

Handbuch Changemanagement im Krankenhaus

20-Punkte Sofortprogramm für Kliniken

Bearbeitet von
Michael Albrecht, Armin Töpfer

2. Auflage 2017. Buch. XVI, 1080 S. Hardcover
ISBN 978 3 642 20361 9
Format (B x L): 16,8 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Krankenhausmanagement, Praxismanagement](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of varying sizes, arranged in a slight arc. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Zukünftige Entwicklungslinien der Gesundheitswirtschaft und Krankenhauslandschaft

Heinz Lohmann

Inhalt

1	Gesundheitswirtschaft entdeckt sich als Zukunftsbranche.....	33
2	Steigende Nachfrage bei begrenzten Mitteln	34
3	Patient wird auch Konsument	37
4	Vertragssystem verlangt strukturierte Medizin	38
5	»Digitale Industrialisierung« erlaubt Markenmedizin.....	39
6	Krankenhäuser wandeln sich zu Gesundheitscentern.....	42
7	Trends und Herausforderungen.....	43
8	Literatur	44

1 Gesundheitswirtschaft entdeckt sich als Zukunftsbranche

Gesundheit ist keine Ware, aber Medizin war immer schon ein gigantisches Geschäft. Diese Tatsache ist bis vor wenigen Jahren kollektiv verdrängt worden. Erstmals von **Gesundheitswirtschaft als Teil unserer Volkswirtschaft** offen zu sprechen, war deshalb zunächst wie ein Sakrileg. Wer das dennoch tat, musste mit Widerspruch, zumindest aber Missachtung rechnen. Zu sehr haben sich die Beteiligten, die Öffentlichkeit einschließlich der Medien und auch die Politik daran gewöhnt, den Gesundheitssektor als etwas Eigenständiges, nicht mit den Entwicklungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen Vergleichbares, zu betrachten. Somit war das Gesundheitssystem von den Anforderungen, denen sich andere Branchen ausgesetzt sahen, lange Zeit verschont. Für Gesundheitsakteure galt »Naturschutz« (vgl. Lohmann 2009).

Gleichzeitig verschwanden wie hinter einer spanischen Wand auch die gewaltigen Potenziale, die in diesem riesigen Wirtschaftsbereich schlummern. Gesundheitsbetriebe wurden als solche, nämlich als Unternehmen, weder von außen noch von innen wirklich erkannt. Ausgerechnet das angeblich Wichtigste im Leben eines jeden Menschen, nämlich die Gesundheit, wurde mehr verwaltet als gestaltet. Folglich galten bis vor rund 20 Jahren in Gesundheitsinstitutionen auch nicht die normalen Regeln ökonomischer Rationalität. Das, was am jeweiligen Ort der Leistungserbringung für notwendig erachtet wurde, wurde finanziert. Mehr noch, auch wie es erbracht wurde, war jenseits jeglicher vergleichenden Betrachtung.

Im Gegensatz zur Selbsteinschätzung vieler unmittelbar Beteiligter, ist die Gesundheitsbranche wenig wandlerfähig. Die Medizin war immer schon außerordentlich innovativ, die Organisationen hingegen extrem antiquiert. Es gibt deshalb eine erhebliche Diskrepanz zwischen Inhalt und Form der In-

stitutionen des Gesundheitssektors. Zudem ist die Kooperation der verschiedenen Akteure nicht hinreichend eingeübt. Das System ist zutiefst zerklüftet (vgl. Lohfert 2010).

Erst seit rund 10 Jahren wird gesellschaftlich mehr und mehr bewusst, dass alle Teilbereiche der **Gesundheitswirtschaft**, Industrie- und Serviceunternehmen, Gesundheitsanbieter und Krankenversicherungen, zusammen eine **entscheidende Wirtschaftskraft** darstellen. Noch heute klafft aber eine Lücke zwischen realer Bedeutung und Wahrnehmung. Tradierte Wirtschaftsbereiche, die teilweise bereits seit vielen Jahren objektiv an Wirkung verloren haben, werden im Denken und in der Darstellung etwa von Gesundheitskörperschaften nach wie vor hoch eingeschätzt und entsprechend politisch behandelt.

