

Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement

Ingo Behrendt · Hans-Joachim König ·
Ulrich Krystek
Herausgeber

Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement

Outsourcing, IT-Nutzenpotenziale,
Kooperationsformen, Changemanagement

 Springer

Herausgeber

Dr. Ingo Behrendt
NEXUS AG
Auf der Steig 6
78052 Villingen-Schwenningen

Dr. Hans-Joachim König
Schrade & Partner Rechtsanwälte
Max-Planck-Str. 11
78052 Villingen-Schwenningen

Prof. Dr. Ulrich Krystek
TU Berlin
Sekt. H 74
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin

ISBN 978-3-642-00934-1 e-ISBN 978-3-642-00935-8

DOI 10.1007/978-3-642-00935-8

Springer Dordrecht Heidelberg London New York

Library of Congress Control Number: xxxx

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Cover design: WMXDesign GmbH, Heidelberg

Printed on acid-free paper

Springer is part of Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Vorwort

Die allgegenwärtige, weltweite Finanzkrise hat viele andere wichtige Themenbereiche in den Hintergrund des öffentlichen Bewusstseins gedrängt; darunter offenbar auch den fundamentalen Wandlungsprozess im Gesundheitswesen. Mehr noch: diese Branche scheint, jedenfalls bei oberflächlicher Betrachtung, sogar weniger als andere sog. „Paradebranchen“ (Marschall et al. 2009, S. 16) von den Wirkungen der aktuellen Krisenerscheinungen betroffen (vgl. Reents 2008, S. 20f.). Solche Wahrnehmungen dürfen jedoch den Blick für die unverändert aktuellen und großen Herausforderungen des Gesundheitswesens als der mit rund 245 Mrd. Euro Umsatz und ca. 4,2 Mio. Beschäftigten allein in Deutschland größten Branche (vgl. Franke 2007, S. 21) nicht verstellen. Eine aktuelle Darstellung der spezifisch deutschen Problemstellungen im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen findet sich bei Henke (2008, S. 37ff.).

Krankenhäuser spielen in dieser Branche eine entscheidende Rolle und sind wie kein anderer Bereich im deutschen Gesundheitssystem tiefgreifenden Umstrukturierungen unterworfen (vgl. Gericke et al. 2006, S. 79). Auch wenn der deutsche Krankenhaussektor im internationalen Vergleich im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit sowie auch hinsichtlich Angebotsbreite und Zugänglichkeit einen Spitzenplatz einnimmt und damit weit besser als sein Ruf erscheint (vgl. Salfeld et al. 2007, S. 1), ist der tiefgreifende Wandlungsprozess in Krankenhäusern längst noch nicht abgeschlossen. Es dürfte daher auch weiterhin für einen breiten Leserkreis interessant sein zu erfahren, welche Themenschwerpunkte eines zukunftsorientierten Krankenhausmanagements mit welchen Problemstellungen, Lösungen und Erfahrungen aktuell besonders im Blickfeld stehen. Neben Grundlagenwerken, die das Management aller wesentlichen Sektoren im Gesundheitswesen umfassen, bieten sich speziell für den Bereich des Krankenhausmanagements vertiefende Abhandlungen an, die aus Sicht von Theorie und Praxis aktuelle Einzelaspekte herausgreifen und aus unterschiedlichen Perspektiven behandeln.

Mit dieser Zielsetzung ist der vorliegende Sammelband konzipiert worden als ein Ergebnis vieler Gespräche und Sitzungen im Umfeld der Nexus AG, die sich speziell mit der Entwicklung und Vermarktung von klinischen Informationssystemen beschäftigt. Wenn auch die Auswahl der hier präsentierten Themen immer den Anschein des Fragmentarischen haben muss, der innere Zusammenhang zwischen den jeweiligen Themenschwerpunkten ist nicht nur durch den fachlichen Hintergrund der Autoren und Herausgeber geprägt, er ist maßgeblich beeinflusst worden durch vielfältige Dialoge mit Führungskräften des Krankenhausmanagements und

übrigen Experten, die den Weg der Veränderungen in Krankenhäusern begleiten und beeinflussen. In dem so entstandenen Dialog zwischen Theorie und Praxis haben sich interessante und aktuelle Problemstellungen, Lösungsansätze, Erfahrungen und noch offene Fragen ergeben, die nachfolgend kurz skizziert werden.

Im *ersten Teil* umreißt Heinz Lohmann die grundlegende Neuorientierung der Anforderungen an ein zukunftsorientiertes und erfolgreiches Krankenhausmanagement. Reinhard Busse, Oliver Tiemann und Markus Wörz schildern die Umwandlungsprozesse in autonomisierte oder verselbständigte Einrichtungen und deren erforderliche Regulierung vor dem Hintergrund des Wandels internationaler Gesundheitssysteme.

Mit der Konzentration auf Kernkompetenzen und den daraus abgeleiteten Outsourcing-Entscheidungen beschäftigt sich der *zweite Teil*. Ulrich Krystek stellt Outsourcing als eine notwendigerweise strategisch orientierte Führungsentscheidung des Krankenhausmanagements im Rahmen eines integrierten Planungssystems dar. Das zukunftsorientierte Konzept eines digitalen Krankenhauses mit seinen darin enthaltenen IuK-Outsourcing-Strategien, Perspektiven und Alternativen sowie den generellen Erwartungen an die IuK-Technologien im Gesundheitswesen wird von Axel C. Mühlbacher und Rajko Pflügel thematisiert. Daran schließen sich zwei Beispiele für weitere typische Felder von Outsourcing-Entscheidungen im Krankenhaus an. Michael Kirchner und Jens Knoblich erläutern den Bereich der tertiären Dienstleistungen mit dem Schwerpunkt Facility Management und Andreas König und Thais Bade diskutieren Strategien zur Kostensenkung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung durch Outsourcing-Entscheidungen in der Krankenhauslogistik am Beispiel des Teilbereichs „Materialwirtschaft“. Kodierung und Leistungserfassung als für die Erlösqualität von Krankenhäusern wichtige Aufgabenbereiche werden von Arno Kinnebrock und Ulrich Overhamm dargestellt. Die Autoren behandeln dabei auch die Möglichkeit des Outsourcings solcher Tätigkeiten, die nicht zu den eigentlichen Kernaufgaben des Krankenhauses zählen.

Eine spezielle Kooperationsform im Rahmen von Outsourcing-Strategien, die in enger Verbindung mit der Auslagerung von tertiären Dienstleistungen steht, ergibt sich durch Organschaften, die im *dritten Teil* thematisiert werden. Hans Joachim König, Ricarda Baudis und Cristof Bröbke erläutern diese vielschichtige Organisationsform aus juristischer Sicht unter den Aspekten des Steuerrechts, Vergaberichts, Wettbewerbsrechts, Gesellschafts- und Arbeitsrechts, wobei die besondere Brisanz arbeitsrechtlicher Vorschriften hervorgehoben wird. Die Autoren thematisieren in diesem

Teil zugleich die horizontale Privatisierung als eine weitere Form des Outsourcings, in der durch gemeinsame Servicegesellschaften vielfältige Formen infrastruktureller Dienstleistungen für Krankenhäuser zusammengefasst werden.

Den noch längst nicht ausgeschöpften IT-Nutzenpotenzialen eines zukunftsorientierten Krankenhausmanagements widmet sich der *vierte Teil*. Ingo Behrendt vermittelt in seinem grundlegenden Beitrag eine neue Sicht auf die Entwicklung und Einführung innovativer Krankenhaus-Informationssysteme (KIS). Er berichtet über gemachte Erfahrungen und gibt zugleich Beispiele der Anwendungserstellung sowie Hinweise zur Projektführung. Mit der Optimierung und Integration von sektoral übergreifenden Geschäftsprozessen im Rahmen der integrierten Gesundheitsversorgung beschäftigt sich der Beitrag von Alexander Pocsay und Oliver Distler. Sie sehen die zukünftigen eHealth-Lösungen nur dann als erfolgreich an, wenn sie mit einer Optimierung der zugrunde liegenden Geschäftsprozesse verbunden sind. Die Rolle der IT als einem unverzichtbaren Unterstützungsinstrument des zukunftsorientierten Krankenhausmanagements wird anschließend am Beispiel des Prozess- und Qualitätsmanagements verdeutlicht. Im Beitrag von Uwe A. Gansert wird die Rolle der Informationstechnologie als wesentlicher Faktor zur Prozessverbesserung bei der Patientenversorgung hervorgehoben und an zwei konkreten Anwendungsfällen verdeutlicht. Gesine Dannemaier, Clas Clasen und Stefan Burkhart stellen am Beispiel von NEXUS/CURATOR ein KTK[®]-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) vor, das sich auf dem relevanten Markt zunehmend durchsetzt.

