3.1.2. Kooperationen bei Fachabteilungen**

Der **Grundgedanke** hinter der Kooperation der Spitäler auf Ebene der Fachabteilungen besteht darin, ähnlich wie bei der Kooperationsform der Spitäler als Ganzes, großflächige Überschneidungen und Parallelstrukturen in der Leistungserbringung zu vermeiden. Vor allem für (kleinere) Spitäler in (un)mittelbarer geographischer Nähe erscheint eine Leistungsabstimmung gleicher Fachabteilungen nicht zuletzt aufgrund von Effizienzgründen sehr sinnvoll.

Ein **weiterer Grundgedanke** hinter der Kooperation auf der Ebene von Fachabteilungen ist, die Schließung von Fachabteilungen an kleineren Spitalsstandorten in ländlich(er)en Regionen so gut wie möglich zu vermeiden und damit auch die regionale Versorgung der Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten. Hierfür erscheinen die unten näher erläuterten reduzierten Organisationsformen besonders geeignet.

Kooperation zweier gleicher Fachabteilungen

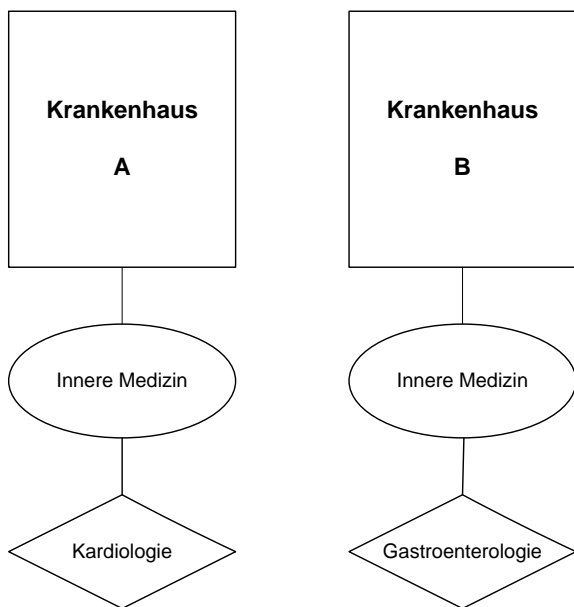
Bei der Kooperation zweier gleicher Fachabteilungen können vier unterschiedliche Kooperationsformen zur Leistungsabstimmung unterschieden werden:

- Leistungsabstimmung durch Spezialisierungen innerhalb von Fachrichtungen
- Leistungsabstimmung anhand des Schweregrades der Diagnose
- Leistungsabstimmung durch Bündelung von planbaren Leistungen
- Leistungsabstimmung bei der Behandlung von speziellen Krankheitsbildern

1) Leistungsabstimmung durch Spezialisierungen innerhalb von Fachrichtungen

Bei dieser Form der Kooperation kommt es zu einer Spezialisierung innerhalb gleicher Fachabteilungen kooperierender Spitäler. D.h. Krankenhaus A spezialisiert sich z. B. in der Fachrichtung „Innere Medizin“ auf Kardiologie und Krankenhaus B auf Gastroenterologie.

**Abbildung 18: Leistungsabstimmung durch Spezialisierung innerhalb von Fachabteilungen**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

**Umsetzung in der Praxis**

Diese Kooperationsart ist im österreichischen Spitalswesen bereits gängige Praxis. Daher wird hier auf Praxisbeispiele nicht näher eingegangen.

2) Leistungsabstimmung anhand des Schweregrades der Diagnose

Bei dieser Kooperationsart erfolgt die Leistungsabstimmung anhand des Schweregrades der Diagnose.

Die Idee hinter dieser Art der Kooperation ist, vor allem an kleineren Spitalsstandorten das Behandlungsspektrum der einzelnen Fachabteilungen auf Standardbehandlungen zu beschränken und erweiterte Standardbehandlungen sowie Spezialbehandlungen an größeren Spitalsstandorten zu bündeln. Diese Kooperationsart scheint bei kleineren Spitalsstandorten insbesondere für die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin geeignet.

**Umsetzung in der Praxis**

**Schweiz – Bern und Wallis**

Im Oktober 2008 wurde die Kooperation zwischen dem Spital Wallis und dem Inselspital Bern intensiviert. Das Spital Wallis (GNW) ist eine autonome, öffentlich-rechtliche Institution, welche neun Spitalstandorte sowie ein Zentralinstitut umfasst. Das Zentralinstitut besteht aus einem interdisziplinären wissenschaftlichen Team, welchem aufgrund bereits bestehender Synergien in den einzelnen Fachbereichen zahlreiche Aufgaben übertragen wurden. Das Zentralinstitut betreibt eine Apotheke und ist für Labormedizin, ärztliche Konsultationen, Epidemiologie und Informatik verantwortlich. Das mitunter wichtigste Element der geschlossenen Kooperation ist die Festlegung der Arbeitsteilung zwischen den Spitälern. So ist es z. B. geplant, dass (hochspezialisierte) Eingriffe am Inselspital Bern durchgeführt werden, die ambulante Nachsorge dann aber im Spital Wallis erfolgt. Derartige Kooperationsverträge sind in folgenden Bereichen geplant: Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Pädiatrie und Urologie. Darüber hinaus regelt die Kooperation z. B. auch den Einsatz spezialisierter Technologien, die Qualitätssicherung und die Zusammenarbeit im administrativen Bereich (GNW – Spital Wallis 2008).

3) Leistungsabstimmung durch **Bündelung von planbaren Leistungen**

Bei dieser Form der Kooperation werden alle planbaren Leistungen einer Fachabteilung an einem Standort der kooperierenden Spitäler gebündelt. D. h. konkret, dass dieser Standort der kooperierenden Spitäler keine Notfallversorgung in der betreffenden Fachabteilung durchführt. Sämtliche nicht-planbaren Leistungen einer Fachabteilung (quasi Notfallversorgung) werden von einem anderen Standort der kooperierenden Spitäler abgedeckt.

**Umsetzung in der Praxis**

Eine durchgehend so gehandhabte Kooperationsform gibt es in Österreich nicht. Sie würde sich beispielsweise im Bereich des AKH Wien anbieten, wo der Routinebetrieb stark mit dem Anspruch interferiert, dass Forschung betrieben werden soll. In unmittelbarer Nähe gibt es eine Reihe von Spitälern, die ohne weiteres in der Lage sind, die Basisversorgung der Wiener sicherzustellen.

#### 4) Leistungsabstimmung bei der **Behandlung von speziellen Krankheitsbildern**

Bei dieser Art der Kooperation arbeiten die Fachabteilungen bei der Behandlung von speziellen Krankheitsbildern zusammen, wie z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, onkologische Erkrankungen, etc. Wie schon in Kapitel 2.7 angeführt, können solche Kooperationen vor allem zur Erhöhung der technischen Effizienz führen.

##### **Einsparungspotential:**

Das RWI Essen (RWI 2004) beziffert das Einsparungspotenzial aufgrund von Best Practice-Austausch für Deutschland mit 1,4-1,6 Mrd. Euro (Basis 2003).

#### Umsetzung in der Praxis

##### **Österreich – Kärnten**

Die Kooperation bei der Behandlung von onkologischen Erkrankungen mittels eines Tumorboards ist im österreichischen Gesundheitswesen durchaus bereits gängige Praxis.

Unter einem Tumorboard ist ein Ärztekonzil zu verstehen. Dieses wird dem Anspruch der Interdisziplinarität von Diagnostik und Therapie gerecht. Zum Einsatz kommt eine derartige Organisation, wie der Name schon sagt, vorwiegend in der Onkologie, um das theoretische Wissen der Interdisziplinarität auch in die Praxis umzusetzen und den Patienten direkt davon profitieren zu lassen. Das Ziel ist also, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit institutionalisiert und strukturell gesichert wird. Eine weitere wichtige Entwicklung ist die zunehmende Individualisierung der Tumorthherapie. Diesen beiden Tatsachen – der Interdisziplinarität wie auch der Individualisierung im Bereich der Onkologie gilt es Rechnung zu tragen. In Tumorboards wird dies realisiert. Alte Strukturen, die sich an den Fachgrenzen orientieren, müssen durch eine verstärkte krankheitsorientierte Struktur ersetzt werden. Demnach kann ein Tumorboard als eine übergeordnete Institution verstanden werden, in welcher Ärzte aus den verschiedenen Fachgebieten zusammenkommen, um gemeinsam das Vorgehen und die Behandlung für die Patienten verschiedener Krankenanstalten zu erarbeiten (Siess 2003).

Ein praktisches Beispiel ist das Tumorboard am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan. Wöchentlich treffen sich Fachexperten aus Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Radiologie, Anästhesie und Palliativmedizin, um die Behandlungspläne von Tumorpatienten nach internationalen Standards auszuarbeiten. Durch die fachübergreifende Einzelfallbesprechung kann für jeden Patienten die richtige Behandlung erfolgen. Durch dieses Vorgehen wird die Kooperation zwischen den verschiedenen Krankenhäusern gestärkt. Durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und durch verkürzte Verweildauern können Kosten gesenkt werden.

## Deutschland – Bayern

Ein Projekt, welches hier nähere Erwähnung verdient, ist TEMPiS<sup>11</sup>, ein telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern. Der Hintergrund des Projektes ist, dass mit Schlaganfall-Spezialeinrichtungen (Stroke Units) und der systemischen Lysetherapie zwei effiziente Behandlungsformen/Therapieformen zur Verfügung stehen, zu welchen aber weniger als 60 Prozent der Schlaganfall-Patienten in Deutschland Zugang haben. Der Grund dafür liegt darin, dass Stroke Units fast ausschließlich in Ballungsräumen eingerichtet sind. Das Ziel des TEMPiS-Projektes ist es, eine moderne integrierte Schlaganfallversorgung auch in Nicht-Ballungsräumen durch Kooperation zwischen Kliniken und durch eine High-Tech-Vernetzung zu gewährleisten.

Im Rahmen eines Netzwerkes und mit telemedizinischer Anbindung soll den regionalen Versorgungskliniken die Schlaganfallexpertise überregionaler Stroke Units verfügbar gemacht werden. Zu diesem Zweck haben sich 15 regionale Versorgungskliniken in Süd-Ost-Bayern mit den beiden Schlaganfallzentren München Harlaching und der Universitätsklinik Regensburg vernetzt. Jede dieser 15 regionalen Versorgungskliniken hat eine eigene Schlaganfallstation eingerichtet. Bei komplexen/schwierigen medizinischen Fragestellungen kann jederzeit telemedizinischer Kontakt zu den beiden Schlaganfallzentren aufgenommen werden. Im Rahmen der Untersuchung über Videokonferenz und Mitbeurteilung der Computer- bzw. Kernspintomographie wird dann mit den Ärzten vor Ort das weitere Vorgehen, wie z. B. die systemische Lysetherapie und gegebenenfalls die Verlegung in eine spezialisierte Einrichtung, festgelegt.

Durch die Vernetzung der einzelnen Versorgungsstufen kann lt. Angaben zum TEMPiS-Projekt auf die Vorhaltung teurer technischer und personeller Ressourcen in den einzelnen regionalen Versorgungskliniken verzichtet werden. Auf diese Weise kann eine regionale Versorgung dennoch auf hohem Niveau sichergestellt werden, ohne sämtliche Ressourcen vorhalten zu müssen.

Die Pilotphase des TEMPiS-Projekts startete am 01.02.2003 und wurde vom Bayerischen Sozialministerium, den bayerischen Krankenkassen und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe für die Dauer von 2,5 Jahren gefördert. Die begleitende Effizienzanalyse, welche Ende 2005 vorgestellt wurde, zeigte eine signifikante Prognoseverbesserung für Schlaganfallpatienten in TEMPiS-Kliniken auf. Daraufhin wurde TEMPiS in die Regelversorgung der bayrischen Krankenkassen übernommen und als im Bayrischen Krankenhausplan verankertes Projekt weitergeführt.

---

<sup>11</sup> Die folgende Darstellung des TEMPiS-Projektes beruht auf der Projekthomepage, welche unter der URL <http://www.tempis.de> abrufbar ist.



## Deutschland – Berlin und Brandenburg

In November 2010 haben drei HELIOS Kliniken in Berlin und Brandenburg – HELIOS Klinikum Berlin-Buch, HELIOS Klinikum Emil von Behring in Berlin-Zehlendorf, HELIOS Klinikum Bad Saarow – gemeinsam das HELIOS Herz-Rhythmus-Zentrum Berlin-Brandenburg gegründet. In diesem Zentrum können sämtliche Formen der Herzrhythmusstörungen von interdisziplinären Teams behandelt werden.

### **Maßnahmen:**

Die Grundidee fachlicher Zusammenarbeit unter Nutzung auch telemedizinischer Unterstützung sollte als wichtiges Qualitätskriterium etabliert werden. Es muss im Interesse der Spitalsbetreiber sein, durch Wissensaustausch Betriebsblindheit zu verhindern und Patienten auch in der Peripherie hochstehende Medizin anbieten zu können.

Die Nutzung gemeinsamer Boards zwischen Krankenhäusern muss sich, wie man an den Beispielen sieht, nicht nur auf den Bereich Onkologie beschränken.

### Kooperation in Form von reduzierten Organisationsformen

Grundsätzlich können drei Arten von reduzierten Organisationsformen unterschieden werden:

- Umwandlung einer vollen Abteilung in einen Fachschwerpunkt
  - Umwandlung einer vollen Abteilung in einen wochenklinischen Betrieb
  - Umwandlung einer vollen Abteilung in einen tagesklinischen Betrieb
  - Umwandlung von 24-Stunden-Ambulanzen in Terminambulanzen ohne Notfallversorgung
  - Umwandlung der Intensivstation in eine Überwachungseinheit
- 1) Reduzierung einer vollen Fachabteilung an einem Standort der kooperierenden Spitäler auf einen **Fachschwerpunkt**

### Definition Fachschwerpunkt

Bei einem Fachschwerpunkt handelt es sich um eine eigenständige Funktionseinheit mit 8 bis 14 Betten, deren Leistungsangebot auf elektive Eingriffe reduziert ist. Die Reduzierung einer vollen Fachabteilung zu einem Fachschwerpunkt ist auf die Fachrichtungen Augenheilkunde, Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde, Urologie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie beschränkt und nur in begründeten Ausnahmefällen wie z. B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig. Eine auf einen Fachschwerpunkt reduzierte Fachabteilung verfügt über fixe Betriebszeiten, außerhalb dieser Betriebszeiten ist ein Arzt mit einer

Einsatzbereitschaft von 30 Minuten rufbereit. Außerdem ist eine Anbindung an eine Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der Krankenanstalt erforderlich (Gesundheit Österreich GmbH 2010).

Die Installierung eines Fachschwerpunktes erscheint vor allem dann sinnvoll, wenn ein wirtschaftlicher Betrieb einer bettenführenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden kann.

### Umsetzung in der Praxis

#### **Burgenland**

Aus dem Krankenhaus Oberwart wurde in das **Krankenhaus Güssing** im Jahr 2007 der Fachschwerpunkt im Bereich **Orthopädie und orthopädische Chirurgie** verlegt. Das Leistungsangebot erstreckt sich auf sämtliche konservativen und operativen Leistungen auf den Gebieten der Allgemeinen, Rekonstruktiven, Neuro-, Rheuma- und Sportorthopädie, welche laut ÖSG an einem Fachschwerpunkt erbracht werden können. Die dazugehörige Ambulanz wird ausschließlich im Sinne einer prä- und postoperativen Ambulanz geführt.

Im **Krankenhaus Kittsee** wurde im Jahr 2007 ein Fachschwerpunkt im Bereich **Urologie** installiert.

Im **Krankenhaus Oberwart** wurde im Jahr 2007 ein Fachschwerpunkt im Bereich **HNO** eingerichtet, welcher an das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt angebunden ist.

#### **Niederösterreich**

Im **Klinikum Mostviertel Waidhofen/Ybbs** besteht ein Fachschwerpunkt für **Urologie**. Es wird das gesamte Spektrum der konservativen und ein Großteil der operativen Urologie angeboten. Der Fachschwerpunkt wird in enger Kooperation mit den urologischen Abteilungen der Krankenhäuser St. Pölten und Steyr geführt.

#### **Oberösterreich**

Im **Krankenhaus Bad Ischl** existiert seit 2003 ein Fachschwerpunkt für **HNO**, welcher in enger Kooperation mit der HNO-Abteilung im Krankenhaus Vöcklabruck steht. Davor wurde der HNO-Bereich im Krankenhaus Bad Ischl über Konsiliarärzte abgedeckt.

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II sollen z. B. die Abteilung für **Augenheilkunde** im **Krankenhaus Vöcklabruck**, die Abteilung für **HNO** im **Krankenhaus Steyr** und die Abteilung für **Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie** im **Krankenhaus Wels-Grieskirchen** in einen Fachschwerpunkt umgewandelt werden.

**Einsparungspotential:**

Das durch diese Maßnahme lukrierte Einsparungspotential wird wie folgt beziffert (Land Oberösterreich 2011):

- Umwandlung der Augen-Abteilung in einen Fachschwerpunkt im KH Vöcklabruck.	1.311.939 Euro
- Umwandlung der HNO-Abteilung in einen Fachschwerpunkt im KH Steyr.	163.075 Euro
- Umwandlung der MKG-Abteilung im KH Wels-Grieskirchen.	1.261.245 Euro

**Tirol**

Im **Krankenhaus Lienz** besteht seit 2003 ein Fachschwerpunkt für **Orthopädie und orthopädische Chirurgie**. Die Behandlungsschwerpunkte liegen auf der Endoprothetik der großen Gelenke, den arthroskopischen Operationen an Knie, Sprunggelenk, Schulter und Ellbogen sowie der Hand- und Fußchirurgie, der Rheumachirurgie und operativen Eingriffen an peripheren Nerven.

- 2) Reduzierung der vollen Fachabteilung an einem Standort der kooperierenden Spitäler auf einen **wochenklinischen Betrieb**

**Definition Wochenklinik**

Bei einer Wochenklinik handelt es sich um eine eigenständige Funktionseinheit mit systematisierten (vollstationären) Betten für Krankenanstaltenaufenthalte mit erwarteter Entlassung innerhalb der definierten Betriebszeiten. Die Leistungen beschränken sich vorwiegend auf elektive Operationen, gegebenenfalls können auch Leistungen aus dem konservativen Bereich erbracht werden, wenn die Entlassungsfähigkeit innerhalb der definierten Betriebszeiten erwartet wird. Eine Wochenklinik hat am Krankenanstaltenstandort eine Präanästhesie-Ambulanz und einen postoperativen Aufwachbereich/Überwachungsmöglichkeit vorzuhalten (Gesundheit Österreich GmbH 2010).

- 3) Reduzierung der vollen Fachabteilung an einem Standort der kooperierenden Spitäler auf einen **tagesklinischen Betrieb**

#### Definition Tagesklinik

Bei einer Tagesklinik handelt es sich um eine eigenständige Funktionseinheit mit systematisierten (teilstationären) Betten zur Tagesklinik-Behandlung mit Entlassung am selben Tag wie Aufnahme. Eine Tagesklinik kann fachrichtungsspezifisch oder interdisziplinär geführt werden. Die Leistungen beschränken sich auf operative Leistungen der Basisversorgung aus dem LKF-Tagesklinik-katalog, gegebenenfalls können auch Leistungen aus dem konservativen Bereich, welche als TK-Leistungen erbringbar sind, erbracht werden. Eine Tagesklinik hat am Krankenanstaltenstandort eine Präanästhesie-Ambulanz und einen postoperativen Aufwachbereich/ Überwachungsmöglichkeit vorzuhalten (Gesundheit Österreich GmbH 2010).

#### Umsetzung in der Praxis

##### **Burgenland**

Seit April 2006 besteht im **Krankenhaus Güssing** eine dislozierte Tagesklinik für Augenheilkunde, welche in Kooperation mit der Universitäts-Augenklinik Graz betrieben wird. Das Hauptaugenmerk der Tagesklinik liegt auf Operationen des Grauen Stars (Katarakt). Darüber hinaus werden aber auch sämtliche plastische Lidoperationen durchgeführt, sowie Bindehaut- und Lidtumore entfernt.

Seit 2008 besteht beispielsweise im **Krankenhaus Oberpullendorf** eine interdisziplinäre Tagesklinik für Chirurgie, Gynäkologie und Interne.

- 4) **Ambulanz:** Umwandlung von 24-Stunden-Ambulanzen in **Terminambulanzen ohne Notfallversorgung** an einem Standort der kooperierenden Spitäler
- 5) **Intensivstation:** Umwandlung der Intensivstation in **eine Überwachungseinheit** an einem Standort der kooperierenden Spitäler

#### Umsetzung in der Praxis

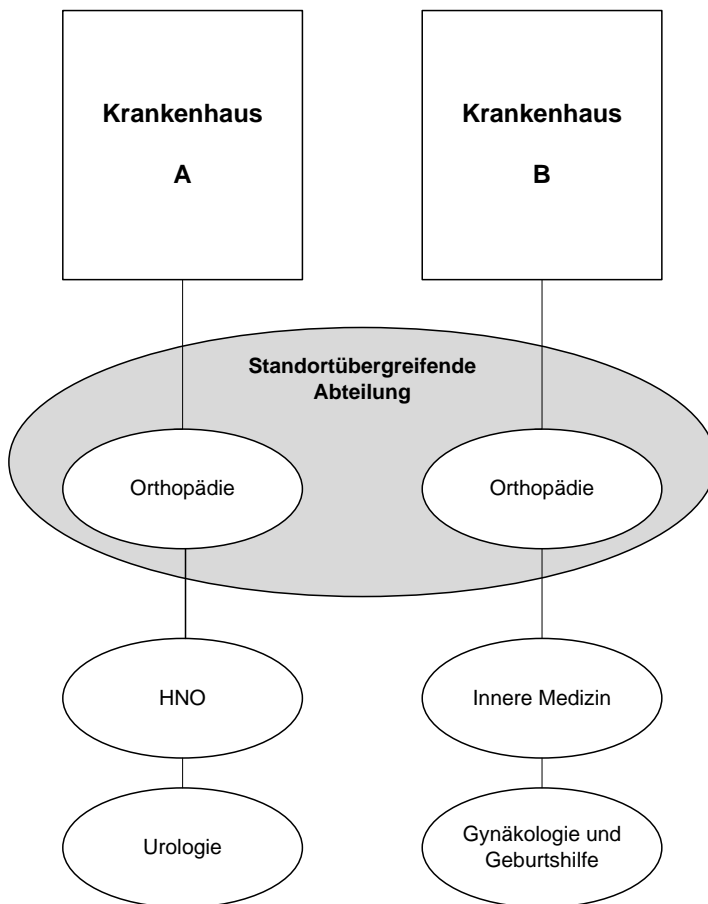
Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II ist am Standort Grieskirchen des Krankenhauses Wels-Grieskirchen die Schließung der Intensivstation geplant. Anstatt dessen soll am Standort Grieskirchen eine Überwachungseinheit mit vier Betten installiert werden. Die Triagierung der intensivpflichtigen Patienten erfolgt in Wels.

**Einsparungspotential:**

Das durch diese Maßnahme lukrierte Einsparungspotential wird mit 526.109 Euro beziffert (Land Oberösterreich 2011).

Standortübergreifende Abteilung

**Abbildung 19: Schaffung einer standortübergreifenden Abteilung**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

In der Regel werden die standortübergreifenden Abteilungen nur von einem Primarius geleitet, was eine gewisse Flexibilisierung in Ausrichtung und Zusammenarbeit der kooperierenden Abteilungen mit sich bringt, nicht zuletzt deswegen, weil dadurch mögliche Zielkonflikte zwischen zwei Primarii vermieden werden können. Aufgrund dessen eignet sich diese Form der Kooperation besonders gut um „auf besonders einfache Art und Weise“ eine Bündelung und Abstimmung der Leistungen in den kooperierenden Fachabteilungen zu erreichen.

**Umsetzung in der Praxis****Burgenland**

Seit dem Jahr 2007 besteht der Gynäkologieverbund Süd-Mitte. In diesem Zusammenhang haben sich die gynäkologischen Abteilungen der Krankenanstalten Oberpullendorf, Oberwart und Güssing unter einer gemeinsamen Leitung zusammengeschlossen. In allen drei gynäkologischen Abteilungen werden Leistungen der gynäkologischen Basisversorgung angeboten. Zudem hat jede Abteilung ihren speziellen Schwerpunkt. Das **Krankenhaus Oberwart** verfügt im Bereich Gynäkologie über einen Schwerpunkt für Risiko- und Frühgeburten, weil in diesem Krankenhaus eine Kinderabteilung mit einer Neonatologiestation angesiedelt ist. Um im Krankenhaus Oberwart diesen Schwerpunkt setzen zu können, wurde der geburtshilfliche Teil des Krankenhauses Güssing nach Oberwart verlagert. Das **Krankenhaus Güssing** setzt seinen Schwerpunkt im Bereich Gynäkologie auf endoskopische Operationen, onkologische Eingriffe mit anschließender Chemotherapie, Inkontinenzoperationen mit Gewebeimplantaten, Pränataldiagnostik, Kinderwunsch und IVF. Das Krankenhaus **Oberpullendorf** bietet gegen Voranmeldung einmal pro Monat eine genetische Beratung und Untersuchung an, bei welcher ein Humangenetiker der Universität Graz anwesend ist. Für die Pränataldiagnostik werden auch Fruchtwasserentnahmen durchgeführt sowie Plazentagewebeproben entnommen. Zusätzlich ist im Krankenhaus Oberpullendorf das zentrale Labor für künstliche Befruchtung ansässig (Land Burgenland 2007 und 2010).

**Oberösterreich**

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II ist eine verstärkte Zusammenarbeit/Kooperation und eine damit einhergehende Leistungsabstimmung der Krankenhäuser Kirchdorf, Sierning und Steyr geplant. Im Zuge dessen werden die Abteilungen Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Orthopädie der Krankenhäuser Kirchdorf und Steyr unter eine gemeinsame Leitung gestellt. Zudem soll es unter anderem auch zu einer Leistungsabstimmung im Bereich Unfallchirurgie kommen.

**Einsparungspotential:**

Durch die oben genannten Maßnahmen ergeben sich folgende Einsparungspotentiale (Land Oberösterreich 2011):

- Standortübergreifende Organisationsform und Leistungsabstimmung im Bereich Chirurgie.	2.215.364 Euro
- Standortübergreifende Organisationsform und Leistungsabstimmung im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe.	677.840 Euro
- Standortübergreifende Organisationsform und Leistungsabstimmung im Bereich Orthopädie.	959.154 Euro
- Leistungsabstimmung und Bettenabbau im Bereich Unfallchirurgie.	2.276.783 Euro

### 3.2. Kooperationen von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich

Die Schnittstelle zwischen Spital und niedergelassenem Bereich ist in Österreich besonders wenig überwunden. Während in Deutschland durch die Medizinischen Versorgungszentren oder in den USA durch Ärztezentren, Managed Care Systeme, ambulatory care groups und ASC (Ambulatory Surgery Center) dieser Bereich schon besser abgedeckt ist, herrscht in Österreich nach wie vor ein sehr starres duales System vor. Der stationären Versorgung durch Krankenanstalten steht die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte gegenüber. Es existieren zwar Spitalsambulanzen und Ambulatorien, diese werden jedoch eher als Konkurrenz für den niedergelassenen Bereich gesehen. Gepaart mit fehlender Datenübermittlung und Kooperationsmechanismen kann das Ideal der integrierten Versorgung nicht umgesetzt werden. Insofern ist das österreichische System von einer mangelnden Koordinierung zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich geprägt (Schmalzer et al. 2007).

Die oben beschriebenen Strukturen bedingen ein sehr spitalslastiges System, dem es entgegenzuwirken gilt. Laut Rechnungshofbericht (2011/3) „*Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*“<sup>12</sup> sind die Kosten für die stationäre wie auch die ambulante Leistungserbringung in den letzten drei Jahren um 18,3 Prozent bzw. 20,3 Prozent angestiegen, obwohl Leistungsverlagerungen vom stationären in den spitalsambulanten Bereich zu den zentralen Zielen des im Jahr 1997 neu eingeführten Finanzierungssystems gehörten. Die Mängel liegen nach wie vor im Vergütungssystem, welches starke Anreize zur stationären Versorgung bietet. Die momentane Situation zeigt, dass die Kosten der Spitalsambulanzen bei weitem nicht gedeckt sind. Durch stationäre Aufnahmen versuchen Spitäler das unausgeglichene Budget der Spitalsambulanzen zu kompensieren, weil die Einnahmen für einen stationären Behandlungsfall wesentlich höher sind als jene eines ambulanten Falls.

#### **Einsparungspotential:**

An der Schnittstelle zwischen Spital und niedergelassenem Bereich finden sich die größten Unterschiede in der Remuneration, welche der Rechnungshof an folgenden Beispielen aufzeigt:

- Die Einnahmen je Patient je stationären Aufenthalt sind doppelt so hoch als wäre dieser Patient im Rahmen eines 0-Tages-Aufenthaltes versorgt worden.
- Die Einnahmen je Patient je 1-Tages-Aufenthalt sind doppelt so hoch als wäre dieser Patient im Rahmen eines 0-Tages-Aufenthaltes versorgt worden.
- Die Einnahmen je Patient je 0-Tages-Aufenthalt rund zehnmal so hoch wie bei einer ambulanten Frequenz.

Die ambulanten Leistungen werden durch Pauschalbeträge der Landesgesundheitsfonds abgegolten. Die Deckungsgrade der Kosten der Ambulanzen sind sehr verschieden, was auch darauf

<sup>12</sup> In diesem Bericht wird ein Vergleich der Kosten ausgewählter medizinischer Leistungen von Spitalsambulanzen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich mit den Tarifen und Durchschnittspreisen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) durchgeführt.

zurückzuführen ist, dass die Finanzierung auf veralteten Determinanten aufbaut. Die finanziellen Mittel zur Kostenabdeckung der Ambulanzen basieren nach wie vor auf dem Leistungsangebot von 1996. Das führt zwangsläufig zu einer nicht repräsentativen Bemessungsgrundlage. Ein Beispiel hierfür wäre, dass in einer Einrichtung, in der vor 1996 bereits eine Dialyseeinrichtung vorhanden ist, diese im Vergütungsschlüssel Beachtung findet, während nachträgliche (nach 1996) Ausweitungen des Leistungsspektrums (Erwerb einer Dialyseeinheit, eines medizinischen Großgerätes) nicht in das Vergütungssystem einfließt. Schlussfolgernd können sehr unterschiedliche Deckungsbeiträge beobachtet werden, im Durchschnitt sind die Kosten der Spitalsambulanzen in Niederösterreich lediglich zu 44 Prozent und in Oberösterreich zu 32 Prozent gedeckt. Auf diese Art und Weise dienen nicht wirklich notwendige stationäre Aufnahmen zur Querfinanzierung. Die Einnahmen eines Krankenhauses hängen im Wesentlichen davon ab, ob Patienten stationär, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten aufgenommen oder ambulant behandelt werden.

Durch diese verzerrten Anreize werden aus Gründen der besseren Abgeltung Leistungen dort erbracht, wo sie tatsächlich höhere Kosten verursachen.

#### **Einsparungspotential:**

Der Rechnungshof sieht generell ein bedeutendes Potenzial in der Verlagerung stationärer Leistungen in niedrigere Versorgungsebenen (1/0-Tages Patienten und ambulante Behandlung).

Im KH Krems konnte beobachtet werden, dass Patienten für CT- und MRT-Leistungen, die an sich ambulant durchführbar sind, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten aufgenommen wurden. Insgesamt konnten auf diese Art und Weise Mehreinnahmen von 211.000 Euro erzielt werden. Weiters wurden die Patienten durch die stationäre Aufnahme mit täglichen Kosten von rund 10,5 Euro belastet (Rechnungshof 2011/3).

Für das KH Feldkirch wie auch das KH St. Pölten bestünde ein Verlagerungspotenzial – Verlagerung vom stationären Bereich in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und weiter an den ambulanten Versorgungsbereich – von rund 900 bzw. 5.200 Belagstagen. Daraus ließe sich ein Einsparungspotenzial von 0,5 Millionen Euro bzw. 3,6 Millionen Euro generieren (Rechnungshof 2011/3).

Für die Nachbehandlung wird ein Verlagerungspotenzial von 50 Prozent von der Ambulanz in den niedergelassenen Bereich angenommen. Es könnten in den einzelnen Spitälern folgende Einsparungspotenziale lukriert werden, die vom Rechnungshof auch unter Gegenrechnung der niedergelassenen Leistungen halten: jährlich rd. 2,4 Mill. EUR (LKH Feldkirch), rd. 0,7 Mill. EUR (KH Ried) und rd. 0,6 Mill. EUR (LK Krems) (Rechnungshof 2011/3).

Im Folgenden gehen wir zuerst kurz auf klassische Kooperationen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich ein. Im Anschluss werden die Kooperationsformen der Gruppenpraxen/Medizinischen Versorgungszentren sowie die Kooperationen bei vor- und nachstationären Leistungen durch einen (Vertrags-)Arzt näher beschrieben.



### 3.2.1. Klassische Kooperationen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich

Zu den klassischen Kooperationen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich zählen Konsiliarärzte, Belegärzte und Praxis im Krankenhaus. Diese Kooperationsformen sind in der praktischen Umsetzung im österreichischen Gesundheitswesen bereits gängige Praxis, wenn auch nicht alle weit verbreitet. Aufgrund dessen wird auf die Beschreibung von Beispielen aus der Umsetzung in der Praxis verzichtet.

#### Konsiliararzt

Darunter wird die Tätigkeit eines niedergelassenen Vertrags(fach)arztes am oder für ein Krankenhaus verstanden. Konsiliararztverträge beinhalten dabei oftmals operative Leistungen, also Kernleistungen in Fachbereichen, die nicht zur Spezialisierung des Spitals zählen. Von Seiten des Arztes werden keine direkten Behandlungsverträge mit den Patienten geschlossen. Die Vergütung des Arztes ist leistungsabhängig und wird dem Krankenhaus vom Konsiliararzt in Rechnung gestellt.

#### Belegarzt

Neben der normalen vertragsärztlichen Tätigkeit haben niedergelassene Vertrags(fach)ärzte auch die Möglichkeit als Belegärzte tätig zu werden. Das ermöglicht ihnen, ihre eigenen Patienten stationär in so genannten Belegbetten zu behandeln. Die Vergütung des Arztes läuft nicht über das Spital, sondern über die private Krankenversicherung des Patienten oder über den Patienten direkt, zuzüglich der finanziellen Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeiten (Bereitschaftsdienst). Für die Nutzung der Krankenhausressourcen wird von Seiten des Belegarztes ein Nutzenentgelt entrichtet.

#### Praxis am Krankenhaus

Arztpraxen können sich auch in Krankenhäusern bzw. in deren unmittelbarer Nähe befinden. Dabei müssen die Räumlichkeiten jedoch klar getrennt sein, da sich die Kooperation nicht primär auf die Patientenversorgung, sondern eher auf organisatorische Aspekte/Synergien bezieht. Vor allem wenn Einrichtungen des Krankenhauses genutzt werden (z. B. Belegarzt), ergeben sich Effizienzsteigerungen durch kurze Wege. Vorhandene Strukturen können von beiden Seiten – dem Spital wie auch dem Vertrags(fach)arzt – genutzt werden. Dadurch ergeben sich gerade bei medizinischen Großgeräten Einsparungen durch bessere Auslastungen. Des Weiteren können auch Strukturen tertiärer Kooperation genutzt werden (Wäscherei, gebündelter Einkauf). Erschwert wird diese Kooperationsform zum einen durch die Ausgestaltung der Remuneration. Die Arztpraxis kann sich nur eingeschränkt betriebswirtschaftlich in das Krankenhaus integrieren, wird aber weiter von der Krankenkasse über deren Tarife bezahlt. Zurückhaltend dürfte auch die ärztliche Interessensvertretung sein, da eine echte Integration der Arztpraxis, d. h. z. B. Substituierung von Ambulanzleistungen, u. U. auch zu einer Reduktion von Arbeitsplätzen führen kann.

### 3.2.2. Gruppenpraxen, Medizinische Versorgungszentren

Gruppenpraxen bzw. Medizinische Versorgungszentren nehmen in der Frage der Effizienzsteigerung durch Kooperation eine zentrale Rolle ein. Sie stellen intermediäre Versorgungsformen zwischen der

Einzelpraxis und dem Krankenhaus dar. Sie können für eine Reihe von Einsatzgebieten verwendet werden. In Form erweiterter Öffnungszeiten, die mit dem Ambulanzbetrieb von Krankenhäusern abgestimmt sind, können Synergien erzielt werden. Multidisziplinäre, auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisierte Versorgungszentren können Ambulanzen entlasten, indem sie die spezialisierte Nachsorge unter einem Dach, beispielsweise von Diabetespatienten oder in der Tumornachsorge, komplett übernehmen. Eine dritte Variante ist die regionale Versorgung mit komplexeren Leistungen, als sie eine Einzelpraxis anbieten könnte, anstelle eines Spitalsstandortes, welcher nach derzeitiger Rechtslage ja eine Reihe von Leistungen vorhalten muss, die wiederum gar nicht wohnortnah gebraucht werden.

Dem steht allerdings derzeit die Ausgestaltung der rechtlichen Situation entgegen. In Tabelle 10 werden die Rahmenbedingungen in Deutschland und den Niederlanden mit Österreich verglichen.

**Tabelle 9: Vergleich MVZ (D), Gruppenpraxen (Ö), Versorgungszentren und Versorgungsgruppen (NL)**

Form	Deutschland: Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)	Österreich: Gruppenpraxen in Form einer OG oder GmbH (ÄrzteG §§52a-c)	Niederlande: Unabhängige Versorgungszentren und Zorggroeps
<b>Fakten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seit 2004 möglich</li> <li>Fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen</li> <li>Verschiedene Fachärzte oder Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten</li> <li>Ärzte können als Angestellte oder Vertragsärzte arbeiten</li> <li>MVZ können von allen medizinischen Leistungserbringern gegründet werden, u.a. von Krankenhäusern, Pflegediensten, Physiotherapeuten</li> <li>Keine vorgeschriebene Rechtsform, sie werden oft als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), GmbH, AG, oder auch Personengesellschaft gegründet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>seit 2010 möglich</li> <li>Gründung nur durch Ärzte</li> <li>Nur selbständige Ärzte, keine angestellten Ärzte</li> <li>Maximal 6 Ärzte (mit Ausnahmen)</li> <li>Rechtsform nur OG oder GmbH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1998/2006</li> <li>Versorgungszentren ermöglichen Nicht-Akut-Betreuung von max 24h Dauer</li> <li>Zorggroeps erlauben eine Variable Zusammensetzung von Gesundheitsdienstleister in einer beliebigen Rechtsform zur Erledigung spezifischer Behandlungswege (z. B. Diabetesbetreuung)</li> <li>Die Bezahlung erfolgt nur nach Leistung, nicht nach Setting</li> </ul>
<b>Vorteile &amp; Nachteile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>größere Patientenorientierung: Kürzere Wege, „alles unter einem Dach“</li> <li>Durchführung strukturierter Behandlung leichter möglich</li> <li>Economies of scale und scope</li> <li>Anstellung im niedergelassenen Bereich für jüngere Ärzte als Sprungbrett zur Selbstständigkeit</li> <li>Zusammenführung der sonst vorhandenen „doppelten Facharztschiene“</li> <li>Möglichkeiten, Ambulanzen zu ersetzen</li> <li>dadurch Zusammenführung niedergelassener und spitalsambulanter Bereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>geringere Flexibilität</li> <li>Eingeschränkte economies of scale und scope</li> <li>Anstellung im niedergelassenen Bereich für jüngere Ärzte als Sprungbrett zur Selbstständigkeit nicht möglich</li> <li>Zusammenführung der sonst vorhandenen „doppelten Facharztschiene“ erschwert, da Krankenanstalten als Gesellschafter nicht möglich</li> <li>kaum Möglichkeit zur Integration von extramuralem und spitalsambulanten Bereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>weitegehende Verschmelzung des extra- und intramuralen ambulanten Angebots</li> <li>unter anderem durch gleiche Tarife für gleiche Leistungen, ungeachtet des Erbringungsorts.</li> </ul>

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

Die vorstehende Tabelle zeigt, dass das österreichische Gruppenpraxengesetz weitaus mehr regulative Vorgaben gibt, als dies in Deutschland oder gar den Niederlanden der Fall ist. Dadurch

können ganz wesentliche Synergien nicht genutzt werden. Insbesondere ist keine Verschmelzung des ambulanten Bereichs möglich, bzw. wird diese sehr stark behindert. In Deutschland übernehmen MVZ zum Teil die Rolle allgemeiner Ambulanzen und werden zu diesem Zwecke auch von Spitalsbetreibern selbst mitgetragen. Dies wird dadurch unterstützt, dass die Krankenkassen sowohl den extra- als auch intramuralen Bereich bezahlen und dadurch von vorneherein keine Fragmentierung der Finanzierung besteht. In diesem Kontext sind MVZ daher ideale Instrumente und mittlerweile etabliert. Hinzu kommen noch weitere Formen der Integrierten Versorgung, die reguläre Modelle substituieren können. Auch in diesem Bereich ist die Gesetzgebung deutlich deregulierter, als es das österreichische Pendant Reformpoolprojekt ist.

In den Niederlanden ist die Finanzierungssituation ähnlich. Die Unabhängigen Versorgungszentren haben sich seit 1998 weit verbreitet und arbeiten günstiger als vergleichbare Ambulanzen (Companje 2008). Die Entgelte für die fachärztliche Versorgung unterscheiden sich gar nicht zwischen den einzelnen Settings. Die Gesetzgebung zu den Zorggroeps stellt einen weiteren Liberalisierungsschritt dar, indem entlang von Behandlungsleistungen für Krankheiten, die vorgegeben sind, beliebige Konsortien zu deren Erbringung gebildet werden können. Auch Spitäler können hier teilnehmen.

### Umsetzung in der Praxis

#### **Österreich – Steiermark**

In der international üblichen Form können Gruppenpraxen in Österreich nicht wirklich gebildet werden. Versuche, dieses Manko auszugleichen, indem beispielsweise Overheads eingespart werden, stellen Ärztezentren dar.

In Graz existiert seit 2009 das Ärzte-Center Graz (ACG). Schmalzer et al. (2007) haben die Einsparungspotenziale des Ärzte-Center Graz näher analysiert. Die folgenden Ausführungen beruhen auf deren Studie.