Der Begriff Gesundheitswirtschaft ist für die Unternehmer und Manager der **Zukunftsbranche Gesundheit** außerordentlich attraktiv. Die große Akzeptanz und die weite Verbreitung des Terminus sind offenkundig darauf zurückzuführen. Die zunächst so skeptisch betrachtete Kombination von Gesundheit und Wirtschaft hat sich als wichtiges Signal in die Öffentlichkeit, aber auch in die Unternehmen erwiesen. Gesundheitsmanager haben in der Vergangenheit in Wirtschaftskreisen oft am »Katzentisch« gesessen. Ihre Branche ist damals in den Bereich »Soziales und Kirche« eingeordnet worden und somit aus der Realwirtschaft ausgeklammert geblieben. Da die Öffentlichkeit inzwischen weiß, dass die Gesundheitswirtschaft rund 300 Mrd. Euro Umsatz pro Jahr und 5,5 Mio. Beschäftigte in Deutschland hat, ist das so nicht mehr möglich (vgl. Henke et al. 2010). Die verantwortlichen Führungskräfte der Gesundheitswirtschaft haben auch deshalb einen erheblichen Bedeutungsgewinn erfahren. Ihr Status ist deutlich aufgewertet worden. Das und die verbesserte Bezahlung von Spitzenpositionen, etwa in Krankenhausunternehmen, haben zur höheren Attraktivität dieser Angebote auch für externe Manager geführt. Das Führungspersonal in der Gesundheitswirtschaft ist aktuell im Umbruch begriffen, wozu das langsame Infiltrieren der Abgänger vieler neuer Studiengänge an den Hochschulen nicht unwesentlich beiträgt. Intern in den Betrieben verdeutlicht der Begriff Gesundheitswirtschaft den Beschäftigten klar und deutlich, dass auch ein Sozialunternehmen ein Unternehmen ist, in dem die Gesetze der Betriebswirtschaft gelten (vgl. Korte und Drude 2008).

2 Steigende Nachfrage bei begrenzten Mitteln

In allen postindustriellen Gesellschaften steigt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Wichtige Gründe sind die Innovationsfähigkeit der Medizin und die Folgen der Demografie. Gleichzeitig sind die finanziellen Mittel aus dem Sozialtransfer begrenzt. Hintergründe hierfür sind die veränderten politischen Prioritäten in diesen Ländern in Richtung Bildung sowie die Auswirkungen der Verringerung der Erwerbsbevölkerung. Diese auseinandergehende Schere bestimmt die gesundheitspolitische Diskussion unabhängig von dem konkreten System der jeweiligen Länder. In Deutschland hat der Druck auf die Kosten des Gesundheitssystems die Bereitschaft verstärkt, **Wettbewerbselemente auch im Gesundheitsmarkt** zu etablieren. Im Bereich der Krankenhäuser zählt hierzu an vorderster Front die Einführung der **DRG-Methode** zur Herstellung eines Leistungsbezugs in der Vergütung. Die angesprochenen Rahmenbedingungen haben in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass die **Entgelte pro Fall inflationsbereinigt gesunken** sind. Ursache ist auch das nicht unerhebliche Überangebot an stationären Kapazitäten. Die Entwicklung wird angesichts unveränderter Bedingungen in Zukunft anhalten. Deshalb müssen Krankenhausmanager weiterhin mit sinkenden Fallpreisen rechnen (siehe Abb. 1).

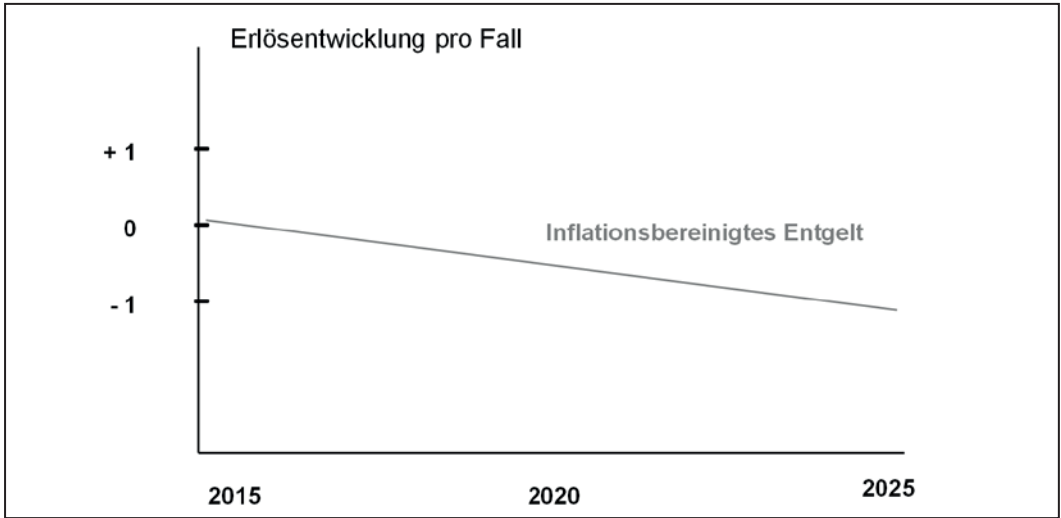


Abb. 1: Erlösentwicklung

Die **Kostenentwicklung** in Gesundheitsbetrieben ist **gegenläufig zur Preisentwicklung**. Hierzu tragen eine Reihe von Fakten bei. Insbesondere sind die Personalkosten zu nennen. Sie werden in den kommenden Jahren eine große Herausforderung bleiben, da der »Kampf um die Talente« eben erst begonnen hat. Wenn die Kostenentwicklung ungebremst verläuft, ist das Verschwinden von Krankenhausunternehmen vom Markt lediglich eine Frage der Zeit (siehe Abb. 2).