Die ambivalente Rolle des Datenschutzes als Rahmenbedingung einer fortschreitenden Digitalisierung in Krankenhäusern ist das Thema des *fünftens Teils*. Franz-Michael Koch und Maren Stienecker widmen sich in diesem Teil dem Gefährdungspotenzial einer modernen Datenverarbeitungstechnologie und speziell den Rechtsgrundlagen eines darauf ausgerichteten Datenschutzes. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Rechten der Betroffenen.

Vielfältige und tiefgreifende Wandlungsprozesse im Krankenhausmanagement bedürfen eines geeigneten Changemanagements, das letztendlich über den Erfolg oder Misserfolg der jeweiligen Veränderungsprojekte entscheidet. Der *sechste Teil* beschließt mit der Thematisierung dieses Trägers des Wandels den vorgelegten Sammelband. Aus arbeitswissenschaftlicher Sicht erläutern Ingo Marsolek und Wolfgang Friesdorf das Changemanagement und betonen dabei die Forderung, Mitarbeiter von der Notwendig-

keit des Wandels zu überzeugen und in die Veränderungsprozesse zu integrieren. Verhaltensbedingte Hürden stellt daran anknüpfend Marko Reimer dar und erörtert zugleich mögliche Lösungsansätze. Für ihn sind Widerstände gegen Veränderungsprozesse Warnsignale einer nicht hinreichenden Berücksichtigung der Betroffenen. Rajko Pflügel, Hannelore Kreibeck und Jens-Peter Keil berichten anschließend über Erfahrungen mit dem Einsatz von Changemanagement am Beispiel eines Krankenhaus-Projekts.

Die Herausgeber nehmen diese Einführung zum Anlass, allen Autoren sehr herzlich für ihre Beiträge zu danken, die – das sei ausdrücklich gewürdigt – zusätzlich zu allen anderen Aufgaben entstanden.

Unser Dank gilt zugleich dem Springer Verlag und dort speziell Herrn Dr. Werner A. Müller, der als kompetenter und verständnisvoller Partner die Konzeption dieses Buchs begleitete. Nicht zuletzt auch Herrn Dipl.-Ing. Marko Reimer, der die Mühe der Erstellung einer druckreifen Fassung übernahm und darüber hinaus mit wertvollen Anregungen zum Gelingen dieses Werks maßgeblich beitrug.

Der Prozess eines zukunftsorientierten Wandels im Krankenhausmanagement findet naturgemäß kein definierbares Ende. Herausgeber und Autoren würden sich deshalb freuen, wenn sie von den Lesern dieses Buchs weitere Anregungen erhalten, die den so begonnenen Dialog fortsetzen helfen.

Ingo Behrendt
Hans Joachim König
Ulrich Krystek

Villingen-Schwenningen, Berlin im März 2009

Literatur:

- Franke D H (2007) Krankenhaus-Management im Umbruch. Konzepte – Methoden – Projekte. Kohlhammer, Stuttgart
- Gericke C, Wörz M, Busse R (2006) Leistungsmanagement in Krankenhäusern. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg) Management im Gesundheitswesen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 54-80

- Henke K-D (2008) Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen. In: Schmidt-Rettig B, Eichhorn S (Hrsg) Krankenhausmanagementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Kohlhammer, Stuttgart, S 37-53
- Marschall B, Kaebele M, Scholz S (2009) Krise lässt Paradebranchen abstürzen. Financial Times Deutschland vom 06.02.2009: 16
- Reents H (2008) Stabile Geschäfte. medbiz12 (Magazin für Gesundheitswesen der Financial Times Deutschland) 12/08: 20-21
- Salfeld R, Hehner S, Wichels R (2007) Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Inhaltsverzeichnis

Teil 1: Grundlagen des zukunftsorientierten Wandels im Krankenhausmanagement

Heinz Lohmann

Erfolgsfaktor Medizin: Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement..... 3

Reinhard Busse, Oliver Tiemann und Markus Wörz

Veränderungen des Krankenhausmanagements im Kontext des Wandels internationaler Gesundheitssysteme 15

Teil 2: Konzentration auf Kernkompetenzen

Ulrich Krystek

Outsourcing als strategische Option 39

Axel C. Mühlbacher und Rajko Pflügel

IuK-Outsourcing im Krankenhaus: Das (digitale) Krankenhaus zwischen Integration und Fokussierung 69

Michael Kirchner und Jens Knoblich

Outsourcing tertiärer Dienstleistungen 103

Andreas König und Thais Bade

Strategien zur Kostensenkung und Qualitätssteigerung in der Krankenhauslogistik 113

Arno Kinnebrock und Ulrich Overhamm

Kodierung und Leistungserfassung..... 127

Teil 3: Organschaften und Horizontale Privatisierung

Hans Joachim König, Ricarda Baudis und Christof Brößke..... 143

Teil 4: IT-Nutzenpotenziale im zukunftsorientierten Krankenhausmanagement

Ingo Behrendt

Klinische Informationssysteme im Krankenhausmanagement:
Eine neue Sicht auf die Entwicklung und die Einführung
innovativer KIS 181

Alexander Pocsay und Oliver Distler

Geschäftsprozessmanagement im Gesundheitswesen –
Organisation und IT wachsen zusammen 215

Uwe A. Gansert

IT als Unterstützungsinstrument des Prozessmanagements in
Krankenhäusern 233

Gesine Dannenmaier, Clas Clasen und Stefan Burkart

IT und KTQ® zur Unterstützung des Qualitätsmanagements
und der Managementbewertung..... 267

Teil 5: Rechtliche Rahmenbedingungen der Digitalisierung

Franz-Michael Koch und Maren Stienecker 285

Teil 6: Changemanagement als Träges des Wandels

Ingo Marsolek und Wolfgang Friesdorf

Changemanagement im Krankenhaus – im Mittelpunkt der Mensch.. 323

Marko Reimer

Verhaltensbedingte Hürden als Gegenstand des Change-
managements 337

Rajko Pflügel, Hannelore Kreibeck und Jens-Peter Keil

Erfahrungen mit dem Changemanagement: Die Einführung von
Fallmanagement im Krankenhaus 357

Autorenverzeichnis.....387

Teil 1:

**Grundlagen des zukunftsorientierten Wandels
im Krankenhausmanagement**

Erfolgsfaktor Medizin: Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement

Heinz Lohmann

1 Die Zeit ist reif

Ein Krankenhaus „produziert“ Medizin. Wer wollte das bezweifeln? Die Behandlung und Pflege kranker Menschen ist die Aufgabe dieser Institution, solange es sie gibt. Aber stand die Medizin deshalb schon immer im Zentrum des Interesses des verantwortlichen Managements? Daran kann mit Fug und Recht gezweifelt werden. Solange der Einsatz von Putzfrauen, Technikern und Buchhaltern mehr Aufmerksamkeit auf sich zieht als die Gestaltung der Strukturen und Prozesse der Medizin, ist die Krankenhauswelt nicht im Lot.

Mehr und mehr wird den beteiligten Akteuren deutlich, dass der nachhaltige Umschwung eine grundlegende Neuorientierung der Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement erforderlich macht. Kostensteigerungen aus Tarifabschlüssen, Mehrwertsteuererhöhung, wachsenden Energiekosten, pauschale Budgetkürzungen aufgrund von Entscheidungen des Gesetzgebers und das alles bei sinkenden Erlösen – die Liste der aktuellen Hiobsbotschaften ist lang. Heute Verantwortung für Krankenhäuser zu tragen, wiegt schwer. Aber es ist nichts gegenüber der Perspektive in den kommenden 10 Jahren.