#### Allgemeines

Durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktureinrichtungen (Geräte, EDV, Verwaltung, Marketing u.v.m.) kann eine höhere Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung erzielt werden. Zudem erlaubt das Zentrum die Umsetzung eines gewissen Gesamtkonzepts und verbindet Kostensenkung mit Patientenorientierung. Es werden patientenfreundliche Behandlungszeiten (24h am Tag/365 Tage im Jahr) wie auch das „One Stop Shop“-Prinzip (vom Erstgespräch bis zur Behandlung findet sich alles unter einem Dach) angeboten. Komplementärmedizinische Angebote ergänzen das medizinische Angebot und integrieren auch Präventivmedizin im Angebotspektrum. Zusätzlich werden viele zusätzliche Leistungen angeboten, wie unter anderem Kinderbetreuung.

Das gesamte Leistungsspektrum des Ärztezentrums ist in folgender Grafik schematisch dargestellt:

**Tabelle 10: Leistungsspektrum des ACG**

Leistungsspektrum unter einem Dach	
Chirurgische Tagesklinik	Patienten können am gleichen Tag nach Hause
Fachärztliche Angebote in Teamarbeit	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Gynäkologie, Dermatologie, Urologie, Zahnheilkunde, Radiologie, Labor, Dialyse, etc.
Komplementäre Einrichtungen	Sportmedizin, Ergotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie, etc
Zusätzliche Leistungen	Kindergarten & Kinderkrippe, Fitnessstudio, Gastronomie, Seminarzentrum, Präventivmedizin, Medizinische Shops (Optiker, etc.), Apotheke
144 TG-Plätze	

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung adaptiert nach Schmalzer et al. 2007.

Die Vorteile, die sich aus daraus ergeben, werden folgendermaßen angegeben:

- Durch tagesklinische Routineuntersuchungen im ACG können sich Spitäler auf aufwendigere Leistungen spezialisieren. Ressourcen werden dadurch besser gebündelt.
- Die Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern kann optimiert werden.
- Der Versorgungszeitraum wird auf Tagesrandzeiten, Wochenenden und Feiertage ausgeweitet, was Spitalsambulanzen entlastet.
- Die Ausnutzung von Synergieeffekten (Standortvorteile, gemeinsame Infrastruktur, Wegfall von Wegzeiten, Kompetenzbündelung an einem Ort) kann zu einer Erhöhung des ambulanten Behandlungsspektrums wie auch zu einer Reduktion der Warte- und Wegzeiten beitragen.

Durch die Zusammenführung verschiedener Fachgebiete kann eine Qualitätssteigerung in der Behandlung angeregt werden. Auch die erweiterten Betreuungszeiten ermöglichen eine schnellere und direktere Betreuung, wodurch Krankenstands- und Fehlzeiten wie auch generell die Krankenhausaufenthalte reduziert werden können. Die Diagnosewege werden stark verkürzt.

Schmalzer et al. (2007) untersuchen in ihrer Studie die gesamten volkswirtschaftlichen Effekte dieses Ärztezentrams, dabei beziehen sie auch die Investition für den Gebäudebau und die Anschaffung der technischen Ausstattung in ihre Berechnungen mit ein. Sie bedienen sich dabei gesamtwirtschaftlicher wie auch sektoraler Input-Output-Multiplikatoren. An dieser Stelle sind jedoch eher jene Effekte von Bedeutung, die sich direkt aus der medizinischen Versorgung ergeben.

#### Zeitersparnis und reduzierte Fehlzeiten/Krankenstandstag

Wie bereits angesprochen, kann das ACG durch sein komplementäres „One-Stop-Shop“ Konzept Fehlzeiten durch Arztbesuche verringern. Patienten können Leistungen unterschiedlicher Fachbereiche ohne zusätzliche Wegzeiten und Terminvereinbarungen wahrnehmen. Des Weiteren sind praktische Ärzte, Zahnärzte und die Tagesklinik rund um die Uhr erreichbar – Fachärzte haben

relativ lange Ordinationszeiten. Das macht es möglich, medizinische Leistungen auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten der Patienten anzubieten.

Im Falle einer Krankheit bedingen Krankenstandstage nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche Kosten. Die Intention ist demnach, diese Fehlzeiten so weit wie möglich zu minimieren. Dies erfolgt natürlich auch im Sinne der Patienten, da eine schnellere und nachhaltige Genesung auch in deren Interesse liegt. Der so genannte Drehtüreffekt ist in Ärztezentren seltener zu beobachten als in Krankenhäusern.

#### Entlastung von umliegenden Krankenhäusern

Spitäler leiden unter kleinen operativen Routineeingriffen und größeren Vorsorgeuntersuchungen. Dies bindet Ressourcen und führt zu Ineffizienzen, da gerade in Spitälern die Kernkompetenz auf Notfallbehandlung und aufwendigen Behandlungen liegen sollte. Ein Zentrum wie das ACG kann Spitäler demnach entlasten, wodurch zum einen mehr Kapazitäten für die Kerntätigkeiten der Spitäler zur Verfügung stehen, zum anderen können Überkapazitäten abgebaut werden.

#### Reduzierte Pflegekosten

Durch Vorsorgeuntersuchungen oder kleinere Operationen, die auch ambulant oder auf tagesklinischer Basis durchgeführt werden können, können die Pflegekosten deutlich gesenkt werden, da unter anderem die Tagessätze für einen stationären Aufenthalt nicht anfallen. Aber auch unabhängig davon binden stationäre Untersuchungen mehr Ressourcen und sind demnach teurer.

#### Quantifizierung des Einsparungspotenzials

Um genauere Berechnungen anstellen zu können, müssen Basisdaten und Annahmen der Kostenentwicklung festgesetzt werden. Schmalzer et al. (2007) gehen von Folgendem aus:

*„Die Ersparnisse durch die Reduktion der Pflegezeiten setzen sich aus der tagesklinischen Kapazität pro Jahr und der möglichen Reduktion der stationären Pflegezeit zusammen. Als Basis der Berechnung der Reduktion der stationären Pflegezeit werden statistische Daten der stationären Versorgung seitens des BMGFJ herangezogen. Die Kapazitäten pro Jahr werden aus der tagesklinischen Kapazität pro Tag und den Tagen, die der tagesklinische Bereich pro Woche in Betrieb ist, berechnet. In jedem Szenario wird diese Zahl mit 52 für die Anzahl der Betriebswochen im Jahr multipliziert.*

*Gesundheitsexperten liefern Schätzungen für die Reduktion von Krankenstandstagen und Fehlzeiten für jeden im ACG möglichen operativen Eingriff. Der Schätzung der Produktivitätsverluste liegt die durchschnittliche Entgeltsfortzahlung im Krankheitsfall zu Grunde. Zur Ermittlung des Faktors der Produktivitätsverluste dient (Helmenstein et al. 2004).“  
(Schmalzer et al. 2007: 89)*

**Tabelle 11: Ökonomische Effekte – Ärzte-Center Graz**

<b>ÖKONOMISCHE EFFEKTE – Ärzte-Center Graz</b>	<b>Positives Extremszenario</b>	<b>Trendszenario</b>	<b>Negatives Extremszenario</b>
Sektorale Multiplikatoren 2000 für Wertschöpfung und Einkommen	Max. relev. Sektor	Ø relevanter Sektor	Min. relev. Sektor
Gesamtwirtschaftl. Multiplikator	1,5	1,4	1
Anteil der Technischen Investitionen des ACG in AT	80%	70%	60%
Arbeitsplätze im ACG (neu geschaffen)	110	60	32
Kapazität ACG Tagesklinischer Bereich pro Tag	60	40	30
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG pro Woche	7	5	4
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG	360	260	208
Kapazität ACG Tagesklinik gesamt p.a.	21.600	10.400	6.240
Ersparnis Krankenstandstage durch tagesklinisch erbrachte Leistungen	Hoch	Mittel	Niedrig
Krankenstandskosten pro Tag	200,00 €	136,62 €	68,31 €
Kosten eines LKF Punkts in der Stmk. (2007)	0,72 €	0,72 €	0,72 €
Liegezeiten pro MEL Gruppe laut Verrechnungskatalog Ministerium	Maximum	Ø	Minimum

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung adaptiert nach Schmalzer et al. 2007.

Ausgehend von diesen Daten, können die laufenden Effekte des ACG untersucht werden:

Zum einen führt eine zunehmende ambulante Versorgung zu Einsparungen. Jedem operativen Eingriff wird von Seiten des Gesundheitsministeriums eine Anzahl an Tagen zuerkannt, die der Patient nach der Operation in stationärer Pflege bleibt. Dabei werden jeweils drei Werte ermittelt, der Minimalwert, der Maximalwert und der Durchschnittswert.

Zusätzlich werden die Tagessätze definiert. Durch die sofortige Entlassung bei ambulanten Operationen vermindert sich der Kostenaufwand um den Tagessatz mal den ersparten Pflagetagen (je nach Szenarienwahl – minimal, maximal oder durchschnittlich). Die von Schmalzer et al. hier durchgeführte Berechnung bezieht sich somit allerdings auf die durchschnittlichen Gesamtkosten. Zumindest kurzfristig können Fixkosten nicht eingespart werden, welche als Deckungsbeiträge in der Tageskomponente mit eingerechnet sind.

Des Weiteren hängt das Einsparungspotenzial natürlich auch vom generellen Auslastungsgrad ab. Auch hier werden drei Szenarien herangezogen. Jedoch lassen die Trends der letzten Jahre darauf

schließen, dass hohe Auslastungsgrade durchaus realistisch sind.

#### **Einsparungspotential:**

Die zu erwartenden **Einsparungen bei den Behandlungskosten** belaufen sich mit Rücksichtnahme auf die 3 Szenarien auf:

- Positives Extremszenario: 22,8 Mio. Euro pro Jahr
- Trendszenario: 6,6 Mio. Euro pro Jahr
- Negatives Extremszenario: 1,3 Mio. Euro pro Jahr

Volkswirtschaftlich ergeben sich Ersparnisse aufgrund der Reduktion an Krankenstandstagen. Basierend auf Expertenbefragungen wurde die Anzahl der reduzierten Krankenstandstage erhoben. Bewertet werden diese durch die Entgeltfortzahlungen. Beim positiven Extremszenario und beim Trendszenario werden die Produktionsausfälle noch inkludiert. In dieser Praktik liegt auch der Grund für die sehr divergierenden Ergebnisse. Da nämlich im negativen Extremszenario die produktive Arbeit des Arbeitnehmers nicht bewertet wird, fallen die Einsparungspotenziale viel geringer aus. Die zu erwartenden **Einsparungen bei den volkswirtschaftlichen Kosten** stellen sich wie folgt dar:

- Positives Extremszenario: 10,1 Mio. Euro pro Jahr
- Trendszenario: 1,9 Mio. Euro pro Jahr
- Negatives Extremszenario: 0,5 Mio. Euro pro Jahr

#### **Deutschland – Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**

Im Jahre 2004 wurde durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung der Weg für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gelegt. Darunter wird „eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung“ verstanden. Dabei liegt eine bedeutsame Veränderung darin, dass Ärzte neben ihrer konventionellen Tätigkeit als Vertragsärzte nun auch als Angestellte mit fixem Gehalt arbeiten können. Wie im Falle angestellter Ärzte in einer Praxis, zählt auch in MVZ die Behandlung eines Versicherten im Quartal nur als einzelner Fall (auch wenn mehrere Ärzte beteiligt waren) (NAV Virchow-Bund o.J.).

Da diesen Zentren eine bedeutende Rolle als Schnittstelle zwischen intramuralem und extramuralem Bereich zukommt, wird das MVZ weiter unten als Kooperation zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten noch genauer dargestellt.

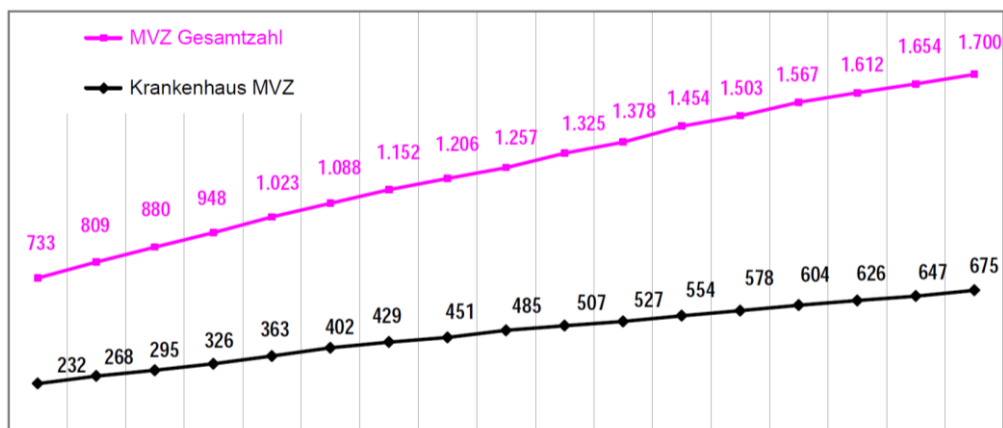
Die Möglichkeit, Ärzte mit Fixgehalt anzustellen, kommt auch jungen Ärzten entgegen. Sie können eine Anstellung als Sprungbrett betrachten oder damit dem finanziellen Risiko einer eigenen Praxisgründung aus dem Weg gehen. Auch in Hinblick auf strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen und den steigenden Anteil an weiblichen Ärzten werden Anstellungsverhältnisse mit

einem Fixeinkommen von jungen Ärzten oftmals vorgezogen. Des Weiteren wird durch die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Akteuren eine bessere Patientenorientierung ermöglicht. (KBV 2007)

Auf rein betriebswirtschaftlicher Ebene können Skalen- wie auch Fühlungseffekte beobachtet werden. Positive Skaleneffekte können vor allem durch die Nutzung kostspieliger medizinischer Infrastrukturen, aber auch die effizientere Ausnutzung der Räumlichkeiten erreicht werden. Auch die Patienten profitieren von besserer Auslastung und Organisation: zum Beispiel durch erweiterte Öffnungszeiten, mit denen auch Tagesrandzeiten abgedeckt werden.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen, dass die Anzahl der MVZ, auch jener, die ein Spital als Träger haben, stetig steigt (vgl. Abbildung 20). Bei den in den Zentren tätigen Ärzten ist anzumerken, dass die Zahl der angestellten Ärzte schneller wächst als jene der Vertragsärzte (vgl. Abbildung 21). Vor allem bei Spitalsträgerschaft sind hauptsächlich angestellte Ärzte in MVZ tätig. Durchschnittlich arbeiten 5,2 Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum.

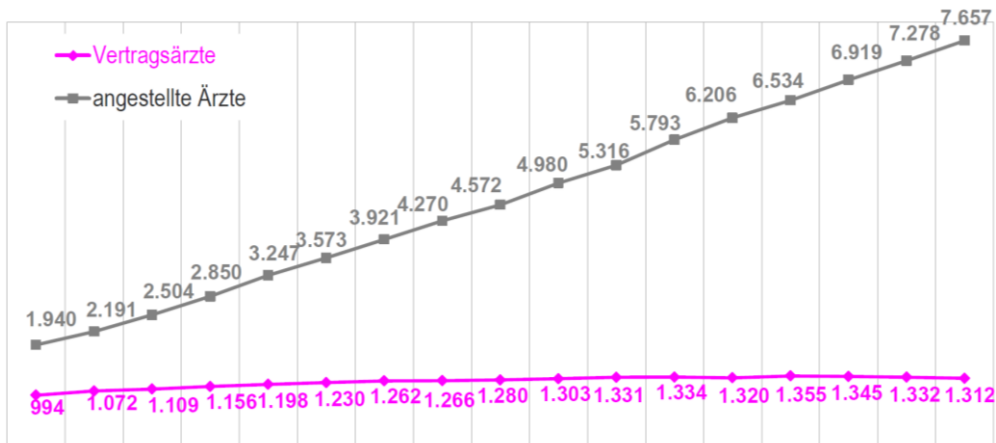
**Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl der MVZs in Deutschland**



1/2007 2/2007 3/2007 4/2007 1/2008 2/2008 3/2008 4/2008 1/2009 2/2009 3/2009 4/2009 1/2010 2/2010 3/2010 4/2010 1/2011

Quelle: KBV 2011.

**Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl der Vertragsärzte und angestellten Ärzte in MVZs**



1/2007 2/2007 3/2007 4/2007 1/2008 2/2008 3/2008 4/2008 1/2009 2/2009 3/2009 4/2009 1/2010 2/2010 3/2010 4/2010 1/2011

Quelle: KBV 2011.



Während sich durch MVZs für Patienten Qualitätsverbesserungen ergeben, ist von Seiten der Ärzte vor allem die Reduktion des finanziellen Risikos anzumerken.

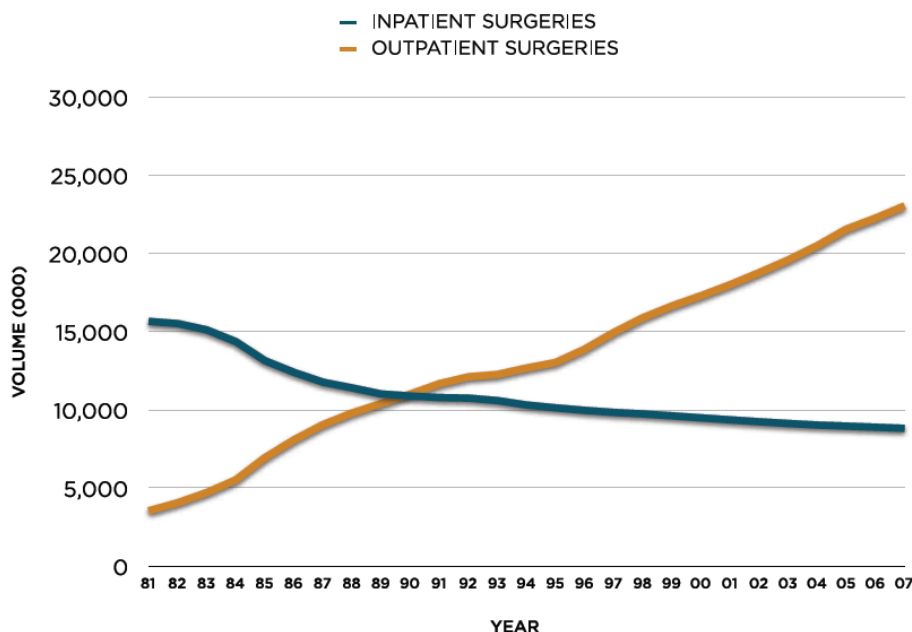
**Einsparungspotential:**

Für das POLIKUM gibt der ärztliche Direktor Kostenreduktionen von 20 Prozent an (Kewenig 2012).

Das RWI beziffert das Einsparungspotenzial nur durch ambulante Operationen auf 2-2,2 Mrd. Euro in Deutschland (Basis 2003).

**USA – Ambulatory Surgery Center (ASC)**

Vor allem in den USA haben sich in den letzten Jahren immer mehr *Ambulatory Surgery Center* etabliert. Diese Einrichtungen ermöglichen es Patienten, bestimmte Operationen auf Tagesbasis und außerhalb eines Spitals durchführen zu lassen. Die durchgeführten Leistungen beschränken sich auf elektive Eingriffe, welche oftmals nur einer kurzen Anästhesie bedürfen und keine Übernachtung benötigen. Damit stellen sie in den USA einen Unterschied zu *Hospital Outpatient Departments (HOPDs)* dar. Diese Einrichtungen entsprechen unseren Ambulanzen. Warum diese Zentren hier von Relevanz sind, liegt in der Tatsache begründet, dass von Kosteneinsparungspotenzialen berichtet wird. Was jedoch zu beachten ist, ist dass aufgrund der unterschiedlichen Organisation des Gesundheitswesens Quantifizierungen dieses Einsparungspotenzials nicht möglich sind. Im US-amerikanischen Gesundheitswesen lassen sich durch diese Zentren Einsparungen auf individueller wie auch institutioneller Ebene realisieren. So würden Medicare-Begünstigte rund 61 Prozent weniger Direktzahlungen (*Out-of-pocket*) leisten müssen. Analog dazu sparen auch Privatversicherungen durch die schnellere und billigere Versorgung. Folgende Grafik zeigt, dass sich die Anzahl der Operationen, die in derartigen Zentren durchgeführt werden, im Vergleich zu stationären Behandlungen stark erhöht (ASC Coalition o. J.).

**Abbildung 22: Trends bei stationären und ambulanten Operationen**

Quelle: ASC Coalition o.J.

Diese Zentren sind vergleichbar mit der in Deutschland vor allem seit 2009 forcierten Sparte des „Ambulanten Operierens“.

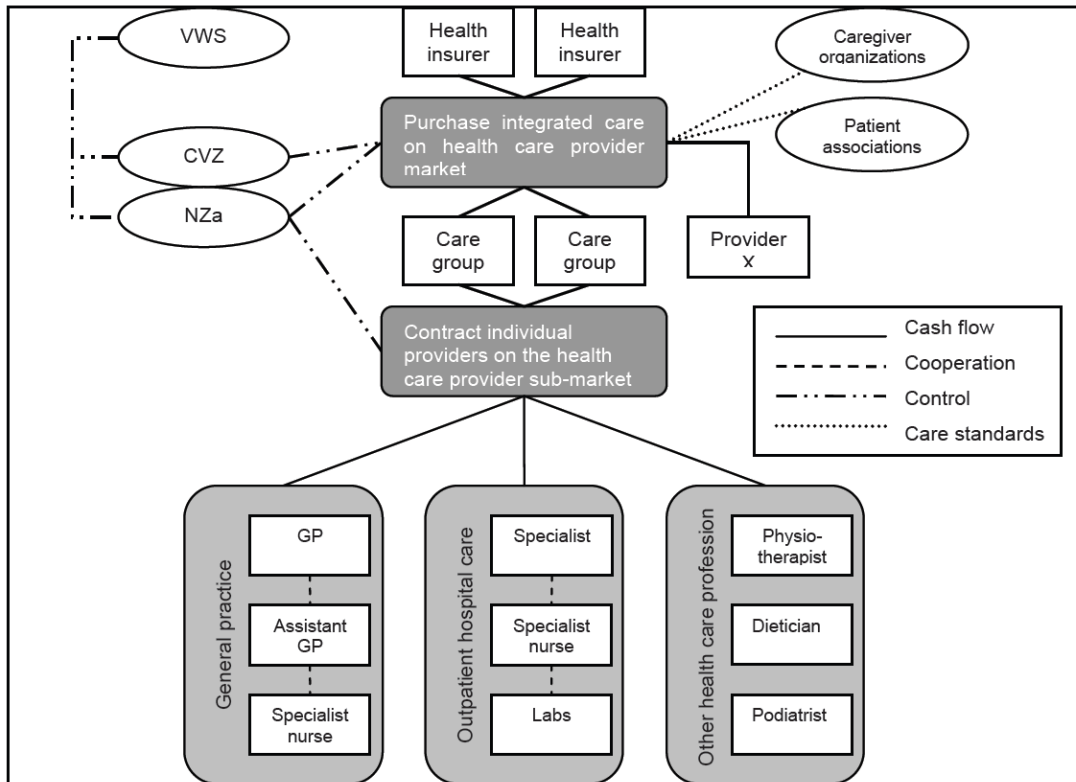
### Niederlande – Unabhängige Behandlungszentren und Versorgungsgruppen

Unabhängige Versorgungszentren (*Zelfstandige Behandel Centra*) wurden hier seit 1998 vermehrt eingesetzt, um Ambulanztätigkeit und extramuralen Bereich zusammenzuführen. Sie stellen eine Zwischenstufe dar für diverse fachärztliche Leistungen, die elektiv erbracht werden können. Mittlerweile haben sich 120 dieser Zentren etabliert (Zahlen für 2010) und dürften Kostenvorteile aufweisen (Companje 2008, Schäfer et al 2010). Ganz neu und den zukünftigen *accountable care organizations* in den USA verwandt sind die Niederländischen Versorgungsgruppen (*Zorggroep*), welche die Behandlung von Patienten mit spezifischen Krankheiten durchführen. Die Besonderheit ist, dass es nur ein pauschales Entgelt für die (standardisierte, qualitätskontrollierte) Behandlung eines chronisch kranken Patienten auszuhandeln gilt. Alle Mitglieder der Versorgungsgruppe haben auf ein gemeinsames Befundportal Zugriff, über das auch Konsultationen zwischen den Mitgliedern abgewickelt werden können. Die Patienten sind mit wesentlichen Parametern darin ebenfalls erfasst, sodass deren Behandlungserfolg kontrolliert werden kann.

Die Form des Zusammenschlusses ist der Versorgungsgruppe überlassen. Das Modell ist in den Niederlanden sehr erfolgreich und wird auf immer mehr Krankheitsbilder umgelegt. Mittlerweile existieren 97 Versorgungsgruppen (Zahlen für 2010).

Eine Evaluation des Systems kommt zu dem Schluss, dass die Versorgung der Patienten tatsächlich auch qualitätsvoller wird (Struijs et al. 2010).

Abbildung 23: Organisation der Niederländischen Zorggroep



Quelle: Tsiachristas et al. 2010

### 3.2.3. Weitere Kooperationen zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich

#### Kärnten – Brustkrebszentrum Kärnten

Ein Beispiel für die Kooperation zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich ist das Brustzentrum Kärnten. Der besondere Schwerpunkt liegt hier auf der Vernetzung zwischen intramuralem und extramuralem Bereich. Durch die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Spezialisten kann Doppelgleisigkeiten vorgebeugt werden (Barmherzige Brüder 2009).

In dieser Kooperation sind das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St.Veit/Glan (Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie, Radiologie, Interne, Anästhesie), das Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt (Abteilungen für Chirurgie, Radiologie, Anästhesie), das Brustzentrum Dr. Wette St. Veit, Brustkrebspezialist Dr. Diether Manfreda sowie niedergelassene plastische Chirurgen, Radiologen und Pathologen eingebunden (Barmherzige Brüder 2009).

Die Kooperation hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Behandlung der Frauen/Patientinnen von einem Team gleichwertiger Spezialisten.
- Regionale Behandlung der Frauen/Patientinnen von Ärzten ihres Vertrauens.

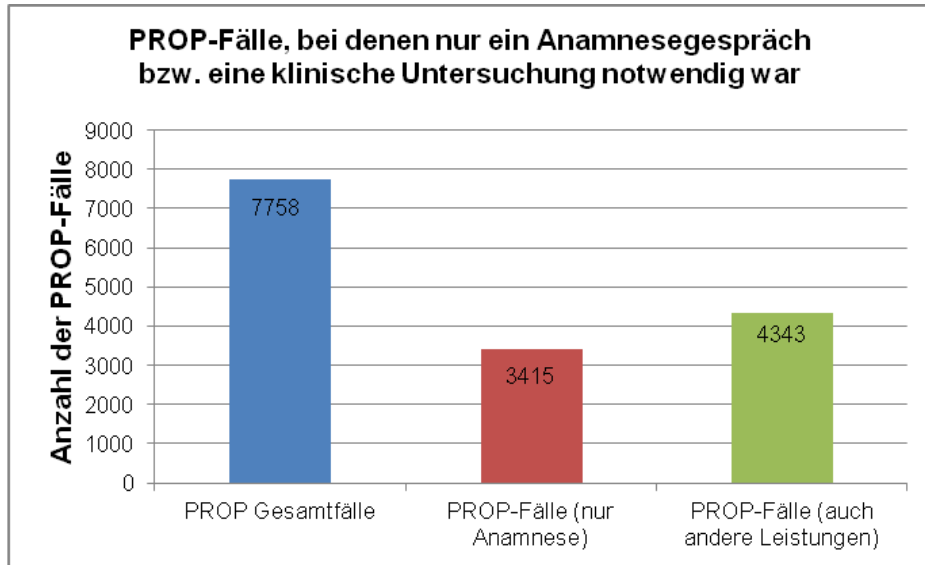
- Durch die Kooperation entsteht die Möglichkeit, eine entsprechend hohe Patientenzahl erreichen zu können und damit einhergehend eine hohe Qualität gewährleisten zu können.
- Durch die Kooperation von zwei Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten können deutlich Kosteneinsparungen und eine Entlastung des Gesundheitssystems erreicht werden. Die gesteigerte Kosteneffizienz ist ein Ergebnis aus der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, dem effizienteren Personaleinsatz sowie der besseren Auslastung aller Einrichtungen.

### **Salzburg – Präoperative Befundung**

Ein weiteres Beispiel für die Kooperation zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich ist die präoperative Befundung. Hierzu wird in Salzburg seit 01. Jänner 2008 das Reformprojekt „Präoperative Befundung“ durchgeführt (Huber und Gerner o.J.). Die Intention hinter dieser strukturellen Neuregelung ist die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens. Durch eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern soll eben dieser Kooperationsbereich ausgeweitet werden (SALK 2012). Dieses Modellvorhaben folgt dem Ziel, Einsparungen vor allem in den Bereichen Labor, Thoraxröntgen, EKG und Spirometrie zu realisieren. Dabei wird versucht, drei Mängel, die oftmals in Verbindung mit elektiven Eingriffen auftreten, zu beseitigen. Diese Mängel sind unnötige Befunde, unnötige Patientenwege und Doppelbefundungen. Mit Hilfe einer eigens dafür entwickelten Software und einem darauf abgestimmten Abrechnungssystem konnte das Projekt bis jetzt Erfolge erzielen. Den Ärzten wird durch eine EDV-Software namens PROP ein einheitlicher Abklärungsalgorithmus für alle Patienten zur Verfügung gestellt. Dem liegt eine österreichweite Leitlinie zugrunde, nach der Untersuchungsabläufe vereinheitlicht werden, um einen einheitlichen Standard sicherzustellen und die Transparenz zu steigern. Das Anamnesegespräch und die klinische Untersuchung stehen im Zentrum der präoperativen Vorbereitung – je nach persönlichen Charakteristiken und Operationsart wird diese Grunduntersuchung mit weiteren Voruntersuchungen gekoppelt (diese werden von der Software vorgegeben).

Durch die Erfassung aller Leistungen im System war es möglich, die Leistungserbringung statistisch auszuwerten. Diese Auswertung der Leistungserbringung (siehe Abbildung 24) zeigt, dass rund 44 Prozent aller Patienten, die sich einer elektiven Operation unterzogen, keine weiteren, über das Anamnesegespräch und die klinische Untersuchung hinausgehenden Leistungen benötigten. Bei gesunden Patienten, die sich einem elektiven Eingriff unterziehen, kann oftmals auf Laborbefunde, EKG, Spirometrie und Thoraxröntgen vollständig verzichtet werden (vgl. Huber und Gerner o.J.).

Abbildung 24: Reformpool Projekt



Quelle: Huber und Gerner o.J.

In einer vorbereitenden Analyse von 205 Patienten, die in Salzburger Landeskliniken operiert wurden, wurden die präoperativen Befunde überprüft und untersucht, welche von diesen Leistungen nach dem neuen Programm notwendig gewesen wären. Dabei zeigten sich deutliche Einsparungspotenziale:

- Laboruntersuchungen: -72 Prozent
- EKG: -47 Prozent
- Thoraxröntgen: -84 Prozent

Die Auflistung durchgeführter präoperativer Leistungen in Tabelle 12 belegt, dass sich dieses Potenzial wirklich realisieren ließ.

Tabelle 12: Häufigkeit präoperative Leistungen

Untersuchung	Anzahl	In Prozent
Anamnesebogen	205	100 %
Klinische Untersuchung	205	100 %
Crea GFR (nach Cockcroft Gault)	103	50,24 %
K	98	47,80 %
Hb. od. HTK	94	45,85 %
Na	92	44,88 %
Thrombozyten	73	35,61 %
Blutgruppe, Antikörpersuchtest im Spital	51	24,88 %
EKG	51	24,88 %
Leuco	46	22,44 %
eventuell internes Konsil	43	20,98 %
CRP im Spital	41	20,00 %
PTZ oder INR	39	19,02 %

Spirometrie	33	16,10 %
PTT	31	15,12 %
Thorax-Röntgen	28	13,66 %
Thrombozytenfunktionsprüfung (PFA 100) im Spital	27	13,17 %
Fibrinogen	27	13,17 %
Nü-BZ	25	12,20 %
BZ-TP im Spital	19	9,27 %
TSH	15	7,32 %
Internes Konsil	10	4,88 %
GPT	8	3,90 %
Bili	8	3,90 %
pulmologisches Konsil	2	0,98 %
eventuell neurologisches Konsil	1	0,49 %
β – HCG	1	0,49 %
Oberbauchsono.	1	0,49 %

Quelle: Huber und Gerner o.J.

#### **Einsparungspotential:**

Wie oben darstellt wurde, benötigen rund 44 Prozent aller Patienten, welche sich einer elektiven Operation unterzogen, keine weiteren, über das Anamnesegespräch und die klinische Untersuchung hinausgehenden Leistungen. Gerade in den Bereichen Labor, EKG und Thoraxröntgen lässt sich ein signifikanter Prozentsatz an Leistungserbringungen einsparen.

Eine Berechnung zu den Laboruntersuchungen zeigt, dass sich die Einsparungen einer unnötigen Laboruntersuchung auf 22 Euro pro Fall belaufen. Daraus ergibt sich für das Land Salzburg eine Gesamtersparnis von rund 1,4 Millionen Euro. Auf ganz Österreich umgerechnet ließen sich bei rund 700.000 elektiven Eingriffen pro Jahr deutliche Einsparungen erzielen. (SALK 2012)

Wir errechnen dabei rund 18,88 Mio. Euro für Österreich.

Dass dieser Vorstoß in Richtung einer umfassenden integrierten Versorgung natürlich ein hohes Maß an Kooperationsfähigkeit bedarf, ist offensichtlich. Neben der klaren Kompetenzverteilung, wer wofür zuständig ist, muss auch das Vergütungssystem an die neuen strukturellen Rahmenbedingungen angepasst werden. Durch unterschiedliche Vergütungssysteme und Trägerschaften der Spitäler und des extramuralen Bereiches (Bund bzw. Land) besteht die Sorge, dass Leistungserbringungen von Seiten der Spitäler auf den extramuralen Bereich ausgelagert werden, um Kosten zu sparen. Dass natürlich veränderte Strukturen eine Anpassung der Zahlungsströme notwendig macht, muss in jeder Projektplanung mitbedacht werden (Huber und Gerner o.J.). Aus diesem Grund wird zwischen den Sozialversicherungsträgern und der niedergelassenen Ärzteschaft eine eigene Abrechnungsposition

errechnet. Genauer auf die strukturellen Veränderungen und die Finanzierungsmodalitäten einzugehen würde an dieser Stelle zu weit führen. Klar festzuhalten ist, dass durch die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und niedergelassener Ärzteschaft Zeit, Kosten und Mehrgleisigkeiten eingespart werden können. Gleichzeitig kann bessere Qualität geliefert werden, nicht zuletzt, weil ein bedeutendes Leistungsspektrum beim Hausarzt, Internisten oder Kinderarzt verbleibt, der die Krankengeschichte der Patienten sowie das familiäre, genetische und soziale Umfeld der Patienten am besten kennt (SALK 2012).

Von Seiten des Rechnungshofes wird das Projekt begrüßt. Ein Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 22. Juni 2009 soll die rechtliche Basis für eine österreichweite Umsetzung legen (Rechnungshofbericht 2011/3: 259).

#### **Maßnahmen:**

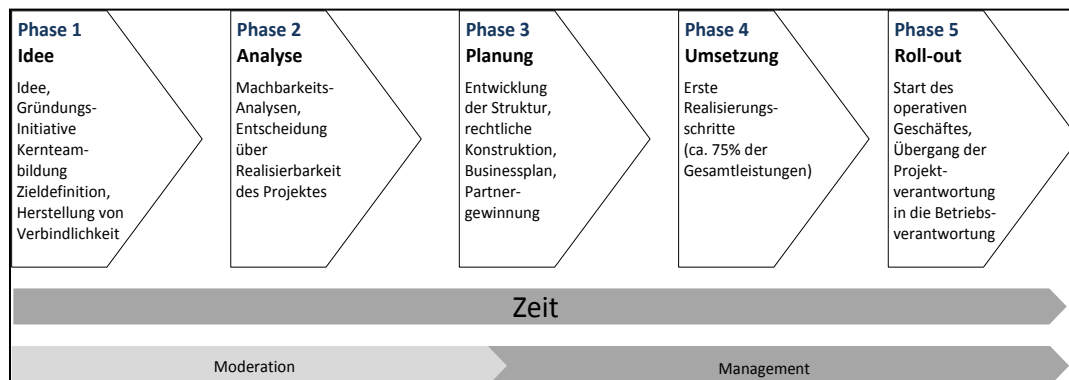
In der Kooperation von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich lassen sich hohe Kostendämpfungspotenziale heben. Die Voraussetzungen sind aber in Österreich kaum vorhanden. Folgende Maßnahmen könnten, teilweise sogar ohne große up-front-Kosten, wesentliche Beiträge leisten:

- Die Bemühungen um eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs müssen rasch vorangetrieben werden. Die kostengetreue Abgeltung des Ambulanzbetriebs würde tatsächlich hohe Einsparungsmöglichkeiten im stationären Bereich erbringen.
- Die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Spitälern und niedergelassenem Bereich sowie die dazugehörigen intermediären Versorgungsformen sollten vom Gesetzgeber ermöglicht werden.
- Dazu zählen insbesondere Flexibilisierungen im Bereich der Gruppenpraxen sowie von Vertragsstrukturen zwischen niedergelassenem Bereich und Spital. Deutsche und niederländische Vorbilder zeigen, dass dies neben Kostendämpfungsmöglichkeiten auch bessere Behandlungsqualität ermöglicht.

### **3.3. Kooperationen von Spitälern mit anderen Gesundheitseinrichtungen**

#### **3.3.1. Interdisziplinäre Kooperation zur Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation**

Die Möglichkeiten von Kooperationsmodellen zwischen Spitälern und Spitälern sowie zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich können sich sehr vielseitig ausformen. Ein kurzer Abriss dessen wurde bereits in den Kapiteln 3.1 und 3.2 gegeben. An dieser Stelle wird noch ein Schritt weitergegangen werden, indem die Etablierung einer unternehmerischen Vollintegration skizziert wird (Gesundheitsunternehmen). Durch die vollständige Integration durch Filial- und Kettenbildung soll eine Gesundheitsmarke etabliert werden, welche in Wettbewerb mit herkömmlichen nicht koordinierten Versorgungssystemen tritt. Die folgende Phasenlogik sollte einer solchen Unternehmensbildung zu Grunde liegen (Meyer-Lutterloh 2008):

**Abbildung 25: Phasen der Gründung**

Quelle: Meyer-Lutterloh 2008.

Die definierten Phasen orientieren sich nach der allgemeinen Logik bei der Gründung von Unternehmen, jedoch müssen diese nicht zwangsweise chronologisch hintereinander abgearbeitet werden. Nach der generellen Idee und der Machbarkeitsanalyse, wie auch der genauen Absprache der Partner über Erwartungen und Zielsetzungen, folgen in der dritten Phase der erste Entwurf des angestrebten „Gesundheitsunternehmens“ und die Auseinandersetzung mit rechtlichen und steuerlichen Bedingungen. Auch ein Businessplan muss in dieser Phase erstellt werden, da dieser die Voraussetzung für das weitere Vorgehen ist. Erste Realisierungsschritte und ein professionelles Management werden im vierten Schritt installiert, bis das Projekt in Phase 5 vollkommen umgesetzt werden kann.

### Umsetzung in der Praxis

#### **Deutschland – Berlin**

Die POLIKUM Gruppe Berlin kann als eine Annäherung an eine derartige Vollintegration verstanden werden und ist ein interessantes Beispiel gewachsener integrierter Strukturen. Das **Polikum Friedenau** wurde 2005 in Berlin gegründet. Die sich flexibilisierenden gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland ermöglichten es, ein großes ambulantes Versorgungszentrum zu errichten (Weatherly et al. 2007). Inzwischen gehören drei Zentren zu dem Verbund – das Polikum Friedenau, welches weiters eine Apotheke, eine Praxis für Krankengymnastik, ein Sanitätshaus, einen orthopädischen Schuhmacher und einen Hörgeräte-Akustiker beherbergt, das **Polikum Fennpfuhl** und das **Polikum Charlottenburg** mit dem Schwerpunkt Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen. Außerdem hat die POLIKUM Gruppe 2010 in der Region Leipzig die MEDICA Gruppe übernommen. Die wirtschaftliche Steuerung und Verwaltung wird von der Polikum-Zentrale in Berlin Mitte übernommen (Polikum Friedenau 2011).

Laut Braun et al. (2009) folgt das Polikum Friedenau mehreren Prinzipien:

- Fachliche Vollversorgung: ganzheitliche Behandlung durch fachübergreifende Kooperationen.
- Zeitliche Vollversorgung: Jede Fachrichtung ist im Polikum Friedenau redundant besetzt (Sicherstellung langer Öffnungszeiten von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr und kürzerer Wartezeiten)



- Integriertes Behandlungsmanagement: gezielte Koordination zur Behandlung von komplexen Krankheiten – Entwicklung von Behandlungspfaden und Richtlinien
- Transparenz: Ein eigenes IT-System sichert eine elektronische Patientenakte, auf die alle behandelnden Ärzte mit Einverständnis der Patienten Zugriff haben. Auch die medizinischen Geräte speisen ihre Auswertung direkt darin ein. Das erspart Doppeluntersuchung, erleichtert das Verschreiben von Medikamenten und steigert die Transparenz.

Die Kliniken des Polikum sehen sich als Ergänzung zu den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, und nicht als Konkurrenz, weshalb die Intention besteht, Krankenhäuser an das Computersystem anzuschließen. Auf diese Art und Weise soll auch über die drei Versorgungszentren hinweg eine reibungslose Behandlung sichergestellt werden (Weatherly et al. 2007). Im Polikum Friedenau besteht *freie Arztwahl*, und Patienten werden dazu aufgefordert, ihre persönlichen behandelnden Ärzte aufzusuchen. Bei Notfällen stehen alle Ärzte zur Verfügung. Die ärztlichen Leistungen werden, wie bereits oben erwähnt, durch eine Apotheke, eine Praxis für Krankengymnastik, ein Sanitätshaus, einen orthopädischen Schuhmacher und einen Hörgeräte-Akustiker ergänzt (Polikum Friedenau 2011).