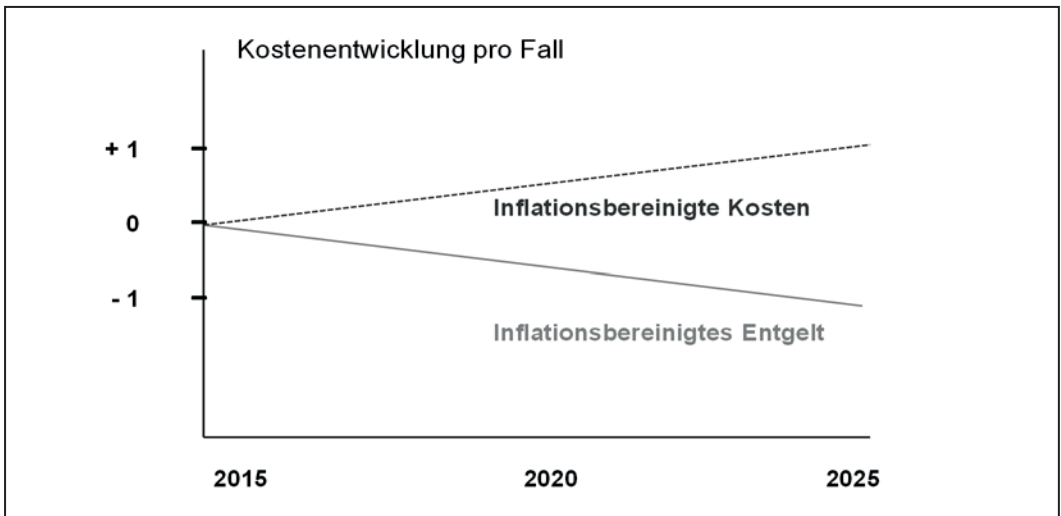


Abb. 2: Kostenentwicklung

Erschwerend kommt hinzu, dass die bisherige Investitionsfinanzierung über die Länderhaushalte seit Jahren »notleidend« ist. Krankenhäuser müssen ihre **Investitionsfähigkeit** zunehmend **selbst sicher-**

stellen. Deshalb steht mittelfristig ein abnehmender Anteil für die laufenden Betriebskosten bereit (siehe Abb. 3).

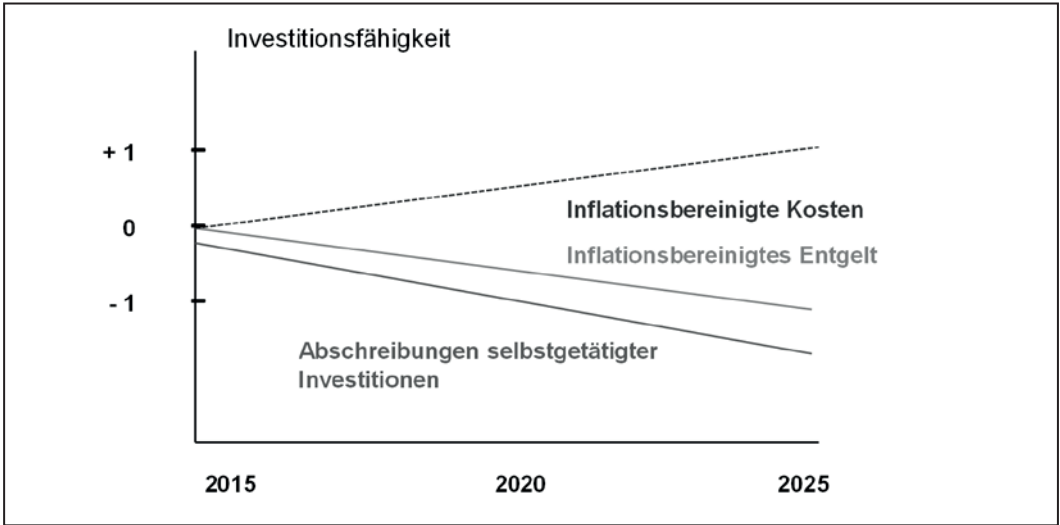


Abb. 3: Investitionsfähigkeit

Krankenhäuser, die langfristig ihre Zukunft sichern wollen, müssen sich deshalb heute bereits »auf den Weg« machen, um künftig wettbewerbsfähige Preise erreichen zu können (siehe Abb. 4). Sparen ist kein nachhaltiges Rezept in der gegenwärtigen Situation. Es geht darum, einen **grundlegenden Wandel** zu organisieren. Das »Schnellerarbeiten« muss durch das »Andersarbeiten« abgelöst werden. Sanierung muss zur Modernisierung werden (vgl. Debatin et al. 2010).