So werden angesichts von weiteren Verweildauerverkürzungen und Ambulantisierungen mehr als 30%, also über 700 Krankenhäuser, unweigerlich geschlossen werden. Die langsam aber sicher zunehmende Transparenz bei der Bewertung der Qualität von Medizin durch Zertifizierung, Rankings, Patientenforen und vielem sonst, verbreitet durch Medien wie Zeitungen und Zeitschriften sowie mehr und mehr durch Fernsehen und nicht zuletzt durch das Internet, beschleunigt die Konzentration der medizinischen Angebote durch Spezialisierung. Gleichzeitig fördert die rasante Entwicklung der Informationstechnologie die Vernetzung der Diagnostik und Therapie auch in die Fläche hinein. Nur die Krankenhäuser, die sich den Herausforderungen der Zukunft heute aktiv stellen und vorbehaltlos die Modernität des Angebots ihrer Medizin ins Zentrum des Wandlungsprozesses rücken, werden im härter werdenden Wettbewerb um Patienten überleben. In dieser Entwicklung liegt eine große Chance für die Verbesse-

rung der Medizin insgesamt und damit auch für den Patienten. Krankenhausmanagement muss die Zeichen der Zeit erkennen und sich an die Spitze der Bewegung setzen.

2 Konzentration auf Medizin

Wer Autos verkaufen will, muss herausragende Autos produzieren. Die technisch perfektsten Autoradios einzubauen reicht nicht aus. Und genau so wenig ist beste Medizintechnik allein ein Grund, die Leistungen eines Krankenhauses in Anspruch zu nehmen. Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern wird letztlich über die Qualität der Medizin entschieden. Alles andere sind zwingende Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um überhaupt eine Chance im Überlebenskampf zu haben. Und die Branche steht ganz am Anfang eines dramatischen Umbruchs. Bisherige Sanierungs- und Modernisierungsprogramme von Krankenhausunternehmen beziehen sich ganz wesentlich auf medizinferne Bereiche. Der Nachholbedarf gegenüber anderen Branchen der Volkswirtschaft beim infrastrukturellen Service hat die letzten 15 Jahre in den Krankenhäusern geprägt. Die Organisation der Medizin ist bisher nur in Randbereichen in den Veränderungsprozess einbezogen worden. Insbesondere die institutionelle Begrenzung der bisherigen Ansätze hat verhindert, dass die gesamte Behandlung eines Patienten und ihr Erfolg ins Zentrum der Optimierungsstrategie gerückt werden konnten. Krankenhausmanager haben sich bisher im wesentlichen um das „Drumherum“ gekümmert und nicht so sehr um das Optimum des „Eigentlichen“. Patienten suchen herausragende Medizin. Auf sie gilt es sich zu konzentrieren.

Medizin ist heute immer noch allenthalben Resultat der vorgefundenen Bedingungen. Die Hebung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit kann erst durch einen tief greifenden Paradigmenwechsel von einer mehr auf Zufälligkeiten beruhenden zu einer strukturierten und standardisierten Medizin nachhaltig sicher gestellt werden. Die ganze Organisation muss dafür „vom Kopf auf die Füße“ gestellt werden. Nicht die „gewachsene“ Beschaffenheit der Infrastruktur, die vorgefundene Organisation der Betriebsabläufe sowie die zufällig entstandene Personalstruktur dürfen die Art und die Ergebnisse von Medizin länger determinieren. Umgekehrt müssen die für das Überleben des Krankenhauses im Wettbewerb unabdinglich notwendige Qualität und Wirtschaftlichkeit der Medizin die Infrastruktur, die Betriebsabläufe sowie die Personalstruktur bestimmen. Die bisherige Art und Weise, Medizin zu offerieren, ist Ergebnis der fast vollständigen Intransparenz der Gesundheitsangebote in der Vergangenheit.

Diese Situation verändert sich aktuell grundlegend und nachhaltig. Mehr und mehr gewinnen Klinikführer, Ärztelisten, Qualitätsberichte, kurz: Rankings aller Art an Bedeutung. Themen aus der Medizin sind in Zeitschriften, im Fernsehen und immer öfter auch im Internet an Popularität nicht zu überbieten.

Patienten sind dem Expertensystem Medizin nicht mehr vollkommen hilflos ausgeliefert. Im Gegenteil gewinnen Sie in diesem lange ausgeklammerten gesellschaftlichen Sektor Autonomie hinzu und nutzen in Ansätzen ihre Marktchancen bereits heute. Modernes Krankenhausmanagement zieht aus diesem Trend die richtigen Schlüsse und schaltet sich aktiv in die Gestaltung des Wandels der Bedingungen für Medizin ein.

Weil es für das Krankenhausmanagement zwingend ist, sich auf die Optimierung der Medizin zu konzentrieren, benötigen Krankenhausunternehmen für eine zukunftsfähige Infrastruktur strategische Partner. Dabei geht es nicht um einfache Outsourcing-Modelle, wie sie in jüngster Vergangenheit häufig zur Anwendung gekommen sind. Künftig steht die Verfolgung gemeinsamer Ziele obenan. Deshalb sind wechselseitig höchste Anforderungen an die beteiligten Partner zu stellen. Sie müssen insbesondere bereit sein, innovative Geschäftsmodelle, wie etwa „Pay per Case-Konzepte“ zu verfolgen. Das gemeinsame Geschäftsrisiko Medizin ist die Stimulanz, um zu Höchstleistungen zu gelangen. Sie wiederum sind Voraussetzung für Erfolg im harten Verdrängungswettbewerb der kommenden Jahre.

Zentrales Erfolgskriterium für modernes Krankenhausmanagement ist es, zeitnah strategische Partner zu gewinnen, die in der Lage sind, in enger Kooperation mit dem jeweiligen Klinikum vielfältige infrastrukturelle Serviceleistungen zu offerieren. Felder für Kooperationen dieserart sind etwa Facilitymanagement, Steuerung von Medizintechnik, Wiederaufbereitung von Medizinprodukten, Immobilien- und Flächenmanagement sowie Planung und Bau und vieles mehr. Zuliefererindustrie und Serviceunternehmen müssen sich derzeit auf die veränderte Situation einstellen. Es gibt bereits eine Reihe von Firmen, die auf einem Erfolg versprechenden Weg sind. Allerdings ist die Umstellung der Geschäftsmodelle beileibe kein Selbstgänger. Vielmehr tun sich viele Industrie- und Servicebetriebe der Gesundheitswirtschaft noch außerordentlich schwer mit der Vorstellung, gemeinsam mit den Krankenhäusern das Risiko des Medizingeschäftes zu teilen. Auch hier ist ein rascher und beherzter Wandel von Nöten. Immerhin gibt es sie bereits, die Pioniere der strategischen Partnerschaften.

Ein Gang über das häufig weitläufige Gelände von großen Krankenhäusern in Metropolen bringt es an den Tag. Moderne Krankenhäuser sind inzwischen häufig Orte, an denen unterschiedliche Medizinanbieter nebeneinander agieren. Diese zusätzlich zur Klinik entstandenen Betriebe sind

als Beteiligungsgesellschaften des Klinikums oder wirtschaftlich eigenständig tätig. Sie nutzen ihre Räumlichkeiten auf der Basis von unterschiedlich ausgestalteten Mietverhältnissen. Die begonnene Entwicklung wird in den kommenden Jahren rasant voranschreiten. Die Stichworte dazu sind: Patientenhotels, Facharztkliniken, Ärztehäuser, Medizinische Versorgungszentren, Diagnostik-Center, Spezialkliniken, Wellnesscenter, Tagungszentren, Gesundheitsmalls und so weiter. Es werden je nach geografischer Lage mit einem unterschiedlichen Angebotsportfolio ausgestattete Gesundheitscenter entstehen und in Zukunft systematisch projiziert, geplant, gebaut und betrieben werden. Dabei ist es nicht Erfolg versprechend, wenn Krankenhäuser weiterhin Immobilien- und Vermietungsgeschäfte, Planungs- und Bauaufgaben sowie vielfältige Managementfunktionen neben ihrem Kerngeschäft wahrnehmen. Sinnvoll ist vielmehr, zu einer Professionalisierung dieser Aktivitäten zu gelangen und eine entsprechende strategische Partnerschaft auch für das Gesundheitscentermanagement einzugehen. Hier ist Entwicklungsarbeit notwendig, wie sie in anderen Branchen bereits vor etlichen Jahren stattgefunden hat. Der Gesundheitssektor vollzieht Erfolgsmodelle nach, die in anderen Wirtschaftsbereichen inzwischen Gang und Gäbe geworden sind.

Die notwendige Professionalität des Medizingeschäftes erfordert die ganze Konzentration des Krankenhausmanagements. Die Zeiten, in denen sich verantwortliche Führungskräfte vornehmlich um „Randthemen“ des Geschehens in Gesundheitsunternehmen kümmern konnten, gehören in dieser stark wettbewerbsbestimmten Branche der Vergangenheit an. Strategische Partner sind deshalb gefordert.