### **Deutschland – Baden-Württemberg**

Das Regionale RehaNetz – Universitätsklinikum Freiburg (oder auch RehaNetz Freiburg genannt) besteht seit dem 01. Juli 2003 und setzt sich aus dem Universitätsklinikum Freiburg und inzwischen 13 Reha-Kliniken<sup>13</sup> zusammen. Die Kooperationspartner decken fünf Indikationsgebiete ab: Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie und Geriatrie (Enste et al. 2003 zit. nach Klemann 2009). Die Zusammenarbeit basiert hauptsächlich auf organisatorischer Abstimmung. Die Universitätsklinik übernimmt die Koordination der Patienten, die einer Anschlussbehandlung bedürfen. Aufgrund dieser zentralen Koordinierung werden Patienten mit Berücksichtigung ihrer Wünsche an jene Partner vermittelt, die Kapazitäten zur Verfügung haben. So werden die Kapazitäten effizient ausgenutzt und Wartezeiten minimiert. Durch die Informationsweitergabe der Untersuchungsergebnisse von den Akutbehandlern zum Rehabilitationspersonal und die gemeinsame Besprechung dieser werden Doppeluntersuchungen vermieden und ein nahtloser Behandlungsablauf sichergestellt (Universitätsklinikum Freiburg 2012). Durch dieses Verfahren und die verkürzten Wartezeiten steigt die Behandlungsqualität bei gleichzeitig verminderten Kosten.

---

<sup>13</sup> Folgende Einrichtungen sind mittlerweile Kooperationspartner: Theresienklinik, Schwarzwaldklinik, Klinik Hausbaden, Rheintalklinik, Mooswald-Klinik, AOK-Klinik Stöckenhöfe; Breisgau Klinik, Seidel Klinik, Klinik für Tumorbologie, Freiburg; Rehaklinik Parktherme, BadenweilerAsklepios Klinik, St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken GmbH, HöchenschwandMedian-Klinik, Neurologische Klinik Elzach, Hochrhein Klinik; (Universitätsklinikum Freiburg 2011).

### **Deutschland – Bayern: Ingolstädter Kooperationsmodell**

Das Ingolstädter Kooperationsmodell startete im Jahr 2005 mit der Eröffnung eines neuen Geriatrie- und Reha-Zentrums (Reha-Zentrum Ingolstadt), welches vom Klinikum Ingolstadt in Zusammenarbeit mit dem Geriatriezentrum Neuburg und dem Reha-Zentrum Bad Gögging direkt am Akutkrankenhaus errichtet wurde. Es ist ein Tochterunternehmen des Reha-Zentrums Bad Gögging und bietet stationäre Rehabilitation für orthopädische Anschlussbehandlungen und neurologische Rehabilitationsmaßnahmen an. Ziel der Kooperation zwischen dem Reha-Zentrum Ingolstadt und dem Klinikum Ingolstadt ist es, eine qualitativ hochwertige Versorgung nach der Entlassung aus der Akutkrankenanstalt mittels eines eng angebundenes Rehabilitationsangebotes zu gewährleisten (Klemann 2009).

### **Deutschland – Hessen: Integrierte Rehabilitation Offenbach**

Die „Integrierte Rehabilitation Offenbach“ ist aus einer Kooperation zwischen dem Klinikum Offenbach und dem neuro-orthopädischen MediClin-Reha-Zentrum Bad Orb am Standort Offenbach entstanden und versteht sich als Kompetenzzentrum zur Akut- und Reha-Versorgung von Schlaganfallpatienten. Die Kooperation stellt sich wie folgt dar: Nach Abschluss der Akutbehandlung des Patienten in der neurologischen Abteilung des Klinikums Offenbach beginnt in den Räumlichkeiten des Klinikums die stationäre Rehabilitation, bevor der Patient bei Bedarf zu einer weiteren Rehabilitation nach Bad Orb verlegt wird (Klemann 2009).

Aus den drei letztgenannten Kooperationsmodellen resultieren Vorteile für Akutkrankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Patienten. Sie werden im nun Folgenden kurz einzeln dargestellt (vgl. Klemann 2009):

#### **Vorteile aus Sicht der Akutkrankenanstalten**

- Zeitnahe und abgesicherte Verlegung vom Akut- in den Rehabilitationsbereich. In diesem Zusammenhang trägt auch der Einsatz von Behandlungspfaden zur Qualitätsverbesserung bei.
- Verbesserung der Kapazitätsauslastung mit positiver Wirkung auf die Erlössituation. Das wird 1) durch die Vereinbarung zu Rückverlegungen vom Reha-Partner zum Akut-Partner im Kernbereich der Patientenbehandlung und 2) in den medizinischen und nicht-medizinischen Sekundär- und Tertiärbereichen, in denen der Akutbereich den oder die Partner im Rehabilitationsbereich mitversorgt, erreicht.

#### **Vorteile aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen**

- Gesicherter und in der Regel höherer Patientenzufluss aus der Partnerkrankenanstalt in die Rehabilitationseinrichtung, die zunehmend zeitnahen Übernahmen der Patienten können in Einzelfällen jedoch auch mit Aufwandssteigerungen verbunden sein.
- Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen durch 1) die bessere Abstimmung der primären Leistungsprozesse und 2) die teilweise enge Anbindung an die Sekundärprozesse des Akutkrankenhauses.

### **Vorteile aus Sicht der Patienten**

- Steigerung der Behandlungsqualität aufgrund der durchgängig abgestimmten Behandlungsprozesse, welche Doppeluntersuchungen und Wartezeiten größtenteils vermeiden.
- Gewährleistung einer im Bedarfsfall schnellen Akutintervention durch die enge (örtliche) Anbindung der Rehabilitationseinrichtung an die Akutkrankenanstalt.
- Effektivere Gesamtbehandlung, welche in der Regel die Gesamtbehandlungsdauer verkürzt.

### **3.3.2. Vollversorgungskooperationen**

Die umfassendste Form der Kooperation von Gesundheitsdienstleistern ist jene, in der alle wesentlichen Leistungen für eine definierte Bevölkerung von einem Kooperationsnetzwerk angeboten werden, in das Allgemeinmediziner, Fachärzte und Krankenhäuser eingebunden sind.

### **Umsetzung in der Praxis**

#### **Deutschland – Baden Württemberg: Gesundes Kinzigtal**

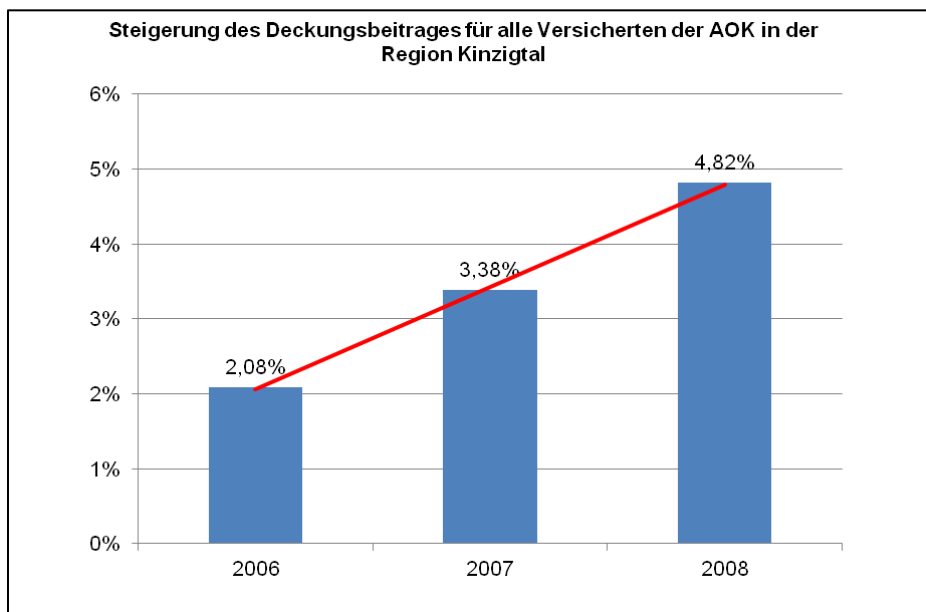
Das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ steht für erfolgreich umgesetzte Ideale der Integrierten Versorgung und der sektorübergreifenden Kooperation.

Seit 2005 wird im südbadischen Kinzigtal ein populationsbezogenes integriertes Gesundheitsversorgungssystem erprobt. Im Zentrum des Projektes stehen die Förderung und der Erhalt der Gesundheit, was auf lange Sicht Einsparungen den Wegfall kostenintensiver Krankenhausaufenthalte und Behandlungen bedingen soll. Zur Umsetzung der integrierten Versorgung wurde die Gesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“ (Gemeinschaftsgründung der OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.) gegründet, welche Verträge mit den allgemeinen Ortskrankenkassen hat. Diese Gesellschaft übernimmt somit die Regelungen wie auch die Finanzierung aller gesundheitlichen Leistungen für alle 31.000 AOK/LKK-Versicherten der Region. Umgesetzt werden die Ziele durch das Gatekeeper-Modell wie auch durch die Etablierung von einheitlichen Behandlungspfaden und Leitlinien. Der Hausarzt, der die erste Anlaufstelle aller Patienten ist, koordiniert das weitere Vorgehen nach bestimmten Leitlinien zur optimierten individuellen Behandlung (Case Management) und sorgt auch für die anschließende Rehabilitation. Ziel ist es, Einsparungen auf Basis eines Einsparungscontractings zu realisieren. Damit ist gemeint, dass sich die Vergütung der Ärzte am Gesundheitsgewinn orientiert: Sie verdienen also nur dann, wenn die Anzahl der Krankheiten durch eine verbesserte Versorgung reduziert und somit Ausgaben vermindert werden (Optimedis 2012b). Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist eben der schon angesprochene starke Fokus auf Präventivmaßnahmen. Im Laufe der Zeit wurden verschiedene Programme ins Leben gerufen, um diesem Anspruch gerecht zu werden: *Rauchfreies Kinzigtal*, *Aktive Gesundheitsförderung im Alter (AGiL)*, *Starkes Herz*, *Gesundes Gewicht*, *Starkes Muskeln – Feste Knochen*, *Psychotherapie Akut*. (Gesundes Kinzigtal GmbH 2010)

Nach einer Anschubfinanzierung der AOK trägt sich die Gesundes Kinzigtal GmbH durch die Deckungsbeiträge inzwischen selbst. Diese Deckungsbeiträge sind die Differenz zwischen den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA-Normkosten) und den Leistungsausgaben. Die

Ergebnisse aus dem Jahresbericht 2010 (Gesundes Kinzigtal GmbH 2010) verdeutlichen eindeutig die Erfolge des Projektes. So konnten die Deckungsbeiträge für alle Versicherten der AOK in der Region Kinzigtal um 4,82 Prozentpunkte gegenüber der Situation vor der Vertragsschließung gesteigert werden. Der positive Trend bestätigt sich im Vergleich mit den Zahlen aus dem Vorjahr (2007). Im damaligen Jahr war ein Deckungsbeitragsplus von 3,38 Prozentpunkten auszumachen (siehe Abbildung 26) (OptiMedis 2011).

**Abbildung 26: Deckungsbeitragsanstieg – "Gesundes Kinzigtal"**



Quelle: Gesundes Kinzigtal GmbH 2010

Im Gesundheitsbereich kann der Erfolg natürlich nicht nur an wirtschaftlichen Größen gemessen werden.

#### **Einsparungspotenzial:**

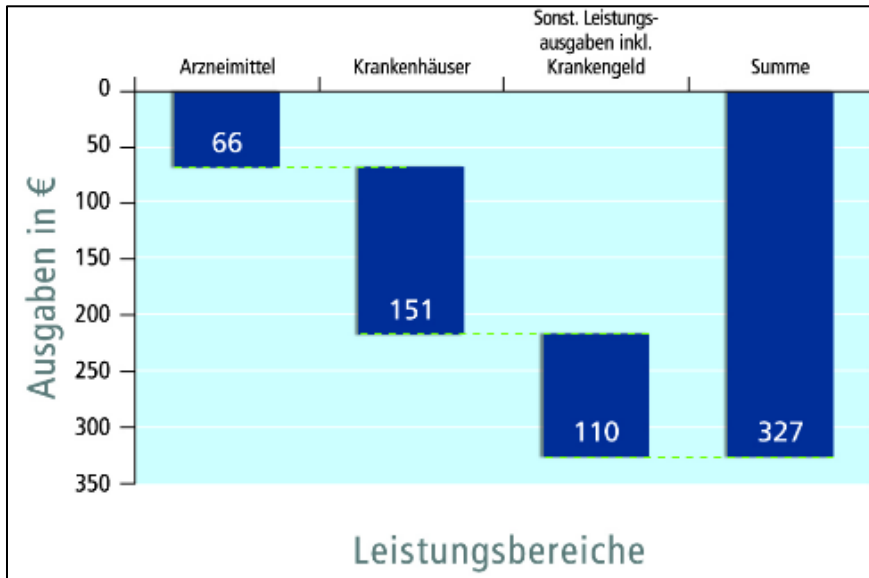
Um die Versorgungsqualität des integrierten Versorgungsmodells Kinzigtal zu evaluieren wurde eine Datenanalyse für rund 1.600 Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkassa (LKK) Baden-Württemberg durchgeführt. Diese Aufarbeitung für die Jahre 2005 bis 2010 zeigt, dass sich die Kosten im Untersuchungszeitraum deutlich positiver entwickelt haben als in einer Vergleichsgruppe von LKK-Versicherten anderer Regionen Baden-Württembergs. Durchschnittlich konnte eine positive Kostendifferenz von 327 Euro pro Versichertem erzielt werden<sup>14</sup>.

Die Ursachen für dieses positive Ergebnis lassen sich in den geringer ansteigenden Krankenhaus-Fallzahlen finden, was rückwirkend wieder zu verminderten Arzneimittelausgaben führt (siehe

<sup>14</sup> Dieses Ergebnis ist als noch signifikanter einzuschätzen, wenn mitbedacht wird, dass es die durchschnittliche Pro-Kopf-Differenz aller LKK-Versicherten im Kinzigtal wiedergibt, obwohl von diesen nicht alle im Projekt „Gesundes Kinzigtal“ eingeschrieben sind.

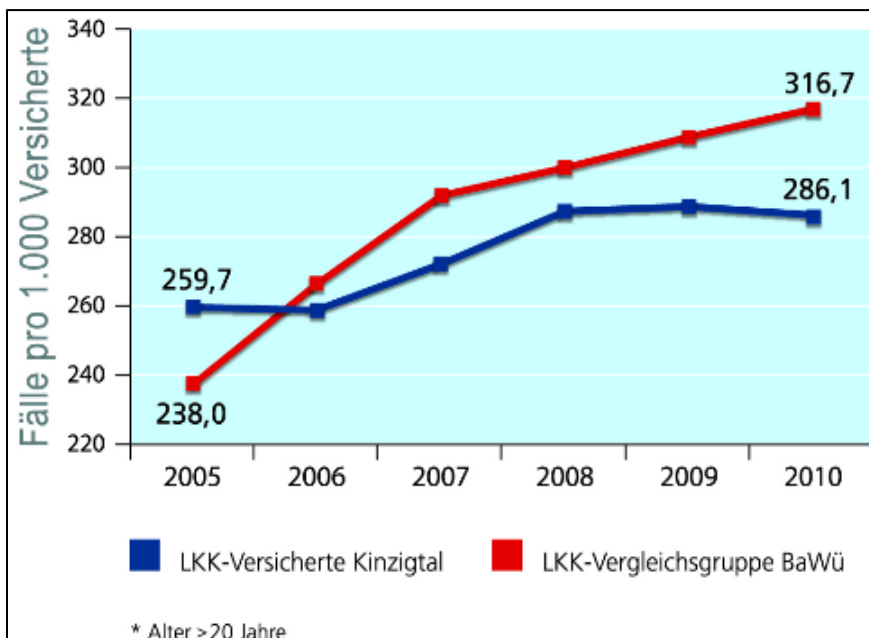
Abbildung 27). Die Krankenhausaufenthalte stiegen wie in Abbildung 28 gezeigt bei Versicherten im Kinzigtal nur um rund 10,2 Prozent, während in der Vergleichsgruppe Steigerungsraten von 33,1 Prozent zu verzeichnen waren. Ein Grund für die niedrigen Krankenhausaufenthalte liegt auch in der sich kontinuierlich verbessernden ambulanten Versorgung.

**Abbildung 27: Verminderte Ausgaben im Jahr 2010 je LKK-Versicherten im „Gesunden Kinzigtal“<sup>15</sup>**



Quelle: OptiMedis 2012b.

**Abbildung 28: Entwicklung der Krankenhausfälle pro 1.000 Versicherte**



Quelle: OptiMedis 2012b.

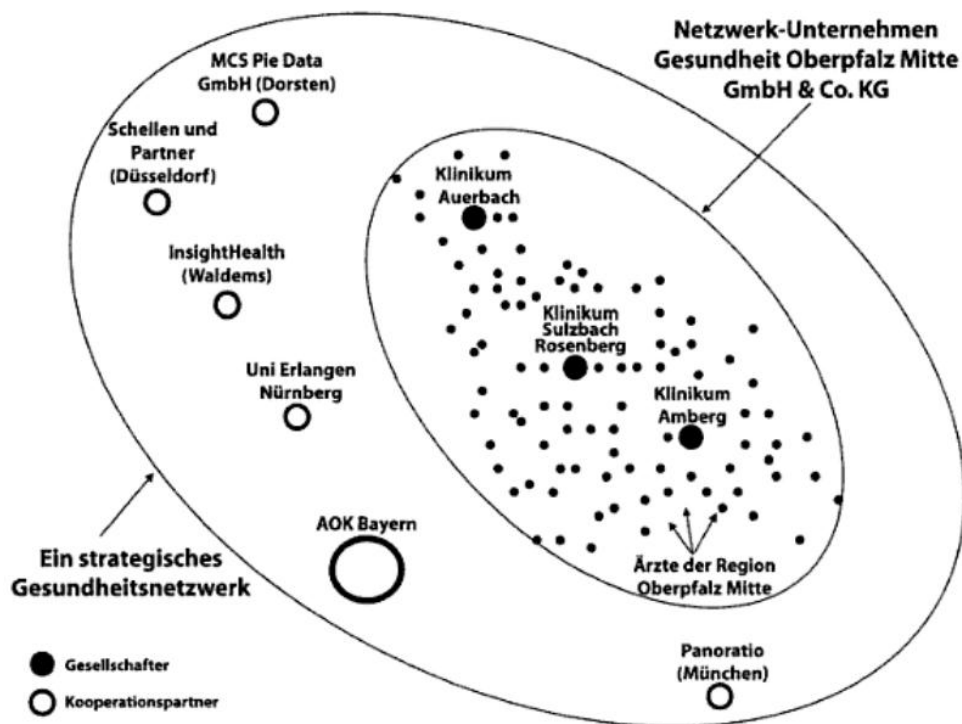
<sup>15</sup> Gegenüber LKK-Vergleichsgruppe Baden-Württemberg (Index 2005).  
Alter > 20 Jahre, in Versichertenjahren gerechnet. Vergleich der Kostenentwicklung der beiden Gruppen über fünf Jahre (2005 zu 2010), indiziert auf 2005 (bei Ausschluss von Hochkosten/Risikopool).

Auch das Prinzip der leitliniengestützten Behandlung wird im Kinzigital erfolgreich umgesetzt und kann auch hier zu Erfolgen beitragen. Sowohl bei der leitliniengestützten Versorgung von Hypertonie (der häufigsten Behandlung im ambulanten Sektor) wie auch beim generellen Multimedikationsmanagement zeigten sich positive Ergebnisse – so ist die Anzahl der Patienten mit Multimedikation um 3,4 Prozent geringer als in der Vergleichsgruppe (OptiMedis 2012a).

### Deutschland – Bayern: UGOM

Im Jahr 2002 wurde auf Initiative von 42 Ärzten des Ärzteverbundes Oberpfalz Mitte e.V. das strategische Gesundheitsnetzwerk „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM)“ als Kapitalgesellschaft gegründet. Mittlerweile umfasst das UGOM über 80 niedergelassene Haus- und Fachärzte in der Region Amberg / Sulzbach-Rosenberg, das Gesundheitszentrum des Klinikums St. Marien (MVZ) sowie die Kliniken St. Marien in Amberg, St. Anna in Sulzbach-Rosenberg und St. Johannes in Auerbach. In der weiteren Zukunft ist auch geplant, das UGOM für Mitglieder nichtärztlicher Fachgruppen im Gesundheitswesen zu öffnen. Erster Vertragspartner ist die AOK Bayern, welche den Aufbau des UGOM von Anfang an gefördert hat. Zusätzlich verfügt das UGOM über Kooperationen mit dem Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg, verschiedenen Arzneimittelexperten, Praxisverwaltungs-Software-Unternehmen, Datawarehouse-Experten, Evaluationsspezialisten, Webdesignern und Medienunternehmen. Das UGOM-Netzwerk ist in Abbildung 29 dargestellt. Die Angaben zu UGOM entstammen, wenn nicht anders angegeben, Zeichhardt und Voss (2009).

Abbildung 29: UGOM-Netzwerk



Quelle: Zeichhardt und Voss 2009.

Ziel dieses Gesundheitsnetzwerkes ist es, eine regionale, integrierte, fachgruppen- und sektorenübergreifende Gesundheitsvollversorgung aufzubauen. Basis hierfür ist die enge Zusammenarbeit aller UGOM-Partner, welche sich alle auf ein einheitliches Dokumentations- und Kommunikationssystem geeinigt haben und damit die vollständige Darstellung des medizinischen Versorgungsmanagements gewährleisten. Der elektronisch gestützte Informationsaustausch zwischen den Ärzten des UGOM ermöglicht einerseits eine sinnvolle Abstimmung der medizinischen Maßnahmen und andererseits eine Koordination mit ausgewählten Einrichtungen.

Das medizinische Versorgungskonzept von UGOM basiert somit auf folgenden wesentlichen Eckpfeilern:

- Betreuungsarztkonzept in Verbindung mit Netzpatienten: Der Patient wählt bei seiner Einschreibung einen Betreuungsarzt. Weiters kommt ihm durch seine Rolle als Netzpatient eine bedeutende Stellung bei der Netzerkennung zu, da sich jeder Patient aus allen UGOM-Akteuren sein individuelles Gesundheitsnetz (Betreuungsarzt, Spezialisten, Klinik) zusammenstellen kann.
- Einheitliche, sektorübergreifende netzinterne Kommunikationsstrukturen dienen zur vollkommenen Darstellung der zur Versorgung der Patienten relevanten Daten (elektronische Patientenakte)
- Einheitliche Standards in der Qualität der medizinischen Versorgung
- Leitliniengestützte Behandlungspfade dienen zur klaren Kompetenzverteilung und zur Erleichterung des Schnittstellenmanagements um die Verzahnung von medizinischen Akteuren ressourcenschonend zu realisieren. Diese werden von Kompetenzgruppen ausgearbeitet, welche auch im ständigen Kontakt stehen, was die ständige Kooperation aufrechterhält.

Zwischen den beteiligten UGOM-Partnern können unterschiedliche Beziehungen in der auf den Prozess der Patientenbehandlung von der Prävention bis zur abgeschlossenen Rehabilitation spezifizierten Wertschöpfungskette unterschieden werden:

- Horizontale Beziehungen bestehen zwischen Ärzten gleicher Fachrichtungen, z. B. im Rahmen der Zusammenarbeit bei Qualitätszirkeln.
- Vertikale Beziehungen bestehen zwischen niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Krankenhausärzten und nicht-ärztlichen Fachgruppen, z. B. im Rahmen von Fallkonferenzen.
- Laterale Beziehungen bestehen zwischen dem UGOM und Unternehmen außerhalb der unmittelbaren an der Behandlung von Patienten beteiligten Partner, z. B. zu IT-Experten.

Der Netzwerkcharakter der Kooperation begrenzt den Wettbewerb in gewisser Weise, dennoch sind in der Region Oberpfalz Mitte auch Wettbewerbselemente präsent. Dieser Wettbewerb wird durch die Gesellschaftsstruktur wie auch das Versorgungskonzept implizit institutionalisiert. In Anbetracht dessen lassen sich medizinisch-qualitative und ökonomisch-quantitative Anreize ausmachen. So wird die Vergütung den Gesellschaftern leistungsorientiert zugerechnet. Seit 2007 besteht ein Einsparpotenzial-Vertrag zwischen dem UGOM und der AOK Bayern. Bis dato zeigte diese Art der Versorgung durch Leistungssteuerung für alle Akteure positive Wirkungen. Das System basiert auf der Entwicklung eines virtuellen kombinierten Budgets und teilweiser Budgetverantwortung. Der Einsparpotenzial-Vertrag als neue Art der Vergütung implementiert eine retrospektive

Bonusausschüttung durch den Kostenträger für erzielte Einsparungen des Versorgungsnetzes in Teilbudget-Bereichen (vgl. Bahr 2009). Als Voraussetzung, um an dem zur Verfügung stehenden Budget zu partizipieren, ist es notwendig, dass Gesellschafter effiziente wie auch effektive Performance zeigen. Die Evaluierung erfolgt über ein mehrgliedriges System – sowohl von Seiten der Patienten wie auch von Kollegen. Auf diese Art und Weise werden Ärzte motiviert, sowohl die Patientenzufriedenheit zu heben als auch fachliche Kompetenz zu zeigen. Wichtig, um derartige Evaluierungssysteme effizient zu gestalten, ist eine transparente Dokumentation. Durch die Modalitäten der internen Budgetvergabe lässt sich demnach doch ein nicht zu verachtendes Potenzial netzinternen Wettbewerbs beobachten.

Die Vergütung erfolgt in weiterer Folge in Abhängigkeit von 2 Determinanten: nachweisbarer Wirtschaftlichkeit und gleichbleibender Versorgungsqualität. Die Quantifizierung der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Ausgabengegenüberstellung für Netzwerkpatienten im Vergleich zur durchschnittlichen Morbidität der Bevölkerung (wie sie durch den Risikostrukturausgleich abgebildet sind). An die Wirtschaftlichkeit ist die Vergütung durch einen jährlich ausgeschütteten Bonus gekoppelt. Bei dieser Bonusausschüttung wird der individuelle Anteil des jeweiligen Arztes am Gesamterfolg berücksichtigt. Diese Modalitäten der internen Vergütung setzen Anreize für ein effizientes Verhalten. Es hat sich auch erwiesen, dass sich derartige Verträge für ein integriertes Versorgungsnetz als lohnend erweisen können.

#### **Einsparungspotenzial:**

Das Vergütungssystem in Verbindung mit den internen Strukturen des UGOM hat in den GKV-Bereichen stationäre Krankenhausbehandlung, Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel (aus Apotheken), Heilmittel, Fahrt- und Transportkosten zu Einsparungen von über 20 Prozent geführt (vgl. Bahr 2009).

#### **Maßnahmen:**

Die angeführten Vollversorgungskooperationen weisen auch für ganze Bevölkerungen deutliche Einsparungspotenziale bei gleichzeitig verbesserter Behandlungsqualität auf.

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für populationsbezogene integrierte Versorgung sollten geschaffen werden.
- Im Gegensatz zu Deutschland erfolgt die Finanzierung der Spitalsleistungen nicht aus demselben Topf wie für den extramuralen Bereich. Daher sollten zunächst Modellregionen gesetzlich ermöglicht werden, für die diese Mittel zusammengeführt werden und ungeachtet der Herkunft der Leistung folgen.
- Die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser werden wie in den Beispielen an den Einsparungen beteiligt.



## 4. Kooperationen im sekundären Bereich

In diesem Kapitel werden Kooperationen im sekundären Bereich näher beschrieben. Hierzu zählen:

- Kooperationen im Bereich der bildgebenden Diagnostik
- Kooperationen im Bereich der Labordiagnostik
- Kooperationen im Bereich der Sterilisation
- Kooperationen im Bereich der Pathologie

### 4.1. Kooperationen im Bereich bildgebende Diagnostik

Im Bereich der bildgebenden Diagnostik ist der medizinisch-technische Fortschritt von großer Bedeutung. Nicht nur, dass derartige Geräte generell sehr teuer sind, unterliegen sie auch aufgrund des raschen technischen Fortschritts ständiger Verbesserung und Erneuerung. Dieser Umstand erschwert es manchen medizinischen Leistungserbringern bei der Geräteausstattung, immer *state-of-the-art* zu sein. Aufgrund dessen formieren sich auf diesem Gebiet immer mehr Kooperationen, um von Größenvorteilen zu profitieren, den Auslastungsgrad zu steigern und so die Durchschnittskosten zu senken. Statistiken der OECD zeigen, dass Österreich bei der Zahl der CT- und MRT-Geräte deutlich an der Spitze liegt. Auch der Rechnungshof kommt in einem aktuellen Bericht zu diesem Ergebnis und fordert eine Überarbeitung des Großgeräteplans. Ein Problem, das der Großgeräteplanung wiederum innewohnt ist, dass in Österreich nur mehr eine Höchstzahl an Geräten pro Bundesland festgelegt wird, ohne genaue Standortfestlegungen zu machen. Damit wurde diese Kompetenz auf die Landesebene übergeben, was zusätzlich dazu führte, dass nicht nur zu viele Geräte existieren, sondern diese auch regional ungünstig verteilt sind (Freisleben-Teutscher 2009). Gerade bei CT- und MRT-Geräten ist eine Konsolidierung der momentanen Lage nicht so einfach, da in diesem Falle das Grundproblem in den Krankenhausstrukturen liegt. In Österreich gibt es zu viele Spitalskapazitäten, ein Krankenhaus ohne CT und MRT Gerät zu betreiben ist jedoch bei weitem nicht mehr zeitgemäß und würde sich nur in einer mangelhaften Diagnosequalität niederschlagen. Teilweise erbringen diese CT/MRT-Geräte in Fondskrankenanstalten (Niederösterreich und Salzburg) weniger als 10 Prozent ihrer Leistungsfrequenz an spitalsambulanten Patienten. Demnach sind viele Geräte nicht ausgelastet und werden so zu kostentreibenden Faktoren (Rechnungshof 2010/13).

Aufgrund des oben beschriebenen Umstandes gewinnen Kooperationsmodelle im Bereich medizinischer Großgeräte zunehmend an Bedeutung.

#### Umsetzung in der Praxis

##### **Burgenland**

In Burgenland besteht seit 2005 ein Kooperationsvertrag zwischen dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und dem Krankenhaus Kittsee im Bereich der Radiologie. Im Zuge dieser Kooperation hat das KH der Barmherzigen Brüder die radiologische Versorgung für das Krankenhaus Kittsee übernommen und damit die radiologische Versorgung am Krankenhaus Kittsee

sichergestellt. Während bisher die Radiologiepatienten des Krankenhauses Kittsee einmal wöchentlich von einem niedergelassenen Arzt konsiliar versorgt wurden, wird durch die Kooperation die tägliche (zw. 8:00 und 12:00 Uhr) Versorgung durch einen Facharzt aus Eisenstadt ermöglicht. Außerhalb dieses Zeitraumes werden die Ergebnisse der in Kittsee durchgeführten Untersuchungen via Teleradiologie in Eisenstadt befundet. Auf Seiten der Patienten konnte eine Verkürzung der Behandlungszeiten erzielt werden, während sich auf Seiten des Krankenhauses Eisenstadt durch die Steigerung der Untersuchungszahlen eine Steigerung der Leistungsqualität erzielen lässt (Barmherzige Brüder Eisenstadt 2012).

### **Niederösterreich**

In Niederösterreich wurde von 2004 bis 2006 ein Kooperationsmodell zwischen dem extra- und intramuralen Sektor erprobt. Vier Fondskrankenanstalten führten im Zuge dessen auch auf Zuweisung von niedergelassenen Ärzten CT- und MR-Untersuchungen durch. Vergütet wurden sie dafür von der NÖGKK. Von Seiten des Rechnungshofes wurde gutgeheißen, dass durch die Mitversorgung überwiesener Patienten aus dem niedergelassenen Bereich die Auslastung der Geräte verbessert werden kann. Neben einer besseren Auslastung konnte auch eine Einsparungskomponente realisiert werden. Die positiven Erfahrungen aus dem Pilotprojekt führten dazu, dass das Projekt an drei Standorten in den Regelbetrieb übernommen werden sollte. Im Regelbetrieb wurden jedoch die Verrechnungsvereinbarungen verändert, was bedeutete, dass die neuen Partner der Gebietskrankenkasse nicht die Krankenanstalten selber waren, sondern selbstständige, von den Radiologieprimarii der beteiligten Krankenanstalten geleitete Ambulatorien. Mit diesen wurden Ressourcennutzungsverträge abgeschlossen.

#### **Einsparungspotential:**

Aufgrund der Vergütung der Leistungen an den Grenzkosten waren die Kosten rund 20 Prozent (CT-Untersuchung) bzw. 30 Prozent (MR-Untersuchung) niedriger als vergleichbare Kassenverträge im niedergelassenen Bereich.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der CT-Tarif im Regelbetrieb um 4 Euro niedriger war als der im Pilotprojekt vereinbarte. Auch der MR-Tarif sei günstiger gewesen als in anderen selbstständigen Ambulatorien (vgl. Rechnungshof 2010/13: 54f).

**Oberösterreich**

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II sind folgende Zusammenlegungen und Schließungen von Radiologieinstituten geplant:

<b>Einsparungspotenzial:</b>	
Die beiden Radiologieinstitute der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz und AKH Linz sollen am Standort AKH Linz zusammengeführt werden. Die sich im AKH Linz befindenden CT und MRT Geräte werden bereits von beiden Häusern gemeinsam genutzt.	59.998 Euro
Die beiden Radiologieinstitute des KH der Barmherzigen Brüder Linz und des KH der Barmherzigen Schwestern Linz sollen in eine gemeinsame Struktur am Standort Seilerstätte zusammengeführt werden.	106.447 Euro
Entfall des Röntgeninstitutes im KH Kirchdorf und eine organisatorische Zusammenführung der Radiologie mit dem Radiologieinstitut KH Steyr-Enns.	60.122 Euro
Eine organisatorische Zusammenführung der Röntgeninstitute im KH Bad Ischl und im KH Gmunden mit dem Institut für Radiologie im KH Vöcklabruck.	108.303 Euro
<b>Insgesamt</b> ließen sich in Oberösterreich durch Maßnahmenumsetzung aus der Gesundheitsreform im Bereich Radiologie demnach folgende Einsparungen erzielen (Land Oberösterreich 2011).	<u>334.870 Euro</u>

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II ist zudem auch eine Konsolidierung der CT Geräte geplant. Im Zuge dessen soll im AKH Linz und KH Sierning die Anzahl der CT Geräte um je ein Gerät reduziert werden. Durch die Umwidmung des Standortes Enns in ein Zentrum für Innere Medizin und Psychosomatik wird ein CT Gerät im KH Steyr entfallen (Land Oberösterreich 2011).

Außerdem ist eine Reduktion der Emission-Computer-Tomographie-Geräte (ETC) geplant. Insgesamt sollen fünf Geräte an den Standorten Nervenklank Wagner-Jauregg Linz (-1 Gerät), AKH Linz (-1 Gerät), KH Steyr (-1 Gerät), Elisabethinen Linz (-1 Gerät) abgebaut werden.

**Einsparungspotential:**

Folgende Einsparungen lassen sich durch Geräteeinsparungen erzielen (Land Oberösterreich 2011):

Reduzierung an CT-Geräten.	840.000 Euro
Kostenreduktion durch die 5 eingesparten ECT-Geräte.	400.000 Euro

**Salzburg**

Das Krankenhaus in Zell am See ist Standort eines CT- (seit 1993) wie auch eines MR-Gerätes (seit 2005). Das CT-Gerät stand im Eigentum einer Gesellschaft, die ein selbständiges Ambulatorium betrieb, das MR-Gerät war Eigentum des Krankenhauses. Für den Standort Zell am See war ein CT- und MR-Gerät vorgesehen. Beide Geräte wurden sowohl für stationäre, spitalsambulante Patienten sowie für Patienten aus dem niedergelassenen Bereich verwendet. Die Vergütung erfolgte durch verschiedene Kooperationsvereinbarungen zwischen der das CT-Gerät betreibenden Gesellschaft, der Stadtgemeinde wie auch den Krankenkassen. Im Rechnungshofbericht wird diese Kooperation positiv angemerkt, da der Gerätebedarf durch die gemeinsame Nutzung von Seiten des intra- und extramuralen Bereichs gedeckt ist und die Geräte gleichzeitig ausgelastet sind. Außerdem werden durch die Vereinbarung zwischen dem Hauptverband und dem Krankenhaus über die Verrechnung von MR-Leistungen ein durch öffentliche Mittel gekauftes Gerät effizienter ausgelastet und zusätzliche Mittel für das Krankenhaus lukriert. Generell wurde vom Rechnungshof zusammenfassend angemerkt, dass bei einem Bedarf von jeweils einem Gerät die Aufstellung desselben im intramuralen Bereich erfolgen sollte (vgl. Rechnungshof 2010/13: 50f).

**Wien**

Seit Dezember 2007 kooperiert das Krankenhaus Speising der Vinzenz Gruppe Wien mit einem niedergelassenen, privat betriebenen Ambulatorium für bildgebende Diagnostik. Das „Dr. Bader MR-Ambulatorium“ ist am Gelände des Orthopädischen Spitals Speising (OSS) angesiedelt. Das Orthopädische Spital Speising unterhält selbst kein MRT-Gerät, weil sein jährliches Untersuchungsvolumen das MRT-Gerät nicht auslasten könnte, sondern kauft diesbezügliche Leistungen vom „Dr. Bader MR-Ambulatorium“ zu. Durch diese Kooperation konnte für das Orthopädische Spital Speising ein deutliches Einsparungspotenzial realisiert werden (Vinzenz Gruppe 2012a).

**Einsparungspotential:**

- Das Orthopädische Spital Speising konnte durch die Kooperation folgendes Einsparungspotenzial erzielen (Vinzenz Gruppe 2012a):
- Der Eigenbetrieb eines MRT-Gerätes würde im OSS jährliche Kosten von 335.000 Euro verursachen.
- Der Zukauf von MR-Leistungen vom „Dr. Bader MR-Ambulatorium“ verursacht im OSS jährliche Kosten von 250.000 Euro.
- Insofern konnte das Orthopädische Spital Speising durch die gemeinsame Nutzung des MRT-Gerätes mit dem extramuralen Institut Einsparungen in Höhe von rund 25 Prozent der jährlichen Kosten realisieren.

Die Vinzenz Gruppe Wien konnte an den anderen Standorten im Bereich der bildgebenden Diagnostik ebenfalls deutliche Einsparungen erzielen. Das gelang vor allem durch Doppel-Primariate. Die Radiologie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, im Krankenhaus des Göttlichen Heilands und im Krankenhaus St. Josef wird vom selben Primarius geleitet. Ein zweites gemeinsames Primariat wird anhand einer Kooperation des Orthopädischen Spitals Speising und dem Herz Jesu Krankenhaus zusammen betrieben.

**Einsparungspotential:**

Durch die Reduzierung der Primariatsstellen in den Abteilungen für Radiologie von fünf auf zwei kann die Vinzenz Gruppe Wien jährliche Einsparungen von 285.000 Euro realisieren (Vinzenz Gruppe 2012a).

## 4.2. Kooperationen im Bereich Labordiagnostik

Der Bereich Labordiagnostik ist auf der einen Seite gekennzeichnet durch Routinediagnostik, die hohe Skaleneffekte aufweist, auf der anderen Seite durch Spezialuntersuchungen, für die nur in großen Volumina die Fixkosten sinnvoll genutzt werden können und die Spezialisierung des Personals gewährleistet werden kann. Zudem erlauben sehr große Volumina auch andere Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. eigener QM-Beauftragter) als in kleinerem Maßstab.

### Umsetzung in der Praxis

#### **Oberösterreich**

In Oberösterreich kooperieren das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern im Bereich der Labordiagnostik in Form einer Labor-Spitalspartnerschaft. Das Zentrallabor B&S (Seilerstätten Labor GmbH) entstand aus einer Fusionierung der beiden Laborinstitute, welches in der Folge ausgegliedert wurde. Seitdem ist es als selbstständiges,

gemeinnütziges Unternehmen (im Eigentum der Träger beider Krankenhäuser) in der Rechtsform (nach KaGuG) eines selbstständigen Ambulatoriums für Laboratoriumsdiagnostik tätig. Das Zentrallabor ist in der Lage, die beiden Akut-Krankenhäuser in Linz mit 1.100 Betten in einem 24-Stunden-Betrieb voll zu versorgen. Nicht nur aufgrund der Synergieeffekte wird mit Einsparungen gerechnet. Da das Labor in organisatorischer Hinsicht zwei Krankenhausträgern unterstellt ist, die mehrere Spitäler betreiben, kann es auch von optimierten und zentralisierten Prozessabläufen profitieren. Dazu gehört der zentrale Einkauf, die zentrale IT-Abteilung wie auch die zentrale Finanzkontrolle (Barmherzige Brüder & Schwestern Zentrallabor 2012)

Darüber hinaus sind im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II folgende weitere Laborverbände geplant: Demnach soll ein Leitlabor in der Nervenkl. Wagner-Jauregg Linz die Leistungen für alle Gespag-Häuser übernehmen. Neben dem bereits umgesetzten Laborverbund zwischen dem Krankenhaus Wels-Grieskirchen und dem Krankenhaus Braunau, ist auch die Zusammenlegung der Institute Labor I und Labor II im Krankenhaus Wels-Grieskirchen geplant.

#### **Einsparungspotenzial:**

Der wirtschaftliche Nutzen, der sich aus den angesprochenen Laborverbänden ziehen lässt, beläuft sich auf über 1,5 Mio. Euro (Land Oberösterreich 2011).

#### **Steiermark**

In Graz wurde im Bereich der Labor- und Nuklearmedizin eine Kooperation zwischen folgenden Krankenanstalten umgesetzt: Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg versorgt seit 2003 das Krankenhaus Graz West, das Unfallkrankenhaus Graz und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Marshallgasse vollkommen und weitere Einrichtungen teilweise<sup>16</sup>. Die zentrale Leistungserbringung ermöglichte es, die Auslastung um rund 13 Prozent zu steigern. Für das Unfallkrankenhaus Graz, welches bereits seit 1999 durch das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg teilversorgt wurde, ergaben sich durch die Auslagerung Einsparungen im Zeitraum 1999-2003 von rund 70 Prozent. Dass durch die Kooperation ein 24-Stunden-Betrieb des Labors gewährleistet werden konnte, war ein weiterer positiver Effekt. Der Rechnungshof bewertet diese Kooperation sehr positiv, da gerade durch die Zentralisierung an einem Ort signifikante Synergieeffekte ausgenutzt werden können (Rechnungshof 2009/3: 90).

#### **Wien bzw. restliches Österreich**

Im Rahmen der Lab-Group – ein medizinischer Laborverbund – kooperieren die sieben Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe, fünf Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder, in der labormedizinischen Diagnostik miteinander. Die Lab-Group versorgt in Graz das LKH West und das UKH Graz mit (Vinzenz Gruppe 2012a).