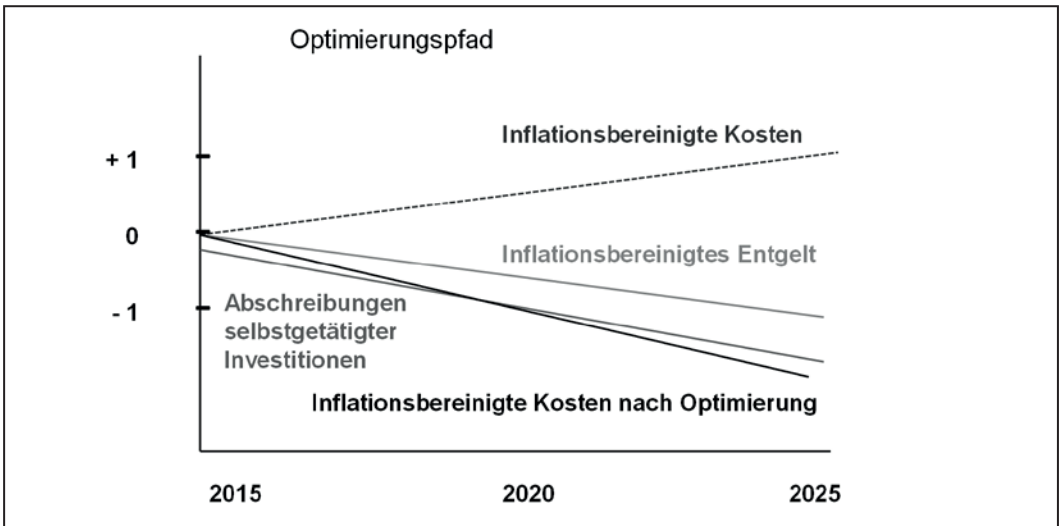


Abb. 4: Optimierungspfad

3 Patient wird auch Konsument

Die Rollen im Gesundheitssystem sind in Bewegung geraten. Das gilt nicht nur für die Beschäftigten, sondern auch für die Patienten. Waren bisher die Kosten der wesentliche Treiber des Veränderungsprozesses, tritt jetzt der **Patient**, zunächst fast unmerklich, als **weiterer Treiber** auf die öffentliche Bühne.

Er wird allerdings nur dann zu einem entscheidenden Faktor, wenn die Leistungs- und Qualitätstransparenz gewährleistet sind. Die Voraussetzungen dazu sind heute besser als je zuvor. Insbesondere das Internet spielt dabei eine große Rolle. Eine kluge Gesundheitspolitik befördert in diesem Prozess die **Qualitätstransparenz**, weil sie Patienten wirklich interessiert und niemand sich ihr offen entziehen kann. Dabei garantieren nicht die Formalqualifikationen der Experten hohe Qualität, sondern die objektiven Ergebnisse der Behandlungslösungen. Sie müssen im Zentrum einer unabhängigen Bewertung stehen. Daran hapert es in der Gesundheitswirtschaft bisher weitgehend. Je informierter die Menschen werden, umso mehr sind sie bereit, privates Geld in ihre Gesundheit zu investieren (vgl. Kartte und Neumann 2007). Deshalb entwickelt sich bereits jetzt eine differenzierte Nachfrage nach Versicherungs- und Gesundheitsleistungen. Patienten sind künftig öfter noch als heute nicht mehr alle gleich. Ihre Ansprüche diversifizieren. Neben Basisversicherten gibt es »Silber- und Gold Card«-Inhaber.

Das **deutsche Gesundheitssystem** ist nach wie vor durch eine **ausgeprägte Segmentierung** gekennzeichnet. Grund sind ganz zentral die sehr unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen. Sie verhindern bisher weitgehend die Überwindung der traditionellen Grenzen zwischen den Systemteilen. Ambulante und stationäre Angebote sind deshalb nur sehr unzulänglich vernetzt. Die alte Trennung zwischen den in Praxen »vertikal« behandelten Leichtkranken und den in Krankenhäusern »horizontal« versorgten Schwerkranken lebt organisatorisch fort, obschon die Entwicklung der modernen Medizin inhaltlich längst die Behandlung von komplexen Erkrankungen auch ambulant ermöglicht. Der zersplitterte Gesundheitsmarkt wird dieser Entwicklung immer noch nicht gerecht. So existieren tiefe Gräben zwischen den einzelnen Teilbereichen. Praxen und Krankenhäuser repräsentieren genauso stark abgeschottete eigene Welten wie die Rehabilitationskliniken sowie die Apotheken und die anderen Gesundheitsanbieter auch. Die immer stärkere Spezialisierung der Medizin in den vergangenen Jahrzehnten macht es allen Beteiligten schwer, sich in diesem Dickicht zurechtzufinden. Zudem macht die fast undurchschaubare Reglementierung den Kranken eine optimierte Nutzung der Institutionen so gut wie unmöglich. Die Beteiligten sind weitgehend nach wie vor auf sich gestellt (vgl. Meyer-Abich 2010). Sie können in aller Regel nicht auf eine systematische Bewertung von medizinischem Handeln zurückgreifen. Schon gar nicht stehen ihnen hinreichende **Aussagen zur Ergebnisqualität** zur Verfügung. Erst spärlich existieren einzelne Instrumente zur Einschätzung der Güte der Akteure und Institutionen der Gesundheitswirtschaft etwa in Form von Klinikführern und Ärzt rankings.