3 Qualität durch „Markenmedizin“

Den Gesundheitsmarkt charakterisiert nach wie vor eine äußerst ausgeprägte Segmentierung. Es gibt bisher fast ausschließlich Teilleistungen, die erst durch mühsame Verknüpfung zu einer Gesamtbehandlung zusammengefügt werden müssen. Das ist insbesondere angesichts der hohen Intransparenz für alle Beteiligten, aber natürlich besonders für die Patienten selber, nur schwerlich möglich. Zudem ist diese Art der medizinischen Leistungserbringung unter qualitativen und erst recht wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht effektiv. Menschen, speziell ältere Menschen, erwarten zunehmend komplexe Gesundheitsangebote, die auf einem strukturierten Prozess beruhen. Diese Entwicklung ist in vielen anderen Branchen in den vergangenen Jahren in gleicher Weise abgelaufen. Der Gesundheitsmarkt zieht hier jetzt lediglich nach.

Gegen die Einführung von Pauschalangeboten hat es immer Bedenken gegeben. Der Vorwurf lautet jeweils, die Individualität bleibe auf der Strecke. Identische Argumentationsmuster sind in den verschiedenen Branchen zu erkennen. Als in den fünfziger Jahren in Deutschland die ersten Pauschalreiseveranstalter aufkamen, gab es große Zweifel, ob es sich hier um ein Erfolg versprechendes Geschäftsmodell handele. Viele Menschen waren der Meinung, dass so etwas Persönliches wie ein Urlaub nur als individuell strukturiertes Angebot verkäuflich sei. Die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte haben das Gegenteil eindrucksvoll bewiesen. Heute ist die All-Inclusive-Reise weit verbreitet und ein ausgesprochenes Erfolgskonzept. Allerdings ist das Angebot inzwischen außerordentlich differenziert und bietet trotz größter Standardisierung eine Fülle von individuellen Wahlmöglichkeiten.

Auch das Vorurteil, eine Pauschalreise biete keinen persönlichen Service, ist längst widerlegt. Wäre es so, gäbe es dieses Angebot nicht mehr. Das Gegenteil ist richtig, weil der Grad der Standardisierung so hoch ist und die Abläufe technisch in umfassender Weise gestützt werden, können die Beschäftigten in der Touristikbranche auf die Kundenwünsche in viel höherem Maße eingehen. Sie werden von Routineanforderungen durch die genormten Prozesse entlastet. Dieses gilt insbesondere dann, wenn bei Angeboten für ältere Menschen die Aufmerksamkeit der Servicekräfte überdurchschnittlich herausgefordert wird. Selbstverständlich in der Reisewirtschaft sind die unterschiedlichen Preissegmente, in denen Reisen offeriert werden. Wer einmal die Kataloge von Veranstaltern verglichen hat, wird erkennen, dass für alle Bevölkerungsgruppen inhaltlich und finanziell differenzierte Angebote auf dem Markt sind.

Die Ausgestaltung der Tourismusbranche kann für die Gesundheitswirtschaft in all den genannten Punkten Modellcharakter haben. Natürlich wird es erforderlich sein, die Erfahrungen aus anderen Wirtschaftsbereichen entsprechend anzupassen, um sie für den Einsatz im Gesundheitssektor tauglich werden zu lassen. Insbesondere die kulturellen Besonderheiten müssen beachtet werden. Das gilt in spezieller Weise auch für die Ansprache der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Sie sind skeptischer gegenüber Veränderungen dieser Art als in allen anderen Branchen.

In jüngster Vergangenheit ist auch der Gesundheitsmarkt vom allgemeinen Umbruch mehr und mehr erfasst worden. Allerdings ist der Wandel hier erst am Beginn. Die Konturen der künftigen Regeln sind nur schematisch zu erkennen. Eine wichtige Bedingung für das sich ausbreitende Vertragssystem ist eine klare Definition der Leistungen. In Deutschland ist mit der Einführung der Diagnostic-Related-Groups-Methodik dazu eine wesentliche Voraussetzung realisiert worden. Sie kann in den kommenden Jahren auch auf nicht stationäre Leistungen übertragen werden.

Sie und geplante Behandlungsabläufe stellen die Basis zur Entwicklung von „Lösungen“ für Patienten dar. Die Leistungsdefinition wird auf der Basis optimierter betriebswirtschaftlicher Instrumente durch eine realistische Preiskalkulation ergänzt werden. Beide Elemente sind konstitutiv für ein Vertragssystem. Dabei kann auf die jetzt gemachten Erfahrungen mit den Verträgen (vgl. Abb. 1) auf der Basis der Integrierten Versorgung aufgebaut werden.

- Medizinischer Inhalt
- Ablauforganisation Durchführung
 - z. B. Tag der OP
- Gewährleistung
 - z. B. keine Wiedereinweisung mit gleicher Grunderkrankung innerhalb festgelegtem Zeitraum
- Zusätzliche Leistungsverpflichtungen
 - z. B. Nachsorgeuntersuchungen, Dokumentationspflichten
- Unterbringungs- und Verpflegungsleistungen
- Preise und Rabatte

Abb. 1: Medizin-Leistungsverträge

In Leistungsverträgen wird hierbei jeweils der medizinische Inhalt geregelt, die ablauforganisatorische Durchführung festgelegt, bei Eignung eine Gewährleistung vereinbart, zusätzliche Leistungsverpflichtungen festgeschrieben, die Unterbringungs- und Verpflegungsleistungen definiert sowie die Preise und Rabatte bestimmt. Wobei die Krankenkassen Preisnachlässe dann erwarten können, wenn es ihnen gelingt, über eine verabredete Anzahl von Patienten hinaus, weitere Mitglieder ihrer Kasse davon zu überzeugen, das vereinbarte Angebot in Anspruch zu nehmen. Es geht künftig um Komplexleistungen zu Komplexpreisen. Ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische medizinische Hilfen sowie Medikamente, und die Versorgung mit sonstigen Medizinprodukten werden dabei in Leistungspaketen (vgl. Abb. 2) zusammengefasst.



Abb. 2: Medizinisches Leistungspaket

In Zukunft wird es darum gehen, solche Leistungspakete, also komplexe pauschale Behandlungslösungen in „Gesundheits-Katalogen“ (vgl. Abb. 3) zusammenzufassen. Die Offerten werden, wie in der Touristikbranche, in der Ausgestaltung differenzieren und somit verschiedene Nachfragergruppen ansprechen. Für Krankenkassen bedeutet das, dass sie sich ebenfalls auf bestimmte Versichertengruppen ausrichten und somit im Kassennettbewerb mit unterschiedlichen Leistungsversprechen punkten können.

In der mehr und mehr wahrgenommenen Branche der Gesundheitswirtschaft sind die Gesundheitsdienstleister, ambulant tätige Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste/ -heime, Medikalproduktehersteller, Pharmaunternehmen, Medizingeräteproduzenten, Krankenversicherer, nichtmedizinische Forschungseinrichtungen und Andere zusammengefasst. Sie ist in allen postindustriellen Gesellschaften ein bedeutender und weiter wachsender Wirtschaftsbereich.



Abb. 3: „Gesundheits-Katalog“

Aktive Unternehmen der Gesundheitswirtschaft unterstützen nachhaltig den begonnenen Umstieg vom Budget- zum Vertragssystem. Sie entwickeln gemeinsam Lösungen für Patienten und bieten sie modernen Krankenkassen und ihren Versicherten an. Die Partner der Gesundheitswirtschaft wirken dabei in neuen Formen der Kooperation zur Nutzung von Synergien und Optimierungspotentialen zusammen. Die vielfältigen Innovationschancen aller beteiligten Akteure bieten dabei eine Basis für erfolgreiches Handeln. Es kommt zu einer Neubewertung der „Marke“ (vgl. Abb. 4) in der Gesundheitsbranche.