<sup>16</sup> teilweise das KH der Elisabethinen, das Sanatorium Leech, das Geriatrie KH der Stadt Graz, Privatklinik der Kreuzschwestern, Notfallproben der Schlaganfallstation des LSF, Rehazentrum Tobelbad, Militärspital, Wahlärzte (siehe: <http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/eggenberg/abteilungen/laborkooperation/index.html>)

**Einsparungspotential:**

Durch den gemeinsamen Betrieb des Laborsystems und den gemeinsamen Einkauf von Geräten und Verbrauchsmaterial konnten für die beteiligten Krankenhäuser in der Lab-Group gemeinsam einmalige Einsparungen von rund 500.000 Euro erzielt werden.

Durch die Bündelung und analytische Schwerpunktsetzung von Laborleistungen sowie den gemeinsamen Einkauf von Geräten und Verbrauchsmaterial können für die beteiligten Krankenhäuser in der Lab-Group gemeinsam jährliche Einsparungen von ebenfalls rund 500.000 Euro erzielt werden.

**4.3. Kooperationen im Bereich Sterilisation**

In Krankenhäusern fallen oft große Mengen an Gütern zur Sterilisation an. Für Skaleneffekte spricht zweifellos die Nutzbarkeit großvolumiger Autoklaven, die selbst große Mengen in einem Arbeitsgang sterilisieren können. Zudem können auch Geräte für besondere Formen der Sterilisation besser ausgelastet werden. Teilweise sind die Güter aber auch sperrig, sodass der Transport Probleme bereiten kann. Daher wird die gemeinsame Sterilisation vor allem für räumlich nahe beieinander liegende Krankenhäuser sinnvollerweise in Kooperation gelingen.

**Umsetzung in der Praxis****Tirol**

In Tirol hat die SteriLog GmbH im Jahre 2011 eine Ausschreibung für die Errichtung eines zentralisierten Dienstleistungszentrums zur Sterilgutversorgung in Innsbruck Wilten, darunter auch für die AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte), erhalten. Damit werden die bisherigen 13 dezentral organisierten Sterilisationen des LKH Univ. Kliniken Innsbruck zusammengelegt, womit auch das Ziel verfolgt wird, die Kosten zu senken. Geplant ist in weiterer Folge, auch weitere Tiroler Krankenhäuser in dieses AEMP zu integrieren. Die SteriLog IM GmbH wird ihr bereits in anderen Projekten erworbenes Know-how in die Errichtung einbringen. Die Inbetriebnahme ist für Anfang 2013 geplant und für eine Produktionsmenge von 150.000 StE (Sterilguteinheiten) pro Jahr ausgelegt (SteriLog 2011).

**Vorarlberg**

Im Jahr 2005 wurde in Vorarlberg begonnen, die Gerätesterilisation zu zentralisieren. In Zuge dessen wurde von der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H. (KHBG) gemeinsam mit der SteriLog Instrumentenmanagement GmbH (SteriLog) ein neues Unternehmen mit dem Namen Medizinprodukteaufbereitung Vorarlberg GmbH (kurz MPAV) mit Sitz in Rankweil gegründet. Diese Zusammenarbeit basiert auf dem Konzept des Public-Private-Partnership (PPP). Mehrheitseigentümer ist die Vorarlberger Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. mit 51 Prozent, die SteriLog Instrumentenmanagement GmbH hält 49 Prozent der Gesellschaftsanteile. Die SteriLog zeichnet für

die Gerätesterilisierung der Krankenhäuser Bludenz, Feldkirch, Hohenems und Rankweil verantwortlich.

Nikolic und Maikisch (2006) untersuchten in ihrer Studie zu PPP-Modellen und Kooperationen im Gesundheitswesen auch die oben genannte Kooperation. Durch die Verbundlösung wird die Aufbereitung medizinischer Produkte an einem Standort gebündelt, weshalb die Modernisierung der Anlagen an den drei anderen Krankenanstaltenstandorten obsolet wurde, welche mit einem sehr hohen finanziellen Aufwand für die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H. einhergegangen wäre. Der private Partner investierte insgesamt 5,3 Millionen Euro.

**Einsparungspotenzial:**

Geschätzt konnten durch die Etablierung der neuen Anlage in Rankweil im Gegensatz zur Modernisierung der vormals separaten Einrichtungen 2 Millionen Euro gespart werden. Außerdem wird erwartet, durch die Größenvorteile Synergieeffekte nutzen zu können und demnach Kosteneinsparungen zu erzielen. Auch die standardisierte Qualität der Leistungen führt zu einer Verminderung des Versicherungsaufkommens (Nikolic und Maikisch 2006).

**Wien**

Die Vinzenz Gruppe Wien verfügt über eine zentrale Sterilisation für alle fünf Spitäler am Standort Speising. Derzeit wird hierfür ein Neubau errichtet, welcher Ende 2012 in Betrieb gehen soll (Vinzenz Gruppe 2012a).

**Einsparungspotential:**

Durch die gemeinsame Sterilisation kann die Vinzenz Gruppe Wien jährliche Einsparungen von 380.000 Euro lukrieren (Vinzenz Gruppe 2012a).

#### **4.4. Kooperationen im Bereich Pathologie**

Der Bereich Pathologie wird von manchen Spitalsbetreibern als sensibler Bereich gesehen. Dennoch steigt das Vertrauen, auch hier Kooperationen eingehen zu können. Für die Zusammenführung sprechen zweifellos die höhere Routine und Spezialisierungsmöglichkeit des Personals, sowie Möglichkeiten zum großvolumigen Einkauf von Vorleistungen. Heikel ist die Schnellschnittpathologie, die innerhalb kurzer Zeit, nämlich während der laufenden Operation, erfolgen muss. Dabei muss aber bedacht werden, dass nur der Befund auch wieder zurückgelangen muss. Sichertgestellt muss also nur der rasche Hintransport werden. Gerade in der Schnellschnittpathologie ergeben sich wiederum bessere Auslastungsmöglichkeiten des Bereitschaftsdienstes, der ansonsten allorts vorgehalten werden muss.



**Umsetzung in der Praxis**

Im Zuge der Oberösterreichischen Spitalsreform II ist die Schaffung folgender Pathologieverbände geplant:

<b>Einsparungspotenzial:</b>	
- Pathologieverbund zwischen AKH Linz und KH der Barmherzigen Schwestern Linz in Form einer ausgegliederten Gesellschaft (an welcher sich nur Krankenhausträger beteiligen). Auf diese Art und Weise könnte auch das KH der Elisabethinen, das KH der Barmherzigen Schwestern in Ried und das KH der Barmherzigen Brüder in Linz mitversorgt werden.	429.895 €
- Konzentration der Pathologie in der Nervenkl. Wagner-Jauregg Linz mit Versorgung der gespag-Krankenhäuser. In diesem Falle würde das Pathologieinstitut im KH Vöcklabruck entfallen.	249.747 €
- Konzentration in der Pathologie im KH Wels-Grieskirchen bei Mitversorgung des KH Braunau. Weiters könnten hier auch die Institute Pathologie und Mikrobiologie organisatorisch und infrastrukturell, unter Beibehaltung der fachlichen Eigenständigkeit, zusammengeführt werden.	291.271 €
<b>Insgesamt</b> würden diese Maßnahmen im Bereich Pathologie folgende Einsparungen erbringen (Land Oberösterreich 2011).	<u>970.913 €</u>

An dieser Stelle lässt sich auch ein Beispiel aus Australien anführen.

<b>Einsparungspotenzial:</b>
In einem Spital mit 543 Vollzeit-Angestellten und einem Umsatz von 45,2 Mio. US\$ ließen sich durch die Auslagerung der Pathologie jährliche Einsparungen von 200.000 US\$ – 300.000 US\$ im Jahre 2003 erzielen (Young 2003).

**4.5. Empirische Erhebung zu Kooperationen im sekundären Bereich**

Wie bereits anfangs dargestellt wurde, setzte sich die Datenrecherche aus zwei Hauptkomponenten zusammen. Nach der allgemeinen Darstellung der bestehenden Kooperationen, welche nach ausgiebiger Literatur- und Internetrecherche aufgearbeitet wurden, sollen nun die Ergebnisse aus der vom IHS durchgeführten Befragung angeführt werden. Diese Befragung richtete sich an die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften<sup>17</sup> in Österreich und setzte sich mit der Fragestellung auseinander, inwiefern in österreichischen Spitalen in den Bereichen Labor, bildgebende Diagnostik, Sterilisation und Pathologie kooperiert oder ausgelagert wird.

<sup>17</sup> Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Antworten von drei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften.

1) Labor

In diesem Bereich sind Kooperationen sehr unterschiedlich weit verbreitet – zwei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft geben ein Kooperationsausmaß von 6-20 Prozent an, während in einem Falle bereits 81-95 Prozent der gesamten Leistungserbringung durch Kooperationen geleistet wird. In allen Fällen wird jedoch angegeben, Einsparungen von bis zu 20 Prozent erzielt zu haben. Weiters wird auch angeführt, dass weitere Einsparungspotenziale bestünden, jedoch scheinen nur bei den Krankenhäusern einer Betriebsgesellschaft konkrete Pläne für eine Ausweitung der Kooperationstätigkeit in der nächsten Zeit zu bestehen (von 20 Prozent auf bis zu 60 Prozent).

2) Bildgebende Diagnostik

Auch in diesem Bereich sind starke Divergenzen zu beobachten. Erneut geben zwei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften an, im Ausmaß von 6-20 Prozent der Leistungserbringung zu kooperieren, während sich dieses Ausmaß im dritten Fall sogar auf 96-100 Prozent beläuft. Einsparungen werden mit max. 10 Prozent beziffert. In einem Fall wurde ein weiteres Kooperationspotenzial angegeben, was die Kooperationen auf bis zu 60 Prozent der Leistungserbringung heben könnte.

3) Sterilisation

Die Kooperationen im Bereich der Sterilisation sind noch nicht so weit verbreitet – nur in einem Fall wird bis zu 20 Prozent kooperiert. Jedoch scheint die Popularität von Kooperationen in diesem Bereich stark anzusteigen, da geschlossen von einer möglichen Kooperation von bis zu 100 Prozent ausgegangen wird. In zwei Fällen scheinen diese Einschätzungen des Kooperationspotenzials auch mit konkreten Planungen einer wesentlichen Ausweitung der kooperativ erbrachten Leistungen einherzugehen. Die Einschätzungen zu den Einsparungen liegen bis dato bei bis zu 20 Prozent.

4) Pathologie

Das Kooperationspotenzial in diesem Bereich wird durchgehend als sehr hoch bewertet. In einem Fall ist auch die aktuelle Situation durch eine fast 100-prozentige Kooperation geprägt. Eine Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft gibt an, momentan nur in einem Ausmaß von 6-20 Prozent zu kooperieren, intendiert jedoch, dies auszubauen und erkennt auch ein Gesamtpotenzial von bis zu 100 Prozent. Im Moment liegen die Einsparungen bei bis zu 20 Prozent.

### **Praktische Kooperationsbeispiele – Kärnten**

Aufgrund der hohen Auskunftsbereitschaft der Akteure im Kärntner Spitalssektor sollen in Folge die weitreichenden Ergebnisse gesondert dargestellt werden.

Tabelle 13 zeigt die verschiedenen bestehenden Kooperationen auf, wobei jene mit dem LKH Klagenfurt in dieser Darstellung nicht enthalten sind – das Krankenhaus in Klagenfurt besitzt als

Zentralkrankenhaus eine gewisse Monopol-Stellung, weshalb sich viele Kooperationen bereits zwingend ergeben. Die Einsparungen, die sich durch die zentralisierte Leistungserbringung ergeben, werden in der darauffolgenden Tabelle 2 genauer quantifiziert. Die monopolähnliche Stellung des LKH Klagenfurts bringt jedoch nicht nur Vorteile mit sich – laut einem Interviewpartner kann es gerade mit Monopolen schwierig sein, über Qualität und Preis zu verhandeln, was zu der Situation führen kann, dass in Ermangelung weiterer Marktteilnehmer/Anbieter bestehendes Kooperationspotenzial nicht ausgenutzt wird.

Die schematische Darstellung verdeutlicht die vielschichtigen Zusammenarbeiten, wobei im Hinblick auf die Darstellung der Kooperationen nicht der Anspruch auf Vollständigkeit gestellt wird. Das Einsparungspotenzial der verschiedenen Maßnahmen ist in vielen Fällen nicht eindeutig quantifizierbar.

Im Falle der psychosomatischen Nachbetreuung am KH Waiern lässt sich im stationären Bereich durch die reduzierte Wiederaufnahme durch die Auswertung von Versicherungsdaten eine Einsparung von 954 Belagstagen pro Jahr quantifizieren. Diese Einsparung von 317.678 Euro stellt ein Minus von 14,7 Prozent dar.

Tabelle 13: Kooperationen zwischen Kärntner Spitälern

Leistungnehmer von anderen Spitälern	Leistungserbringer für andere Spitälern						
	Krankenanstalt	Barmherzige Brüder St. Veit	de La Tour – Sonderkrankenanstalt für Abhängigkeitserkrankungen	Laas	Villach	Waiern – Feldkirch	Wolfsberg
	Barmherzige Brüder St. Veit					<b>Psychosomatik:</b> wöchentlicher psychosomatischer Liaisondienst in St. Veit	
	Elisabethinen Klagenfurt	(Zentraleinkauf), (Rechenzentrum), Abstimmung im Outsourcingbereich, Personalunionen, gemeinsame Abteilungsvorstände					
	Friesach						<b>Teleradiologie</b>
	Gaialtklinik (neurologisches Rehabilitationszentrum)			(Wäschereileistungen), Labor	Labor, Pathologie, MRT, Bakteriologische Untersuchungen, Teleradiologische Befundung		
	Klagenfurt		Übernahme von Patienten zur <b>Entwöhntherapie</b>		Labor: PCR-Untersuchungen im Bereich der Infektiologie		
	Laas				(Medikamenteneinkauf), Labor Obduktion: Villacher Pathologen in Laas		
	Spittal/Drau				Pathologie: diese ist im LKH Spittal/Drau nicht vorhanden Neonatologie: ein Notfallteam aus Villach kann immer angefordert werden, um kritische neonatologische Patienten an die Kinderabteilung des LKH Villach zu transferieren		
	Villach		Kooperation über die durch das SKH de La Tour eingerichtete <b>Ambulanz</b> , Übernahme von Patienten zur <b>Entwöhntherapie</b>				
überregional		Kooperationen mit den Abteilungen <b>Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin</b> im KH Waiern, Feldkirchen, LHK Villach, Klinikum Klagenfurt			Stationäre Versorgung (Kärnten & Osttirol) und Übernahme von Patienten mit <b>psychosomatischen Erkrankungen</b> ; <b>Akutgeriatrie:</b> Aufnahme von Patienten aus St. Veit und Klagenfurt zur weiteren Remobilisierung (auch bei Angst- und Depressionszuständen)		

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

In der Folge wird auf bestehende Kooperationen mit dem KH Klagenfurt genauer eingegangen. Die Quantifizierung der realisierten Kooperationen ist äußerst schwierig, weshalb diese hier angeführten Einsparungseffekte als grobe Abschätzung zu verstehen sind. Da das Einsparungspotenzial in diesem Bereich sehr situations- und kontextabhängig ist, ist eine Umlegung auf andere Standorte und Rahmenbedingungen nur bedingt möglich.

Als Basiskooperation zwischen verschiedenen Krankenhäusern in Verbindung mit einer zentralen Notfallambulanz ist die Zusammenarbeit zwischen dem LKH Klagenfurt und dem KH der Elisabethinen in Klagenfurt zu nennen, die sich in Form einer **Patientenübernahme** ausgestaltet. Weiters wurde ein Tumorboard umgesetzt (siehe Abschnitt 3.1.2). Für das LKH Laas wird auch die Sterilisation wie auch die Nachbehandlung von Herz-Thoraxpatienten übernommen, wofür es jedoch keine Einsparungsquantifizierungen gibt. Weitere Kooperationen belaufen sich auf Bereiche, in denen das LKH Klagenfurt aufgrund seiner Größe gut ausgestattet ist und andere KH mitversorgt. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die bestehenden Kooperationen und die abgeschätzten Einsparungen.

**Tabelle 14: Kooperationen mit dem LKH Klagenfurt**

Leistungserbringung	Einsparungspotenzial
<p><b>Patientenübernahme:</b> Täglich werden vier Patienten des Fachgebiets der Inneren Medizin an das KH der Elisabethinen überstellt. Durch die Grundabklärung der Patienten in der zentralen Notaufnahme wird sichergestellt, dass ein geeignetes Patientengut an das KH der Elisabethinen überstellt wird.</p>	<p>Sinkende Strukturkosten durch optimalere Ressourcenausnutzung: rd. € 150 je Belagstag → Gesamtvorteil für das Kärntner Gesundheitswesen: rd. 2,1 Mio. € p.a.</p>
<p><b>Tumorboard:</b> Die gebündelte Expertise, genauso wie die einheitliche räumliche Leistungserbringung aller strahlentherapeutischen Leistungen für die gesamte Bevölkerung im Einzugsgebiet, stellt zum einen eine hohe und einheitliche Versorgungsqualität, zum anderen mehr Wirtschaftlichkeit sicher.</p>	<p>Einsparungen durch wegfallende Vorhaltekosten für Onkologen in anderen KH: geschätzte € 200.000 bis € 500.000 p.a.</p>
<p><b>Pathologie</b> (KH Wolfsberg, Elisabethinen, Waiern, Friesach, und St. Veit/Glan): zentrale Expertise</p>	<p>10 % der Erlöse (d.s. 68.000 €)</p>
<p><b>Kardiologische Angiographie</b> (LKH Wolfsberg): Patienten aus Wolfsberg werden ambulant im Klinikum behandelt – der Hin- und Rücktransport erfolgt am selben Tag, weshalb ein stationärer Aufenthalt im Schwerpunkt Krankenhaus entfällt.</p>	<p>1.000 € je Patient (bei rund 20 Patienten jährlich)</p>
<p><b>Ambulante PET-CT Untersuchungen</b> (LKH Villach): rund 50 Patienten pro Jahr aus Villach erhalten im Klinikum Klagenfurt ambulante PET-CT Untersuchungen.</p>	<p>Wirtschaftlicher Vorteil ist nicht abzuschätzen</p>

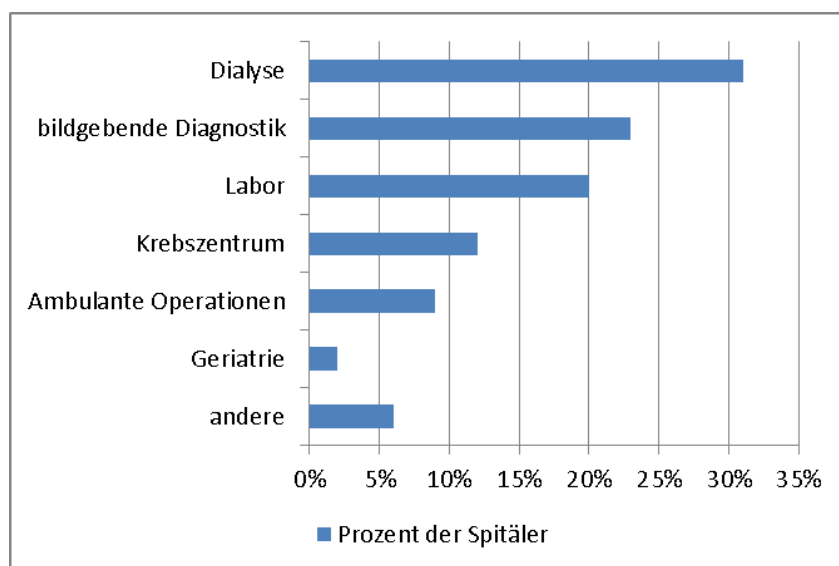
<b>Zentrallabor und Mikrobiologie</b> in Klagenfurt: höhere Serienlängen und zentrale Expertise	10 % des Umsatzes (d.s. 70.000 €)
<b>Teleradiologie</b> (KH Laas und Spittal/Drau): Vorhaltung einer entsprechenden Expertise vor Ort fällt weg.	< 100.000 €
<b>Versorgung mit Arzneimitteln</b> (LKH Wolfsberg, KH Friesach und BKH Lienz): uentrale Fachexpertise und Einkaufs- und Logistikvorteile	3-5% des Umsatzes (d.s. 120.000-200.000 €)

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

### Situation im US-amerikanischen Markt

Nachdem nun auf konkrete Beispiele eingegangen wurde, soll noch kurz auf die Situation am **US-amerikanischen Markt** verwiesen werden. Eine Studie dazu thematisiert auch die Outsourcing-Tätigkeiten in medizinischen Leistungsbereichen. Hierbei lässt sich an diesem nationalen Beispiel zeigen, wie weitreichend auch im medizinischen Bereich ausgelagert werden kann. An dieser Stelle werden nur die hier relevanten Ergebnisse dieser Studie dargestellt, die weitere Aufarbeitung der Studie folgt im Kapitel 5.5 (Internationale Studien und Erfahrungen zu Outsourcing). Klar ersichtlich ist, dass Leistungen im Bereich Dialyse, bildgebende Diagnostik und Labor am häufigsten ausgelagert bzw. ausgegliedert werden. Zumeist wird ein Vertrag mit einem externen Verkäufer geschlossen (Hill et al. 2006).

**Abbildung 30: Outsourcing-Tätigkeit bei medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor (2006)**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 adaptiert nach Hill et al. 2006.

## 5. Kooperationen im tertiären Bereich

### 5.1. Der Tertiäre Leistungsbereich

Der tertiäre Leistungsbereich umfasst alle nicht-medizinischen, patientenfernen Prozesse, welche den Ablauf auf medizinischer Behandlungsebene (primärer und sekundärer Bereich) unterstützen bzw. erst ermöglichen. Dieses Kapitel behandelt die Möglichkeiten von Kooperationen und Outsourcing im tertiären Bereich. Diese Wirtschafts- und Versorgungsaufgaben komplettieren mit den vorangegangenen Kapiteln des primären und sekundären Leistungsbereichs somit das Leistungsspektrum in einem Spital.

Der tertiäre Bereich garantiert, vereinfacht ausgedrückt, den Ablauf und die Funktion der Haupt- und Kernaufgaben eines Spitals. Erst durch diese Wirtschafts- und Versorgungsaufgaben wird die medizinische Leistungserbringung im primären und sekundären Leistungsbereich ermöglicht.

Neben der Erläuterung und Darstellung von Leistungen im tertiären Bereich widmet sich das anschließende Kapitel der Möglichkeit zur Leistungserbringung durch Outsourcing. Dieser Abschnitt dient der Erweiterung der theoretischen Konzeptionen zur kooperativen Leistungserbringung aus Kapitel 2 und soll, aufgrund der Bedeutung von Outsourcing-Vorhaben im Bereich der Wirtschafts- und Versorgungsaufgaben, an dieser Stelle angeführt werden. Die Anwendung der in diesem Kapitel gewonnen Erkenntnisse ist sehr fallspezifisch, weshalb daran anschließend auf konkrete Möglichkeiten und Beispiele von Kooperationen und Outsourcing-Vorhaben im tertiären Bereich eingegangen wird. Dabei sollen auch negative Erfahrungen sowie Barrieren und Probleme bei der Umsetzung angeführt werden, um eine Einschätzung der Potenziale alternativer Organisationsformen geben zu können und um das Nutzen-Risiko-Profil zu verdeutlichen. Die durchgeführten eigenen empirischen Erhebungen zu Kooperationen und Outsourcing versuchen das aktuelle Ausmaß und zukünftige Potenzial im österreichischen Spitalssektor zu erheben. Gleichzeitig sollen Nutzen und internationale Ausweitungstendenzen aus der wissenschaftlichen Literatur abgebildet werden. An dieser Stelle sei auf eine Äußerung von Krystek (2009) verwiesen:

*„Soweit ersichtlich, existieren wenige Berichte über Ausmaß und die Bereiche von Outsourcing-Vorhaben in Krankenhäusern. [...] Umso interessanter erscheint ein Blick auf die vorhandenen Untersuchungen, die zumindest Tendenzen der Nutzung des Outsourcing-Potenzials erkennen lassen.“ (Krystek 2009: 61)*

### 5.1.1. Spitalsleistungen im tertiären Bereich

Die hier angeführten Leistungen, welche dem tertiären Bereich zugeordnet sind, werden innerhalb der medizinischen Versorgung durch Spitäler noch anderweitig bezeichnet als:

- patientenfremde Leistungen
- periphere Leistungen
- Unterstützungs- oder Hilfsleistungen
- Wirtschafts- und Versorgungsaufgaben
- Teilbereiche davon als administrative Leistungen und Immobilien- und Hotelleistungen.

Spitalsleistungen im tertiären Bereich sollen folgend, anhand einer von Renner et al. (2001: 41) vorgenommenen Untergliederung in Ver- und Entsorgungsbereich, Verwaltungsbereich und Nebenbereich, angeführt werden:

#### Ver- und Entsorgungsbereich

1. Bereich der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung:
  - Küchenbereich
  - Apothekenbereich (Anstaltsapotheke, Medikamentendepot)
  - Sonstige Funktionsstellen in diesem Bereich: medizinische Gaszentrale, Krankengeschichtenarchiv, medizinische Aufnahme, betriebsärztlicher Dienst, Strahlenschutz
  - Zentralsterilisation (sekundärer Leistungsbereich)<sup>18</sup>
  - Zentraldesinfektion (sekundärer Leistungsbereich)<sup>19</sup>
2. Bereich der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung:
  - Energiezentrale
  - Reinigungsdienst
  - Gärtnerei, Außenanlagen
  - Müllentsorgung
  - Nicht-medizinische Werkstätten
  - Medizintechnik (inkl. Gerätewartung)

---

<sup>18</sup> Leistung des sekundären Bereichs dieser Studie zur Vervollständigung des Ver- und Entsorgungsbereichs hier angeführt.

<sup>19</sup> Siehe Fußnote 18



- Technisches Servicezentrum
- Transport (allg. Transport, Aufzüge, Rohrpostanlagen)
- Innerbetrieblicher Transport (Hol- und Bringdienste, Krankentransporte)
- Materialverwaltung (Einkauf, Inventarverwaltung, Materialmagazin)
- Wäscherei, Näherei
- Patientenbetreuung/Sozialdienst
- Sonstiges: Seelsorge/Kapelle

#### Verwaltungsbereich

- Anstaltsleitung (Ärztl. Leitung, Pflegeleitung, Verwaltungsleitung, technischer Betriebsleiter)
- Personalverwaltung und -abrechnung
- Rechnungswesen (Buchhaltung, Kassa, Kostenrechnung)
- EDV
- Gebührenverwaltung und -verrechnung
- Aufnahme und Entlassung
- Sonstige Verwaltungsstellen wie Bibliothek, Poststelle, Telefonzentrale, Rechtsabteilung, Sicherheitsdienst

#### Nebenbereiche

- Kindergärten
- Lagerhaltung
- Land- und Forstwirtschaft, Gärtnereien
- Ausbildungs- und Schuleinrichtungen (Hebammenakademie, u.a.)
- Sport- und Freizeiteinrichtungen
- Personalwohnungen, Garagen und Geschäfte
- Sonstige Nebeneinrichtungen wie Familienberatung, Fürsorge, Mutterberatung, Rettung, Sozialdienst, Jugend am Werk

## 5.2. Theorie des Outsourcing

### 5.2.1. Begriff Outsourcing

Der Begriff Outsourcing benennt die Auslagerung von bis dahin selbst erbrachten Leistungen. Diese externe Nutzung von Ressourcen kann sich sowohl auf Produktionsleistungen wie auch auf Dienstleistungen beziehen. Eine Einflussnahme auf den Leistungsprozess wird damit weitgehend aufgegeben – es besteht keine Leistungsbefugnis (mit Ausnahmen bei der Ausgliederung). In Anlehnung an Krystek (2009) sollen ausgewählte Erscheinungsformen von Outsourcing nach unterschiedlichen Merkmalsausprägungen abgebildet werden:

**Marktbezug:** Beim *internen Outsourcing* werden Prozesse und Funktionen auf eine (neu gegründete) Einheit im Unternehmen selbst übertragen (Ausgliederung). Wohingegen bei *externem Outsourcing* Leistungen des Marktes zugekauft werden bzw. die Leistung durch Dritte erbracht wird (Auslagerung). Intermediäre Formen werden als *gemischtes Outsourcing* bezeichnet, bei dem Outsourcing-Geber und Outsourcing-Nehmer ein Gemeinschaftsunternehmen gründen.

**Wertschöpfungskette:** Diese bildet die Wirtschaftsstufen in Abhängigkeit der Kernkompetenz ab (siehe Abbildung 2: Vertikale und horizontale Kooperation).

**Outsourcing-Beziehung:** Bei Ausgliederungen besteht eine kapitalbasierte Verbindung zwischen Outsourcing-Geber und Outsourcing-Nehmer, sowie in weiterer Folge eine Leistungsbefugnis. Diese Leistungsbefugnis besteht bei vertraglich geregelten Auslagerungen nicht.

**Anzahl der Outsourcing-Nehmer:** Wird mit dem Outsourcing-Objekt ein Unternehmen betraut, so spricht man von *Singlesourcing*, bei der Vergabe an mehrere Unternehmen handelt es sich um *Multisourcing*. Die im Folgenden behandelten Beispiele von Outsourcing im tertiären Bereich betreffen meist *Singleoutsourcing*. Dieses hat den Vorteil, dass bei der Leistungserbringung weniger Koordinationsaufwand als beim Multisourcing anfällt, im Gegenzug jedoch eine stark einseitige Abhängigkeit besteht.

**Zeitliche- und Standortdimension:** Bei Outsourcing handelt es sich meist um mittel- bis langfristige Konzeptionen. Die Standortdimension ist von der Art der zu erbringenden Leistung abhängig. In Bezug auf die Outsourcing-Möglichkeiten von Spitälern ist der Radius aufgrund der Beschaffenheit des Outsourcing-Objekts meist begrenzt (etwa bei der Küche/Nahrung oder dem Labor).

**Leistungsumfang:** Werden lediglich einzelne Tätigkeiten ausgelagert, so wird im Gegensatz zum *totalen Outsourcing* von einem *partiellen Outsourcing* gesprochen. Dieses Merkmal

bedingt eine funktionale Abgrenzbarkeit der Outsourcing-Tätigkeit. Im Spitalssektor kommt es bei Outsourcing-Vorhaben aufgrund der Sensibilität der Bereiche im Gesundheitswesen vorerst meist zu einem partiellen Outsourcing. Erst bei entsprechender Profilierung und positiven Resultaten durch den Outsourcing-Nehmer werden Tätigkeiten total outgesourct.<sup>20</sup> Beim *Business Process Outsourcing (BPO)* werden ganze Unternehmensbereiche, speziell in Hinblick auf Informationstechnologie, an Dritte ausgelagert.

Im Kapitel 2.3. Theoretische Erklärungsansätze von Kooperationen wurden bereits theoretische Konzeptionen der Kooperationen, wie die Transaktionskostentheorie, ressourcenbasierte Erklärungsansätze, die Spieltheorie, oder die Theorie der Kernkompetenzen, angeführt. Bei der Vergabe von Leistungen an Dritte ist als weitere theoretische Konzeption speziell die ***Principal-Agent-Theorie*** zu berücksichtigen. Diese versucht das Verhältnis zwischen Outsourcing-Nehmer (*Agent*) und Outsourcing-Geber (*Principal*) zu erklären. Dem *Agent* kommt oftmals ein Wissensvorsprung zu, welcher in der hierarchischen Anordnung der Akteure einer asymmetrischen Informationsverteilung entspricht und zu negativen Auswirkungen für den *Principal* führen kann (etwa *Moral Hazard*). Die dadurch entstehenden Kosten für den *Principal* werden auch als Agenturkosten bezeichnet. Diese untergliedern sich in Steuerungs- und Kontrollkosten zur Reduktion des Informationsnachteils durch den *Principal*, Signalisierungskosten zur Reduktion von Informationsasymmetrien durch den *Agent* (Garantiekosten) und die verbleibenden Residualkosten, welche den Wohlfahrtsverlust aufgrund der Divergenz zum gleichgewichtigen Optimum ohne asymmetrische Informationen darstellen (Paul 2006).

### 5.2.2. Nutzen und Risiken von Outsourcing-Prozessen

Die gleichen Motive für Kooperationen und Outsourcing bergen andererseits im Gegenzug ein entsprechendes Risiko. In Anlehnung an Krystek (2009) soll eine Auswahl an Motiven und Risikofaktoren im Outsourcing-Prozess gegenüberstellend abgebildet werden, um das Chancen-Risikoprofil von Outsourcing-Prozessen zu verdeutlichen (siehe nächste Seite):

---

<sup>20</sup> Expertenmeinung, in persönlichen Interviews erhoben.

**Tabelle 15: Nutzen und Risiken von Outsourcing**

Motive für Outsourcing	Risiken von Outsourcing
<p>Die Vergabe der Leistungserbringung an Dritte birgt ein großes <b>Kostensenkungspotenzial</b>. Durch Skalen- bzw. Verbundeffekte und Lerneffekte beim Outsourcing-Nehmer kommt es zu einer Kostendegression. Fixkosten werden durch die Leistungsübernahme (inklusive der Prozessgestaltung bei fluktuierender Auslastung) durch Dritte variabilisiert und ermöglichen eine größere Flexibilität.</p>	<p>Da der Outsourcing-Prozess mit einigen Umstellungen verbunden ist und eines hohen Koordinationsaufwandes bedarf, ist eine <b>Bestimmung der gesamten Kosten und des gesamten Nutzens</b> durch das Outsourcing-Vorhaben mit Komplikationen verbunden. Transaktionskosten sind oftmals schwer zu bestimmen. Dazu kommen <i>hidden costs</i> (versteckte Kosten), die per Definition eine Unsicherheit bei der Berechnung des Nettoeffekts darstellen.<sup>21</sup></p>
<p>Weitere Motive für Outsourcing sind die <b>Entlastung der Unternehmensleitung</b>, eine <b>Chance zur Erschließung neuer Geschäftsfelder</b>, eine <b>Verminderung der Komplexität</b> bei <b>gleichzeitiger Steigerung der Flexibilität</b> und die durch Outsourcing ermöglichte stärkere <b>Konzentration auf Kernaufgaben</b>.</p>	<p>Erst eine <b>klare Abgrenzung des Outsourcing-Objekts</b> zu den restlichen Tätigkeiten ermöglicht eine einfache Konzentration auf Kernaufgaben. Unscharfe Trennlinien machen ein aufwendiges <b>Schnittstellen-Management</b> notwendig, welches die Komplexität steigert und eine Belastung für die Unternehmensleitung darstellt.</p>
<p>Zusätzlich kommt es zu einer <b>Risikoverlagerung</b> in Richtung des Outsourcing-Nehmers, sowohl auf der Prozessebene als auch auf der Finanzierungsebene.</p>	<p>Das Risiko eines <b>Misserfolges</b> und die damit verbundenen Kosten einer <b>Rückführung der Leistungserbringung ins Unternehmen (Backsourcing)</b> müssen einkalkuliert werden.</p>
<p>Einige dieser Vorteile und Verbesserungen durch Outsourcing werden über den <b>Wissensvorsprung</b> des Outsourcing-Nehmers erzielt. Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit eines <b>Know-how-Transfers</b> vom Outsourcing-Nehmer zum Outsourcing-Geber.</p>	<p>So, wie Wissen über den Outsourcing-Nehmer gewonnen werden kann, ist es auch möglich, dass <b>Fachwissen und Prozesskenntnisse abfließen</b> (Ausgleich der asymmetrischen Informationen). Auch ein physischer Abfluss von Wissen durch den Abgang von Fachpersonal ist möglich (<b>brain drain</b>).</p>

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

<sup>21</sup> Der Nettoeffekt eines Outsourcing-Vorhabens entspricht dessen Bruttowertsteigerung, weniger dessen Transaktionskosten.

Aufgrund der Schwierigkeiten, die sich bei der Umsetzung von Outsourcing gezeigt haben, kommt es in vielen Fällen wieder zum sogenannten „*backsourcing*“, bei dem bereits ausgelagerte oder ausgegliederte Tätigkeiten wieder eigenständig, in der ursprünglichen Form, erbracht werden.

Die meisten der bereits angeführten Leistungen im tertiären Bereich entsprechen personalintensiven Aufgaben mit niedrigem Qualifikationsprofil. Dem Outsourcing-Nehmer entstehen geringere Personalkosten durch die Spezialisierung im Dienstleistungssegment. Diese geringeren Kosten, durch Konzentration auf das Kerngeschäft, ermöglichen in weiterer Folge eine Branchenarbitrage. Durch die Spezialisierung in einem bestimmten (Dienst-)Leistungsbereich verfügt der Outsourcing-Nehmer oftmals über ein besser qualifiziertes Personal und gleichzeitig über mehr Fachwissen in der prozessualen Leistungserbringung. Das allgemeine Know-how muss jedoch erst an die Aufgabenstellung des Outsourcing-Gebers angepasst werden. Diese Spezifizierung und Umlegung ist jedoch mit Kosten verbunden, die generell als Einlernkosten bezeichnet werden. Neben diesen Einlernkosten, welche sich ausschließlich nach der gestellten Aufgabe richten, entstehen Aufwendungen durch aufgabenfremde Faktoren, wie etwa Integrationskosten. Die Einstellung und Integrationsbereitschaft der Belegschaft des Outsourcing-Nehmers oder auch das Gesamt- bzw. Stimmungsbild der Kunden (Patienten) in Bezug auf externe Leistungserbringer – gerade in einem als sensibel angesehenen Bereich wie dem Spital – nehmen hier Einfluss.

### 5.2.3. Faktoren zur Leistungsbestimmung

Es wird nun eine Leistungscharakterisierung vorgenommen, anhand derer sich klassifizieren lässt, wann eine Eigenerbringung und wann eine Fremderbringung der Leistung theoretisch anzustreben ist. In Anlehnung an Young (2007) zeigt die folgende Tabelle unterschiedliche Faktoren zur Leistungsbestimmung:

**Tabelle 16: Faktoren zur theoretischen Bestimmung der Leistungserbringung**

Determinanten	Eigenerbringung	Fremderbringung
<b>Medizinische Determinanten</b>		
Technologieverfügbarkeit	Intern	Extern (am Markt)
Kompetenzen	Kernkompetenzen	Peripher-Kompetenzen
Leistungsfrequenz	Hoch	Niedrig
Fluktuation der Auslastung	Niedrig	Hoch
Standardisierbarkeit der Aufgaben	Niedrig	Hoch
Messbarkeit des Ergebnisses	Niedrig	Hoch

<b>Ökonomische Determinanten</b>		
Dauer der Vertragsbeziehung	Kurzfristig	Langfristig
Dauer der Vertragsbeziehung	Langfristig	Kurzfristig
Faktoreigenschaften	Fähigkeiten und Ressourcen	Fähigkeiten und Ressourcen
Koordinationsbedarf bei der	Hoch	Gering
Hierarchiekosten	Niedrig	Hoch
Opportunistisches Verhalten des	Hoch	Niedrig
Opportunistisches Verhalten des	Niedrig	Hoch
Risikoaversion des Leistungsgebers	Niedrig	Hoch
Risikoaversion des	Hoch	Niedrig
Transaktionsfrequenz	Hoch	Niedrig
<b>Politische Determinanten</b>		
Interne Zielkonflikte	Wenige	Viele
Interner Zusammenhalt	Hoch	Niedrig
Externe Einflussnahme	Niedrig	Hoch
Machtverhältnis zwischen	Hoch	Niedrig
Unternehmenskultur	Ausgeprägt	Schwach
Umfeld der Leistungserbringung	Öffentliche	Private Leistungserbringung
Politische, fiskale Umstände	Stabile Finanzierung	Kostendruck
Marktunsicherheit	Hoch	Niedrig

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 in Anlehnung an Young 2007: 142.

Die abgebildeten Leistungsbereiche, die sich für Outsourcing-Vorhaben im Krankenhaus eignen, können wie folgt zusammenfassend charakterisiert werden. Als Outsourcing-Objekte eignen sich eher Leistungen, die wenig spezialisierte Arbeitskräfte und eine geringe Einlernzeit benötigen<sup>22</sup> ferner von einem geringen Investitionsaufwand charakterisiert sind und die von einer Vielzahl an Marktanbietern bereitgestellt werden können (Billi et al. 2004: 297). Eine Negativdefinition der Eigenschaften von möglichen Outsourcing-Bereichen lässt sich über die Beschreibung der Kernkompetenzen eines Spitals geben. Nach Renner et al. (2001) lassen sich zentrale Leistungen, deren Erbringung im Haus beibehalten wird, wie folgt definieren:

- Patientennahe medizinische Leistungen

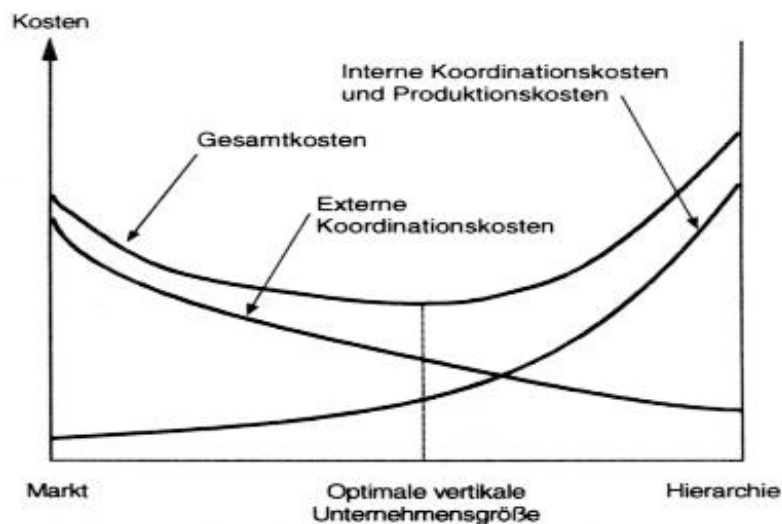
<sup>22</sup> In manchen Fällen geschieht ein Einkauf von Spezialleistungen, anstatt eigenes hochqualifiziertes (teures) Personal für seltene, wissensintensive Dienstleistungen zu beschäftigen. Die Leistungsfrequenz ist hier eine entscheidende Determinante.