Um den Konsumenten eine bewusste Entscheidung auch auf dem Gesundheitsmarkt zu ermöglichen, muss die bisherige Anbieterdominanz durch **mehr Transparenz** aufgebrochen werden. Patienten können ihre Rolle als Konsumenten nur dann aktiv wahrnehmen, wenn ihnen unabhängige Hilfe zur Erlangung von Transparenz zuteilwird. Hier setzt der Gedanke einer »**Stiftung Gesundheitstest**« an. Eine solche Institution kann sich zunächst auf die Gesundheitsleistungen konzentrieren, die in selektiven Verträgen, z. B. in Integrierten Versorgungsverträgen, zwischen Krankenkassen und Gesundheitsanbietern vereinbart werden (vgl. Tophoven und Lieschke 2003). Gleichermäßen sind auch Gesundheitsangebote zu testen, die über Zusatzversicherungen abgesichert werden können oder privat finanziert werden müssen. Die Politik sollte die Realisierung der Einrichtung nach dem Vorbild der »**Stiftung Warentest**« ganz oben auf die Agenda der nächsten Gesundheitsreform setzen. Nur so kann der Patient auch Konsument werden.

4 Vertragssystem verlangt strukturierte Medizin

Patienten als Konsumenten erwarten künftig **ganzheitliche Gesundheitsangebote**, die auf einem strukturierten Prozess beruhen. All diese tief greifenden Veränderungen auf der Nachfrageseite bringen für die Anbieter der Gesundheitswirtschaft die Verpflichtung, sich positiv auf die neuen Herausforderungen einzustellen. Für die Akteure der Branche ist bisher »ihre« Institution der Ausgangspunkt allen Handelns. Für die Nutzer, so die Patienten, ist ausschließlich die Behandlungslösung von Interesse. Der Medizinprozess ist deshalb künftig von entscheidender Bedeutung (vgl. Knieps 2008). Bisher sind die Prozesse und Strukturen in der Medizin »gewachsen«. Die Art der Leistungserbringung ist Resultat dieser Bedingungen, nicht umgekehrt. Somit kann die Hebung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit erst durch einen tief greifenden Paradigmenwechsel von einer »gewachsenen« zu einer strukturierten und standardisierten Medizin nachhaltig sichergestellt werden. Die Organisation muss dafür »vom Kopf auf die Füße« gestellt werden. Nicht die vorgefundene Beschaffenheit der Infrastruktur und Organisation der Betriebsabläufe sowie die zufällig entstandene Personalstruktur dürfen die Art und die Ergebnisse von Medizin weiterhin determinieren. Vielmehr müssen umgekehrt die für das Überleben im Wettbewerb notwendige Qualität und Wirtschaftlichkeit der Medizin die Infrastruktur, die Betriebsabläufe sowie die Personalauswahl bestimmen. Hier ist ein Umdenken der Gesundheitsmanager zwingend (vgl. Laimböck 2009). Sie müssen sich auf die **Optimierung der Medizin** konzentrieren.

Die aufgezeigte Entwicklung ist in anderen Wirtschaftsbereichen vor vielen Jahren genau so abgelaufen. Die Akteure des Gesundheitsmarktes allerdings nähern sich der Einführung von strukturierten Komplexleistungen mit großer Zurückhaltung (vgl. Amelung et al. 2009). Dabei gab es Bedenken gegen Pauschalangebote bei ihrer jeweiligen Einführung auch in anderen Branchen. Häufig vorgetragenes Argument war, die Individualität bleibe auf der Strecke. In den verschiedenen Branchen sind rückschauend identische Argumentationsmuster zu erkennen. Als in den fünfziger Jahren in Deutschland die ersten Reiseveranstalter Pauschalarrangements anboten, gab es große Zweifel, ob es sich dabei um ein Erfolg versprechendes Geschäftsmodell handele. Viele Menschen waren der Meinung, dass so etwas Persönliches wie ein Urlaub nur als individuelles 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 große Fülle von individuellen Wahlmöglichkeiten. Widerlegt ist längst das Vorurteil, eine Pauschalreise biete keinen persönlichen Service. Das Gegenteil ist richtig, weil der Grad der Standardisierung so hoch ist und die Abläufe informationstechnisch 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. Die Organisation und Struktur der Tourismusbranche hat für die Gesundheitswirtschaft Modellcharakter.