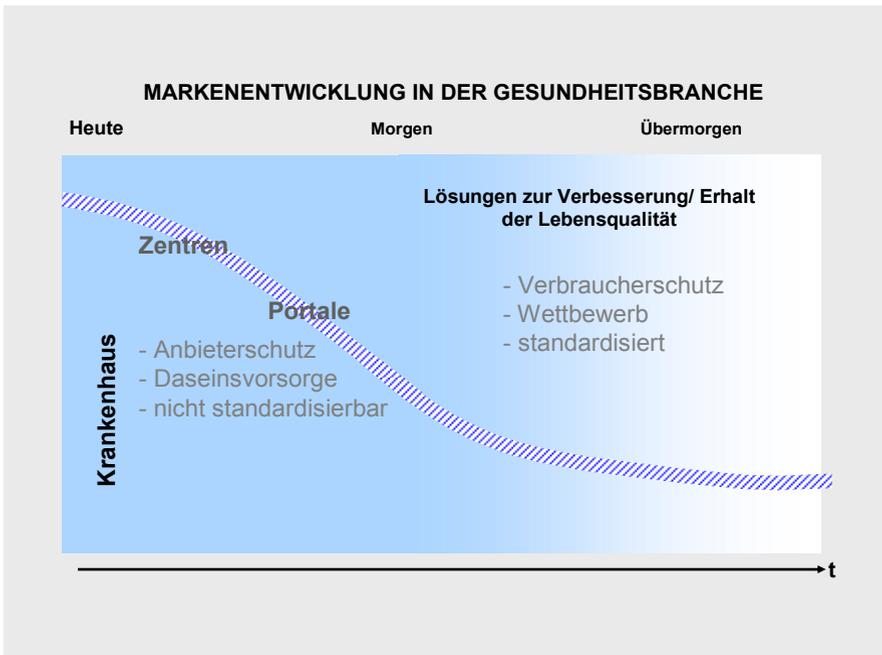


Abb. 4: Markenentwicklung in der Gesundheitsbranche

„Markenmedizin“ setzt strukturierte Prozesse bei der Organisation der Erstellung von Behandlungslösungen voraus. Darum sind verschiedene methodische und technologische Ansätze unabdingbar. Die Bedeutung der Gewinnung von strategischen Systempartnern der Medizin ist der zentrale Faktor. Dabei ist wiederum angesichts der Komplexität der Strukturen und Prozesse in der Gesundheitswirtschaft das jeweilige informationstechnologische Konzept ausschlaggebend. IT ist die Basis von „Markenmedizin“. Erfolgreiche Systempartnerschaft zwischen den verschiedenen Akteuren aus Industrie, Service und Medizin sind ansonsten nicht denkbar.

Die Integration zunächst völlig konträr auftretender Erfahrungswelten erfordert die Unterstützung der Mitwirkenden durch Befreiung von belastendem „bürokratischem“ Aufwand. Die komplexe Logistik in der Gesundheitswirtschaft ist in diesem Zusammenhang ein zentraler Schlüssel für das Gelingen der Idee wettbewerbsfähiger Gesamtprozesse. Strukturierte Medizin wird nachhaltig nur funktionieren, wenn sie als ein untrennbarer Teil einer Systempartnerschaft gestaltet werden kann und deshalb alle Beteiligten diese Art der Leistungserbringung als persönlich entlastend, mehr noch als Optimierung des eigenen Tuns erleben.

4 Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen

Immer wieder in der Geschichte ist es zu gewaltigen Umbrüchen gekommen. So auch aktuell. Alle gesellschaftlichen Bereiche sind inzwischen von den Auswirkungen erfasst. Wandel ist immer auch mit Ängsten verbunden. Im Gesundheitssektor ist dieses Phänomen sehr ausgeprägt zu beobachten. Lange Zeit waren die Gesundheitsbetriebe und -einrichtungen vom allgemeinen Wandel abgekoppelt. Sie konnten sich in ihren „Naturschutzgebieten“ konservieren. Umso heftiger werden die dramatischen Veränderungen der letzten Jahre als Bedrohung empfunden. Die Reaktionen darauf sind typisch. Es wird Hilfe im politisch-administrativen System gesucht. Der Gesetzgeber, in der Vergangenheit heftig gescholten, soll jetzt die bisherigen Verhältnisse bewahren. Er soll Schutz vor den Umbrüchen gewähren. In dieser Diskussion werden viele „Feinde“ ausgemacht, die heftig bekämpft werden, allen voran die Ökonomen. Gäbe es sie nicht, oder drängte man wenigstens ihren Einfluss zurück, uns ginge es, so die Suggestion, sofort wieder besser. Deshalb müssen die Instrumente betrieblichen Handelns negativ belegt werden. Es kann doch nicht angehen, die Art und Weise wie Medizin gemacht wird, in Frage zu stellen, nur um die Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Gesundheit entzieht sich den normalen Bewertungskriterien. Das ist wenigstens die Argumentation derjenigen, die bei Systemveränderungen, ja bei jeder Modernisierung der Institutionen, auf der Bremse stehen.

Angesagt ist aber eine nüchterne Analyse der aktuellen Situation und daraus abgeleitet ein klare Prognose. Dabei helfen heutige Rahmenbedingungen, etwa die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen, nur bedingt weiter. Es geht darum, in einer postindustriellen Gesellschaft bei steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und knappen Mitteln aus dem Sozialtransfer den Zugang zur modernen Medizin weiterhin zu ermöglichen. Einbezogen sollen auch die Menschen sein, die nicht in der Lage

sind, diese Medizin aus eigenen Einkünften zu finanzieren. Mit anderen Worten: Es geht am Beginn des 21. Jahrhunderts um nicht weniger als um die Sicherung einer humanen Gesellschaft. Deshalb müssen sich alle Menschen, auch gerade die Akteure der Gesundheitswirtschaft, auf Wandel einstellen. Sie müssen zu innovativen Gestaltern werden, wollen sie nicht von den Veränderungen überrollt werden. Modernes Krankenhausmanagement ist hier in besonderer Weise gefordert.

Die Ausgangssituation ist im Gegensatz zu anderen Branchen nicht schlecht. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt. Das ist die gute Botschaft der Gesundheitswirtschaft. Auf sie richten sich deshalb nicht zu Unrecht die Wachstumshoffnungen postindustrieller Gesellschaften. Jobmotoren sind gefragt und werden von der Politik mit großer Freude registriert. Die Erwartungen sind durchaus realistisch und nachhaltig. Gründe liegen in der demografischen Entwicklung und in der Innovationskraft der Medizin. Der Anteil der älteren Menschen steigt in den kommenden Jahrzehnten weiter, und die Forschung und Entwicklung in der Medizin arbeiten außerordentlich erfolgreich. Gleichzeitig steigt bereits seit einigen Jahren die privat finanzierte Nachfrage. Diese Situation wird in den kommenden Jahren anhalten. Es besteht z. Zt. eher das Problem, dass es nicht ausreichend Produkte und Dienstleistungen für Menschen in der zweiten Lebenshälfte gibt. Hier sind die Betriebe und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft herausgefordert. Auch eine Reihe von Krankenkassen erkennen, dass noch vor der Höhe der Beitragssätze die medizinische Leistung im Kassenwettbewerb um Versicherte das entscheidende Erfolgskriterium ist. Sie sind deshalb mehr und mehr bereit, außerhalb des tradierten Systems der kollektiven Absprachen mit Leistungsanbietern, zu Einzelverträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung überzugehen. Die Behandlungsleistungen unterscheiden sich von der „einheitlich und gemeinsamen“ medizinischen Einheitsversorgung und können deshalb gesondert beworben werden. Diese Entwicklung ist die zentrale Voraussetzung der Ausbreitung von „Markenmedizin“.

Richtig ist aber auch, dass die Finanzierungsmöglichkeiten im Sozialtransfer wegen andersartiger politischer Prioritäten begrenzt sind und bleiben. Alle postindustriellen Gesellschaften positionieren sich auf dem Weltmarkt mit innovativen Produkten und Dienstleistungen. Sie forcieren daher den Forschungsbereich und versuchen, die öffentlichen Mittel in diesen Sektor umzusteuern. Die Belastung der Volkswirtschaften mit Sozialausgaben wird hingegen reduziert.

Die aufgehende Schere zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einerseits und begrenzten Mittel aus dem Sozialtransfer andererseits erfordert politisches Handeln. Da die Einschränkung von Leistungen der staatlichen Sozialsysteme außerordentlich konflikträchtig ist

und außerdem den gesellschaftlichen Konsens bedroht, sind Politiker mehr und mehr bereit, auch im Gesundheitssystem durch den Einbau von Wettbewerbselementen die Produktivität zu steigern. Das ist der tiefere Grund, dass inzwischen das Selbstkostendeckungsprinzip bei den Krankenhäusern geopfert wurde und bei der Integrierten Versorgung das herkömmliche Prinzip des „einheitlichen und gemeinsamen“ Handelns aller Akteure tendenziell durch ein Vertragssystem zwischen Anbietern und Nachfragern ersetzt wurde.