- Notfall-Leistungen mit direktem Patientenbezug
- Spezielle, komplexe Leistungen

Outsourcing-Objekte im Spitalssektor sind öfter als Leistungen charakterisiert, die nicht direkt die medizinische Versorgung bzw. Behandlung der Patienten betrifft und die keine diversifizierte, spezielle Leistungserbringung darstellen.<sup>23</sup> Das Maß, an dem gemessen werden kann, wie diversifiziert bzw. speziell eine Leistungserbringung ist, richtet sich nach dem notwendigen Grad der Ausbildung der Humanressourcen, dem Technologiegrad, oder danach, ob es sich um Routineaufgaben oder Spezialeingriffe handelt. Die Auslagerung bzw. Ausgliederung eignet sich besonders bei Prozessänderungen mit geringem Investitionsbedarf. Outsourcing-Objekte sind meist Leistungen mit mittlerem bis hohem Durchführungsvolumen, deren Leistungserbringung einem standardisierbaren Arbeitsablauf mit eingeschränktem Koordinierungsbedarf (niedrige Transaktionsfrequenz) folgt. Aufgrund der Spezialisierung in dem betroffenen (Dienst-)Leistungsbereich und durch eine flexiblere Personalstruktur ist es für den Outsourcing-Nehmer leichter, auf Frequenzschwankungen in der Auslastung zu reagieren.<sup>24</sup> Die damit langfristig kostengünstigere Leistungserbringung ermöglicht die sogenannte Branchenarbitrage.

Die Entscheidung zwischen einer Erbringung am Markt oder im Haus (in der eigenen Leistungshierarchie) kann als Optimierung der internen und externen Koordinationskosten aufgefasst werden.

**Abbildung 31: Optimale Unternehmensgröße**



Quelle: Gurbaxani und Wang 1991.

<sup>23</sup> Im Kapitel zu internationalen Studien über Outsourcing, verdeutlicht sich der Trend zu mehr Outsourcing-Tätigkeiten im medizinischen Leistungsbereich.

<sup>24</sup> Dienstleistungen werden zum Zeitpunkt der Produktion konsumiert, wodurch sich keine Möglichkeiten zur Lagerhaltung ergeben. Daher kommt Frequenzschwankungen in der Auslastung eine bedeutende Rolle in der Prozessplanung zu. Speziell der tertiäre Bereich ist von Leistungen im Dienstleistungssektor geprägt.

Durch die Übertragung der Prozessverantwortung an den Outsourcing-Nehmer, welcher in Folge dessen die vordefinierten Leistungen zu erbringen hat, kommt es beim Outsourcing-Geber zu einer Flexibilisierung, speziell im Bereich der Personalaufwendungen, wodurch eine Variabilisierung und Optimierung der langfristigen Kosten ermöglicht wird. Dabei sind jedoch interne Machtstrukturen im Spital zu berücksichtigen. Outsourcing-Vorhaben können zu einer Demotivation von Mitarbeitern des Outsourcing-Gebers führen (Bruch 1998). Das Outsourcing-Vorhaben ist gleichzeitig stets von der gesetzlichen Regulierung bzw. allgemein von externen Einflussfaktoren und äußeren Rahmenbedingungen abhängig (siehe zur internen Machtstruktur und zu externen Einflussfaktoren: Politische Determinanten in Tabelle 16: Faktoren zur theoretischen Bestimmung der Leistungserbringung).

Young (2007) hebt zusätzlich die Bedeutung von Distanz bzw. den Unterschied von ruralen und urbanen Gebieten hervor. Für Spitäler in ruralen Gebieten ist es schwerer, entsprechend ausgebildetes Personal zu finden. Gleichzeitig ermangelt es einem solchen Spital an Flexibilisierungsmöglichkeiten der Belegschaft. Gerade Outsourcing bietet Lösungsmöglichkeiten für diese Problematiken. Die Kosten des Outsourcings sind in ruralen Gebieten jedoch auch höher als in Ballungszentren, da die für die Leistungserbringung beauftragten Unternehmen (Outsourcing-Nehmer) unter denselben problematischen Strukturbedingungen arbeiten müssen. Weiters können lokale bzw. topologische Gegebenheiten im betreffenden Einzugsgebiet eine große räumliche Distanz zwischen den Partnern innerhalb einer Kooperation schaffen, woraus höhere Transportkosten bzw. ein hoher Transportkostenanteil resultieren. Auch wenn Entfernung und Transportkosten eine zentrale Bedeutung bei der Betrachtung von Kooperationen erlangen, so ist der Einfluss geografischer bzw. topologischer Determinanten von der Leistung, welche in Form einer Kooperation erbracht werden soll, abhängig. Informationen, wie Patientendaten sind von der Barriere der Entfernung weniger betroffen. Der Transport von Laborproben gestaltet sich bereits schwieriger, ist jedoch anhand eines systematisierten Prozesses bewältigbar. Durch eine zentralisierte Küche gekochte warme Speisen lassen sich transportieren, unterliegen aufgrund der Auskühlung jedoch einer Entfernungs- bzw. Radiuseinschränkung. Diagnosegeräte hingegen sind de facto immobil und verlangen eine gewisse Mobilität beim Konsumenten der Leistung.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Es existieren auch mobile bildgebende Diagnosegeräte, welche in einem Lastkraftwagen verbaut sind. Diese sind hauptsächlich in den USA gebräuchlich, wobei deren Nutzung aufgrund der Sensibilität der Geräte und hoher variabler Kosten durch Treibstoff und Helium (zur Kühlung) nicht weitverbreitet ist (Loria, 2008).



### 5.3. Praktische Beispiele im tertiären Bereich

Es existiert derzeit nur wenig Information, inwieweit Kooperationen im tertiären Bereich im österreichischen Gesundheitswesen verbreitet sind. Um in diesem Bereich etwas „Licht ins Dunkel“ zu bringen hat Janschitz im Jahr 2007 143 österreichische, gemeinnützige Krankenanstalten mittels Fragebogen zu diesem Thema befragt. Das Ziel der Befragung war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie häufig Krankenanstalten bei Leistungen aus dem tertiären Bereich kooperieren. Der Schwerpunkt der Befragung bildete die Erfassung bestehender hauseigener Kooperationen samt Kooperationspartner und der Aufgabenteilung zwischen diesen (Janschitz 2009).

#### Rücklauf

Insgesamt wurden von 61 Krankenanstalten Fragebögen retourniert, damit lag die Rücklaufquote bei 43 Prozent. Die 61 an der Befragung teilnehmenden Krankenanstalten befanden sich unter unterschiedlicher Trägerschaft<sup>26</sup> und verfügten über eine unterschiedliche Bettenanzahl<sup>27</sup> (Janschitz 2009).

#### Ergebnisse

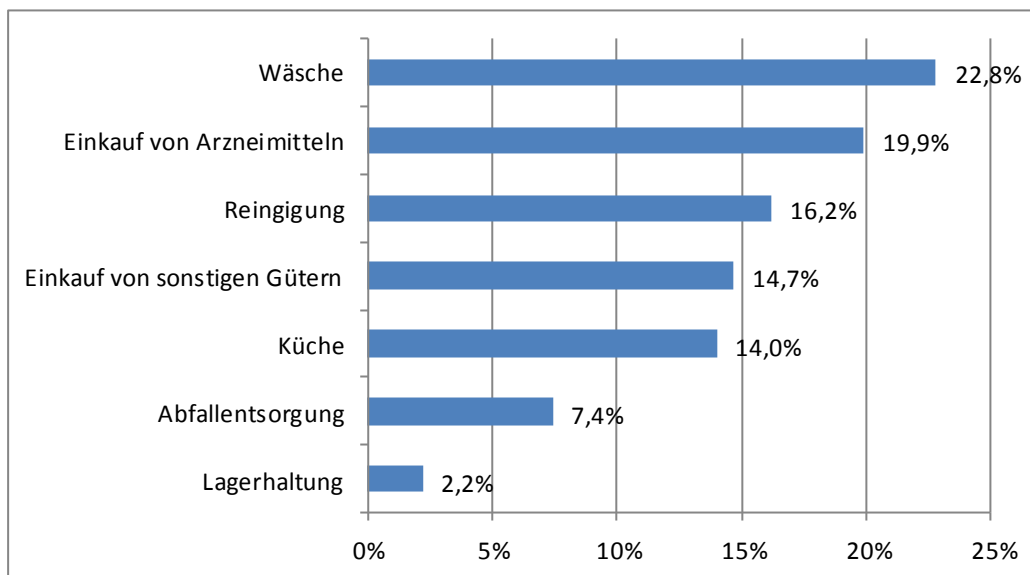
Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt einerseits anhand der Häufigkeit der Kooperation und andererseits anhand der Art der Kooperation.

**Im Bereich der Versorgung** wurden 136 Kooperationen angeführt. Dabei lagen die Wäscherei und der Einkauf von Arzneimitteln an der Spitze. 23 Prozent der Krankenanstalten führten eine Kooperation im Bereich der Wäscheversorgung und 20 Prozent der Krankenanstalten eine Kooperation im Bereich der Arzneimittelbeschaffung an. 16 Prozent der Spitäler unterhielten eine Kooperation im Bereich der Reinigung, 15 Prozent im Bereich des Einkaufs sonstiger Güter, 14 Prozent im Bereich der Küche und 7 Prozent im Bereich der Abfallentsorgung (vgl. Abbildung 32) (Janschitz 2009).

---

<sup>26</sup> 52 Prozent im Eigentum des jeweiligen Bundeslandes, 17 Prozent im Eigentum von konfessionellen Organisationen, 15 Prozent im Eigentum von Gemeinden oder Bezirken, 10 Prozent im Eigentum von Sozialversicherungsträgern, die restlichen 6 Prozent standen im Eigentum von sonstigen Trägern

<sup>27</sup> 10 Prozent der Krankenanstalten zur Kategorie „weniger als 100 Betten“, 45 Prozent zur Kategorie „100-250 Betten“, 37 Prozent zur Kategorie „251-500 Betten“, 2 Prozent zur Kategorie „501-800 Betten“ und 6 Prozent zur Kategorie „mehr als 800 Betten“.

**Abbildung 32: Kooperationshäufigkeit im Bereich Versorgung (in Prozent, n=136)**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 adaptiert nach Janschitz 2009.

**Im Bereich Verwaltung** wurden 62 Kooperationen angeführt. Hier entfielen 37 Prozent aller Kooperationen auf den Bereich EDV, 26 Prozent auf den Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung, 20 Prozent auf den Bereich Marketing bzw. Öffentlichkeitsarbeit und 17 Prozent auf den Bereich Rechnungswesen und Controlling (Janschitz 2009).

Janschitz 2009 untersuchte, ob und inwieweit ein Zusammenhang zwischen Kooperationshäufigkeit und Krankenhausgröße besteht. Die Untersuchung zeigte, dass kleinere Krankenhäuser (Kategorie „bis 250 Betten“ über signifikant mehr Kooperationen verfügen als größere Krankenhäuser (Kategorie „251-500 Betten“). Die mittlere Kooperationshäufigkeit sank von Größerkategorie zu Größerkategorie. Die Krankenhäuser in der Kategorie „bis 100 Betten“ verfügten durchschnittlich über 4,8 Kooperationen pro Anstalt, jene in der Kategorie „101-250 Betten“ über 3,7 Kooperationen pro Anstalt und jene in der Kategorie „251-500 Betten“ über 2,5 Kooperationen pro Anstalt.

Bei der Art der Kooperation wurde zwischen folgenden Kooperationsformen unterschieden:

- Leistung wird vom eigenen Krankenhaus erbracht
- Leistung wird von einem anderen Krankenhaus erbracht
- Leistung wird an ein privates Unternehmen outgesourct
- Gründung eines Gemeinschaftsunternehmens
- Sonstiges

Die Ergebnisse sind in Abbildung 33 dargestellt.

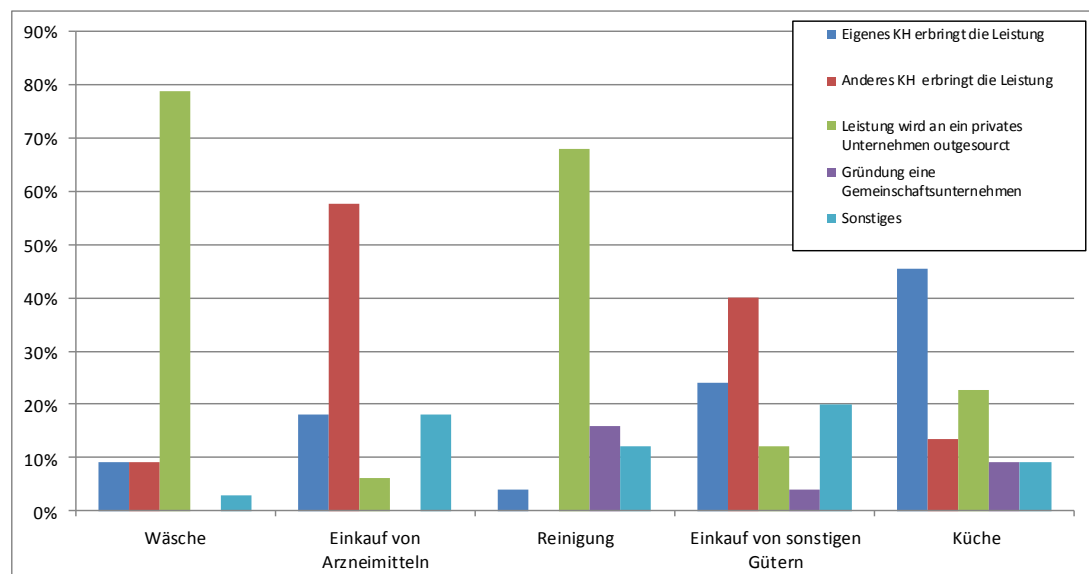
**Im Bereich der Wäsche** (n=33) erfolgte die Leistungserbringung in fast 80 Prozent der Fälle durch Outsourcing an ein privates Unternehmen, in 9 Prozent durch das eigene Krankenhaus und in weiteren 9 Prozent durch ein anderes Krankenhaus.

**Im Bereich der Reinigung** (n=22) erfolgte die Leistungserbringung ebenfalls überwiegend (68 Prozent) durch Outsourcing an ein privates Unternehmen. In 16 Prozent der Fälle wurde zur Leistungserbringung ein gemeinsames Unternehmen gegründet.

**Im Bereich der Küche** (n=22) übernahm in 46 Prozent der Fälle das eigene Krankenhaus und in 14 Prozent ein anderes Krankenhaus die Leistungserbringung. In 22 Prozent der Fälle wurde die Leistungserbringung an ein privates Unternehmen outsourct.

**Im Bereich Einkauf von Arzneimitteln** (n=33) und **Einkauf von sonstigen Gütern** (n=25) erfolgte die Leistungserbringung vorwiegend durch andere Krankenhäuser (58 bzw. 40 Prozent). Die Leistungserbringung durch das eigene Krankenhaus war in beiden Bereichen (18 bzw. 24 Prozent) zweitgeriht.

**Abbildung 33: Kooperationsart im Bereich Versorgung (in Prozent)**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 adaptiert nach Janschitz 2009.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die Bereiche Wäsche und Reinigung jene Bereiche sind, in denen die Leistungserbringung am häufigsten outsourct wird, und der Bereich Küche jener Bereich ist, in dem die Leistungserbringung am häufigsten im eigenen Haus verbleibt (Janschitz 2009).

Janschitz 2009 kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Im arithmetischen Mittel verfügen Krankenanstalten über 3,3 Kooperationen, was darauf hindeutet, dass Kooperationen im Krankenhaussektor keine Seltenheit mehr sind und eine prinzipielle Bereitschaft zur Zusammenarbeit durchaus gegeben ist.

### 5.3.1. Küche

#### Umsetzung in der Praxis

##### **Oberösterreich**

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz und das der Barmherzigen Brüder in Linz haben die Leistungserbringung im Bereich Küchen an die der Seilerstätten Küchenbetriebe GmbH (Kulinario in Linz) ausgelagert. Hierbei handelt es sich um ein Tochterunternehmen der Vinzenz Gruppe Service GmbH und des Konvents der Barmherzigen Brüder Linz, welches 2003 gegründet wurde (Vinzenz Gruppe 2012a).

#### **Einsparungspotential:**

Durch die Kooperation der Leistungserbringung im Küchenbereich konnte das KH der Barmherzigen Schwestern in Linz ein jährliches Einsparungspotential von 5 Prozent (= 350.000 Euro) verzeichnen (Vinzenz Gruppe 2012a).

Das Kulinario in Wien betreibt zwei Großküchen und versorgt das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien wie auch des Orthopädischen Spitals Speising (Kulinario 2012).

### 5.3.2. Einkauf

#### Umsetzung in der Praxis

##### **Bundeslandübergreifend: Oberösterreich und Wien**

Die **Vinzenz Gruppe** verfügt über einen zentralen Einkauf für all ihre Krankenhäuser.

**Einsparungspotential:**

Durch den zentralisierten Einkauf können jährliche Einsparungen in Höhe von 15 Prozent (berechnet auf Basis der Materialkosten) erreicht werden. Das entspricht 7,2 Mio. Euro pro Jahr (Vinzenz Gruppe 2012a).

**Bundeslandübergreifend: Barmherzige Brüder und Elisabethinen**

Das Elisabethinen-Krankenhaus-Klagenfurt wurde in das österreichweite Netzwerk der Barmherzigen Brüder integriert, wobei ersteres als selbstständige GmbH erhalten bleibt. Dabei kommt es unter anderem zur Einrichtung eines zentralisierten Einkaufs der **Barmherzigen Brüder und des Elisabethinen-Krankenhaus-Klagenfurt**, dessen Aufgaben sich in drei Bereiche gliedern:

- Beratung und Marktforschung: Der Zentraleinkauf dient als Beratungs- und Informationsstelle für sämtliche Einkäufe. Um auf Neuerungen und Entwicklungen vorbereitet zu sein, werden intensive Marktforschungen durchgeführt. So werden kontinuierlich fundierte Informationen gesammelt und die Lieferantendatei ständig aktualisiert.
- Strategischer Einkauf: sämtliche einkaufsrelevanten Leistungen werden übernommen, was auch dazu führte, dass alle medizinischen und großteils auch nichtmedizinischen Gebrauchsmaterialien und Gerätschaften unternehmensintern standardisiert wurden. Durch die interne Durchführung dieser Tätigkeiten erspart man sich die Ausgaben für externe Planer. Weiters ist der Zentraleinkauf für die Neuorganisation und Neuausstattung sämtlicher Labors zuständig.
- Operativer Einkauf: auch viele operative Aufgaben werden für die Einrichtungen übernommen. Darunter fallen unter anderem Bestellungen von Investitionsgütern, Verträge zu Dienstleistungen wie auch die zentrale Wartung der Artikel-Datenbank (SAP) (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2012).

**Burgenland**

Im Burgenland hat die Krankenhausbetriebsgesellschaft KRAGES auf die Empfehlung des Rechnungshofs reagiert und Maßnahmen hin zu einer weiteren Zentralisierung des Einkaufs vorgenommen. Inzwischen hat sich der Anteil der zentral beschafften Artikel von 45 Prozent im Jahre 2009 auf 64 Prozent im Jahre 2010 verbessert. Die getroffenen Maßnahmen waren unter anderem die inhaltliche Straffung des Warensortiments und die IT-mäßige Verwaltung der Materialstammdaten. Zur Verwaltung dieser Daten wurden Produktverantwortliche rekrutiert. Außerdem wurde die Beschaffung von Blut und Blutderivaten über das

Zentrallabor sowie die Beauftragung von medizinischen Fremdleistungen der zentralen Kontrolle unterstellt (Rechnungshof 2011/4).

### **Steiermark**

Bei der **Krankenhausbetriebsgesellschaft der Steiermark KAGes** wird ein klar vorgegebenes Vorgehensmuster verfolgt, um den Vorgaben des Bundesvergabegesetzes (BVerG) gerecht zu werden. Demnach sind sowohl die Auswahl der Produkte wie auch die Beurteilung dieser nach Funktionalität und Qualität und die schlussendliche Auswahl des Bestbieters der Expertise einer Bewertungs- und Beschaffungskommission unterworfen (vgl. G'sund Online 2007). Im Bereich der Arzneimittelbeschaffung ist die KAGes einen innovativen, neuen Weg gegangen. Insgesamt entfallen 25 Prozent aller Sachmittelausgaben auf die Beschaffung von Arzneimitteln. Der steigende Bedarf wie auch die steigenden Kosten stellen Krankenhausverbände vor wirtschaftliche Probleme. Es ist weder leicht möglich, Alternativen auszunutzen, noch eine nach unten unbegrenzte Preisverhandlung innerhalb Österreichs (gesetzten Mindestpreis) vorzunehmen. Außerdem stehen Betriebsgesellschaften dem Problem nicht nachvollziehbarer Vertriebsstrategien großer Pharmaunternehmen gegenüber, was die Preise weiterhin nach oben treibt, bei gleichzeitig großen Unterschieden innerhalb Europas. Ziel der KAGes war es, durch direkte, zentrale Verhandlungen mit Arzneimittel-Lieferanten die Einkaufspreise zu drücken. Seit einigen Jahren wird nun die Strategie des Parallel- und Reimportes von Arzneimitteln aus EU-Ländern verfolgt, die rechtlich zwar korrekt ist, jedoch einen hohen bürokratischen Aufwand mit sich bringt. Dieser Problematik wurde entgegnet, indem das in Graz ansässige Pharmaunternehmen Axeleris GmbH dazu gewonnen wurde, Medikamente günstig im Zuge des Re- und Parallelimports nach Österreich zu importieren, um diese in der Folge zu billigeren Konditionen als bisher an die KAGes weiterzuverkaufen. Aufgrund des Erfolges und der erzielbaren Kostendämpfungen wird die KAGes diesen Weg weitergehen – mittelfristig kann davon ausgegangen werden, dass über 10 Prozent des beschafften Arzneimittelvolumens parallel importierte Arzneimittel sind.

#### **Einsparungspotenzial:**

Der Fokus beim Parallelimport der Medikamente liegt auf hochpreisigen Medikamenten, die in der Regel um ca. 3-7 Prozent günstiger als der bisherig niedrigste Einkaufspreis an die KAGes abgegeben werden. In Summe ergeben sich momentan, gemessen am Gesamtvolumen dieser Arzneimittel, Einsparungen von ca. 500.000 Euro p.a (vgl. Starz und Friedl 2010).

**Wien**

Auch der Wiener **Krankenanstaltenverbund (KAV)** unternimmt Bemühungen in Richtung einer verstärkten Zentralisierung der Einkäufe. Ein Bericht des Kontrollamts der Stadt Wien, welches eine Prüfung der Beschaffung ausgewählter Wirtschaftsgüter vornahm, zeigt, dass nach wie vor eine weitgehend dezentral organisierte Einkaufsstruktur vorherrscht. Lediglich das AKH verfügt über eine zertifizierte Wirtschaftsabteilung mit standardisierten Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen. Aufgrund der langjährig gewachsenen Praxis der dezentralen Beschaffung und fehlender unternehmensinterner Informationsflüsse etablierte sich eine sehr breite Produktpalette. Die Produkte wurden oftmals zu unterschiedlichen Preisen eingekauft, unter anderem auch aufgrund der Tatsache, dass die Direktvergaben (im Unterschwellenbereich) keinen Richtlinien bezüglich periodisch einzuholender Preisinformationen oder anzustellender Preisvergleiche unterworfen sind. Bereits im Jahre 1999 konstatierte das Kontrollamt, dass diese mangelnde Standardisierung nicht nur wirtschaftliche Nachteile mit sich bringt, sondern auch den Gedanken einheitlicher Qualitätsstandards widerspricht. Auf diese Kritik des Kontrollamtes wurde jedoch reagiert, was im Laufe der Zeit dazu führte, dass seit dem Jahre 2009 ein Geschäftsbereich Strategischer Einkauf existiert – mit dem Ziel eine strategische Steuerung an allen Beschaffungsbereichen aufzubauen. Außerdem wurden neutrale Fachkommissionen ins Leben gerufen, denen die objektive Erarbeitung neutraler Produktbeschreibungen und -bewertungen obliegt. Das Projekt „Aufbau strategischer Einkauf und Reorganisation der Beschaffungsprozesse“ finalisiert die Strategie, die Organisationsprozesse hin zu einem Facheinkäufermodell zu transformieren. Im Laufe 2012 ist geplant, in den Regelbetrieb überzugehen, wobei angemerkt wird, dass die Rekrutierung geeigneter Fachkräfte als kritischer Faktor anzusehen ist (Kontrollamt der Stadt Wien 2010).

**5.3.3. Verwaltung****Umsetzung in der Praxis****Wien**

Die Vinzenz Gruppe Wien verfügt in der Verwaltung über zentrale Teams sowohl im Bereich Personal- als auch im Rechnungswesen. Das primäre Motiv der kooperativen Zusammenlegung des Personalwesens war, eine Qualitäts- und Serviceverbesserung zu erreichen.

**Einsparungspotential:**

Personalwesen:

Durch die Zentralisierung des Personalwesens können jährliche Einsparungen in der Höhe von 145.000 Euro realisiert werden.

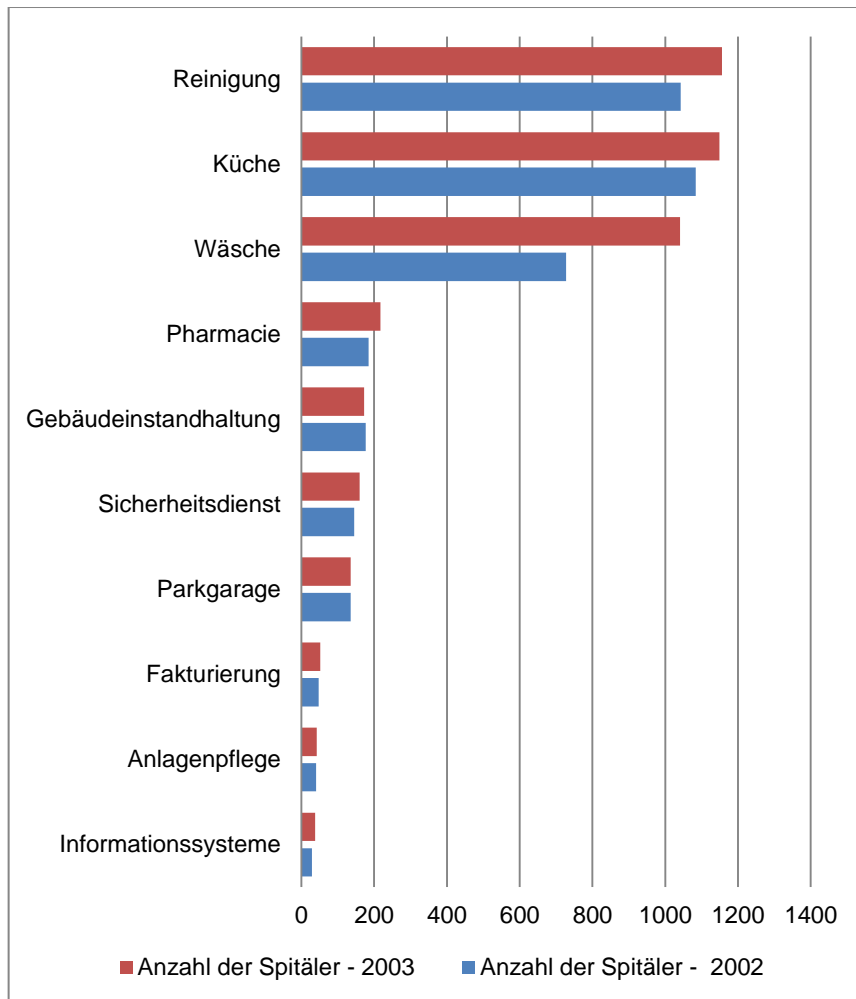
Rechnungswesen:

Durch die Zentralisierung des Rechnungswesens können jährliche Einsparungen in der Höhe von 270.000 Euro erzielt werden.

Eine Studie zu **Outsourcing-Tätigkeiten in den USA** zeigt die Verbreitung dieser im tertiären Bereich am US-amerikanischen Markt auf. Im Kapitel 5.5. (Internationale Studien und Erfahrungen zu Outsourcing) wird noch genauer auf die Ergebnisse dieser Studie eingegangen, an dieser Stelle sei nur auf hier relevante Ergebnisse verwiesen. Es ist erkennbar, dass in den meisten Bereichen ein Trend hin zu verstärkter Outsourcing-Tätigkeit besteht. Gerade in den hier genauer dargestellten Bereichen – Reinigung, Küche und Wäsche – ist Outsourcing schon verbreitet und weist signifikante Zuwachsraten auf. So haben die Outsourcing-Vorhaben im Bereich Wäsche zwischen 2002 und 2003 um 43 Prozent zugenommen. Auch bei der Reinigung mit 10,8 Prozent und der Küche mit 6 Prozent sind klare Trends erkennbar (zwischen 2002/2003) (Burkholder 2006: 73).



**Abbildung 34: Outsourcing-Tätigkeiten bei nicht-medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Burkholder 2006: 73.

Im nun Folgenden werden konkrete Beispiele für die einzelnen Kooperationsbereiche, sofern möglich inklusive damit einhergehendem Einsparungspotenzial, im tertiären Bereich dargestellt. Die Darstellung basiert auf einer ausgiebigen Literatur- und Internetrecherche sowie Experteninterviews.

#### **5.4. Empirische Erhebung zu Kooperationen und Outsourcing im tertiären Bereich**

Das IHS führte im Rahmen dieser Studie, wie bereits eingangs erwähnt, eine Befragung zu dem gleichen Thema durch. Allerdings befragte das IHS nicht einzelne Krankenanstalten, sondern stellvertretend die neun Landesgesundheitsfonds und die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften in den einzelnen Bundesländern.

Die Ergebnisse der Befragung des IHS sind teilweise deckungsgleich mit jenen von Janschitz 2009, versuchen aber, auch das Einsparungspotenzial zu quantifizieren und stellten sich wie folgt dar<sup>28</sup>:

##### 1) Wäsche

Im Bereich der Wäsche sind die Kooperationen am weitesten verbreitet. Alle Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften beziffern das Ausmaß der Kooperation in ihrem Spitalsverbund mit zwischen 96 und 100 Prozent. Die absolut dominierende Kooperationsart in diesem Bereich ist das Outsourcing an ein privates Unternehmen. Eine Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft schätzte das damit verbundene Einsparungspotenzial mit 21-30 Prozent ab.

##### 2) Reinigung

Im Bereich der Reinigung sind Kooperationen unterschiedlich weit verbreitet. Lediglich eine Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft hat die Reinigung fast zur Gänze ausgelagert, bei den beiden anderen befindet sich das Ausmaß der Kooperationen im untersten Quintil. Die in diesem Kooperationsbereich zu erzielenden Einsparungen liegen lt. Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften bei bis zu 30 Prozent. Das mögliche erreichbare Ausmaß an Kooperationen innerhalb ihres Spitalverbundes beziffern zwei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften mit 96-100 Prozent, eine Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft mit 6-20 Prozent.

##### 3) Küche

Im Bereich der Küche zeigt sich, dass Kooperationen noch nicht wirklich gängige Praxis sind. Das Ausmaß der Kooperationen liegt hier bei zwei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften bei 0-5 Prozent und bei einer Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft bei 6-20 Prozent.

---

<sup>28</sup> Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Antworten von drei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften.

## 4) Einkauf von Arzneimitteln

Im Bereich des Einkaufs von Arzneimitteln zeichnet sich ein sehr divergentes Bild vom Ausmaß der Kooperationen. Während zwei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften Arzneimittel so gut wie ausschließlich über einen gemeinsamen Verbund beschaffen, gibt es bei der dritten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft keinen gemeinsamen Einkauf von Arzneimitteln. Die Beschaffung von Arzneimitteln über einen Verbund bringt Einsparungen von bis zu 10 Prozent mit sich.

## 5) Einkauf von sonstigen Gütern

Im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern ist kein klarer Trend beim Kooperationsausmaß erkennbar. Dieses liegt zwischen 0 und 60 Prozent. Das Einsparungspotenzial wird mit 0-20 Prozent beziffert.

Im Zusammenhang mit den oben dargestellten Ergebnissen ist es wichtig festzuhalten, dass diese kein repräsentatives Bild von Kooperationen im österreichischen Gesundheitswesen darstellen und daher für das österreichische Gesundheitswesen nicht verallgemeinerbar sind. Vielmehr handelt es sich hierbei um die singuläre Darstellung von Kooperationsaktivitäten von drei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, welche rund 20 Prozent der österreichischen landesfondsfinanzierten Akutbetten abdecken.

Ein Bild kann dennoch aus den oben dargestellten Ergebnissen gewonnen werden: Bis auf den Bereich Wäsche sind Kooperationen noch nicht selbstverständlich, weshalb ein nicht zu unterschätzendes Potenzial besteht, Kooperationen in Zukunft auszuweiten und zu forcieren.

Im Rahmen von Experteninterviews wurde auch auf das noch nicht ausgeschöpfte Kooperationspotenzial im Krankenhaussektor hingewiesen. In diesem Zusammenhang charakterisierte ein Interviewpartner den österreichischen Outsourcing-Markt als **Wachstumsmarkt**, den deutschen als **Verdrängungsmarkt** und den schweizerischen als **unterentwickelten Markt**. Diese Aussage wurde folgendermaßen begründet: Im schweizerischen Gesundheitswesen herrscht derzeit noch kein allzu großer Kostendruck vor, sodass die Krankenhäuser keinen Grund für Kooperationen und Outsourcing im tertiären Bereich sehen. In Deutschland gibt es einen deutlich größeren Anteil an privatgewinnorientierten Krankenhäusern als in Österreich. Diese seien aufgrund der „professionelleren“ Managementstrukturen eher geneigt, kostensenkendes (effizienzsteigerndes) Outsourcing zu betreiben, worauf der Vorsprung Deutschlands im Outsourcing wahrscheinlich zurückzuführen ist. Der österreichische Outsourcing-Markt nimmt eine intermediäre Stellung zwischen dem schweizerischen und dem deutschen Outsourcing-Markt ein. Der vorherrschende Kostendruck im österreichischen Gesundheitswesen ist wahrscheinlich deutlich höher als im schweizerischen und immer

noch nicht so stark wie im deutschen, sodass ein Großteil des vorhandenen Outsourcing-Potenzials im tertiären Bereich derzeit noch nicht ausgenutzt wird.

## 5.5. Internationale Studien und Erfahrungen zu Outsourcing

Wie im vorangegangenen Kapitel angeführt, kann der österreichische Outsourcing-Markt im Spitalssektor als Wachstumsmarkt bezeichnet werden. Andere Länder wie Deutschland, Großbritannien oder die Vereinigten Staaten sind im Bereich Outsourcing und Kooperation weiter fortgeschritten. In solchen Ländern kann der Markt an Outsourcing-Nehmern (meist Dienstleistungsunternehmen) als Verdrängungsmarkt bezeichnet werden. Aufgrund dieses fortgeschrittenen Stadiums lohnt ein Blick auf das Ausmaß, die Tendenzen und Erfahrungen mit Outsourcing in anderen Ländern, welche in Anlehnung an Guimaraes und Carvalho (2010) überblicksmäßig dargestellt werden sollen:

### Deutschland:

- Es besteht ein negativer Zusammenhang der Spitalsgröße mit der Outsourcing-Tätigkeit: Mit wachsender Spitalsgröße sinkt die Outsourcing-Tätigkeit, sowohl im medizinischen, wie auch im nicht-medizinischen Bereich.
- Speziell bei der Auslagerung bzw. Ausgliederung von IT-Leistungen zeichnen sich regionale Unterschiede in der Umsetzung ab.
- Patientennahe Versorgung wird immer noch größtenteils durch Eigenleistung (im Haus) erbracht.
- Im Bereich patientenfremder Leistungen wie Reinigung, Wäsche, Küche, sowie auch bei Laborleistungen zeichnet sich eine zweite Welle an Outsourcing-Umsetzungen an.
- Leistungen wie Sterilisation, Instandhaltung, Rechnungswesen oder das Personalwesen verzeichnen einen Anstieg in der Fremderbringung.

### Vereinigte Staaten:

- Viele Outsourcing-Vorhaben scheitern aufgrund von mangelndem Verhandlungsgeschick, einer oft unzureichenden bzw. sich schwer gestaltenden Evaluation der Gebote der Outsourcing-Nehmer, an mangelnden Möglichkeiten zur Outcome-Messung oder einer damit verbundenen ungenügenden Ausgestaltung von Bezahlungssystemen.
- Outsourcing von Spitalsleistungen als alternative Form der Leistungserbringung ist geläufig und anerkannt, auch wenn es in Einzelfällen immer wieder zu einer Wiedereingliederung von ehemals outgesourceten Leistungen (*backsourcing*) kommt.
- Im Bereich der Kommunikationsleistungen besteht ein Offshoring-Trend.

Großbritannien:

- Fortschrittliche Entwicklung der Outsourcing-Tätigkeit von *NHS Trusts*. Diese erstreckt sich über viele Leistungsbereiche, wie etwa die nicht-medizinischen Versorgungsleistungen oder auch die wissensintensiven Unternehmens-Dienstleistungen<sup>29</sup> wie etwa IT-Services, Rechnungswesen oder Personalmanagement.
- Wie in Amerika zeichnet sich auch hier ein Offshoring-Trend bestimmter Leistungen ab.

Australien und Neuseeland:

- Starke Reduktion des notwendigen Personalstocks, etwa im Bereich von nicht-medizinischen Leistungen wie Reinigung oder Küche.
- Durch Prüfung und Evaluation bzw. Markttests der Fremderbringung werden Kostensenkungen und Qualitätsgewinne vermehrt erzielt.
- Patientennahe, medizinische Leistungen geschehen wegen Outcome-Messungsproblemen oftmals in Form von Eigenerbringung (im Haus).

Für das **australische Gesundheitswesen** existieren einige Studien, welche die Wirkung von Outsourcing-Vorhaben untersuchen. Young (2003) wählt hierzu einen interpretativen Ansatz auf Basis von Interviewdaten eines öffentlichen, ruralen Krankenhauses mit 543 Vollzeit-Angestellten und einem Umsatz von 45,2 Mio. US\$. Durch die Auslagerung der Pathologie konnten jährliche Einsparungen von 200.000 US\$ - 300.000 US\$ erzielt werden. Im Bereich der Versorgungsaufgaben konnte Personal zur Anlagenpflege eingespart werden. Die Küche wurde jedoch nach einem Leistungsvergleich mit anderen Spitälern nicht outgesourct und im Haus behalten.

Young (2005) untersucht in einer weiteren Studie die Veränderung in diversen Leistungsbereichen durch den Zusammenschluss zu einem Spitalsnetzwerk (gesamt 1.200 Akutbetten). So wurde durch die Zusammenlegung zu einer gemeinsamen Küche des Spitalnetzwerks der Personalstock von 320 auf 160 Personen reduziert, und es konnten insgesamt 5,5 Mio. US\$ eingespart werden. Durch die Zusammenführung und Koordination der einzelnen Spitäler (*stand-alone*-Leistungserbringung) zu einem Spitalsnetzwerk, wurden auch auf der Führungsebene vier Manager eingespart und das Betriebspersonal von 65 auf 35 Posten reduziert. Der Bereich technischer Leistungen (bezieht sich großteils auf die Wartung und Instandhaltung medizinisch-technischer Geräte) wurde zusammengelegt und der Personalstock in fünf Jahren (1995-2000) dadurch von 160 auf 35 Personen verkleinert. Dabei wurden zur Erbringung spezieller Aufgaben externe Anbieter herangezogen, anstatt eigenes hochqualifiziertes (teures) Personal für solche seltenen, wissensintensiven Dienstleistungen zu beschäftigen, wodurch sich insgesamt Einsparungen von 3 Mio. US\$ ergaben. Eine weitere Fallstudie in der Untersuchung von Young (2005) stellt ein

---

<sup>29</sup> KIBS (engl.:knowledge intensive business services)

städtisches, öffentliches Krankenhaus mit 3.500 Mitarbeitern dar. Durch die Auslagerung der Leistungsbereiche Verpflegung, Reinigung, Sicherheitsdienst, Stationsunterstützung, Vertrieb und Anlagenpflege konnten Einsparungen von jährlich 2 Mio. US\$ lukriert werden.<sup>30</sup> Young (2007) merkt dazu jedoch an, dass auch bei patientenfremden Versorgungsaufgaben eine Beziehung zwischen dem Personal dieser Leistungsbereiche und dem medizinischen Personal sowie dem Patienten besteht. Die Leistungsvereinbarung wurde nach negativen Erfahrungen mit einem ersten Anbieter nicht ausschließlich nach Qualitätskriterien, sondern auch nach Inputfaktoren gestaltet. So wurde beispielsweise nicht nur die Reinheit überprüft, sondern auch vorgeschrieben, wie oft ein Leistungsobjekt am Tag zu reinigen sei. Gleichzeitig wurden Vertreter der ausgelagerten Leistungsbereiche in diverse Komitees eingebunden, um den Prozessablauf besser optimieren zu können. Young (2008) merkt darüber hinaus an, dass ein Großteil der Einsparungen nicht durch die Reduktion des Personalstocks, sondern durch Veränderungen im Arbeitsprozess, in der Technologie und dem Dienstplan bzw. eine Flexibilisierung erreicht wurden.