Die Konturen der künftigen Regeln auf dem Gesundheitsmarkt sind inzwischen schemenhaft zu erkennen. Bisher galt »einheitlich – und – gemeinsam« als der Grundsatz der Leistungsbeziehungen. Diese Regelung hat zu vielfältigen Fehlsteuerungen geführt. Erst die Verantwortung der einzelnen Akteure für ihre jeweiligen Entscheidungen bereitet den Boden für die Übernahme bewährter Anreizsysteme der Wirtschaft (vgl. Klusen und Straub 2003). Dazu zählt ein neues Vertragssystem, das auf einer klaren Definition der Leistungen beruht. In Deutschland ist mit der Etablierung der **Diagnosis-Related-Groups (DRG)-Methodik** in den Krankenhäusern dazu eine wesentliche Voraussetzung realisiert worden. Sie und geplante Behandlungsabläufe stellen die Basis zur Entwicklung von »Lösungen« für Patienten dar (vgl. Lohmann 2011). Die Leistungsdefinition wird auf der Basis optimierter betriebswirtschaftlicher Instrumente durch eine realistische Preiskalkulation ergänzt. Beide Elemente sind konstitutiv für ein Vertragssystem. Dabei kann auf den Erfahrungen mit Verträgen auf Basis der Integrierten

Versorgung aufgebaut werden. In **Leistungsverträgen** werden hierbei jeweils der medizinische Inhalt geregelt, die ablauforganisatorische Durchführung festgelegt, ggf. bei Eignung eine Gewährleistung vereinbart, zusätzliche Leistungsverpflichtungen festgeschrieben, die Unterbringungs- und Verpflegungsleistungen definiert sowie die Preise und Rabatte bestimmt. Ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische medizinische Hilfen sowie Medikamente, und die Versorgung mit sonstigen Medizinprodukten werden dabei in **Behandlungspaketen** (siehe Abb. 5) zusammengefasst. Diese Entwicklung ist Voraussetzung für den schrittweisen Wandel des Gesundheitssystems.

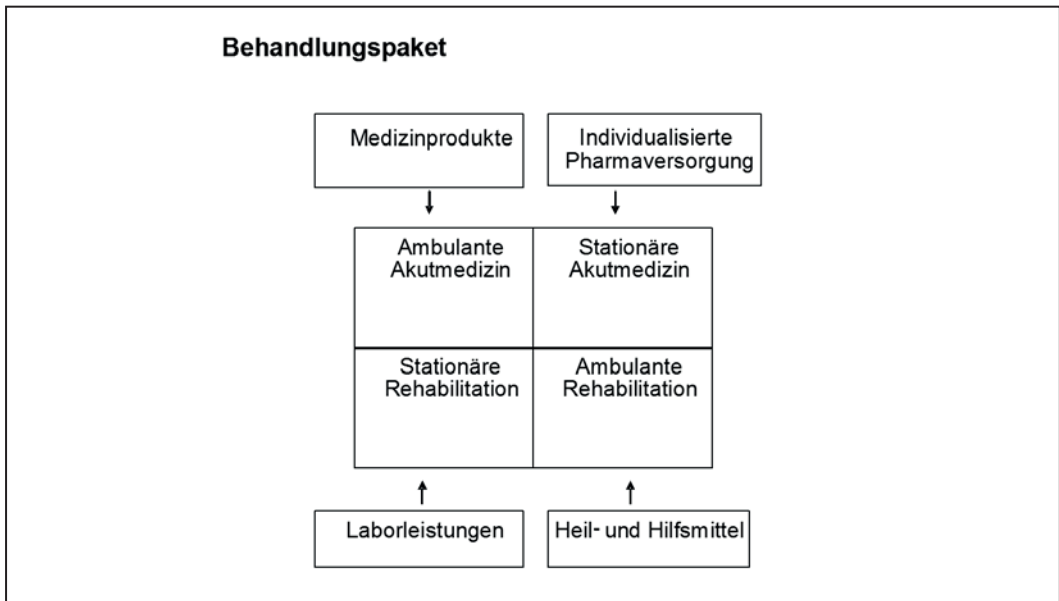


Abb. 5: Behandlungspaket

5 »Digitale Industrialisierung« erlaubt Markenmedizin

Moderne Medizin erreicht einen hohen Komplexitätsgrad. Die tradierten Organisationsstrukturen werden dem Anspruch an die damit notwendigerweise verbundenen Managementsysteme in keiner Weise gerecht. Nach wie vor ist die Erfahrung der Akteure zentrale Basis medizinischen Handelns. Alle Anstrengungen zur Strukturierung der Organisation müssen bisher im Wesentlichen als gescheitert angesehen werden. **Standards**, die es in unüberschaubarer Fülle gibt, sind **nicht umfassend in die Praxis umgesetzt**. Sie sind in aller Regel nicht integraler Bestandteil ärztlichen und sonstigen therapeutischen Tuns, sondern nach wie vor überwiegend additive »Fremdkörper« ohne tief greifende Wirksamkeit. Das hat für die durchgängige Qualität und Wirtschaftlichkeit der Medizin nachhaltige Folgen. Auch die notwendige Arbeitsteilung der Leistungserbringung ist erheblich gestört. Auf moderne Informationstechnologien zur Steuerung und Unterstützung der medizinischen Prozesse wird weitgehend verzichtet. Digitaler Workflow wird eher als bedrohlich empfunden.