Modernem Krankenhausmanagement kommt eine zentrale Rolle im Wandel der Gesundheitswirtschaft zu. Denn im zunehmenden Wettbewerb spielt die Geschwindigkeit der Entwicklung und Umsetzung geeigneter Betriebsziele eine entscheidende Rolle. Deshalb ist es unerlässlich, die Zeichen der Zeit zu erkennen und umgehend zu einer Neuorientierung zu kommen. Der Paradigmenwechsel ist in vollem Gange. Während in der Vergangenheit Institutionen alimentiert worden sind, werden in Zukunft mehr und mehr Leistungen honoriert. Nur so lassen sich Unwirtschaftlichkeiten bekämpfen und die Produktivitätsreserven heben, die im System stecken. Die Medizin selbst rückt ins Zentrum des Geschehens. Das ist der Kern der Modernisierung.

Wer heute den notwendigen Veränderungsprozess verlangsamt, behindert die Hebung der Produktivitätsreserven und gefährdet das Ziel, gute Medizin zu bezahlbaren Preisen zu erreichen. Deshalb sind innovative Gesundheitsanbieter gefordert, initiativ zu werden und die Politik zu mehr Mut aufzufordern, die notwendigen gesetzgeberischen Schritte zu wagen. Es geht darum, nicht durch immer mehr Paragraphen die Unternehmen zu lähmen, sondern durch Gestaltungsräume die unternehmerische Kraft im Wettbewerb zu aktivieren. Die Themen „Markenmedizin“ und „strategische Partnerschaften“ sind dazu innovative, Erfolg versprechende Ansätze.

Nicht wenige Menschen erleben den gesellschaftlichen Umbruch am Beginn des 21. Jahrhunderts als bedrohlich. Sie fürchten, dass die Ökonomie über die Humanität gestellt werden könnte. Deshalb muss der sich in den nächsten Jahren noch verschärfende Wandel mit einem intensiven ethischen Diskurs verbunden werden. Ethik ist im Kern der Ausgleich von Existenz- und Gedeihensbedingungen. Für den Gesundheitssektor heißt das, dass der ethische Diskurs sich insbesondere mit den Interessen der Patienten und der Versicherten beschäftigen muss. Das Motto muss lauten: „Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen“. Gerade im Gesundheitsmarkt lässt sich „Geschäft“ nur machen, wenn eine Vertrauensbasis vorhanden ist. Der Erfolgsfaktor ist die Medizin. Modernes Krankenhausmanagement nimmt diese Herausforderung an – im Interesse der Patienten und des eigenen nicht minder.

Veränderungen des Krankenhausmanagements im Kontext des Wandels internationaler Gesundheitssysteme

Reinhard Busse, Oliver Tiemann und Markus Wörz

1 Zur aktuellen Situation des Managements deutscher Krankenhäuser

Der demografischen Entwicklung der Gesellschaft, dem medizinisch-technischen Fortschritt und auch dem gesellschaftlichen Wertewandel stehen begrenzte Ressourcen für die Gesundheitsversorgung gegenüber. Gesetzgeberische Reformbemühungen sind daher primär darauf ausgerichtet, die Produktivität innerhalb der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, bei gleichzeitiger Sicherung der Behandlungsqualität. Die fortwährenden Reformaktivitäten der jeweiligen Gesetzgeber und die daraus resultierenden, veränderten Rahmenbedingungen stellen die Akteure im Krankenhausmarkt fortwährend vor neue Herausforderungen. Zentraler Antreiber dieses Wandels sind in der stationären Versorgung die geänderten Anreize, die durch die prospektive Vergütung über DRG-Fallpauschalen in vielen europäischen Ländern gesetzt wurden (vgl. Schreyögg et al. 2006). Für Krankenhäuser ergibt sich daraus in vielerlei Hinsicht Handlungsbedarf. Es werden notwendige Strukturen und Prozesse zur Kostenkontrolle eingeführt, mit dem Ziel der Effizienzsteigerung bzw. Kostensenkung. Darüber hinaus haben die angeführten Veränderungen innerhalb der Rahmenbedingungen umfassende Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation von Krankenhäusern initiiert. Innerhalb ihrer Organisation streben viele Krankenhäuser eine Optimierung der strukturellen Vorhaltungen sowie der korrespondierenden Prozesse an. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen. Beispielsweise kann hinsichtlich der originären Versorgungsprozesse eine effizientere bzw. kostengünstigere und damit häufig auch qualitativ hochwertigere Versorgung der Patienten durch eine leitliniengerechte Optimierung der medizinischen Abläufe (Clinical Pathways) und durch die Standardisierung der administrativen Prozesse erreicht werden.

Eine besondere Herausforderung für Klinikbetreiber – und damit für das Krankenhausmanagement – besteht darin, den ambulanten, stationären und poststationären Sektor effizienter miteinander zu verknüpfen. In diesem Zusammenhang stehen die Akteure vor der Frage, ob sämtliche Kom-

petenzen selbst vorgehalten werden müssen. Hier bestehen insbesondere für vernetzte Krankenhäuser Vorteile, da diese am besten gewährleisten können, die Leistungen der gesamten Wertschöpfungskette anzubieten. Der Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Leistungserbringern stellt eine zentrale Anforderung an solche Netzwerkstrukturen dar. Innerhalb der Krankenhausbetreiber sind die Anbieter, die mit nur einem oder wenigen Standorten operieren, einem besonderen Wettbewerbsdruck ausgesetzt, trotz der Vorteilhaftigkeit bestimmter Standorte. Aus diesem Grund bilden immer mehr Kliniken strategische Partnerschaften, wie bspw. Einkaufsgemeinschaften, oder fusionieren komplett. Große Klinikverbünde generieren deutlich höhere Skaleneffekte. Leistungen, die bisher von jedem einzeln erbracht wurden, werden anschließend gemeinsam erbracht bzw. aufgeteilt (Shared Services), um durch die Nutzung von Synergien und Standardisierungen Effizienzvorteile zu erlangen. Shared Services heißt auch, dass die Zentrale für die Kliniken administrative Aufgaben übernimmt. Zu den zentralen Diensten zählen unter anderem Vertriebsunterstützung, Produktentwicklung, Public Relations, Marketing, Pflegesatzrecht und Vertragsmanagement, Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Personalentwicklung, Finanzbuchhaltung und Controlling sowie Einkauf.

Klinikketten nutzen darüber hinaus die positiven Effekte der Corporate Identity, um Patienten an die eigenen Einrichtungen zu binden. Die Patientenbindung stellt eine zentrale Herausforderung dar, da im Rahmen eines fortschreitenden Wertewandels das wahrgenommene Bedürfnis nach Gesundheit unter den Bürgern stärker geworden ist. Daher wird es künftig für ein erfolgreiches Krankenhausmanagement von Bedeutung sein, Kundenwünsche stärker zu berücksichtigen (vgl. Helmig u. Graf 2006). Es werden in zunehmendem Maße finanzielle Mittel darauf verwendet werden, diese zu erforschen und zu antizipieren. Aus der Besonderheit der Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht der Schluss gezogen werden, Modernisierungskonzepte anderer Branchen könnten nicht auf den Krankenhausesektor übertragen werden. Die Bank- und Versicherungsbranche oder die Telekommunikation machen vor, wie etwa Prozesse mit Hilfe von EDV-Lösungen standardisiert, Kundenorientierung umgesetzt und flexible Strukturen geschaffen werden können.