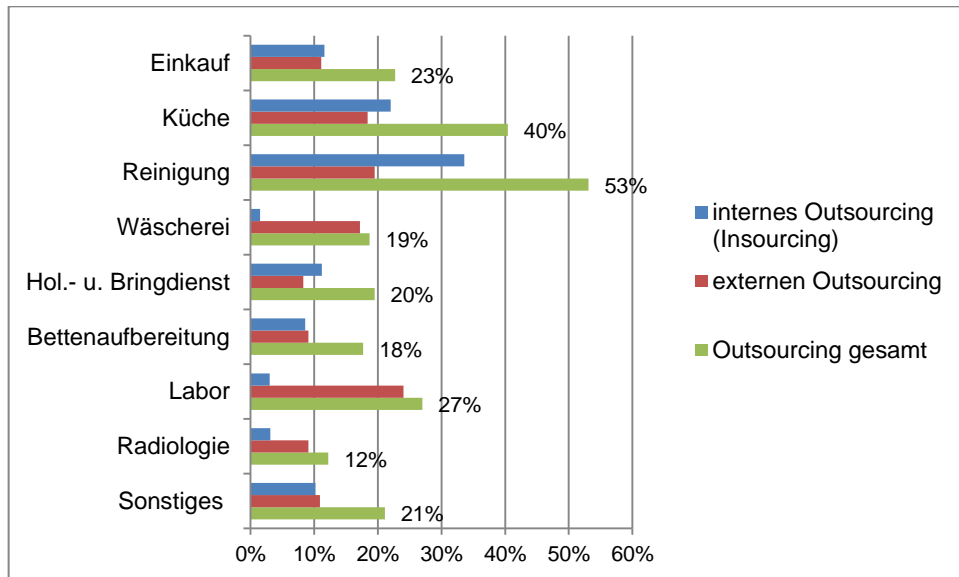
Im deutschen Krankenhaus Barometer (2007) wurde anhand einer Umfrage, an der sich 304 Krankenhäuser beteiligten, der Stand an **Outsourcing-Aktivitäten in Deutschland** erhoben. Der Fortschritt in der Outsourcing-Tätigkeit verdeutlicht sich im Anstieg der Anzahl an Krankenhäusern, die zwischen 2004 und 2007 Aufgaben an Outsourcing-Nehmer übertragen haben. Im angegebenen Zeitraum haben zusätzlich zu den Krankenhäusern, die bereits outsourcen, rund ein Drittel der Krankenhäuser Leistungen ausgegliedert bzw. an Dritte ausgelagert. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil an Krankenhäusern, welche in der Umfrage angaben, Aufgaben im Leistungsspektrum des Krankenhauses outgesourct zu haben. Dabei wird, wie bereits im Kapitel zur Outsourcing-Theorie beschrieben, zwischen Insourcing und Outsourcing unterschieden. Beim Insourcing (*internes Outsourcing*) werden Prozesse und Funktionen auf eine (neu gegründete) Einheit im Unternehmen selbst übertragen (Ausgliederung). Wohingegen bei (*externem*) *Outsourcing* Leistungen des Marktes zugekauft werden bzw. die Leistung durch Dritte erbracht wird (Auslagerung). Zwischen den Jahren 2004 und 2007 sind vor allem die Leistungsbereiche Einkauf, Küche, Reinigung, Hol- und Bringdienste, sowie das Finanz- und Rechnungswesen und der Schreibdienst (unter sonstigen Leistungen) von Insourcing betroffen. Zu den Leistungsbereichen mit dem größten (externen) Outsourcing-Volumen gehören der Einkauf, die Küche, die Reinigung, die Wäscherei und das Labor, sowie die ambulante Abrechnung und physikalische Therapie unter den sonstigen Leistungsbereichen. Die hohe Diskrepanz im Leistungsbereich Wäscherei – 17,2 Prozent Outsourcing gegenüber 1,5 Prozent Insourcing – kann als stark kompetitiver Markt in diesem Sektor verstanden werden. Viele Anbieter und Preise, Grenzkostennähe, sowie geringe Koordinierungs- und

---

<sup>30</sup> Diese Einsparungen konnten jedoch erst durch einen zweiten Outsourcing-Nehmer erzielt werden. Der Vertrag mit dem vorangegangenen Anbieter wurde aufgrund von diversen Problemen, speziell in Bezug auf die Einhaltung der Leistungsvereinbarungen, gekündigt.

Transaktionskosten führen bei der Abwägung der Formen der Leistungserbringung offensichtlich meist zur Entscheidung für ein (externes) Outsourcing.

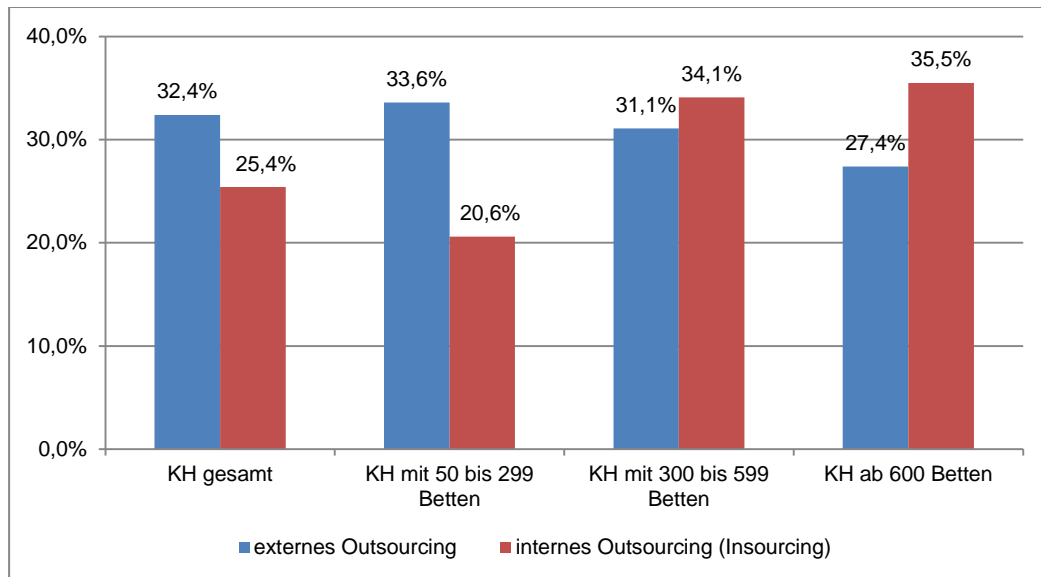
**Abbildung 35: Insourcing- und Outsourcing-Aktivität im deutschen Krankensektor nach Leistungsbereich zwischen 2004 – 2007.**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Blum et al. 2007: 28.

Unten abgebildete Graphik zeigt die Outsourcing- und Insourcing-Aktivitäten nach der Größe der Krankenhäuser, gemessen an den Akutbetten. Dabei lässt sich erkennen, dass (externe) Outsourcing-Aktivitäten mit der Größe der Krankenhäuser abnehmen, wohingegen Insourcing-Aktivitäten zunehmen. Diese Entwicklung ist unter anderem damit zu begründen, dass es großen Krankenanstalten aufgrund des hohen Leistungsvolumens leichter fallen wird, Insourcing bzw. eine Ausgliederung einer Leistung an eine neu gegründete Einheit im Unternehmen vorzunehmen. Für kleine Krankenanstalten ist diese alternative Form der Leistungserbringung mit höheren Aufwendungen verbunden, weshalb es günstiger sein dürfte, die Aufgabe durch Dritte in Form einer Ausgliederung erbringen zu lassen, oder, anders ausgedrückt, die Leistung am Markt einzukaufen (externes Outsourcing).

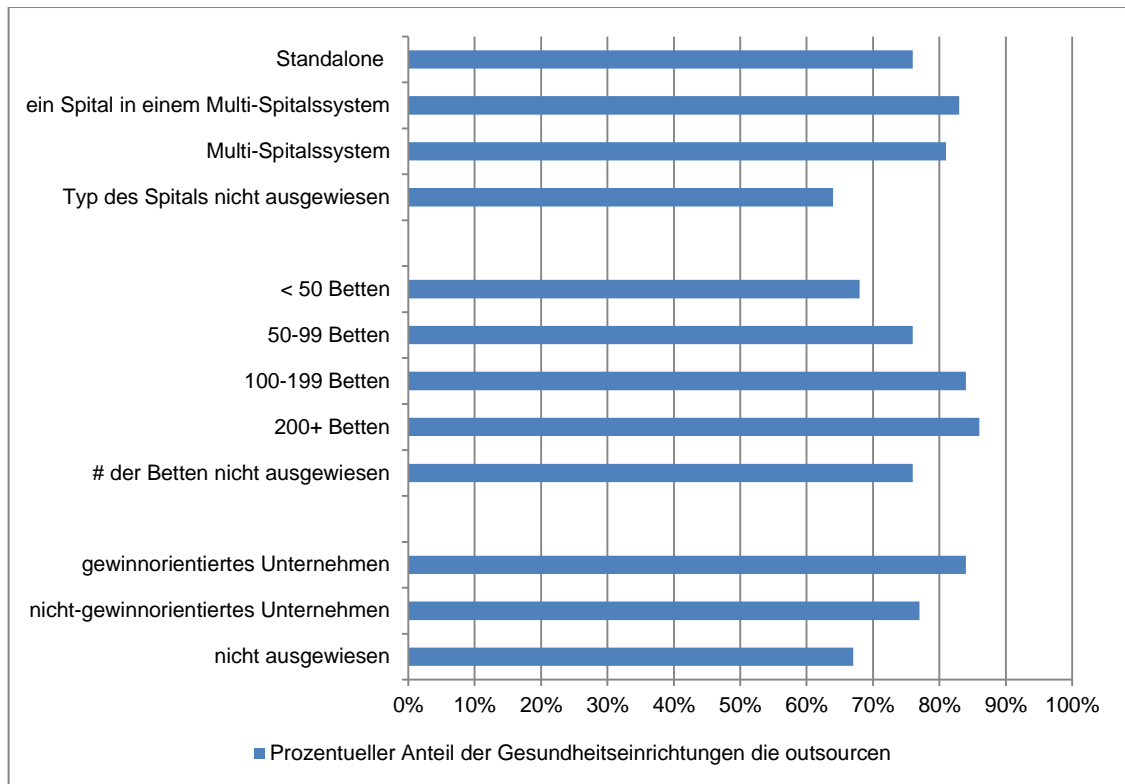
**Abbildung 36: Insourcing- und Outsourcing-Aktivität im deutschen Krankenhaussektor nach der Krankenhausgröße zwischen 2004 und 2007.**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Blum et al. 2007: 27.

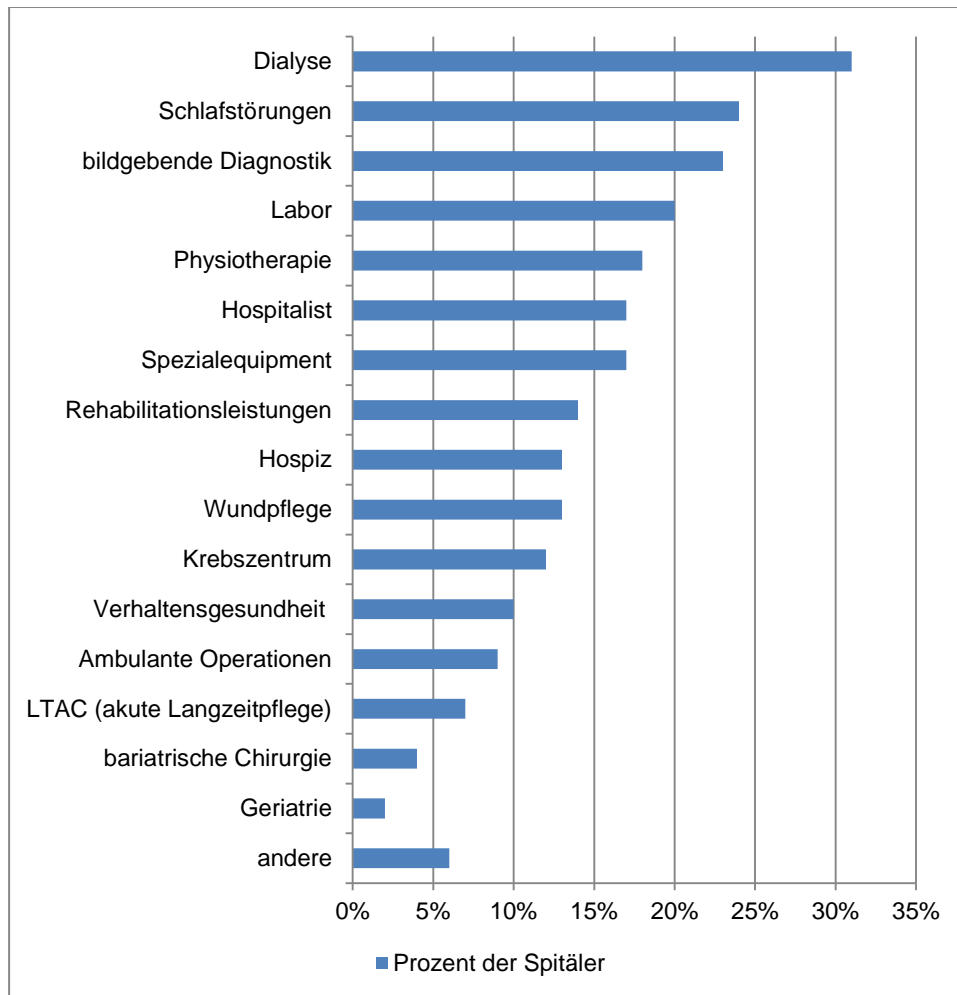
Um die Situation von **Outsourcing-Tätigkeiten auf dem US-amerikanischen Markt** zu analysieren wurde im Jahre 2006 eine Studie mit dem Titel „Hospital Outsourcing Trends in Clinical Services“ durchgeführt. Diese baut auf den Antworten von 266 Führungskräften auf, die im Zuge einer Online- und E-mail-Umfrage befragt wurden. 65 Prozent davon waren CEOs. Ein Großteil der Befragten bekleidet eine Führungsposition in einem nicht-gewinnorientierten Spital (79 Prozent). Während Leistungen wie Gebäudemanagement, Küche, Reinigung und Supply Chain Management bereits häufig ausgelagert werden, ist ein neuer Trend in der Auslagerung von medizinischen Leistungen erkennbar. Bereits 78 Prozent aller Spitäler lagern mindestens eine patientennahe Leistung aus. Folgende Grafik gibt einen genaueren Überblick über den prozentuellen Anteil der Spitäler, die klinische Leistungen auslagern. Die Zahlen zeigen, dass bereits ein großer Anteil externe Zukäufe tätigt. Weiters wird von 83 Prozent der Befragten angegeben, dass das Niveau der Zukäufe in den nächsten Jahren konstant bleiben oder sich erhöhen wird.



**Abbildung 37: Outsourcing-Tätigkeit im US-amerikanischen Spitalssektor nach der Organisationsform im Jahr 2006**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Hill et al. 2006.

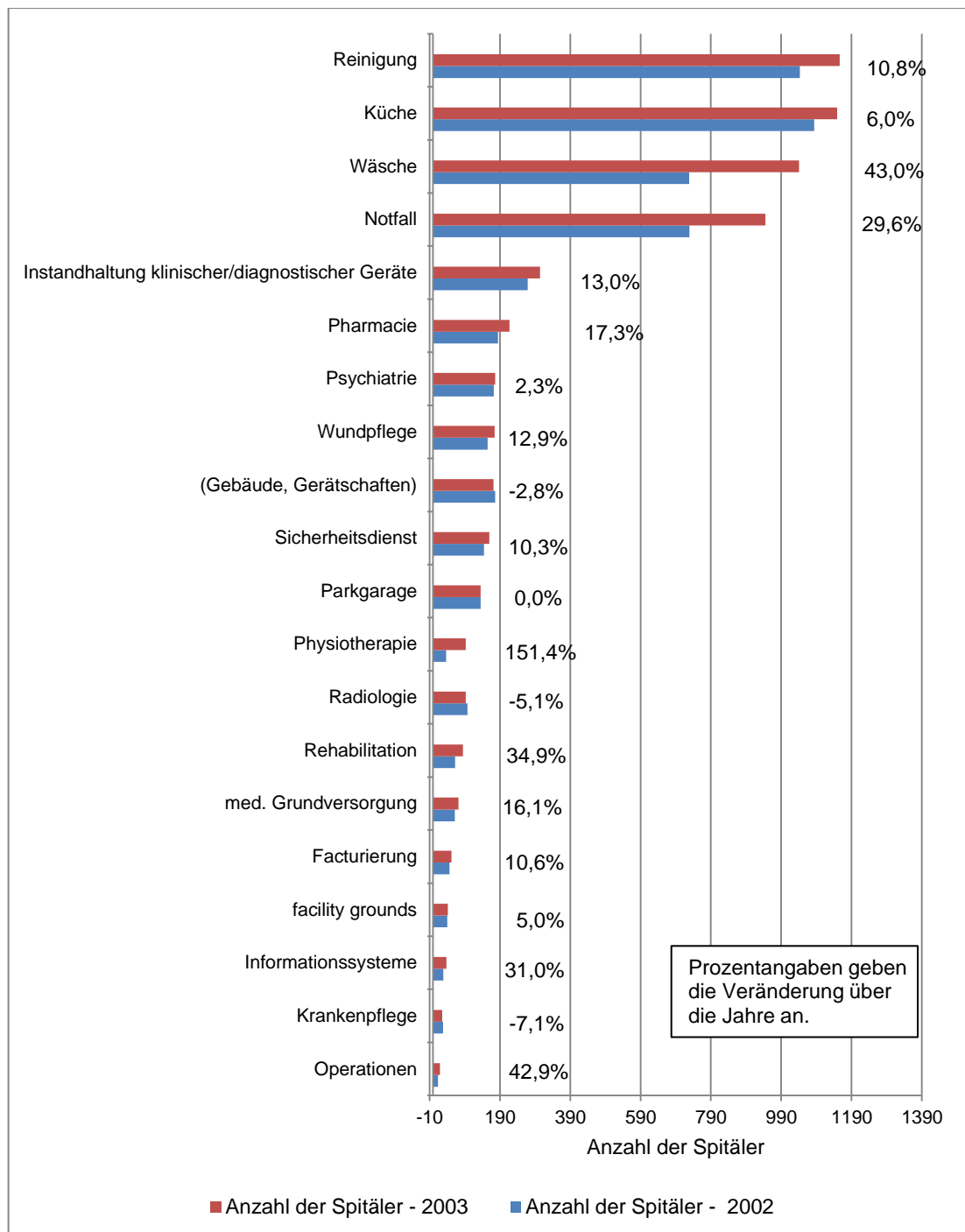
Die vorgestellte Studie umfasst, wie bereits angegeben, nicht nur Leistungen im tertiären Bereich. Es sollen an dieser Stelle auch medizinische Leistungsbereiche angeführt werden, welche outsourct werden. Dabei zeigt sich am Beispiel des US-amerikanischen Spitalssektors, wie weitreichend auch im medizinischen Bereich ausgelagert werden kann. Es lässt sich erkennen, dass Leistungen im Bereich Dialyse, Schlafstörungen und bildgebende Diagnostik am häufigsten ausgelagert bzw. ausgegliedert werden. Die meist genannte Organisationsform ist ein Vertrag mit einem externen Verkäufer, bei dem die Gewinne vom Spital oder Spitalssystem einbehalten werden.

**Abbildung 38: Outsourcing-Tätigkeiten bei medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalsektor im Jahr 2006**

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Hill et al. 2006.

Eine andere Studie zur **Outsourcing-Tätigkeiten auf dem US-amerikanischen Markt** von Burkholder (2006) zeigt ebenfalls den Fortschritt bei den Outsourcingvorhaben sowohl im medizinischen wie auch im nicht-medizinischen Bereich. Die nachfolgende Abbildung legt die 20 meist ausgelagerten Krankenhausfunktionen in den Vereinigten Staaten dar. Dabei verdeutlicht sich die voranschreitende Auslagerung von medizinischen Bereichen, sowohl an der Präsenz in der Auflistung (absolut) sowie an deren prozentualer Veränderung. Diese prozentualen Veränderungen geben die Veränderung der Outsourcing-Aktivitäten vom Jahr 2003 gegenüber dem Jahr 2002 an.

**Tabelle 17: Outsourcing-Tätigkeiten bei medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen im US-amerikanischen Spitalssektor**



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Burkholder 2006: 73.

Auch wenn **Griechenland und die Türkei** keine repräsentativen Länder für den österreichischen Spitalssektor darstellen, so zeigt sich an ihrem hohem Outsourcing-Niveau die internationale Bedeutung von Auslagerungen und Ausgliederungen von Krankenhausleistungen. Es seien daher kurz die Ergebnisse von Moschuris und Kondylis

(2006) sowie Mollahaliloglu et al. (2009) angeführt, die verdeutlichen, welche Bedeutung und Potenziale Kooperationen und Outsourcing im Spitalssektor im internationalen Kontext haben und unterstreichen, wie vermehrt versucht wird, diese zu erheben bzw. zu evaluieren. Mollahaliloglu et al. (2009) zeigen dass im Zeitraum von 2001 bis 2008 das Outsourcing-Volumen von zumindest einer Spitalsleistung von 70,8 Prozent über 88,0 Prozent (2006) auf 93,3 (2008) angestiegen ist. Basierend auf einer Befragung von 534 Krankenhäusern (das entspricht einer Rücklaufquote von 75 Prozent) gehören zu den meistausgelagerten Bereichen im tertiären Bereich in der Türkei die Reinigung (94 Prozent), IT (92,8 Prozent), Sicherheitsdienst (69,7 Prozent), Verpflegung (63,1 Prozent), Verwaltungsaufgaben (49,4 Prozent), Instandhaltung (37,3 Prozent), Wäscherei (31,7 Prozent), gemeinsamer (medizinischer) Einkauf (30,9 Prozent) und Anlagenpflege (25,7 Prozent). Moschuris und Kondylis (2006) zeigen den Fortschritt der Outsourcing-Tätigkeit in Griechenland basierend auf einer Befragung von 43 Krankenhäusern (das entspricht einer Rücklaufquote von 43 Prozent). Zu den meistausgelagerten Bereichen im tertiären Bereich in Griechenland zählen die Reinigung (97,7 Prozent), Sicherheitsdienst (51,2 Prozent), Verpflegung (32,6 Prozent), Instandhaltung (25,6 Prozent), IT (23,3 Prozent) und die Wäscherei (18,6 Prozent). Das Outsourcing-Volumen von zumindest einer Leistung liegt bei 95,3 Prozent. In 69,8 Prozent der Outsourcing-Fälle kam es zu keiner Reduktion des Personalstocks. 81,4 Prozent der befragten Krankenhäuser geben an, in naher Zukunft die Outsourcing-Tätigkeit auszuweiten zu wollen.

Die hier vorgestellten Konzepte und Umsetzungen von gemeinsamer Leistungserbringung und Outsourcing zielen auf eine Leistungssteigerung bzw. Kostensenkung ab. Dabei darf jedoch die Qualitätsebene nicht außer Acht gelassen werden. Neben Kostendruck und Effizienzkriterien dürfen Patientenbedürfnisse im Diskurs über kooperative Leistungserbringung und Outsourcing von Spitälern nicht zu kurz kommen. Der Patient soll nicht zu einer technokratischen Größe verkommen. Anders ausgedrückt ist das Effektivitätskriterium dem Effizienzkriterium vorangestellt. So behandeln diverse Studien die **Auswirkungen von Outsourcing-Tätigkeiten auf die Qualität** in der Leistungserbringung im tertiären Bereich. Pollack (2004) verweist anhand einer qualitativen Studie auf Sorgen in Bezug auf die Infektionskontrolle und die Zusammenarbeit des Personals in Folge von Outsourcing Entscheidungen im Bereich Reinigung des St. Paul's Krankenhaus in Vancouver, British Columbia. Sowohl in Bezug auf die Infektionskontrolle als auch auf die Aufgabenzuteilung und Zusammenarbeit des Personals wird ein negatives Bild gezeichnet. Hudson und Hartley (2008) messen den Effekt durch Outsourcing der Reinigung anhand der nosokomialen Infektionen (Krankenhausinfektionen). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass keine eindeutige Aussage über die Wirkung von Outsourcing auf die nosokomialen Infektionen getroffen werden kann und weitere Forschungsanstrengungen vonnöten sind. Gleichzeitig verweisen sie auf die Bedeutung der Beziehung zwischen internem und externem Personal. Durch die nötige Aufsicht und Kontrolle (der in der Leistungsvereinbarung getroffenen Kriterien) kann ein Umfeld des ständigen Misstrauens entstehen, das schädlich für das Betriebsklima und für die Leistungserbringung ist. Im

Bereich Outsourcing der Küche analysieren Studien wie etwa Kwon und Yoon (2003) oder Marshall (2000) die Auswirkungen der Auslagerung bzw. Ausgliederung. Diese qualitativen Studien basieren auf Befragungen. Kwon und Yoon (2003) kommen zu dem Ergebnis, dass nicht ausgelagerte Küchenleistungen eine geringfügig bessere Leistung in Bezug auf Diätetik und Ernährung liefern. Marshall (2000) betont, dass *public-private-partnership*-Modelle der Patientenverpflegung bei sinnvoller Ausgestaltung der Arbeitsbeziehung und Kommunikationsstrategien erfolgreich sein können.

## 5.6. Entwicklung und Tendenzen von Outsourcing im Gesundheitswesen

Das internationale Ausmaß an Outsourcing-Tätigkeiten (siehe vorangegangenes Kapitel), oder etwa die *zweite Welle* an Outsourcing-Vorhaben in Deutschland, kann aufgrund von Erfahrungs- bzw. Marktprozessen (Markttests) als Evidenz für das Erfolgspotenzial von Outsourcing im Spitalssektor verstanden werden. Auch wenn es in Einzelfällen zu Schwierigkeiten in der Umsetzung und teilweise zu *backsourcing* kommt, so spricht der Fortschritt in der Fremderbringung von Spitalsleistungen für das alternative Leistungsmodell „Outsourcing“.

In Ländern wie der Schweiz herrscht ein geringerer finanzieller Druck auf die Spitalsbetreiber, was ein Grund dafür sein kann, weshalb viele Spitäler die Leistungserbringung – auch im tertiären Bereich – im Haus belassen und nicht outsourcen<sup>31</sup>. **Kostendruck** kann dabei **als Katalysator für Reformen** der Organisationsstruktur in Richtung einer kooperativen bzw. teilweise outgesourcten Leistungserbringung betrachtet werden. In Österreich war der Kostendruck auf die Spitäler durch die Intransparenz in der Finanzierung und die Abgangsdeckungen nicht besonders groß. Zudem ist der Wettbewerb durch die Machtkonzentration bei den Bundesländern gering. Auch wenn argumentiert werden kann, dass der Vorsprung Deutschlands im prozessualen Outsourcing wahrscheinlich auf dessen höheren Anteil an privaten Spitälern zurückzuführen ist – rund ein Drittel der Krankenanstalten in Deutschland sind je in privat-geinnütziger und privat-gewinnorientierter Trägerschaft – so zeigt sich am Beispiel eines großen Dienstleistungsanbieters als Outsourcing-Nehmer im österreichischen Spitalssektor keine Mehrzahl an privaten Auftraggebern<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Aufgrund der draus resultierenden geringeren Anzahl an Outsourcing-Nehmern kann der Outsourcing-Markt in der Schweizer Spitalslandschaft als unterentwickelter Markt bezeichnet werden – im Gegensatz zum Wachstumsmarkt in Österreich bzw. Italien oder dem Verdrängungsmarkt in Deutschland.

<sup>32</sup> Auch wenn sich am Beispiel des Dienstleistungsanbieters kein großer Unterschied in der Anzahl an privaten oder öffentlichen Auftraggebern zeigt, so finden sich vermehrt große bzw. urbane Spitäler als Outsourcing-Geber im tertiären Aufgabenbereich des exemplarischen Unternehmens.

Outsourcing-Entscheidungen stoßen vielfach auf externen und internen Widerstand. Gerade im österreichischen Spitalssystem, mit einem Großteil an öffentlichen Trägern und der daraus resultierenden Verbindung zur Politik, werden Entscheidungen nicht nur nach ökonomischen oder medizinischen Kriterien, sondern auch nach wahlpolitischem Kalkül getroffen, weshalb Outsourcing-Vorhaben schwieriger umzusetzen sind. Der interne Widerstand ergibt sich aus den diversen Akteuren und Interessengruppen in einem Spital. Das von Outsourcing-Entscheidungen im tertiären Bereich meist betroffene nicht-medizinische, aber auch das medizinische Personal, stehen Outsourcing-Vorhaben oft skeptisch gegenüber.

Aufgrund dieser Barrieren und Widerstände können alternative Wege zur Umsetzung von Outsourcing-Vorhaben beschritten werden. Eine Möglichkeit bietet die kontinuierliche externe Nachbesetzung von pensionsbedingt ausgeschiedenem internem bzw. eigenem Personal. Diese kontinuierliche Auslagerung bietet einen weiteren Vorteil durch die Generierung von Erfahrungen mit externen Leistungserbringern, bei der ein Outsourcing-Vorhaben leichter wieder rückgängig gemacht werden (*backsourcing*) kann, als bei einer sofortigen, kompletten Auslagerung. Eine solche kontinuierliche Auslagerung beschränkt sich nicht nur auf die Personalstruktur, sondern betrifft auch den Leistungsbereich. So lassen sich etwa in Bezug auf Reinigungsaufgaben in einem ersten Schritt weniger sensible Bereiche durch externe Leistungserbringer reinigen, um bei positivem Ergebnis und einer Prozessoptimierung auf Basis erster gemeinsamer Erfahrungen weitere sensiblere Leistungsbereich outzusourcen. Gleichzeitig werden jedoch Einsparungseffekte durch dieses kontinuierliche Outsourcing erst auf lange Frist erzielt.

Eine weitere Möglichkeit Leistungen trotz internem Widerstand oder externen Barrieren outzusourcen bildet die Ausgliederung. Anstatt Leistungen an Dritte, an Fremdanbieter, zu vergeben (externes Outsourcing), kann im Verbund mit anderen Leistungseinheiten bzw. Spitälern eine gemeinsame Tochter- oder Schwestergesellschaft gegründet werden (siehe dazu Aufbau und Struktur der Vinzenzgruppe). Diese Form des Outsourcings wird auch als Insourcing (internes Outsourcing) bezeichnet. Auch wenn solche Ausgliederungsentscheidungen primär nach ökonomischen und medizinischen Gesichtspunkten getroffen werden sollen, so lässt sich das Insourcing als *second-best*- bzw. Kompromisslösung bei externem oder internem Widerstand nutzen.

Weitere Entwicklungen und Möglichkeiten in Bezug auf Outsourcing stellen Hilfsdienste im Pflege- und Stationsbereich oder die Ausweitung der Aufgaben der Hol- und Bringdienste dar. Externes Personal zur Erbringung von Hilfsdiensten kann der Entlastung von (teurerem) medizinischem bzw. Pflegepersonal dienen. Auch wenn der Personalaufwand zur Erfüllung der Aufgabe der Gleiche bleibt oder sich sogar erhöht, so ergibt sich eine effizientere Arbeitsaufteilung. Hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal kann sich auf die dafür vorgesehenen Kernkompetenzen konzentrieren und wird auf unterer Ebene entlastet, was eine Qualitätssteigerung und/oder Kostensenkungen in der Leistungserbringung ermöglicht.

Dieses Outsourcing in Form von Hilfsdiensten im Pflege- und Stationsbereich bewirkt eine Verschiebung von frei werdenden Kapazitäten von unteren Ebenen nach oben. Speziell bei patientennahen Outsourcing-Leistungen sind Implementierungsmöglichkeiten beim Umbau der Personalstruktur zu berücksichtigen, da diese Form der Auslagerungen eine Zusammenarbeit bzw. Bereitschaft zur Zusammenarbeit von internem und externem Personal sowie auch mit dem Patienten bedingt. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhaus Institutes mit 304 beteiligten Krankenhäusern kommt es bei 19 Prozent der deutschen Krankenanstalten zu einer Neuverteilung der Aufgaben zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen. Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit der Spitalsgröße. In Krankenanstalten mit mehr als 600 Betten erfolgt diese Neuverteilung von Aufgaben in ca. 39 Prozent der Fälle. In Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten geschieht dies in nur 14 Prozent der Fälle (Krankenhaus Barometer 2007).

Im Bereich der Hol- und Bringdienste werden logistische Leistungen nicht nur für den Patiententransport genutzt, sondern gleichzeitig für den Transport von Wäsche, Müll, oder etwa Arzneimittel. Diese Logistikaufgaben erlangen bei der Betrachtung von Multi-Spitalsmodellen aufgrund der lokalen Trennungen der Leistungseinheiten eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung und sind strukturabhängig mit dem Aufbau von zentralisierten Dispositionskrankenanstalten verbunden. Durch diese Entwicklung von Hol- und Bringdiensten vereinfacht sich die Leistungserbringung mehrerer Standorte, speziell im Bereich tertiärer Aufgaben.

## 6. Gesundheitspolitische Einordnung und Quantifizierung

Unbestritten ist, dass die gegebene Entwicklung des Ressourcenverbrauchs im Spitalswesen nicht nachhaltig ist. Umgekehrt sind auch nicht alle theoretischen Lösungen tatsächlich umsetzbar. Man muss von einer sogenannten Pfadabhängigkeit ausgehen, das heißt, der derzeitige Zustand muss fortentwickelt werden, um ein besseres Niveau zu erreichen. Im Spitalswesen sind massive *sunk costs* zu verzeichnen: Spitäler wurden bereits errichtet, Geräte angeschafft, Räumlichkeiten ausgestattet. Nicht zuletzt erfolgten auch auf politischer Seite Investitionen in Verhandlungen, um den gegebenen Zustand herbeizuführen. Es können also nicht innerhalb kurzer Zeit die Leistungen von Krankenanstalten nur mehr in Häusern erbracht werden, die die optimale Größe besitzen. Zusätzlich ist zu bedenken, dass optimale Größe ein relativer Begriff sein kann, wie die empirischen Untersuchungen in Kapitel 2.7 zeigen. Dies ist aber gleichzeitig eine Chance, die von Politik wie Spitalsbetreibern genutzt werden kann.

Die vorliegende Studie hat sowohl anhand von empirischen Studien, eigenen Erhebungen sowie einer Vielzahl von Beispielen gezeigt, dass Kooperationen im Gesundheitswesen ganz wesentliche Effizienzpotenziale bergen. Das beginnt schon bei der vermehrten hausübergreifenden Zusammenarbeit, die die Diffusion von Best Practice in Hinblick auf Qualität und Effizienz erlaubt und damit schon bei gegebenen Standorten Effizienzsteigerungen ermöglicht. Die arbeitsteilige Spezialisierung von Spitälern kann, wenn es gelingt, die Schnittstellen und damit Transaktionskosten zu minimieren, sogar Größenvorteile auf Abteilungsebene realisieren und damit Effizienz und Qualität steigern. Auch die Zusammenarbeit von Spitälern mit dem extramuralen Bereich birgt große Kostendämpfungspotenziale. Dies betrifft unter anderem den ambulanten Bereich, der derzeit leider völlig unterschiedlich finanziert wird. Eine Verschmelzung von Krankenhausambulanz und dem Angebot niedergelassener Ärzte kann auf vielfache Weise geschehen. Ärzte können die Geräte der Ambulanz mitnutzen (Arztpraxis am Krankenhaus). Es können aber auch gemeinschaftliche Einheiten gebildet werden, die für das Spital die Ambulanztätigkeit durchführen und gleichzeitig im niedergelassenen Bereich verankert sind. Die gesetzlichen Voraussetzungen dafür fehlen allerdings derzeit.

Generell wäre an der Schnittstelle zwischen Spital und anderen Leistungserbringern eine deutliche Flexibilisierung vom Gesetzgeber zu fordern. Internationale Beispiele zeigen, dass dadurch sowohl für den Patienten als auch für die Zahler viele Vorteile generiert werden können. Durch diese Flexibilisierung können Patienten automatisch dort versorgt werden, wo dies am qualitativsten und kostengünstigsten geschehen kann.

Für nachgelagerte Schnittstellen finden sich ebenso viele Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Sie zeigen, wie vorteilhaft beispielsweise die Versorgung von



Anschlussheilbehandlungen gestaltet werden kann, sodass Wartezeiten minimiert und gemeinsame Konsultationen der Akutbehandler und Rehabilitationsärzte erleichtert werden.

Letztlich zeigen auch Beispiele voller Integration der Versorgung für eine Bevölkerung sowohl große Kostendämpfungs- als auch Qualitätspotenziale.

Für sekundäre Prozessbereiche, also jene medizinischen Leistungen, die nur mittelbar für den Patienten erbracht werden, finden sich viele hervorragende Beispiele. Kooperationen funktionieren unter anderem gut im Bereich der bildgebenden Diagnostik, der Labordiagnostik, der Sterilisation oder der Pathologie. Mehrere Spitäler bedienen sich dabei gemeinsamer Ressourcen, wodurch nicht nur Kosten eingespart, sondern auch die Qualität erhöht werden kann. Das Potenzial ist, wie unsere Erhebungen zeigen, hier in Österreich noch bei weitem nicht ausgeschöpft.

Letztlich lassen sich auch nichtmedizinische Leistungen durch Kooperation bewältigen. Im gesamten tertiären Bereich gibt es Möglichkeiten der Kooperation zwischen Spitälern, indem sie gemeinsame Firmen zur Erledigung gründen oder mit externen Anbietern zusammenarbeiten. Der Markt ist in Österreich im internationalen Vergleich hierbei noch sehr schwach ausgeprägt und birgt viele Möglichkeiten, Kosten zu dämpfen, ohne an Qualität zu verlieren.

Im Folgenden werden einige Problemfelder noch genauer betrachtet sowie Kostendämpfungspotenziale abgeschätzt.

## **6.1. Spitalsgröße und Standortfrage**

In Kapitel 2.7 wurden theoretische und empirische Erkenntnisse zur Größe von Spitälern sowie ihrer Effizienz und Qualität diskutiert. Schon die neuere Literatur verweist maßgeblich darauf, dass Größeneffekte hinter technischer Effizienz (richtige Durchführung von Prozessen) zurückstehen. Weiters wird das Augenmerk vermehrt auf Verbundeffekte gelegt. Die Erkenntnisse legen nahe, dass arbeitsteilige Spezialisierung in Spitälern wesentliche Effizienzpotenziale freisetzen kann. Darauf verweist schon die Theorie, die die Existenz von Skaleneffekten auch auf Abteilungsebene nahelegt, auch wenn empirische Untersuchungen in diesem Bereich schwierig sind (mangelnde Datenverfügbarkeit).

Auf einem Sample österreichischer Spitäler können wir nachweisen dass die Skaleneffizienz zwar den typischen Verlauf mit hoher Skaleneffizienz bei mittleren Größen hat, während im Schnitt vor allem größere Spitaler mit diseconomies of scale zu rechnen haben. Jedoch weisen auch einige Spitäler unter 150 Betten sehr hohe Skaleneffizienzen auf, während einige Spitäler im mittleren Bereich unterdurchschnittlich skaleneffizient sind. Die

wesentliche Schlussfolgerung daraus ist daher, dass Standortentscheidungen sich – neben anderen Aspekten wie dem Versorgungsauftrag - an der tatsächlichen Effizienz orientieren sollten. Sperrt man beispielweise Spitäler nur aufgrund ihrer Größe, würde man tatsächlich auch sehr effiziente Anbieter eliminieren, was ein gesamtgesellschaftlicher Verlust wäre.

Während die arbeitsteilige Spezialisierung von Spitälern im primären Bereich Skaleneffekte freisetzt, die noch nicht die Overheads betreffen, können Kooperationen im sekundären und tertiären Bereich dazu beitragen, auch in jenen Bereichen Skaleneffekte zu generieren, die für die medizinischen Abteilungen Gemeinkosten darstellen. Zahlreiche empirische Beispiele aus den Kapiteln 4 und 5 weisen nach, dass maßgebliche Einsparungen möglich sind, die Unterschiede in der Größe weitgehend minimieren. Unsere Erhebungen zeigen auch, dass hier aufgezeigte Potenzial noch bei weitem nicht ausgeschöpft ist.

In Kapitel 2.8 werden als Lösung Multi-Spitalmodelle vorgestellt. Wir kommen dabei zum Schluss, dass vor allem stark integrierte, aufeinander abgestimmte Spitalsnetzwerke eine zukunftsweisende Option der Leistungserbringung sind. Sie können auf bestehenden Standorten aufbauen und diese so in ein System von Spitälern integrieren, dass die gesamthaft hohe Effizienz und Qualität realisiert werden können.

In der österreichischen Situation wäre dringend zu empfehlen, jeden Standort individuell zu prüfen. Dabei sollte auch überprüft werden, inwieweit Kooperationsmöglichkeiten gegeben sind. Nicht für alle, jedoch für viele Standorte wird die Effizienz durch solche Kooperationen im Sinne von best-practice und Spezialisierung in einem größeren Netzwerk von Spitälern eine gangbare Zukunftsperspektive sein. Dies erfordert zweifellos vom Spitalsmanagement ein engagiertes Handeln, und vom Gesetzgeber die notwendigen Rahmenbedingungen.

## **6.2. Probleme der Umsetzung und Änderungsnotwendigkeiten**

Probleme bei der Umsetzung gibt es in dreierlei Hinsicht:

- 1) Die Finanzierungs- und Bezahlungssysteme regen Kooperation nicht an
- 2) Wettbewerb findet in Österreich im Gesundheitswesen kaum statt
- 3) Regulatorische Rahmenbedingungen stehen der vermehrten Kooperation zum Teil entgegen

### **6.2.1. Finanzierungs- und Bezahlungssystem**

Zunächst besteht eine Fragmentierung der Finanzierung zwischen der Sozialversicherung, und den Gebietskörperschaften. Die Sozialversicherung gilt die meisten Bereiche im

Gesundheitswesen ab und ist mit 45 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben der größte Finanzier. Im Spitalsbereich trägt sie zwar auch rund 43 Prozent der Kosten, hat jedoch kein Mitspracherecht. Für sie sinken die Grenzkosten aller Leistungen, die sie im Spital erbringen lassen kann, auf 0. Dies betrifft genauso die Spitäler: Für sie sinken die Kosten der Leistungen, die sie nach draußen verschieben, auf 0.

Auf Ebene der Vergütungssysteme setzt sich diese ungünstige Anreizwirkung fort. Im SV Bereich herrscht die Einzelleistungsvergütung vor. Zwar brachte die Novelle des ASVG im Jahr 2010 in Hinblick auf die Gruppenpraxen die Möglichkeit, pauschale Vergütungssysteme zu verwenden. Bisher ist aber ein solches nicht etabliert. Nötig wären hingegen Vergütungssysteme, die sogar sektorenübergreifend wirken. Ein wichtiges Beispiel dafür findet sich in den Niederlanden, wo die Abgeltung der Versorgungsgruppen für eine bestimmte Erkrankung erfolgt und Leistungen von niedergelassenen Ärzten und Spitälern im Verbund erbracht werden.

Ein weiteres Vorhaben wurde ebenfalls bis dato nicht umgesetzt. Die 15a-Vereinbarung 2008-2013 sieht die Entwicklung einer gemeinsamen Finanzierung des ambulanten Bereichs vor, also des extramuralen und des spitalsambulanten. Erst durch eine kostendeckende Vergütung im ambulanten Bereich bestünde für die Spitäler nicht mehr der Anreiz, ambulant zu erbringende Leistungen in den stationären Sektor zu verlagern, wo die Kosten wesentlich höher sind. Ein einheitliches Vergütungssystem hätte auch den Vorteil, dass jene Leistungen, die in Ambulanzen günstiger erbringbar sind, auch dort erbracht werden, und umgekehrt jene, die im niedergelassenen Bereich günstiger sind, auch dort erbracht werden. International verfügen dann auch fast alle DRG-Systeme über einen ambulanten Katalog. In den Niederlanden ist die Grenze daher auch weitgehend aufgehoben. Synergieeffekte durch Kooperation können maximal genutzt werden.