Die Methoden und Instrumente der Industrialisierung sind in der Medizin nicht zur Anwendung gekommen. Die Arbeitsweisen der medizinischen Leistungserbringung befinden sich überwiegend in einem vorindustriellen Stadium. Die Prinzipien arbeitsteiliger Produktionstechniken sind in der Medizin

mit dem Argument individueller diagnostischer und therapeutischer Notwendigkeiten verworfen worden. Die Strukturierung der Medizin erlaubt jetzt in Kombination mit aktuellen Entwicklungen in der Informationstechnologie die individuelle Standardisierung (vgl. Pfänder und Fischlein 2008). Auf einer strukturierten Basis ist eine patientenbezogene Ausgestaltung der Services und Produkte möglich. **Leistungspakete**, also komplexe pauschale Behandlungslösungen, können künftig in »**Gesundheits-Katalogen**« (siehe Abb. 6) zusammengefasst werden. Die Offerten können, wie in der Touristikbranche, in der Ausgestaltung differenzieren und somit verschiedene Nachfragergruppen ansprechen. Diese Entwicklung ist eine Antwort auf die Diversifizierung der Nachfrageseite auf dem Gesundheitsmarkt. Die differenzierte tarifliche Ausgestaltung der Angebote von Krankenkassen, teilweise in Kombination der gesetzlichen und der privaten Versicherungen, ermöglicht eine zunehmende Ausfächerung der Gesundheitsangebote. Für Krankenkassen bedeutet das, dass sie sich langfristig auf bestimmte Versicherten- gruppen ausrichten und somit im Kassenwettbewerb mit unterschiedlichen Leistungsversprechen hervortreten können (vgl. Paquet 2011).

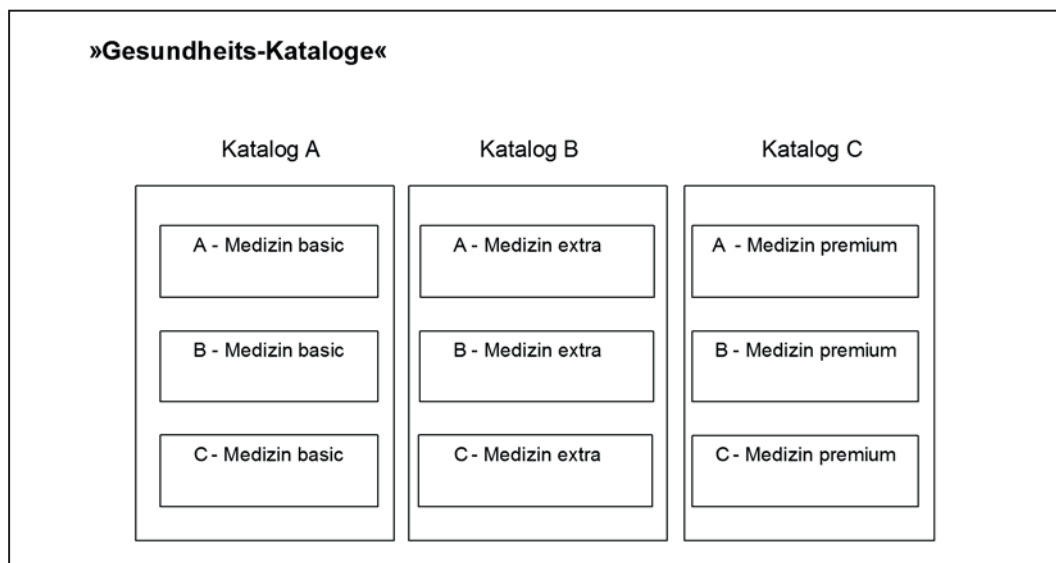


Abb. 6: »Gesundheits-Kataloge«

Interessierte Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, auf der Nachfrage- und der Angebotsseite, unterstützen nachhaltig den eingeleiteten **Umstieg vom Budget- zum Vertragssystem**. Die Partner der Gesundheitswirtschaft wirken dabei in neuen Formen der Kooperation zur Nutzung von Synergien und Optimierungspotenzialen zusammen. Die vielfältigen Innovationschancen aller beteiligten Akteure bieten eine Basis für erfolgreiches Handeln. Mehr und mehr strukturierte Medizin sichert eine gleich bleibende Qualität und ermöglicht damit die Abgabe eines Leistungsversprechens im Rahmen des sich verbreitenden Vertragssystems.