Eine von vielen Krankenhäusern noch völlig unterschätzte Funktion ist der Vertrieb. Patienten, die nicht als Akutfälle charakterisiert werden können, treffen bewusste Auswahlentscheidung zwischen den Krankenhäusern. Für viele Patienten ist die wohnortnahe Versorgung zweitrangig, wenn sie eine höhere medizinische Qualität an anderen Standorten erwarten. Es bedarf einer ausgereiften Kommunikationsstrategie, damit die zentralen Kundengruppen – seien es niedergelassene Ärzte, Kostenträger oder die

Patienten selbst – von der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Einrichtung überzeugt werden können. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität rücken immer weiter in den Fokus der Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer, wobei die transparente Darstellung medizinischer Leistungen eine immer wichtigere Rolle spielt. Neben einer Vielzahl von wissenschaftlichen Qualitätskriterien, muss die Qualität eines Krankenhauses in von Patienten nachvollziehbare Qualitätskategorien übersetzt werden. Die zunehmende Aufmerksamkeit von Patienten und Kostenträgern gegenüber Qualitätsdefiziten (Beschwerden, Behandlungsfehlern, Fehlversorgung) geht einher mit einer gestiegenen Verfügbarkeit qualitätsbezogener Information aus öffentlichen Publikationen, Qualitätsberichten, Patientenbefragungen oder Qualitätssicherungsprogrammen. Dies führt insgesamt zu einem kritischeren und stärker öffentlichkeitswirksamen Umgang mit Qualitätsindikatoren. Eine steigende Beteiligung von Patienten an Behandlungskosten über die Einführung von Selbstbeteiligungsmodellen wird das Informationsinteresse von Patienten weiter verstärken. Für die systematische Verfolgung von Qualitätszielen haben sich Qualitätsmanagementsysteme in anderen Industriebereichen bereits als Schlüsselinstrumente etabliert. Im Krankenhaussektor werden Qualitätsmanagementsysteme zunehmend als zentrales Managementinstrument eingesetzt. Für Kostenträger wird eine systematische Beurteilung von Behandlungsqualität etwa dort interessant, wo es Möglichkeiten zur Patientensteuerung gibt (planbare Leistungen). Hier ist die explizite Verknüpfung von Vergütung und Outcomes, wie bereits in den USA praktiziert als sog. "Pay for Performance"- oder in Großbritannien als sog. "Payment by Results"-Konzept, ein vielversprechender Ansatz, um einen möglichen Zielkonflikt zwischen Effizienz und Behandlungsqualität aufzulösen (s.u.).

Zusammenfassend sollten sich die Aktivitäten eines modernen Krankenhausmanagements darauf konzentrieren, schneller und innovativer zu handeln als die anderen Akteure im Markt. Ein Krankenhausunternehmen ist dann erfolgreich, wenn seine Lern- bzw. Anpassungsgeschwindigkeit höher ist als die Veränderungsgeschwindigkeit der Umgebung. Dies lässt sich anhand der DRG-Vergütung anschaulich verdeutlichen, da diese in vielen Ländern die Durchschnittskosten in einer Region abbilden und damit eine sog. Yardstick-Competition induzieren (vgl. Shleifer 1985). Wenn es ein Krankenhaus schafft, bei einer vergleichbaren Qualität kostengünstiger zu sein als der Durchschnitt, dann wird es Überschüsse erwirtschaften. Diese sind die Basis für strategisch wichtige Investitionen, die den Erfolg am Markt dauerhaft sichern.

2 Kann das Krankenhausmanagement in Deutschland vom Ausland lernen?

Betrachtet man die Systeme der Gesundheitsversorgung mit all ihren Eigenheiten und Besonderheiten, so bedarf es eines einfachen Rahmens, um echte Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten ausmachen zu können – und so von den Unterschieden ggf. zu lernen. Hier ist es hilfreich, sich das Bild eines Dreiecks vorzustellen (vgl. Abb. 1). Die ersten beiden wichtigen Akteure, die Bevölkerung einerseits (die einerseits gegen die Risiken von Krankheit versichert sein sollte und aus der andererseits einzelne Individuen gelegentlich oder auch chronisch krank sind und dann als Patienten bezeichnet werden), und die Leistungserbringer – darunter Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken usw. – andererseits, bilden die Basis des Dreiecks. Moderne Gesundheitssysteme zeichnen sich jedoch – und an dieser Stelle kommen nun auch die Unterschiede ins Spiel – durch einen dritten Akteur aus: demjenigen, der als Finanzintermediär zwischen Patient und Leistungserbringer auftritt. Dieser so genannte „Third-Party-Payer“, d. h. der Zahler, der als dritte Partei hinzu tritt und in Deutschland auch als „Kostenträger“ bezeichnet wird, stellt nicht nur den finanziellen Mittelsmann dar, sondern steht darüber hinaus mit der Bevölkerung und den Leistungserbringern in Beziehung. Als vierter wesentlicher Akteur muss der Regulierer im Auge behalten werden, der die Regeln für die anderen Akteure und ihre Interaktionen festlegt. Diese Rolle wird in den meisten Ländern vom Gesundheitsministerium wahrgenommen; jedoch können auch wesentliche Regulierungskompetenzen an nicht staatliche delegiert werden, in Deutschland z. B. an die Selbstverwaltung, insbesondere in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zunächst sollen die steuerfinanzierten nationalen Gesundheitssystem-Varianten beschrieben werden. Sobald man von „nationalen Gesundheitssystemen“ spricht, denken die meisten automatisch an das integrierte System im Vereinigten Königreich vor den Reformen der 1990er Jahre. In diesem Zusammenhang bedeutet „integriert“ die Zusammenfassung von Kostenträgern und Leistungserbringern – und nicht wie z.B. nach deutschem Verständnis, eine Integration verschiedener Leistungserbringer in der unteren rechten Ecke des Dreiecks.

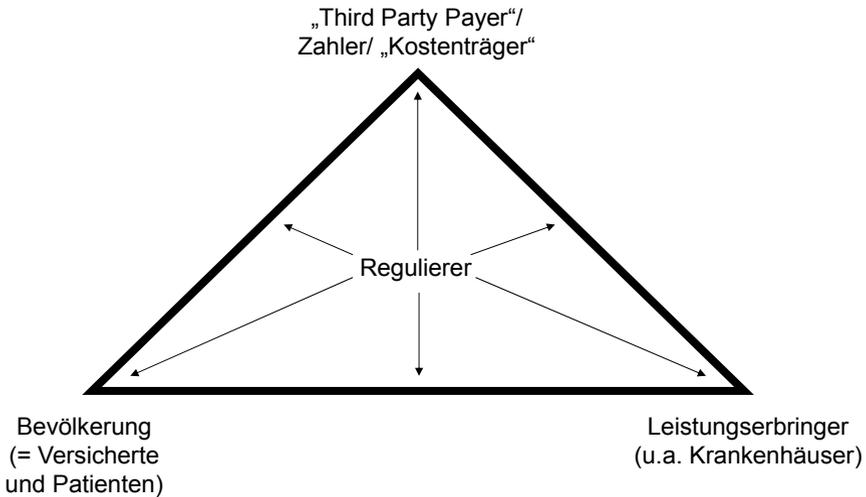


Abb. 1: Das Akteursdreieck zentraler Beziehungen in Gesundheitssystemen

Die „klassischen“ integrierten nationalen Gesundheitssysteme waren folgendermaßen aufgebaut: Die Bevölkerung bezahlte ihren Anteil in Form von Steuern an die zentrale Regierung. Innerhalb der Regierung wurden die Gelder an das Gesundheitsministerium weitergereicht. Öffentliche Leistungserbringer und Krankenhäuser waren Teil derselben Institution, im Vereinigten Königreich bspw. „National Health Service“ genannt (ebenso wie in vielen anderen Staaten wie z.B. Italien oder Spanien, wo die Bezeichnung lediglich in die jeweilige Landessprache übersetzt wurde). Durch diesen Aufbau fungierten die staatlichen nationalen Gesundheitsdienste zur gleichen Zeit als Leistungserbringer und Kostenträger, und die Regierung als regelnde Instanz. Somit bestand das System – neben der Bevölkerung – aus nur einem großen Akteur. Je nach Land war die Wahl der jeweiligen Leistungserbringer beschränkt. Ein klares Beispiel hierfür war Schweden, wo sich die Einwohner eines Landkreises auch nur dort behandeln lassen konnten. Selbst wenn das Krankenhaus des Nachbarlandkreises buchstäblich nur eine Tür weiter lag, war eine Behandlung nur im eigenen Landkreis möglich.

Doch änderte sich das System in diesen Ländern und eine der „großen Erfindungen“ der 1990er Jahre war der so genannte „Purchaser-Provider Split“, der die beiden Funktionen des Leistungsfinanzierers (d. h. des Zahlers) und des Leistungserbringers voneinander trennte. Beide Seiten blieben in der öffentlichen Hand, und das Gesundheitsministerium war noch immer für die Verwaltung des Systems insgesamt verantwortlich. Jedoch waren es nun Teile der Verwaltung, die über das Geld verfügten, und der

größere Teil der im nationalen Gesundheitssystem Beschäftigten erbrachte die Leistungen. Ein Binnenmarkt wurde geschaffen, in dem Verträge unterzeichnet wurden, und das Geld folgte entsprechend dieser Verträge der Patientenbehandlung.