Im stationären Bereich wäre eine Weiterentwicklung der LKF-Finanzierung auf kostendeckende Tarife umzusetzen (Cypionka et al. 2008). Ansonsten bestehen kaum Anreize zur Kostensenkung durch Kooperation. Die Betriebsabgangsdeckung, die ex-post ausgeschüttet wird, vermindert diese im öffentlichen Bereich erheblich. Zusätzlich wird die länder- und trägerübergreifende Kooperation stark erschwert: Werden beispielsweise Leistungen von einem Standort an einen anderen verlagert, kann damit eine andere Entgeltsituation entstehen. Denn das Geld im jeweiligen Landesgesundheitsfonds, das für den stationären Bereich vorgesehen ist, verteilt sich im einen Land nun auf weniger Leistungen, im anderen auf mehr. Ähnlich asymmetrisch verhält es sich im Bereich der privat-gemeinnützigen Trägerschaft. Durch nicht kostendeckende Entgelte würden beispielsweise Nachverhandlungen der privatrechtlichen Subventionen nötig.

Merkliche Bewegung ist somit auch erst zu beobachten, seit durch die Anpassung des „manual on the debts of the governments“ von Eurostat, welches für die Berechnung der Maastricht-Indikatoren wesentlich ist, die Defizite und Schulden der öffentlichen Spitäler in

die öffentliche Gebarung einzurechnen sind, und seit durch die unter Druck geratenen Landesbudgets der Spielraum auch für die Spitäler in öffentlicher Trägerschaft geringer wird.

Insgesamt müssen also Entgeltsysteme und Finanzierung so umgestaltet werden, dass sie Kooperationen auch anregen statt verhindern. Die LKF-Finanzierung muss kostendeckend ausgestaltet werden. Leistungsverschiebungen müssen ebenso auch mit Entgeltverschiebungen, wenn nötig über die Landesgrenze, erfolgen. Im ambulanten Bereich wäre ein einheitliches Entgeltsystem rasch zu entwickeln, welches sich nicht nach der Einrichtung sondern der Leistung richtet (Cypionka et al. 2010) und die bereits gegebenen Möglichkeiten zur pauschalierenden Entgelten auch umsetzt.

### **6.2.2. Wettbewerb**

Im extramuralen Bereich sind Krankenkassen und Ärzte zu kollektiven Vertragsabschlüssen verpflichtet. Wie schon das Beispiel Deutschland zeigt, können neue, kooperative Modelle im niedergelassenen Bereich, aber auch zwischen niedergelassenem Bereich und Spitalswesen nur durch Ausnahmen von der kollektiven Vergütung Platz greifen. In der Deutschen Gesetzgebung zur integrierten Versorgung wurde für diesen Fall daher auch explizit die selektive Kontrahierungsmöglichkeit mit den niedergelassenen Ärzten etabliert, sowie die Möglichkeit, vom Tarifkatalog der Krankenhäuser abzuweichen, wenn diese Leistungen zu kooperativen Modellen beisteuern. In den Niederlanden sind die krankheitsorientierten Versorgungsgruppen in der Verteilung der Mittel, die aus dem pauschalen Entgelt zufließen, völlig frei.

Die erhebliche Machtkonzentration behindert auch den Wettbewerb zwischen den Spitälern. Die Bundesländer haben nicht nur Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz, sie regulieren auch den Marktzugang, sind Eigentümer von über 70 Prozent der Bettenkapazität und entscheiden auch über die Finanzierung der anderen Kostenträger, deren Mittel im Landesgesundheitsfonds zusammengeführt werden. Über die privatrechtlichen Subventionen können sie überdies Druck auf die nicht-öffentlichen Spitäler ausüben. Dementsprechend ist momentan fraglich, ob die durch die KaKuG-Novelle 2012 geschaffenen Möglichkeiten, welche Großteils landesgesetzliche Regelungen erfordern, auch tatsächlich genutzt werden, auch wenn sie beispielsweise für nicht-öffentliche Spitäler vorteilhaft sind. Diese Überlegungen machen den Zielkonflikt noch einmal deutlich, der der Machtkonzentration im Spitalbereich inhärent ist.

Ebenso trägt die nicht leistungsgerechte Finanzierung mit Betriebsabgangsdeckung nicht zu mehr Wettbewerb bei. Zudem besteht keine Transparenz bzgl. Effizienz und Qualität für den Bürger, der durch seine Inanspruchnahme aber auch demokratische Entscheidung ein wichtiger Taktgeber im Wettbewerb sein sollte.

### 6.2.3. Regulatorische Rahmenbedingungen

#### Extramuraler Bereich

Die österreichische Gesetzgebung im Gesundheitswesen ist äußerst starr. Wie bereits erwähnt, gelten strenge Regeln für Vertragsverhandlungen im extramuralen Bereich, während das Verhältnis Krankenkassen-Spitäler sich überhaupt auf eine gesetzlich definierte Zahlung eines Anteils an den Beitragseinnahmen beschränkt (§447f ASVG und analoge). Auch die Ausgestaltung der Leistungserbringer ist hier genau definiert und reglementiert. Beispielsweise sind die Gruppenpraxen in Form einer GmbH in keiner Weise mit den Deutschen Medizinischen Versorgungszentren vergleichbar, da weder Anstellungsverhältnisse, noch nicht-ärztliche Gesellschafter möglich sind, was aber für eine Verschmelzung mit dem spitalsambulanten Bereich sehr vorteilhaft wäre. So wird wohl auch die an sich begrüßenswerte Möglichkeit zur vertraglichen „Auslagerung“ spitalambulanter Aufgaben an Gruppenpraxen (§26 (3) KaKuG) weiterhin die Ausnahme bleiben.

#### Rechtliche Rahmenbedingungen für Kooperationen nach dem KAKuG<sup>33</sup>

Dem Land kommt gemäß § 18 KAKuG der Auftrag zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege zu. Dabei sind die Vorgaben des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) als Landes-Krankenanstaltenplan zu berücksichtigen. Diese Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege kann entweder durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten geschehen (§ 18 Abs. 1 KAKuG). Bei Bedarf, kann somit zwischen unterschiedlichen Rechtsträgern eine Vereinbarung in Form eines zivilrechtlichen Vertrages geschlossen werden. Solche Kooperationsvereinbarungen müssen jedoch den Vorgaben der Leistungserbringung und Ausstattung mit Abteilungen des KAKuG genügen. Neben dem bereits angeführten § 18 betrifft dies im speziellen § 2a, § 2b und §2c des KAKuG.

Die Leistungsvorgaben gemäß § 2a Abs. 3 können auch disloziert erbracht werden. Durch die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) betrifft dies nicht mehr nur Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten (§ 2a Abs. 1 lit. b und c), sondern – wie bereits vor dem Jahr 2005<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz i.d.F. BGBl. I Nr. 147/2011.

<sup>34</sup> Durch die KAKuG Novelle im Jahr 2004 (BGBl. I Nr. 179/2004) wurde die Möglichkeit zur örtlich getrennten Unterbringung von Abteilungen und Organisationseinheiten gemäß § 2a Abs. 3 auf Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten eingeschränkt. Vor dieser Änderung war diese Möglichkeit Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten vorbehalten.

– auch Standardkrankenanstalten (§ 2a Abs. 1 lit. a). Örtlich getrennte Abteilungen oder Organisationseinheiten müssen gemäß § 2a Abs. 3 *funktionell-organisatorisch* verbunden sein. Eine funktionell-organisatorische Verbindung bei dislozierten Einheiten setzt laut Regierungsvorlage „eine bestimmte räumliche Nähe voraus“ (Materialien der Regierungsvorlage 1519, 2011, Seite 4).<sup>35</sup> Die Vorgaben für Standardkrankenanstalten haben sich mit der Novellierung des KAKuG nach § 18 auch dahingehend geändert, dass von der Errichtung einer Standardkrankenanstalt nun abgesehen werden kann, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen des § 2a Abs. 1 lit. a (entspricht Standardkrankenanstalten) oder § 2a Abs. 4 (entspricht den neu geschaffenen Standardkrankenanstalten der Basisversorgung) durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. In Bezug auf Schwerpunktkrankenanstalten kann nach § 2a Abs. 3 von der Errichtung einzelner Abteilungen bei Schwerpunktkrankenanstalten abgesehen werden, wenn im betroffenen Einzugsgebiete eine solche Abteilung bereits besteht und kein zusätzlicher Bedarf von Nöten ist.

Durch die jüngste KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) wurden mit § 2a Abs. 4 neue Versorgungsformen, etwa durch die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung oder durch die sogenannten reduzierten Organisationsformen, geschaffen. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können ausschließlich aus der Umwandlung bereits bestehender Standardkrankenanstalten hervorgehen (Stichtag der Errichtungs- und Betriebsbewilligung ist der 01.01.2011). Die Führung selbiger ist nur bei einem natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern und/oder einer raschen Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt (gemäß § 2a Abs. 1 lit. a) oder einer höherrangigen Krankenanstalt (Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt gemäß § 2a Abs. 1 lit. b und c) erlaubt. Die Abteilungs- bzw. Leistungsvorgaben dieser Standardkrankenanstalten der Basisversorgung beschränken sich gemäß § 2a Abs. 4 Z. 1 auf eine Abteilung der Inneren Medizin (ohne Spezialisierung), eine, als dislozierte Wochen- oder Tagesklinik geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie und eine permanente Erstversorgung von Akutfällen. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können als eine dislozierte Einheit einer *räumlich nahen* Allgemeinen Krankenanstalt gemäß § 2a Abs. 1 geführt werden (§ 2a Abs. 4 Z. 6). Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die definierten Basisversorgungs-Leistungen im Sinne des ÖSG hinausgehend, ist nicht zulässig (§ 2a Abs. 4 Z. 4). Weiters sind im Bedarfsfall gemäß § 18 Einrichtungen für Akutgeriatrie bzw. Remobilisation oder Remobilisation bzw. Nachsorge mit zu berücksichtigen. In Ausnahmefällen ist die Fortführung bestehender, konservativer Fachrichtungsabteilungen gemäß den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen in § 2b, sofern diese im RSG vorgesehen sind, gestattet (§ 2a Abs. 4 Z. 5).

---

<sup>35</sup> Als Vergleich kann etwa laut VwGH die Distanz zwischen der Stadt Salzburg und dem Gasteinertal als zu groß für eine funktionell-organisatorische Verbundenheit angesehen werden.

Die zusätzlich gewonnene Bedeutung von Kooperationen bzw. modularen Zusammensetzungen von Krankenanstalten durch die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) verdeutlicht sich etwa durch § 2a Abs. 4 Z. 3. Es wird konkrete darauf hingewiesen, dass die Organisation der - entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen - komplexeren medizinischen Versorgung, durch Kooperation mit Allgemeinen Krankenanstalten (gemäß § 2a Abs. 1) oder einer entsprechenden Sonderkrankenanstalt (gemäß § 2 Abs. 1 Z. 2) sicherzustellen ist. So wäre es beispielsweise möglich, dass Vereinbarungen zwischen den Krankenanstalten, bei gleichen Rechtsträgern, analog zu den Verwaltungsübereinkommen zwischen Ministerien geschlossen werden. Um einer entsprechenden Transparenz und Rechtssicherheit Folge zu leisten, wären Kooperationsabkommen schriftlich in der Anstaltsordnung festzuhalten (Materialien der Regierungsvorlage 1519, 2011). Standardkrankenanstalten der Basisversorgung unter einer gemeinsamen Leitung, können als integraler Bestandteil im Sinne eines Multi-Spitalsmodells mit einer Allgemeinen Krankenanstalt (gemäß § 2a Abs. 1) geführt werden. Auch rechtsträgerübergreifende Kooperationen sind möglich, wie das, aus den Materialien der Regierungsvorlage 1519 (2011, Seite 5) entnommene Beispiel zeigt:

*„Eine Abgrenzung zwischen diversen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (z.B. Festlegung unterschiedlicher Steuerungs-faktoren aufgrund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen). Es ist beispielsweise zulässig, dass die Standardkrankenanstalt der Basisversorgung A am Standort X etwa im Wege eines Angliederungsvertrages oder durch Übertragung auf einen anderen Rechtsträger zu einem Teil einer Krankenanstalt B am Standort Y (andere Gemeinde oder andere Adresse in derselben Gemeinde) wird. Die Krankenanstalt B erhält dadurch den neuen Standort X und wird – wenn sie es nicht ohnehin schon war - dadurch zu einer Mehr-Standort-Krankenanstalt mit den Standorten X und Y. Handelt es sich beim Standort Y der Krankenanstalt B beispielsweise um eine Schwerpunktkrankenanstalt, so kann im Rahmen der LKF-Finanzierung für diesen Standort Y – wie bisher – der Faktor für die Schwerpunktversorgung festgelegt werden und für den neuen Standort X (= Standardkrankenanstalt der Basisversorgung) kein besonderer Faktor (= Faktor 1) festgelegt werden.“ (Materialien der Regierungsvorlage 1519, 2011, Seite 5)*

Mit § 2a Abs. 5 wurden durch die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) reduzierte Organisationsformen, wie Departments, dislozierte Wochen- und Tageskliniken und Fachschwerpunkte für medizinische Sonderfächer geschaffen. Die fachrichtungsbezogenen Organisationsformen dieser und bereits bestehender Organisationseinheiten wird in § 2b genauer beschrieben. So können etwa Satellitendepartments betrieben werden, deren ärztliche Versorgung von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen ist (§ 2b Abs. 1). Nach § 2b Abs. 3 und § 2b Abs. 4 können dislozierte Wochen- oder Tageskliniken als

bettenführende Einheiten eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden (§ 2b Abs. 4). Weitere Organisationsformen sind Fachschwerpunkte (§ 2b Abs. 2) und Referenzzentren (§ 2c).

Bei länderübergreifenden Kooperationen gilt die durch Leistungsverschiebungen bedingte Änderung in der LKF-Punktebilanz zu berücksichtigen. Die inhomogene Ausprägung und unzureichende Kostendeckung des LKF-Systems bilden eine finanzierungsseitige Barriere für Kooperationsvorhaben (siehe oben). Bei dislozierten Unterbringung der Organisationseinheiten über Landesgrenzen hinaus, ist ferner § 3d KAKuG zu berücksichtigen, der unter anderem eine Genehmigung durch die Landesregierung vorsieht.

Es ist festzuhalten, dass durch die KAKuG-Novelle (BGBl. I Nr. 147/2011) ein erster Schritt gesetzt wurde, um Krankenanstalenträgern Möglichkeiten für eine strukturelle Veränderung und Flexibilisierung durch neue Organisations- und Betriebsformen zu eröffnen. Eine Aufweichung der starren Leistungs- und Strukturvorgaben ermöglicht - unter verbleibenden rechtlichen Vorbehalten - eine modulare Zusammensetzung und Kooperation von Krankenanstalten im Sinne eines Multi-Spitalsmodells zu einem gewissen Grad. Zunächst wird es wichtig sein, diese Möglichkeiten auch im Sinne der verstärkten Kooperation zu nutzen. Dazu müssen aber auch die im Gesetzgebungsbereich der Länder liegenden Voraussetzungen in ausreichender Weise rasch hergestellt werden.

Darüber hinaus sollten weitere Flexibilisierungsschritte folgen. Während Basis des ÖSG die Leistungsangebotsplanung ist und davon abgeleitet die Kapazitäten festgelegt werden, definiert das KaKuG weiterhin bestimmte organisatorische Grundformen, die nachträglich in nicht unkomplizierter Weise zum Teil wieder aufgehoben werden. Es ist durchaus denkbar, das System ÖSG/RSG und LKF konsequent auch im Gesetz zu verfolgen. Nicht mehr Standorte und Krankenanstaltentypen werden vorgegeben, sondern Leistungen und deren Qualitätsvorgaben. In welcher Form und an welcher Einrichtung diese angeboten werden, kann ohne weiteres subsidiär gelöst werden. Es ist davon auszugehen, dass die an der Erstellung des RSG Beteiligten sinnvolle Lösungen auch ohne strenge Typendefinition realisieren werden.



### 6.3. Quantifizierung des Kostendämpfungspotenzials

Die Quantifizierung des Kostendämpfungspotenzials gelingt nur in einzelnen Fällen. Eine Hochrechnung auf Österreich muss mit Vorsicht betrieben werden, da die jeweiligen Einsparungspotenziale von Einzelfall zu Einzelfall abweichen. Allerdings lässt sich die Plausibilität erhöhen, wenn man verschiedene Zugänge<sup>36</sup> wählt. So werden wir im Folgenden versuchen, aus einer Reihe von Quellen in diesem Bericht auf mögliche Kostendämpfungspotenziale zu schließen. Dennoch müssen wir darauf hinweisen, dass die genannten Einsparungspotenziale nur Richtwertcharakter haben. Genauere Berechnungen erfordern schon bei einzelnen Bereichen, wie beispielsweise den einschlägigen Rechnungshofberichte zeigen, ein Vielfaches an Datendetails, wie sie im Rahmen dieser eher in die Breite gehenden Studie nicht im Einzelnen zur Anwendung kommen können.

#### 6.3.1. Kooperation zwischen Spitälern

Zum Ersten beschäftigte sich eine Studie des RWI Essen (RWI 2004) mit der Deutschen Situation. Diese ist von deutlich mehr Wettbewerb gekennzeichnet, sodass eine Umlegung der Zahlen als konservative Schätzung aufgefasst werden kann. Auch die Autoren bewegen sich hier vorsichtig. Sie schätzen, dass durch Kooperation von Krankenhäusern im Sinne der Spezialisierung auf Leistungen 3 Prozent der Arbeitszeit und damit der Personalkosten gespart werden können. Auf das Anlagekapital und Sachkosten wird nicht eingegangen. Umgelegt auf Österreich würde dies ein **Kostendämpfungspotenzial von 190,69 Mio. Euro nur an Personalkosten durch Spezialisierung** bedeuten. Dies ist eine konservative Schätzung, da noch gar keine Effekte auf das Anlagekapital eingerechnet sind.

**Verbesserte Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses** durch Definition klarer Prozesse und Prozessverantwortlichkeiten sollen laut den Autoren zu einer Reduktion der Behandlungsdauern im Krankenhaus führen. Es können rund 10 Prozent Behandlungszeit eingespart werden. Legt man die deutschen Zahlen auf Österreich um, so ergibt sich ein **Kostendämpfungspotenzial von 212 Mio. Euro**. Dies stellt eine konservative Schätzung dar, da in Deutschland die Verwendung von Prozessmanagement weiter fortgeschritten ist.

Im stationären Bereich kann aus Ergebnissen von Cypionka et al. (2008) ein Kostendämpfungspotenzial errechnet werden. Unter der Annahme, dass sich durch **Ausnutzung der Spezialisierung auf Abteilungsebene sowie die Erhöhung von Kooperation im Sinne des Wissensaustauschs** zumindest die Hälfte der Nachteile bei Skaleneffizienz und technischer Effizienz ausgleichen ließe, würde man **795 Mio. Euro** an Einsparungspotenzial generieren. Die Berechnung beruht auf tatsächlich ermittelten Effizienzpotenzialen in Österreich und erscheint damit sehr plausibel.

---

<sup>36</sup> Daher sind die genannten Zahlen auch nicht alle aufzusummieren sondern überschneiden sich teilweise

Im tertiären Leistungsbereich stellen die Personalkosten mit 75 Prozent den größten Posten bei den Kosten zur Leistungserbringung dar. Daraus lässt sich die primäre Einsparungsquelle erkennen, die sich vor allem aus geringeren Kosten bei Zeit- und Gehaltsfaktoren bzw. Lohnnebenkosten und einem flexibleren und effizienteren Einsatz der Arbeitskräfte ergibt. Je nach Ausgangssituation (Personalverträge, Belegschaftsstrukturen) können nach Experteneinschätzung wahrscheinlich Einsparungen zwischen 20 und 30 % generiert werden.<sup>37</sup> Dies entspricht auch der gängigen Managementliteratur.

Das RWI stellt auch Berechnungen bei **tertiären Prozessen** an. Es wird mit einem Einsparungsvolumen von 2,3-3,3 Mrd. Euro (2003) gerechnet. Das Deutsche Krankenhausinstitut und AT Kearny (2003) kommen für 2001 sogar auf 3,6-4,5 Mrd. Euro bei Beschaffungen alleine und zusätzlichen 20 Prozent der Kosten des Beschaffungsprozesses. Umgelegt für 2010 und Österreich bedeutet dies ein **Kostendämpfungspotenzial von rund 430,3 Mio. Euro**. Es wurden die RWI-Zahlen zugrundegelegt, wodurch diese Berechnung im unteren Mittelfeld der Studien liegt. Dies stellt auch insofern eine sehr konservative Schätzung dar, als Outsourcing in Deutschland schon wesentlich verbreiteter ist.

### 6.3.2. Verbesserung der Kooperation im ambulanten Bereich

Weiter wurde vom RWI das Potenzial ambulanter Operationen untersucht. Die Autoren haben mit Medizinern 200 Operationsarten auf Möglichkeiten zur **Ambulantisierung von Operationen** untersucht und errechneten unter Berücksichtigung bereits zum Studienzeitpunkt ambulant durchgeführter Operationen mögliche Verschiebungen in den ambulanten Bereich und Liegedauerreduktionen. Unter Gegenrechnung gestiegener ambulanter Kosten ergibt sich ein Einsparungspotenzial für Deutschland, das auf Österreich umgelegt zum Jahr 2010 **278,28 Mio. Euro** ausmacht. Dies stellt eine sehr konservative Schätzung dar, da ambulantes Operieren bei uns kaum verbreitet ist und die Altersstruktur in Deutschland ungünstiger ist, somit notwendige stationäre Aufnahmen auch weniger reduziert werden können.

Der Rechnungshof (Rechnungshof 2011/3) stellt einige Berechnungen zum **Verlagerungspotenzial stationär zu 1- und 0-Tagesaufenthalten** sowie zur Verlagerung von ambulanter Nachbetreuung an. Das Potenzial ist natürlich von Spital zu Spital verschieden. Man kann aber ein gewichtetes mittleres Verlagerungspotenzial aus den Fallstudien für Österreich hochrechnen. Das Verlagerungspotenzial aus dem stationären Bereich würde so rund **95 Mio. Euro** ausmachen. Das betrifft nur Leistungen, die auch heute schon als 1- oder 0-Tagesaufenthalt erbracht werden könnten, ist also nicht mit dem ambulanten Operieren in Deutschland vergleichbar. Die **Verlagerung in der**

---

<sup>37</sup> Lohnkostenanteil und Einsparungspotenzial entsprechen einer Expertenmeinung, aus persönlichen Interviews.

**Nachbehandlung** wird in ähnlicher Weise hochgerechnet, es ergibt sich ein **Kostendämpfungspotenzial von 128 Mio. Euro.**

Das Salzburger Projekt **Präoperative Befundung** führt zu einer Reduktion an nicht notwendiger präoperativer Diagnostik. Eine Hochrechnung auf ganz Österreich würde € **18,88 Mio. Kostendämpfungspotenzial** ergeben.

**Medizinische Versorgungszentren** in Deutschland erreichen durch Skaleneffekte eine Kostenreduktion, im Fall des POLIKUM von 20 Prozent (Kewenig 2012). Ähnliche Befunde ergeben sich aus den niederländischen Behandlungszentren (Companje 2008). Unter der Annahme, dass der vertragsärztliche Bereich und die Hälfte der Ambulanzleistung nur die Hälfte dieses Potenzials durch Kooperation nützen können, ergibt sich ein **Kostendämpfungspotenzial von 294 Mio. Euro.**

### 6.3.3. Vollversorgungskooperationen

Auch für Vollversorgungssysteme, die also die Leistungserbringung ganzer Bevölkerungsgruppen abstimmen, liegen hochrechenbare Zahlen vor. Während das Modell UGOM von 20 Prozent Einsparung bei seinen Patienten spricht, weist die Evaluierung des Projekts „Gesundes Kinzigtal“ einen Kostenvorsprung von 327 Euro pro Versichertem im Kinzigtal aus. Hierbei müssen bei einer Umlegung einige Faktoren berücksichtigt werden. Die Berechnungen der Kinzigtal-Evaluation beziehen sich auf alle Versicherten der LKK im Kinzigtal (auch die die nicht am Programm teilnehmen) gegenüber den restlichen Baden-Württembergischen-Versicherten der LKK. Dieser Vergleich ist günstig, da oft der Vorwurf erhoben wird, bei Hochrechnung von beispielsweise Managed Care auf ganze Bevölkerungen nicht zu berücksichtigen, dass nicht alle auch für solche Programme zu gewinnen seien und sich außerdem eine Selbstselektion der Teilnehmenden ergebe. Außerdem muss aber auch der Deutsche Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Wir beziehen daher das Einsparungspotenzial nicht auf die LKK-Versicherten, sondern auf die durchschnittlichen Ausgaben aller GKVen für ihre Versicherten laut Bundesversicherungsamt. Darin sind alle Ausgaben, auch die für Hochkostenpatienten und dergleichen, erfasst. Hochgerechnet auf Österreich ergibt sich ein **Kostendämpfungspotenzial von 2.786 Mio. Euro bei den laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege.**<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Da die Ausgaben der GKVen nicht die Investitionskosten in den Spitälern betreffen, wohl aber alle laufenden Gesundheitsleistungen, beziehen wir die Kostendämpfung nur auf die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege.

**Tabelle 18: Risiken und Barrieren bzw. Nutzen und Motive kooperativer Leistungserbringung**

Risiken und Barrieren	Nutzen und Motive
<p><b>Medizinische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regionale Besonderheiten und räumliche Distanzen</li> <li>- Mangelnde Kommunikation und Konfliktlösung innerhalb der Kooperation</li> <li>- Akzeptanz der Organisationsform beim Patienten</li> <li>- Risiko durch Divergenz der Qualität</li> <li>- Unterschiedliche, divergierende Erwartungen, welche zu einer Unvereinbarkeit der Ziele der potenziellen Kooperationspartner führt.</li> <li>- Bindung an die Technologie des Outsourcing-Anbieters</li> <li>- Gefahr einer zu großen Standardisierung</li> <li>- Gewährleistung des Datenschutzes vertraulicher Daten</li> </ul> <p><b>Ökonomische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intransparente Rollenverteilung bei mangelnder Formalisierung</li> <li>- Längere Entscheidungswege</li> <li>- Vormachtstellung einzelner Kooperationspartner bzw. Abhängigkeitsverhältnis vom <i>größeren</i> Partner</li> <li>- Risiko durch Unterschätzung der Kooperations- bzw. Transaktionskosten (Kommunikations- und Koordinationsaufwand)</li> <li>- Trittbrettfahrer-Problematik bei Kooperationen mit unvollständigen Verträgen</li> <li>- Schwierige Outcome-Messung und interne Zuordnung und Verrechnung von gemeinsam erbrachten Leistungen</li> <li>- Schwer kommunizierbare und vertraglich festlegbare Leistungsvereinbarungen (meist verbunden mit Outcome-Messungs Problemen)</li> </ul>	<p><b>Medizinische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abbau von Kompetenzen-Überschneidung bzw. Doppelleistungen und redundante Leistungen</li> <li>- Schnittstellen in der Versorgung werden durch Kooperationen entschärft</li> <li>- Strukturierte Leistungsplanung, -erfassung und -durchführung</li> <li>- Konzentration auf das Kerngeschäft je nach Ressourcen-Ausstattung und Fähigkeiten</li> <li>- Zugang zu speziellem Know-how</li> <li>- Überwindung räumlicher Distanzen</li> </ul> <p><b>Ökonomische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kapazitätsausnutzung</li> <li>- Schnellere Verfügbarkeit von Kapazitäten als bei alleiniger Leistungserbringung (Ausgleich von Bedarfsschwankungen)</li> <li>- Niedrigere Einkaufspreise von Intermediärgütern durch ein gemeinsames Beschaffungsmanagement bei Kooperationen</li> <li>- Kostendegression</li> <li>- Kostenvariabilisierung: Umwandlung von Fixkosten (speziell Personalkosten) in variable Kosten durch Outsourcing-Aktivitäten</li> <li>- Verbesserte Kostentransparenz durch Abrechnung der Leistungen mit Outsourcing-Nehmern</li> <li>- Kostenbewusstsein in den Fachabteilungen durch verursachungsgerechte</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institutionelle, politische und rechtliche (externe) Barrieren</li> <li>- Ethische und gesellschaftliche (externe) Barrieren</li> <li>- Transportkostenanteil durch räumliche Distanz</li> <li>- Switching Costs (Einmalige Umstellungskosten)</li> <li>- Risiken durch die vertragliche Preisfixierung</li> <li>- Intransparenz der vom Outsourcing-Anbieter verlangten Preise</li> <li>- Hidden Costs durch nicht abschätzbare zusätzliche Aufwendungen</li> <li>- Verfehlung des Kosteneinsparungsziels und eventuell anfallende Mehrkosten</li> <li>- Backsourcing: Rückführung der Leistungserbringung ins Unternehmen</li> <li>- zusätzlicher Zeitaufwand für die Schnittstellenkoordination</li> <li>- Marktbarrieren aufgrund der Dominanz eines anderen Anbieters (Ausweitung der Unternehmenstätigkeit wird behindert)</li> </ul> <p><b>Personelle Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Brain drain</i>: Abfluss von Humankapital bzw. Verlust von Schlüsselpersonen und deren Know-how</li> <li>- Widerstand der Belegschaft als interne Barriere</li> <li>- Personalpolitische und arbeitsrechtliche Probleme sowie Abfindungszahlungen</li> <li>- Reduzierte Motivation bei der Leistungserbringung der im Unternehmen verbleibenden Belegschaft (etwa durch Arbeitsplatzunsicherheit)</li> <li>- Zwischenbetriebliche Einflussnahme des medizinischen Personals</li> <li>- Probleme bei der Übertragung von internem Personal zum Kooperationspartner oder Outsourcing-Nehmer.</li> <li>- Personalprobleme in der Umstellungs- und Übergangsphase</li> </ul>	<p>Leistungsverrechnung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardisierung der Infrastruktur, Systeme und Prozesse</li> <li>- Abwälzung von Risiken durch Vertragsvereinbarung an den Outsourcer</li> <li>- Vermeidung von Investitionsaufwendungen zur kapazitiven Erweiterungen</li> <li>- Realisierung innovativer Lösungen zur prozessualen Leistungserbringung und Organisationsstruktur</li> <li>- Nutzung moderner Technologien und Prozesssteuerungen ohne eigene Investitionen</li> <li>- Leistungssteigerung durch Professionalisierung bzw. Verbesserung der Arbeitsproduktivität</li> <li>- reduzierte Kapitalbindung durch Outsourcing</li> <li>- Weitergabe von Größenvorteilen des Anbieters hinsichtlich Betriebs- und Beschaffungskosten</li> </ul> <p><b>Personelle Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlastung der internen Belegschaft von Routinearbeiten</li> <li>- Umgehung von Problemen bei der Beschaffung von qualifiziertem Personal</li> <li>- Freisetzung von Kapazitäten für wichtige Aufgaben</li> <li>- Entlastung der Unternehmensführung</li> <li>- Verbesserte Leistungserbringung durch höhere Serviceorientierung des Dienstleisters (Vielfältige Kompetenz beim Outsourcing-Nehmer)</li> <li>- Reduzierung von Personalproblemen durch Unabhängigkeit von einzelnen Mitarbeitern (Krankenstände, Pensionierungswellen, etc.)</li> <li>- Reduktion von Verwaltungs-Overhead</li> </ul>
---	--

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012.

## 7. Literaturverzeichnis

- Albers, S (2000): Nutzenallokation in Strategischen Allianzen von Linienluftfrachtgesellschaften. Köln.
- Alexander J, Young G, Weiner B, Hearld L (2009): How Do System-Affiliated Hospitals Fare in Providing Community Benefit? *Inquiry*, 46. 72-91.
- Arbeitsgruppe Verwaltung Neu (2010): Gesundheit und Pflege. Arbeitspaket 10. URL: [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf) [letzter Zugriff: 15.03.2012]
- ASC Coalition (o.J.): Ambulatory Surgery Centers. A positive Trend in Health Care. URL: <http://www.ifasc.com/documents/ASCTrendReport118061.pdf> [letzter Zugriff: 15.03.2012]
- Aschoff A (1965): Kooperation und Gesetzgebung. Referat vor der V. CECIOS-Konferenz in München am 16. Juni 1965. *Rationalisierung*, Nr.8, 202-203.
- Bahr T (2009): Finanzierung und Vergütung aus Sicht eines Modells der populationsbezogenen regionalen Vollversorgung – am Beispiel des Unternehmens Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co KG (UGOM). In: Braun G; Güssow J; Schuma A; Heßbrügge G [Hrsg.]: *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Barmherzige Brüder & Schwestern Zentrallabor (2012): URL: [http://www.bs-lab.at/index\\_html?sc=10709](http://www.bs-lab.at/index_html?sc=10709) [letzter Zugriff: 29.03.2012]
- Barmherzige Brüder (2009): Brustzentrum Kärnten eröffnet. 10. Februar 2012. URL: [http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/st\\_veit/startseite/aktuelles/article/7007.html](http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/st_veit/startseite/aktuelles/article/7007.html) [letzter Zugriff: 29.03.2012]
- Barmherzige Brüder Eisenstadt (2012): Radiologieverbund. URL: <http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/eisenstadt/startseite/aktuelles/article/3249.html> [letzter Zugriff: 2.4.2012]
- Barmherzige Brüder Österreich (2012): Zentraleinkauf der Barmherzigen Brüder. Aufgaben und Funktion. URL: <http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/oesterreich/startseite/zentralverwaltung/zentraleinkauf/index.html> [letzter Zugriff: 28.03.2012]
- Barmherzige Schwestern Linz (o.J.): Brüder-Schwestern-Spitalpartnerschaft. URL: [http://www.bhslinz.at/index\\_html?sc=225596686](http://www.bhslinz.at/index_html?sc=225596686) [letzter Zugriff: 07.03.2012]
- Barretta A (2008): The functioning of co-opetition in the health-care sector: An explorative analysis. *Scand. J. Mgmt.* 2008 24. 209–220.

Barry J, Nalebuff A, Brandenburger M (2008): *Coopetition: kooperativ konkurrieren – Mit der Spieltheorie zum Geschäftserfolg*. Currency Doubleday. New York.

Bazzoli GJ (2008): *Models and Performance of Multi-Hospital Networks in the US.. Bon Secours Professor of Health Administration*. Virginia Commonwealth.

Bazzoli GJ, Chan, B, Shortel, SM, D'Aunno, T (2000): *The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems*. *Inquiry* 37. 234-252.

Bazzoli GJ, Shortel SM, Dubbs N, Chan C, Kralovec P (1999): *A Taxonomy of Healthcare Networks and Systems: Bringing Order Out of Chaos*. *Health Services Research*.1999 33(1). 1683-1717.

Bazzoli GJ, Shortel SM, Dubbs N, Kralovec P (2000): *Classifying Health Networks and Systems: Managerial and Policy Implications*. *Health Care Management Review* 25 (Fall 2000). 9-17.

Berry R. E., Jr (1967): *Returns to Scale in the Production of Hospital Services*. *Health Services Research*. 2(2). 123–139.

Bidlingmaier J (1967): *Begriff und Formen der Kooperation im Handel*. In: Vahrenkamp [Hrsg.]: *Absatzwirtschaft und Distribution*. Oldenbourg. Wiesbaden.

Billi JE, Pai CW, Spahlinger DA (2004): *Strategic outsourcing of clinical services: a model for volume-stressed academic medical centers*. *Health Care Manage Rev*. 2004 29(4).291-297.

Bleicher K (1989): *Kritische Aspekte des Managements zwischenbetrieblicher Kooperation*. Thesis. 3.4-8.

Blum K, Offermanns M, Perner P (2007): *Krankenhaus Barometer 2007*. Düsseldorf.

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (2011): URL: <http://www.bqs-institut.de/> [letzter Zugriff: 29.3.2012]

Brandenburger AM, Nalebuff BJ (1996). *Co-opetition*. NewYork: Doubleday Dell Publishing Group.

Braun G, Cornelius F, Jäger G (2009): *Wirtschaftliche Kalkulation und Zukunft großer Medizinischer Versorgungszentren*. In: Braun G, Güssow J, Schumann A, Heßbrügge G [Hrsg.]: *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen*. Köln. 145 – 161.

Bronder C, Pritzl R (1991): *Leitfaden für strategische Allianzen*. In: *Harvard Manager*. Nr.1. 44-53.

Bruch H (1998): *Outsourcing. Konzepte und Strategien, Chancen und Risiken*. Wiesbaden.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Anfragebeantwortung: GZ: BMG-11001/0136-II/A/9/2011, 20. Mai 2011.

Burkholder N. (2006): *Outsourcing: the definitive view, applications and implications*. John Wiley & Sons. Hoboken.

Capps C, Dranove D, Lindrooth RC. Hospital closure and economic efficiency. *J Health Econ*. 2010 Jan; 29(1):87-109

Carey K (2003): Hospital Cost Efficiency and System Membership. *Inquiry* 40(1): 25-38.

Chowdhury M, Dagash H, Pierro A (2007): A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *British Journal of Surgery*. 94. 145 – 161.

Chukmaitov A, Bazzoli GJ, Harless DW, Hurley RE, Devers KJ, Zhao M (2009): Variations in Inpatient Mortality Among Hospitals in Different System Types, 1995 – 2000. *Medical Care* forthcoming. 47(4). 466-73.

Companje KP (2008): Het Ziekenfondsenbesluit en de verstrekking van zorg [The Sickness Fund Decree and the distribution of care]. In: Companje KP: *Tussen volksverzekering en vrije markt: Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880–2006* [Between health insurance and free market: insurance of care on the edge of social insurance and health care 1880–2006]. Amsterdam, Aksant: 629–708.

Coyne JS, Richards MT, Short R, Shultz K, Singh SG (2009): Hospital cost and efficiency: do hospital size and ownership type really matter? *J Healthc Manag*. 2009 54(3).163-74; discussion 175-6.

Cuellar AE, Gertler PJ (2003): Trends in hospital consolidation: the formation of local systems. *Health Affairs* 2003. 22.77-87.

Cuellar AE, Gertler PJ (2005): How the Expansion of Hospital Systems Has Affected Consumers. *Health Affairs*. 2005; 24(1):213–9.

Czypionka T, Röhrling G, Kraus M, Schnabl A, Eichwalder S (2008): *Fondsspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich*. IHS Endbericht/Juni.

Czypionka T, Riedel M, Obradovits S, Sigl C (2010): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. IHS Endbericht/Mai.

Davoli M, Amato L, Minozzi S, Bargagli A, Vecchi S, Perucci C, (2005): Volume and health outcomes: an overview of systematic reviews. *Epidemiol Prev*. 29(3-4). 3 - 63.

Devers KJ, Brewster LR, Casalino LP (2003): Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race? *Health Services Research* 38(1/2). 447–469



Dranove D (1998): Economies of Scale in Non-Revenue Producing Cost Centers: Implications for Hospital Mergers. *Journal of Health Economics*. 17 (1). 69–83.

Ebert, M (1998): Evaluation von Synergien bei Unternehmenszusammenschlüssen. Kovač. Hamburg.

Eder GW (2006): Handbuch für zwischenbetriebliche Kooperationen und Netzwerke. ÖAR-Regionalberatung. Behamberg.

Endres D (1987): Joint Ventures als Instrument nationales Geschäftstätigkeit, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, Nr.8, S.373-378.

Engelhardt WH, Seibert K (1981): Internationale Joint Ventures, in: *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, Nr.5, S.428-435.

Exworthy M, Powell M, Mohan J (1999): The NHS: Quasi-market, quasi-hierarchy and quasi-network? *Public Money & Management*. 1999 19(4). 15–22.

Ferrier G, Valmanis V (2004): Do mergers improve hospital productivity?, *Journal of the Operational Research Society*. 2004 55. 1071–1080

Freisleben-Teutscher C (2009): Land der Großgeräte. In: *ÖKZ – das österreichische Gesundheitswesen*. 50.

Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach K (2003): Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. *Med Care*. 41(10). 1129 - 1141.

Gee, EP (200): *Seven Strategies to Improve Your Bottom Line*. Chicago: Health Administration Press.

Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2009): Quartalsberichte. Abgerufen am 24.03.2012 unter <http://www.bqs-register140d.de>.

Gesund - die besten Seiten der KAGes (2011): Zukunft der KAGes-Spitäler Regionaler Strukturplan Gesundheit. September 2011 Nr. 71.

Gesundes Kinzigtal GmbH (2010): Jahresbericht - Investition in die Gesundheit

Gesundheit Österreich GmbH (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010, ÖSG 2010, inkl. Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 226. November 2010.

GNW – Spital Wallis (2008): Medienmitteilung: Zusammenarbeit zwischen dem Spital Wallis und dem Inselspital Bern bekräftigt, 3. Oktober 2008.

Göbel M, Friesdorf W (2003): Das virtuelle Krankenhaus - Perspektiven der Organisationsentwicklung. In M. Angres & W. Kuckelt [Hrsg.], Bremer Reform-Werkstatt, 13. Internat. Symposiums für Intensivmedizin & Intensivpflege, 19.-21.Feb. 2003, Bremen: Bremer Reform-Werkstatt.

Grothaus FJ (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V.

Guimaraes CM, Carvalho JC (2010): Outsourcing in healthcare sector - a state of the arts review. Supply Chain Forum: an International Journal.12(2). 140-148.

Gurbaxani V, Wang S (1991): The Impact of Information Systems on Organizations and Markets. In: Communications of the ACM 34. 1. 59 – 73

Güssow J (2007): Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Weiterentwicklung pauschaler Vergütungsansätze zur Förderung prozessorientierter Strukturen unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausperspektive. Wiesbaden.

Hagenhoff S (2004): Kooperationsformen: Grundtypen und spezielle Ausprägungen. Arbeitsbericht 4/2004. Institut für Wirtschaftsinformatik. Georg-Augustin-Universität Göttingen.

Halm E, Lee C, Chassin MR (2002): Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. Annals of Internal Medicine. 137(6). 511 - 20.

Harris J, Ozgen H, Ozcan Y (2000): Do Mergers Enhance the Performance of Hospital Efficiency? The Journal of the Operational Research Society. 51(7). 801-811.

Harzer (2006): Wie sie gewinnbringend Kooperationen schmieden. Cornelsen. Berlin.

Hess T (2002): Netzwerkcontrolling: Instrumente und ihre Werkzeugunterstützung. Wiesbaden 2002.