Die Teilung zwischen Leistungsfinanzierern und Leistungserbringern hatte auch zur Folge, dass der Status der Krankenhäuser abgeändert werden musste. Sie konnten nicht länger Teil der zentralen Verwaltung sein, sondern mussten unabhängig werden; zumindest bis zu einem gewissen Grad, so dass sie in der Lage waren, Verträge mit den Zahlern (an der Spitze des Dreiecks) zu unterzeichnen. Die Krankenhäuser wurden nicht länger direkt vom Ministerium verwaltet, sondern wurden von nun an von Aufsichtsgremien usw. geführt.

Der Grund, weshalb diese Schritte unternommen wurden lag darin, dass die Menschen nun wählen können sollten, wo sie behandelt wurden. Statt den Bürgern vorzuschreiben, in welches Krankenhaus sie zu gehen hätten, da die Gelder eben diesen Stellen zugeteilt waren, sollten die Gelder, die für die Behandlung der Patienten zur Verfügung standen, fortan dem Patienten folgen; zumindest bis zu einem gewissen Grad.

Die nächste erwähnenswerte Entwicklung in einer Reihe dieser Länder hatte mit der Zentralregierung zu tun. Ursprünglich hatte diese eine dreigeteilte Rolle inne und war zur gleichen Zeit Regulierer, Kostenträger und Leistungserbringer. Sodann wurden in vielen Ländern, wo dies noch nicht der Fall war, die Leistungserbringer unabhängig gemacht, und später wurde die verbliebene Doppelrolle als Regulierer und Kostenträger getrennt, indem die Rolle des Kostenträgers auf die Regionalregierungen übertragen wurde. Die Zentralregierung konnte sich auf diese Weise auf ihre Funktion als Regelungsbehörde konzentrieren. Während dies in Schweden bereits der Fall war, vollzog sich diese Umstrukturierung am deutlichsten wahrnehmbar in Italien und Spanien, in gewisser Hinsicht jedoch auch im Vereinigten Königreich, wo Schottland und Wales nun ihre eigenen Gesundheitssysteme unterhalten.

Ein wenig komplizierter verhält es sich in England, wo eigens für diesen Zweck geschaffene Institutionen – zunächst die Gesundheitsbehörden und dann die „Hausärzte-Vereinigungen“ (sog. „Primary Care Trusts“) – die Zahler darstellen.

Die letzte wichtige Neuerung bezog sich auf das Verhältnis zwischen Zahlern bzw. Kostenträgern und Leistungserbringern. Ab einem gewissen Punkt waren die Zahler so erfahren im Aushandeln und Unterzeichnen von Verträgen mit öffentlichen Krankenhäusern, dass sie ihr Netzwerk von Leistungserbringern auch auf private gemeinnützige und sogar auf private auf Gewinn ausgerichtete Krankenhäuser ausdehnten. Spanien dient hier als ein gutes Beispiel. Durch die Unterzeichnung von Verträgen mit priva-

ten, auf Gewinn ausgerichteten Krankenhäusern, haben die Zahler Dinge miteinander vermischt, die vorher in den Ländern, wo öffentliche Gelder ausschließlich in die öffentliche Gesundheitsversorgung flossen und private Gelder in private Krankenhäuser, undenkbar waren. Heute wird in den meisten Ländern mit steuerfinanzierten Systemen akzeptiert, dass öffentliche Gelder auch an private Leistungserbringer gehen können. Vergleicht man diese neue Art der nationalen Gesundheitssysteme mit den klassischen sozialen Krankenversicherungssystemen, so wird deutlich, dass sich die beiden Systeme im Grunde genommen sehr ähnlich sind: Die Zahler („Third Party Payers“) existieren getrennt von der nationalen Regierung, die Bevölkerung hat Zugang sowohl zu öffentlichen, als auch zu privaten Leistungserbringern, welche wiederum mit den Zahlern in einem Vertragsverhältnis stehen.

Natürlich gibt es noch immer gewisse Unterschiede; so werden die sozialen Krankenversicherungssysteme nicht vornehmlich auf der Basis von Steuergeldern finanziert, sondern aus Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung (die in einigen Ländern allerdings mit hohen staatlichen Zuschüssen vermischt sind, wie z.B. in Österreich). Ein weiterer, grundlegender Unterschied besteht darin, dass in Bismarckschen Systemen Krankenkassen, und nicht regionale Regierungen oder Einrichtungen der Primärversorgung, die Rolle des Drittzahlers übernehmen. Ein zusätzlicher Unterschied, der sich bei einigen Ländern mit Bismarckschen Systemen findet, ist der, dass nicht nur die Leistungserbringer frei gewählt werden können, was heute in allen Ländern der Fall ist, sondern auch die Kostenträger, d.h. es besteht Wahlfreiheit bei der Wahl der Krankenkasse. Mit Sicherheit wird man bald vom ersten steuerfinanzierten System hören, das die Rolle des Kostenträgers für den freien Wettbewerb öffnet. In anderen Wirtschaftsbereichen – z. B. in den Bereichen Telekommunikation und Elektrizität, etc. – ist dies bereits geschehen.

Insgesamt lautet die erste Beobachtung, dass sich die Konstellation der Akteure heute in weiter entwickelten nationalen Gesundheitsdiensten und in Sozialversicherungsländern ähnelt.

3 Krankenhäuser im Spannungsfeld von Markt und Staat

Bei einer rein marktwirtschaftlichen Organisation des Krankenhauswesens wäre es jedermann möglich, ein Krankenhaus zu eröffnen, das Leistungsspektrum des Hauses zu bestimmen und damit Gewinne oder Verluste zu machen. Solch eine unstrukturierte und unregulierte Umwelt würde Unternehmer mit einer Vielzahl von Möglichkeiten ausstatten, von denen man

einige durchaus als wünschenswert ansehen kann. Krankenhäuser könnten schnell in neue Technologien investieren oder Leistungen erbringen, die vorher nur von ambulanten Leistungserbringern angeboten wurden. Aber solch eine Umwelt würde zumindest solche Gesellschaften vor ernsthafte Probleme stellen, die sich Zielen wie Solidarität, sozialem Zusammenhalt und Schutz der Bevölkerungsgesundheit verpflichtet fühlen. Rein marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen scheinen zudem wegen der ihnen innenwohnenden Dynamik mit den Zielen von öffentlichen Kostenträgern unvereinbar, da diese nach Kostenbegrenzung streben (vgl. Busse et al. 2002).

Auf der anderen Seite lässt sich auch leicht eine idealtypische staatliche Organisation des Krankenhauswesens vorstellen. Hierbei trifft die nationale Regierung bzw. eine staatliche Behörde alle relevanten Entscheidungen für ein Krankenhaus wie etwa dessen Standort oder Größe nach einem öffentlichen Plan. Die Planungsbehörden bestimmen das Leistungsspektrum eines jeden Krankenhauses. Die Leistungen des Krankenhauses dürfen von allen Bürgern kostenlos in Anspruch genommen werden. Mithin besteht auch die Notwendigkeit einer Preisfestsetzung nicht.

In beiden Idealtypen der Organisation des Krankenhauswesens ist es nicht notwendig, die Krankenhäuser auf eine spezifische Art und Weise zu regulieren. Im ersten Fall gibt es keine anderen Restriktionen an das unternehmerische Handeln des Krankenhauseigentümers bzw. -managers als die Regeln des Marktes. Im zweiten Fall ist das Krankenhaus Gegenstand von „Kommando und Kontrolle“ („command and control“) durch staatliche Behörden, ohne dass es für das Krankenhausmanagement Ermessensspielräume gäbe. In der Realität fallen die meisten Organisationsformen des Krankenhauswesens in verschiedenen Ländern zwischen diese beiden beschriebenen Extreme, so dass Regeln erforderlich sind, um das unternehmerische Handeln von Krankenhäusern zu steuern, zu fördern oder zu hemmen (vgl. Busse et al. 2002).

Dieser Beitrag stellt zunächst eine Typologie vor, welche sich nach dem Grad der Selbständigkeit eines Krankenhauses unterteilt. Die Typologie dient dabei der Verdeutlichung bestimmter Charakteristika; in realiter handelt es sich jedoch um ein Kontinuum, so dass einzelne Krankenhäuser nicht immer zweifelsfrei der einen oder anderen Kategorie zugeordnet werden können. Danach wird beschrieben, wie die verschiedenen Regelungsmuster der Krankenhäuser in den europäischen Staaten in dem oben beschriebenen Kontinuum zwischen Markt und Staat zu verorten sind. Daran schließt sich in der Form einer Literaturübersicht eine Analyse der Reformtätigkeit in den verschiedenen westeuropäischen Staaten an. Zudem werden ihre Wirkungen auf die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser evaluiert.