Hill R, Bartrum T, Guy B (2006): Hospital Outsourcing Trends in Clinical Surveys. Umfrage von Waller Lansden Dortch & Davis. Nashville TN.

Ho V, Hamilton B (2000): Hospital Mergers and Acquisitions: Does Market Consolidation Harm Patients? Journal of Health Economics. 2000 19(5).

Hogan A, Winter D (2008): Does Practice Make Perfect? Annals of Surgical Oncology. 15(5). 1267 - 1270.

Huber V, Gerner H (o.J.): Reformpoolprojekt „Präoperative Befundung“ im Bundesland Salzburg. URL: [https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/638918\\_Huber-Gerner\\_Praeoperat\\_Befundung-Artikel.pdf](https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/638918_Huber-Gerner_Praeoperat_Befundung-Artikel.pdf) [letzter Zugriff: 03.04.2012]

Hudson K, Hartley J (2008): The Relationship between hospital acquired infection rates and the contracting out of cleaning services in the NHS. In: Emslie S, Hancock C [Hrsg.]: Issues in Healthcare Risk Management. Healthcare Governance Limited. Oxford.

Janschitz, MK (2009): Krankenhauskooperationen bei nicht medizinischen Supportaufgaben. In: Deutmeyer M, Thiekötter A [Hrsg.: Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Facultas

KBV (2007): Kooperationskompass. Wege ärztlicher Zusammenarbeit. Deutsche Ärzte-Verlag GmbH, Köln

KBV (2009): MVZ-Survey 2008 – Die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren. Berlin

KBV (2011): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2006 bis 2011. URL: <http://www.kbv.de/8791.html> [letzter Zugriff: 15.04.2012]

KBV (o. J.): Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=1db397612947c270b21d4e28fac1a12f&DocId=003753789&Page=1> [letzter Zugriff: 03.04.2012]

Kearny AT (2003): Best practice in der Beschaffung im Krankenhaus. Deutsche Krankenhausinstitut. downloadbar unter [http://www.dki.de/PDF/Beschaffung\\_im\\_Krankenhaus.pdf](http://www.dki.de/PDF/Beschaffung_im_Krankenhaus.pdf)

Kewenig (2012): Integrierte Versorgung am Beispiel POLIKUM. Vortrag im Rahmen des Forum Hospital Management 2012. downloadbar unter [http://www.vinzenzgruppe.at/media/pdf\\_gruppe/15h00Kewenig.pdf](http://www.vinzenzgruppe.at/media/pdf_gruppe/15h00Kewenig.pdf)

Kjekshus L, Hagen T (2007): Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a national health service county. Journal of Health Services Research & Policy 2007. 12:230–5

Kleinaltenkamp M, Wolters H (1997): Die Gestaltung von Systempartnerschaften zwischen Automobilherstellern und ihren Zulieferern – eine spieltheoretische Analyse. In: Schreyögg G, Sydow J [Hrsg.]: Managementforschung 7. Berlin. New York. 45-78.

Klemann A (2009): Erfolgsfaktoren von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. In Amelung V, Sydow J, Windeler A [Hrsg.]: Vernetzung im Gesundheitswesen, Wettbewerb und Kooperation. W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart.

Kodner DL (2008): Building Connections: A National Symposium on Integrating Health Systems am 21.04.2008: What do we really mean by “integration”?

Kodner DL, Kyriacou C (2000): Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American Models. *International Journal of Integrated Care* 1: 1.11.2000. 1-19.

Kodner DL, Spreeuwenberg C (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2. 14.11.2002. 1-6.

Kontrollamt der Stadt Wien (2010): Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“, Prüfung der Beschaffung ausgewählter Wirtschaftsgüter in den Krankenanstalten. Tätigkeitsbericht (KA II – KAV-4/11). URL: <http://kontrollamt.wien.at/berichte/2010/lang/03-24-KA-II-KAV-4-11.pdf> [letzter Zugriff: 29.03.2012]

Kristensen T, Bogetoft P, Moeller Pedersen K (2010): Potential gains from hospital mergers in Denmark. *Health Care Management Science*. 13. 334–345.

Krystek U (2009): Outsourcing als strategische Option. In: Behrendt I, König HJ, Krystek U [Hrsg]: *Zukunftsorientierter Wandel*. Springer. Berlin.

Kulinario (2012): URL: [http://www.kulinario.at/index\\_html?sc=96446312](http://www.kulinario.at/index_html?sc=96446312) [letzter Zugriff: 28.03.2012]

Kwon J, Yoon JH (2003): Prevalence of outsourcing and perception of clinical nutrition managers on performance of health care dietetics services. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003 Aug. 103(8):1039-42.

Land Burgenland (2007): Positive Effekte durch gesundheitspolitisches Reformprojekt, Pressekonferenz/Pressemitteilung. 12.03.2007. URL: <http://www.burgenland.at/aktuell/397> [letzter Zugriff: 23.02.2012]

Land Burgenland (2010): Positive Effekte durch gesundheitspolitisches Kooperationsprojekt, Pressekonferenz/Pressemitteilung. 23.04.2010. URL: <http://www.bgld.gv.at/aktuell/1965> [letzter Zugriff: 23.02.2012]

Land Oberösterreich (2011): Spitalsreform 2011, Reform nach Maß – der Oberösterreichische Weg bis 2020. Gesamtdarstellung. 31. Mai 2011.

Land Steiermark (2011a): Yes, we care. RSG 2020 - KAGes – Umsetzungsplan.

Land Steiermark (2011b): Schriftliche Anfragebeantwortung: Einl.Zahl 775/1, Folgekosten der Auflassung der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Landeskrankenhauses Voitsberg, XVI. GESETZGEBUNGSPERIODE 2011. URL: <http://www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11400524/58064506/> [letzter Zugriff: 29.02.2012]

Loria (2008): Why is the mobile imaging business tapping on the brakes? A look into the latest Medical Trailer Transport, Storage & MRI cold storage service. *DOTmed business news*. August 2008

Luke RD, Luke T, Muller N (2011): Urban Hospital 'Clusters' Do. Shift High-Risk Procedures. To Key Facilities,. But More Could Be Done. *Health Affairs*. 30(9). 1743-1750.

Luke RD, Trinh HQ, Begun JW (2008): Hospital service duplication: evidence on the medical arms race. *Journal: Health Care Manage Rev*. 2008 Jul-Sep. 33(3): 192-202

Luke RD, Walston SL, Plummer PM (2003): *Healthcare Strategy: in Pursuit of Competitive Advantage*. Health Administration Press. Chicago.

Luo Y (2005): Toward cooperation within a multinational enterprise: A perspective from foreign subsidiaries. *Journal of World Business*. 40(1). 71-90.

Lynk W.J. (1995): The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers. *Journal of Health Economics*. 14. 507-530.

Marshall L. (2000): Identification of Best Practices in the Delivery of Patient Food Services *Healthcare Management Forum*. Jan 2000. 13(3). 17-24.

Meyer-Lutterloh K (2008): Die Projektphasen der Grund eines Gesundheitsunternehmens. In: Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly JN [Hrsg.]: *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung*. Berlin. 161-213.

Mollahaliloglu S, Kavuncubasi S, Gursoz H, Agirbas I, Ari HO, Oncul HG, Akdag R, Younis MZ. (2009): Outsourcing Profile in the Turkish Health Care System. *Journal of Health Care Finance*. 2. 74-82.

Moschuris SJ, Kondylis MN (2006): Outsourcing in public hospitals a Greek perspective. *Journal of Health Organization and Management*. 20(1). 4-14.

Mühlbacher A, Ackerschott S (2007): Die integrierte Versorgung. [Integrated Care]. In: Wagner K, Lenz I [Hrsg.]: *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*. Stuttgart. 17-26.

Müller K (1990): Kooperationen bei Klein- und Mittelbetrieben - Gründe, Formen, Voraussetzungen und Hemmnisse. In: Pfohl HC [Hrsg.]: *Betriebswirtschaftslehre der Mittel- und Kleinbetriebe*, Berlin. 349-374.

NAV Virchow-Bund - Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (o.J.): *Ärztliche Kooperationsformen*

Nikolic I, Maikisch H (2006): *Public-Private Partnership and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. The World Bank

Nissen J (2006): Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen – eine Strategie zur Zukunftssicherung für Krankenhäuser. Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften. Universität der Bundeswehr München

Optimedis (2011): Gesundes Kinzigtal: Neue wirtschaftliche Daten belegen effiziente Gesundheitsversorgung. Pressemitteilung vom 24. Januar 2011. URL: <http://www.optimedis.de/presse/pressemitteilungen/172-gesundes-kinzigtal-neue-daten-belegen-effiziente-gesundheitsversorgung> [letzter Zugriff: 15.02.2012]

OptiMedis (2012a): Gesundes Kinzigtal. URL: <http://www.optimedis.de/beteiligungen/gesundess-kinzigtal> [letzter Zugriff: 15.03.2012]

OptiMedis (2012b): Gesundes Kinzigtal: Hochwertigere medizinische Versorgung führt zu geringerem Ausgabenanstieg. Pressemitteilung vom 12. Januar 2012. URL: <http://www.optimedis.de/presse/pressemitteilungen/226-gesundes-kinzigtal-hochwertigere-medizinische-versorgung-fuehrt-zu-geringerem-ausgabenanstieg> [letzter Zugriff: 15.02.2012]

Paul J (2006): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Gabler.

Picot A (1982): Transaktionskostenansatz in der Organisationstheorie. Die Betriebswirtschaft. Nr.2. 267-284.

Polikum Friedenau (2011): Polikum Friedenau. URL: <http://www.polikum.de/friedenau.html> [letzter Zugriff: 02.04.2012]

Pollack N (2004): Falling Standards, rising Risks; Issues in hospital cleanliness with contracting out. Vancouver. B.C.

Preyra C, Pink G (2006): Scale and scope efficiencies through hospital consolidations. Journal of Health Economics. Elsevier. 25 (6). 1049-1068.

Proenca EJ, Rosko MD, Dismuke CE (2005): Service Collaboration and Hospital Cost Performance: Direct and Moderating Effects. Medical Care 43(Dec. 2005). 1250-8.

Rechnungshof (2009/3): Landeshauptstadt Graz: Kooperationen im Krankenhausbereich. Reihe Bund 2009/3

Rechnungshof (2010/13): Medizinisch–technische Großgeräte mit Schwerpunkt in Niederösterreich und Salzburg. Reihe Bund 2010/13

Rechnungshof (2011/11): Kooperation und Abstimmung der Leistungserbringung der Krankenanstalten Hainburg und Kittsee, 2011/11.

Rechnungshof (2011/3): Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen. Reihe Bund 2011/3

Rechnungshof (2011/4): Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. (KRAGES); Follow-up-Überprüfung. Reihe Bund 2011/4

Rechnungshof (2011/8): Kooperation und Abstimmung der Leistungserbringung der Krankenanstalten Hainburg und Kittsee. Reihe Bund 2011/8

Renner G, Reisinger G, Linzatti R (2001): Outsourcing: Formen, Ziele, Bereiche, Entwicklungstendenzen, Chancen und Risiken. In: Frosch E, Hartinger G, Renner G [Hrsg] Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus. Strategien – Entscheidungstechniken – Vorgehensweisen. Ueberreuter Wien.

Rosko MD, Proenca J, Zinn JS, Bazzoli GJ (2007): The Impact of Membership in Different Types of Systems on Hospital Cost Inefficiency. *Inquiry* 44 (Fall 2007). 335-350.

Rotering C (1990): Forschungs- und Entwicklungskooperationen zwischen Unternehmen. Stuttgart.

RWI (2004): Strukturreformen im Deutschen Gesundheitswesen. RWI Essen.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht95/kurz95.pdf> [letzter Zugriff 03.04.2012]

SALK (2012): Reformpoolprojekt „Präoperative Befundung“ spart Zeit, Geld und Mühe für PatientInnen, Krankenhäusern und Sozialversicherungen. URL: [http://www.salk.at/80\\_1515.html](http://www.salk.at/80_1515.html) [letzter Zugriff: 29.02.2012]

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E (2010): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 12, 1-229.

Schmalzer T, Neubauer M, Matzer M, Wenzel R, Hiller B (2007): Die dritte Säule im Österreichischen Gesundheitssystem. FH Joanneum.

Schreyögg J (2009) Mobilisierung von Netzwerkressourcen in einem vertikalen integrierten Gesundheitsnetzwerk – Das Beispiel der US-Veteran Health Administration. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A [Hrsg.]: Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Schulte-Zurhausen M (2005): Organisation. Vahlen, München.

Siess M (2003): Tumorzentren – Tumorboards. *Der Onkologe*. Vol. 9(4). SpringerLink

Sölter A (1966): Grundzüge individueller Kooperationspolitik. *Wirtschaft und Wettbewerb*. Nr.3. 223.

Starz E, Friedl I (2010): Hohes Einsparungspotential erzielt. Parallelimporte von Medikamenten in der KAGes. G'sund Online (Dez. 2010) Ausgabe 68.

Statistisches Bundesamt (2011): Krankenhausstatistik. Fachserie 12. Reihe 8.1.1.

SteriLog (2011): SteriLog Instrumentenmanagement GmbH Österreich gewinnt Ausschreibung (Stufe 1) für die zentralisierte AEMP der TILAK. URL: <http://www.sterilog.at/cps/rde/xchg/ae-sterilog-de-at/hs.xsl/7211.html> [letzter Zugriff: 19.03.2012]

Struijs JN, van Til JT, Baan CA (2010): Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands – The first tangible effects. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) Bilthoven.

Tiemann O, Schreyögg J (2009): Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany. Business Research Journal. Academy of Management. 2(2). 115-145.

Tsiachristas A, Hipple-Walters B, Lemmes KM, Nieboer AP, Rutten-van Mölken MP (2011): Towards integrated care for chronic conditions. Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers. Health Policy. Vol 101(2). 122-132

Universitätsklinikum Freiburg (2012): Regionales Reha-Netz. URL: <http://www.uniklinik-freiburg.de/ip/live/patientenservice/Kooperationen/reha.html> [letzter Zugriff: 2.4.2012]

Urbach D, Baxter N (2004): Does it matter what a hospital is “high volume” for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data. BMJ. 328. 737 - 740.

Vinzenz Gruppe (2012a): Kostendämpfungsmaßnahmen: Beispiele für erfolgreiche Kooperationsprojekte in der Vinzenz Gruppe. Foliensatz, welche dem IHS im Rahmen eines Interviews mit Martin Laber am 07. März 2012 zur Verfügung gestellt worden ist.

Vinzenz Gruppe (2012b): Gesellschaftsstruktur. URL: [http://www.vinzenzgruppe.at/index\\_html?sc=194113096](http://www.vinzenzgruppe.at/index_html?sc=194113096) [letzter Zugriff: 15.03.2012]

Weatherly JN (2008): Projektmanagement – der Weg. In: Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly JN [Hrsg.]: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin. 79–121.

Weatherly JN, Rainer S, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägell R, Amelung VE (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis. Berlin.

Wolf RJ (2010): Risikoorientiertes Netzwerkcontrolling: Bestimmung der Risikoposition von Unternehmensnetzwerken und Anpassung kooperationspezifischer Controllinginstrumente an die



Anforderungen des Risikomanagements. Band 21 der Reihe: Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre. Hrsg.: Schlüchtermann J. Josef Eul Verlag. Köln.

Young S (2003): Outsourcing and benchmarking in a rural public hospital: does economic theory provide the complete answer?. *Rural and remote health*. 3(1). 124-138.

Young S (2005): Outsourcing in the Australian health sector: the interplay of economics and politics. *International journal of public sector management*. 18(1). 25-36.

Young S (2007): Outsourcing: two case studies from the Victorian public hospital sector. *Australian Health Review*. 31(1). 140-149.

Young S (2008) Outsourcing in public health: a case study of contract failure and its aftermath, *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 22(5). 446-464

Zacharias T (2007): Zentrale Beschaffung in der KAGes. Medizinische und nichtmedizinische Güter- und Dienstleistungen als Beispiel. *G'sund Online* (März 2007). Ausgabe 53.

Zeichhardt R, Voss H (2009): Integrierte Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Hierarchie, Kooperation und Wettbewerb – Der Netzwerkfall UGOM. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A [Hrsg.]: *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Ziegenbein R (2001): *Klinisches Prozessmanagement: Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung*. Gütersloh.

## 8. Appendix

### Aufbau der Befragung

Die Befragung wurde in einem mehrgliedrigen Prozess durchgeführt. Es wurden drei Gruppen von Rezipienten angeschrieben, um ein umfassendes Bild möglicher Kooperationen zu bekommen. Neben den österreichischen Krankenhausbetriebsgesellschaften und Landesgesundheitsfonds wurden auch deutsche Krankenhausgruppen angeschrieben. Die Ausweitung der Befragung über die österreichischen Grenzen hinaus folgte vor allem der Motivation, auch jene Kooperationsmodelle abzubilden, die sich gegebenenfalls unter österreichischen Rahmenbedingungen (Finanzierung, Rechtslage) nicht einfach umsetzen lassen und im nationalen Umfeld demnach noch keine Beachtung fanden. Deutschland bot sich hier nicht nur aufgrund der sprachlichen Komponente an, sondern eben auch aufgrund der Tatsache, dass rechtliche Regelungen im Vergleich zu Österreich bereits mehr Freiheiten für Kooperationen im medizinischen Bereich bieten. Rechtliche Veränderungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten haben den Gesundheitsmarkt verändert und flexibilisiert. Außerdem gibt es seit längerer Zeit private Krankenhausbetriebsgesellschaften, die mehrere Krankenhäuser betreiben. Indem diese angeschrieben wurden, wurde versucht, auch Kooperationen innerhalb dieser Gesellschaften aufzeigen und gegebenenfalls *Best Practice*-Beispiele angeben zu können. Die Resonanz auf die Befragung der deutschen Krankenhausgruppen beschränkte sich jedoch auf Absagen und in einem Fall auf den Verweis, man möge sich an die einzelnen Spitäler direkt wenden. Dies spiegelt auch die kompetitiveren Verhältnisse in Deutschland wider.

Die Fragebögen an die österreichischen Krankenhausbetriebsgesellschaften und die Landesgesundheitsfonds waren nicht ident – folgten jedoch demselben Erkenntnisinteresse. Es ging darum zu erfragen, welche Krankenhäuser Kooperationen eingehen oder Auslagerungen vornehmen und in welchen Bereichen sich diese realisieren. Außerdem sollten die jährlichen Einsparungen, welche sich durch die Kooperation verwirklichen lassen, angeführt werden.

Der Fragebogen an die Krankenhausbetriebsgesellschaften ging darüber hinaus genauer auf den Grad der Kooperationen ein (in Prozent der Gesamtleistung) und erfragte eine Einschätzung des möglichen bzw. sinnvollen Kooperationsgrades.

Im Folgenden sind die Fragebögen, wie auch die Anschreiben im Original abgedruckt:

**Appendix I**      Anschreiben und Fragebogen an die Krankenhausbetriebsgesellschaften und Ausfüllhilfe zum sicheren Verständnis, da dieser Fragebogen spezifischeres Zahlenmaterial erfragte.

**Appendix II**     Anschreiben und Fragebogen an die Landesfonds

**Appendix III**    E-Mail an die deutschen Krankenhausgruppen

In den folgenden drei Tabellen sind alle Empfänger der Befragung aufgelistet. In der rechten Spalte wurde der **Rücklauf** markiert. Es ist ersichtlich, dass die Rücklaufquote leider nicht sehr hoch war.

**Tabelle 19: Befragte Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften**

<b>Krankenhausbetriebsgesellschaften</b>	
Wiener Krankenanstaltenverbund	
NÖ Landeskliniken-Holding	
Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H	x
OÖ Gesundheits- und Spitals-AG – GESPAG	x
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH	
Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft Kärnten - KABEG	x
Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH <sup>4</sup> (SALK)	
Tilak-Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH	x
Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H	
Barmherzige Brüder	

**Tabelle 20: Befragte Landesgesundheitsfonds**

<b>Landesfonds</b>	
Wiener Gesundheitsfonds	x
NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)	x
Burgenländischer Gesundheitsfonds (BURGEF)	
Oö. Gesundheitsfonds	x
Gesundheitsfonds Steiermark	x
Kärntner Gesundheitsfonds (kgf)	
Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)	
Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)	x
Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg	

**Tabelle 21: Befragte Gesundheitsgruppen in Deutschland**

<b>Deutsche Gesundheitsgruppen</b>	
Agaplesion	

IHS HealthEcon Umfrage – Kooperationen im österreichischen Gesundheitswesen

Alexianer-Klinik-GmbH	
Allgemeine Hospitalgesellschaft	
Asklepios	
Capio Deutsche Klinik	
Damp Gruppe	
Deutsche Rentenversicherung	
Eifelhöhen-Klinik Aktiengesellschaft	
Franziskus Stiftung	
Helios Kliniken	
Katholische Hospitalvereinigung Weser–Egge GmbH	
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth	
Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG	
Klinikgruppe Enzensberg	
Klinikums Region Hannover	
KMG Kliniken	
Kusanus Trägergesellschaft Trier	
Marienhaus Kranken- und Pflegegesellschaft mbH Waldbreitbach	
Marseille-Kliniken AG	
MATERNUS-Kliniken AG	
Median-Kliniken	
MediClin	
Mühlenkreiskliniken	
Paracelsus-Kliniken	
Paul Gerhardt Diakonie	
Pro Diako	
Recura-Kliniken GmbH	
regiomed Kliniken	
RHM Kliniken und Pflegeheime	
Rhön-Kliniken AG	
Sana Kliniken AG	
SHG Gruppe	

IHS HealthEcon Umfrage – Kooperationen im österreichischen Gesundheitswesen

SRH Holding	
Vivantes - Netzwerk für Gesundheit	
Waldburg-Zeil Kliniken	
Wicker-Gruppe	

## 8.1. Appendix I

### Fragebogen an die Österreichische Krankenhausbetriebsgesellschaften



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna

10. November 2011

Sehr geehrte XXXXX!

Das Institut für Höhere Studien (IHS) führt derzeit eine Studie zum Thema **Kooperationen im Gesundheitswesen** durch. Das primäre Ziel dieser Studie ist, die bereits bestehenden Kooperationen im Gesundheitsbereich mit einem speziellen Fokus auf Krankenhäuser sowohl im medizinischen als auch nicht-medizinischen Bereich zu erfassen und das Potenzial noch nicht ausgeschöpfter Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu eruieren.

In Österreich gibt es derzeit nur vereinzelte Informationen zu den bereits bestehenden Kooperationen im Gesundheitswesen. Mit Hilfe dieser Befragung möchten wir diese Lücke schließen und ein realistisches Abbild der derzeit bestehenden Kooperationen generieren. Zu diesem Zweck wurde der Ihnen vorliegende Fragebogen entwickelt, welchen wir Sie höflichst ersuchen, bis **25. November 2011** zu beantworten.

Durch Ihre Mithilfe können wir sicherstellen, dass ein umfassendes und korrektes Bild der bereits bestehenden sowie zukünftig möglichen Kooperationen im österreichischen Gesundheitswesen vorliegt. Selbstverständlich werden Ihre Angaben ausschließlich in anonymisierter Form verwendet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Es ist nicht Ziel die Kooperationsaktivitäten der einzelnen Krankenhausbetriebsgesellschaften in irgendeiner Art und Weise zu vergleichen oder bewerten, sondern viel mehr das österreichweite Potenzial noch nicht ausgeschöpfter Kooperationen festzustellen, da aus politischer Sicht solchen Kooperationen unter Leistungserbringern eine weitaus höhere Chance auf Realisierung eingeräumt wird als einem tiefgreifenden Strukturumbau.

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

(Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer)



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna

## Umfrage:

### *Kooperationen im österreichischen Gesundheitswesen*

Wir ersuchen Sie den Fragebogen auszufüllen und bis spätestens **25.11.2011** im beigelegten Kuvert an das Institut für Höhere Studien (IHS) zu retournieren.

**Für Fragen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung und ersuchen Sie um Kontaktaufnahme bei:**

- Markus KRAUS 01/ 59 991-141, [kraus@ihs.ac.at](mailto:kraus@ihs.ac.at)
- Clemens SIGL 01/59 991-262, [sigl@ihs.ac.at](mailto:sigl@ihs.ac.at)





## Informationen zum Fragebogen

Der Ihnen vorliegende Fragebogen gliedert sich in einen medizinischen und einen nicht-medizinischen Abschnitt mit 4 bzw. 5 Frageblöcken. Die Frageblöcke bestehen aus jeweils vier identen Fragen und behandeln ausgewählte Bereiche der Leistungserbringung in Spitälern. Die neun Frageblöcke lauten wie folgt:

Medizinischer Bereich:

- Labor
- Bildgebende Diagnostik
- Sterilisation
- Pathologie

Nicht-medizinischer Bereich

- Wäscherei
- Küche
- Reinigung
- Einkauf von Arzneimitteln
- Einkauf von sonstigen Gütern

Im Anhang ist zum besseren Verständnis eine Ausfüllhilfe beigelegt, welche bei Bedarf herangezogen werden kann.

# I. Medizinischer Bereich

## 1. Bereich Labor

### 1.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Labor durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 1.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Labor im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Labor durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Labor durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Labor durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Labor auszuweiten?

NEIN       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

### 1.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Labor im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 1.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Labor in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Labor durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Labor durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Labor durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

## 2. Bereich bildgebende Diagnostik

### 2.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 2.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich bildgebende Diagnostik im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich bildgebende Diagnostik auszuweiten?

NEIN                       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

### 2.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich bildgebende Diagnostik im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 2.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich bildgebende Diagnostik in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich bildgebende Diagnostik durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

### 3. Bereich Sterilisation

#### 3.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Sterilisation durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

#### 3.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Sterilisation im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Sterilisation durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Sterilisation durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Sterilisation durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Sterilisation auszuweiten?

NEIN                       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

### 3.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Sterilisation im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 3.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Sterilisation in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Sterilisation durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Sterilisation durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Sterilisation durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

## 4. Bereich Pathologie

### 4.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Pathologie durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 4.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Pathologie im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Pathologie durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Pathologie durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Pathologie durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Pathologie auszuweiten?

NEIN       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte



### 4.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Pathologie im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 4.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Pathologie in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Pathologie durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Pathologie durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Pathologie durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

### III. Nicht-medizinischer Bereich

#### 5. Bereich Wäscherei

##### 5.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Wäscherei durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

##### 5.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Wäscherei im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Wäscherei durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Wäscherei durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Wäscherei durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Wäscherei auszuweiten?

NEIN                       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

### 5.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Wäscherei im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 5.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Wäscherei in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Wäscherei durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Wäscherei durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Wäscherei durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

## 6. Bereich Küche

### 6.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Küche durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 6.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Küche im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Küche durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Küche durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Küche durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Küche auszuweiten?

NEIN       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

### 6.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Küche im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 6.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Küche in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Küche durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Küche durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Küche durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

## 7. Bereich Reinigung

### 7.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Reinigung durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 7.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Reinigung im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Reinigung durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Reinigung durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Reinigung durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Reinigung auszuweiten?

NEIN       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

### 7.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Reinigung im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 7.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Reinigung in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Reinigung durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Reinigung durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Reinigung durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

## 8. Bereich Einkauf von Arzneimitteln

### 8.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 8.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Einkauf von Arzneimitteln im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Einkauf von Arzneimitteln auszuweiten?

NEIN                       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte



### 8.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Einkauf von Arzneimitteln im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

### 8.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Einkauf von Arzneimitteln in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Einkauf von Arzneimitteln durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

## 9. Bereich Einkauf von sonstigen Gütern

### 9.1. Umsetzung von Kooperationen und/oder Auslagerungen

In **wie vielen Spitälern** Ihres Verbundes werden Leistungen im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperationen und/oder Auslagerungen und/oder im Haus erbracht?

	Anzahl an Spitälern	Bitte fügen Sie die korrespondierenden gesamten Spitalsbetten ein
durch Kooperationen		Betten
durch Auslagerungen an Tochtergesellschaften		Betten
durch Auslagerungen an Dritte		Betten
im Haus		Betten

### 9.2. Ausmaß von Kooperationen und/oder Auslagerungen

Quantifizieren Sie ungefähr den **aktuell bestehenden Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperation und/oder Auslagerung</i>	96 - 100 Prozent	

**Planen** Sie in näherer Zukunft den aktuell bestehenden Grad an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern auszuweiten?

NEIN                       JA, um \_\_\_\_\_ Prozentpunkte

**9.3. Einsparungen von Kooperationen und/oder Auslagerungen**

Quantifizieren Sie die durch *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* erreichten **jährlichen Einsparungen** im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern im Durchschnitt über alle Spitäler Ihres Verbundes

0 Prozent bzw. Mehrkosten	
1 - 10 Prozent	
11 - 20 Prozent	
21 - 30 Prozent	
31 - 40 Prozent	
41 - 50 Prozent	
Mehr als 50 Prozent	
Wenn möglich, quantifizieren Sie die Einsparungen	€

**9.4. Potenzial von Kooperationen und/oder Auslagerungen**

Nennen Sie den Ihrer Einschätzung nach **maximal erreichbaren Grad** an *Kooperationen und/oder Auslagerungen (an Tochtergesellschaften oder Dritte)* im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern in den Spitälern Ihres Verbundes

<i>(Nahezu) keine Leistungserbringung im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	0 - 5 Prozent	
<i>Teilweise Leistungserbringung im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	6 - 20 Prozent	
	21 - 40 Prozent	
	41 - 60 Prozent	
	61 - 80 Prozent	
	81 - 95 Prozent	
<i>(Nahezu) komplette Leistungserbringung im Bereich Einkauf von sonstigen Gütern durch Kooperation und/oder Auslagerung möglich</i>	96 - 100 Prozent	

**Anmerkungen:**

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit!

## **IV. Raum für weitere Anmerkungen:**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail an

- **Markus KRAUS** 01/ 59 991-141, [kraus@ihs.ac.at](mailto:kraus@ihs.ac.at)
- **Clemens SIGL** 01/59 991-262, [siql@ihs.ac.at](mailto:siql@ihs.ac.at)

Folgende Ausfüllhilfe wurde dem Fragebogen beigelegt um das Ausfüllen zu erleichtern und um sicherzustellen richtige Antworten zu bekommen.

## 8.2. Appendix II

### Fragebogen an die österreichischen Landesfonds



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna

UNIV.-PROF. DR. BERNHARD FELDERER

Stumpergasse 56, 1060 Wien

T: +43/1/59991-124

F: +43/1/59991-162

ZVR-Zahl: 066207973

XXXXX

XX

10. November 2011

Sehr geehrter Herr/Frau XXXXX!

Das Institut für Höhere Studien (IHS) führt derzeit eine Studie zum Thema **Kooperationen im Gesundheitswesen** durch. Das primäre Ziel dieser Studie ist, die bereits bestehenden Kooperationen im Gesundheitsbereich mit einem speziellen Fokus auf Krankenhäuser sowohl im medizinischen als auch nicht-medizinischen Bereich zu erfassen und das Potenzial noch nicht ausgeschöpfter Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu eruieren.

In Österreich gibt es derzeit nur vereinzelte Informationen zu den bereits bestehenden Kooperationen im Gesundheitswesen. Mit Hilfe dieser Befragung möchten wir diese Lücke schließen und ein realistisches Abbild der derzeit bestehenden Kooperationen generieren und wenden uns mit folgenden **drei Fragen**, für deren Beantwortung Raum im Anschluss an dieses Schreiben zur Verfügung steht, an Sie:

- Kooperieren ein oder mehrere landesfondsfinanzierte Spitäler auf **Spitalsebene** miteinander?
- Kooperieren ein oder mehrere landesfondsfinanzierte Spitäler auf **Fachabteilungsebene** miteinander?
- Kooperieren ein oder mehrere landesfondsfinanzierte Spitäler mit **niedergelassenen Ärzten**?

Wir ersuchen Sie die Fragen bis spätestens **25. November 2011** zu beantworten und im beigelegten Kuvert an das Institut für Höhere Studien (IHS) zu retournieren.

Durch Ihre Mithilfe können wir sicherstellen, dass ein umfassendes und korrektes Bild der bereits bestehenden sowie zukünftig möglichen Kooperationen im österreichischen Gesundheitswesen vorliegt. Selbstverständlich werden Ihre Angaben ausschließlich in anonymisierter Form verwendet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

**Für etwaige Fragen oder telefonische Unterstützung stehen Ihnen**

- **Markus KRAUS** 01/ 59 991-141, [kraus@ihs.ac.at](mailto:kraus@ihs.ac.at)
- **Clemens SIGL** 01/59 991 262, [sigl@ihs.ac.at](mailto:sigl@ihs.ac.at)

Ich bedanke mich herzlichst für Ihre geschätzte Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

(Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer)

**1. Kooperieren ein oder mehrere landesfondsfinanzierte Spitäler auf Spitalsebene miteinander?**

NEIN

JA

**1.1. WENN JA, um welche Art von Kooperationen handelt es sich hierbei (z.B. Schwerpunktsetzung einzelner Krankenhäuser)?**

(Bitte beschreiben Sie sämtliche Arten von Kooperationen hier)

**1.2. WENN JA, welche jährlichen Einsparungen konnten durch diese Kooperationen im Durchschnitt über alle landesfondsfinanzierten Spitäler erzielt werden?**

(Bitte beschreiben Sie die das Einsparungspotenzial hier)



**2. Kooperieren ein oder mehrere landes-  
fondsfinanzierte Spitäler auf Fachabteilungsebene  
miteinander?**

NEIN

JA

**2.1. WENN JA, um welche Art von Kooperationen handelt es sich hierbei (z.B. Setzung  
eines Fachschwerpunktes in Fachabteilungen einzelner Krankenhäuser)?**

(Bitte beschreiben Sie sämtliche Arten von Kooperationen hier)

**2.2. WENN JA, welche jährlichen Einsparungen konnten durch diese Kooperationen im Durchschnitt über alle landesfondsfinanzierten Spitäler erzielt werden?**  
(Bitte beschreiben Sie die das Einsparungspotenzial hier)

### **3. Kooperieren ein oder mehrere landesfondsfinanzierte Spitäler mit niedergelassenen Ärzten?**

NEIN

JA

**3.1. WENN JA, um welche Art von Kooperationen handelt es sich hierbei?**

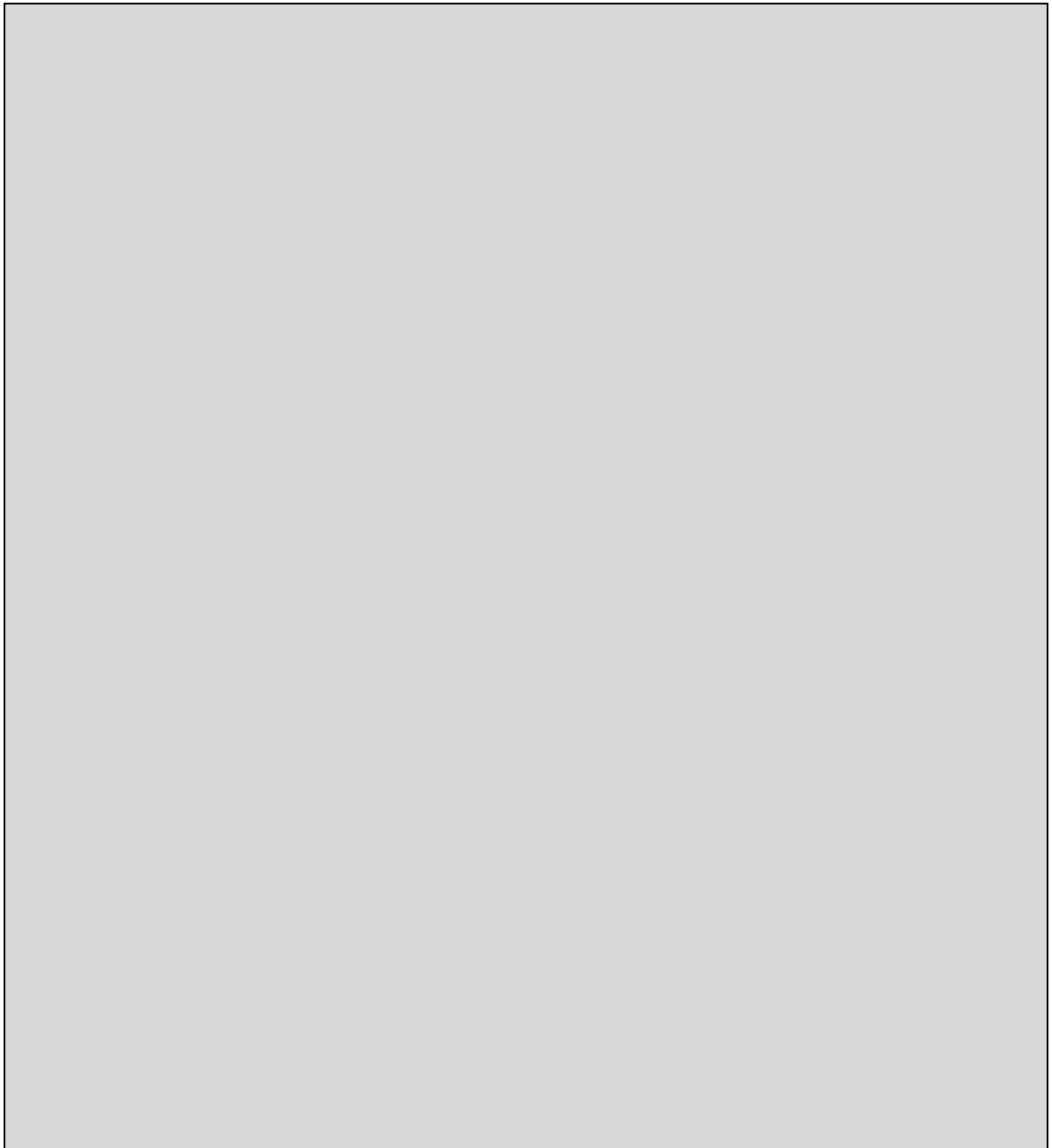
(Bitte beschreiben Sie sämtliche Arten von Kooperationen hier)

**3.2. WENN JA, welche jährlichen Einsparungen konnten durch diese Kooperationen im Durchschnitt über alle Teilnehmer erzielt werden?**

(Bitte beschreiben Sie die das Einsparungspotenzial hier)

**Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit!**

**Raum für weitere Anmerkungen**



Bei Fragen wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail an

- Markus KRAUS 01/ 59 991-141, [kraus@ihs.ac.at](mailto:kraus@ihs.ac.at)
- Clemens SIGL 01/59 991-262, [sigl@ihs.ac.at](mailto:sigl@ihs.ac.at)

### 8.3. Appendix III

#### **Anschreiben an die Deutschen Krankenhausgruppen**

Sehr geehrte/r Frau/Herr XXXXX

Das Institut für Höhere Studien (IHS) führt derzeit eine Studie zum Thema **Kooperationen im Gesundheitswesen** durch. Das primäre Ziel dieser Studie ist, die bereits bestehenden Kooperationen im Gesundheitsbereich mit einem speziellen Fokus auf Krankenhäuser sowohl im medizinischen als auch nicht-medizinischen Bereich zu erfassen. Es ist dezidiert nicht Ziel dieser Studie, die Kooperationsaktivitäten einzelner Krankenhausbetreiber in irgendeiner Art und Weise zu vergleichen oder zu bewerten, sondern viel mehr soll das Potenzial und die Möglichkeiten, welche sich aus derartigen Kooperationen ergeben, in Erfahrung gebracht werden.

In Österreich ist die Spitalslandschaft im Vergleich zu Deutschland nicht so stark von Kooperationen zwischen Leistungserbringern geprägt. Im Zuge unserer Recherchen sind wir auf Ihre Krankenhausgruppe gestoßen, die im Bereich der Kooperation von Leistungserbringern im Gesundheitswesen eine interessante Rolle einnimmt.

Konkret sind wir an Informationen zur Struktur und Form der Kooperationen sowohl zwischen Spitälern untereinander, als auch zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich bzw. MVZ und Rehabilitationszentren interessiert. Wie gestalten sich die Differenzierung und Spezialisierung der Leistungen über verschiedene Standorte und Kooperationspartner. Abgesehen von der allgemeinen Strukturierung, wären auch einzelne Fallbeispiele Ihrer Krankenhausgruppe von Interesse, die Ihrer Ansicht nach Vorzeigeprojekte für einen durch Kooperationen erzielten medizinischen und ökonomischen Fortschritt darstellen.

Im nicht-medizinischen Bereich interessiert uns im speziellen, ob Leistungen z.B. im Bereich Küche, Reinigung oder Wäsche in Kooperation mit anderen Spitälern Ihrer Krankenhausgruppe erbracht oder komplett an Dritte ausgelagert werden.

Wir würden Sie bitten uns zu dem obig aufgerissenen Themenfeld etwaige Informationen zu übermitteln. Für Rückfragen und weitere Informationen stehen wir Ihnen telefonisch unter +43 1 599 91 – 262 gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Folgende Krankenhausbetriebsgesellschaften in Deutschland wurden kontaktiert:

Agaplesion  
Alexianer-Klinik-GmbH  
Allgemeine Hospitalgesellschaft  
Asklepios  
Cario Deutsche Klinik  
Damp Gruppe  
Deutsche Rentenversicherung  
Eifelhöhen-Klinik Aktiengesellschaft  
Franziskus Stiftung  
Helios Kliniken  
Katholische Hospitalvereinigung Weser–Egge GmbH  
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth  
Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG  
Klinikgruppe Enzensberg  
Klinikums Region Hannover  
KMG Kliniken  
Kusanus Trägergesellschaft Trier  
Marienhaus Kranken- und Pflegegesellschaft mbH Waldbreitbach  
Marseille-Kliniken AG  
MATERNUS-Kliniken AG  
Median-Kliniken  
MediClin  
Mühlenkreiskliniken  
Paracelsus-Kliniken  
Paul Gerhardt Diakonie  
Pro Diako  
Recura-Kliniken GmbH  
regiomed Kliniken  
RHM Kliniken und Pflegeheime  
Rhön-Kliniken AG  
Sana Kliniken AG  
SHG Gruppe  
SRH Holding  
Vivantes - Netzwerk für Gesundheit  
Waldburg-Zeil Kliniken  
Wicker-Gruppe





---

Autoren: Thomas Czipionka, Markus Kraus, Clemens Sigl, Julia-Rita Warmuth

Titel: Health Cooperation – Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen

Projektbericht/Research Report

© 2012 Institute for Advanced Studies (IHS),  
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>

---