Nicht mehr die Institution, die Praxis bzw. das Krankenhaus, oder die Arztpersönlichkeit sind die Auswahlkriterien der Patienten oder ihrer Krankenkassen. Die Medizin als Behandlungslösung rückt vielmehr ins Zentrum des Gesundheitsmarktes. Sie kann sich damit mittelfristig zur Marke weiterentwickeln (vgl. Lohmann 2006). **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 entscheidende Erfolgsfaktor des Wandels. Dabei wiederum ist angesichts der Komplexität der Strukturen und Prozesse in der Gesundheitswirtschaft das jeweilige informations-technologische Konzept ein zentraler Faktor. **IT ist die technische Basis von Markenmedizin.** Erfolgreiche Systempartnerschaften 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 (siehe Abb. 7).

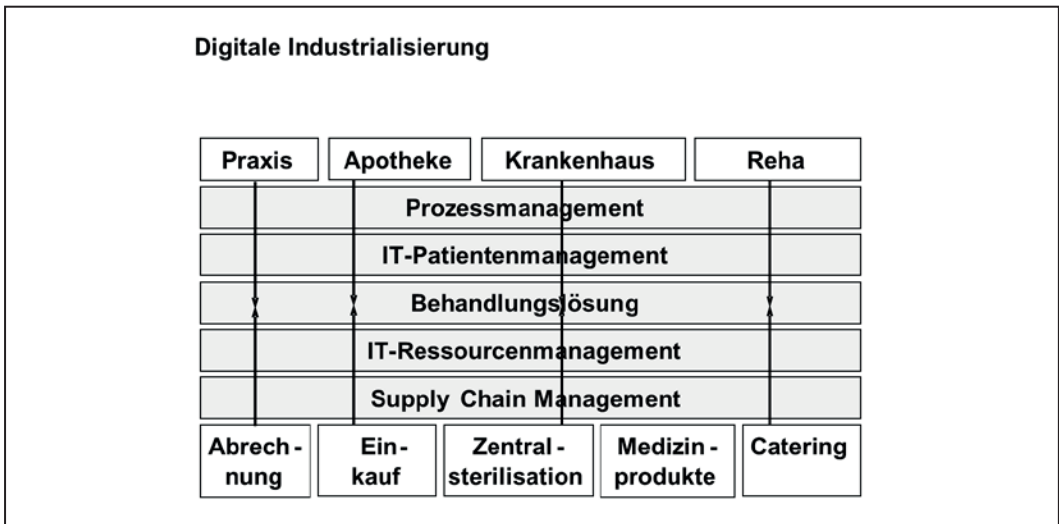


Abb. 7: Digitale Industrialisierung

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. **Markenmedizin** ist zwar zunächst auf die Nachfrage gerichtet, **wirkt** aber zugleich nach innen **auf die Leistungserbringer** selbst. Sie ermöglicht zudem den Konsens der Beteiligten, da die Optimierung der Behandlung der Patienten eine gemeinsame Verständigungsebene bildet.

Der globale Wettbewerb hat viele andere Wirtschaftsbereiche zu tief greifenden Veränderungen gezwungen. Die Automobilbranche etwa musste schon vor rund zwei Jahrzehnten schmerzhaft zu der Erkenntnis gelangen, dass nur der, der herausragende Autos produziert, sie auch verkaufen kann. Die Werkhallen penibel zu putzen reicht nicht. Und genauso wenig ist die Organisation bester Reinigungstechnik ein Grund, die Leistungen eines Gesundheitsanbieters in Anspruch zu nehmen. Der Wettbewerb wird letztlich über die Qualität der Medizin entschieden. Alles andere sind zwingende Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um künftig überhaupt eine Chance im Überlebenskampf zu haben. Bisherige Sanierungs- und Modernisierungsprogramme im Gesundheitssystem beziehen sich aber ganz wesentlich auf medizinferne Bereiche. Der Nachholbedarf gegenüber anderen Branchen der Volkswirtschaft beim infrastrukturellen Service und der technischen Ausstattung hat die letzten 15 Jahre geprägt. Das Management der Medizin ist bisher nur am Rande in den Veränderungsprozess einbezogen worden (vgl. Eberstadt und Groth 2008). Insbesondere die institutionelle Begrenzung der bisherigen Ansätze hat ver-

hindert, dass die **gesamte Behandlung** eines Patienten und ihr Erfolg ins Zentrum der Optimierungsstrategie gerückt werden konnten. Die Manager haben sich bisher im Wesentlichen um das »Drumherum« und nicht so sehr um das Optimum des »Eigentlichen« gekümmert. Die »Digitale Industrialisierung« der Medizin verändert das nachhaltig.

6 Krankenhäuser wandeln sich zu Gesundheitscentern

Wer genau hinschaut, erkennt es immer deutlicher. Die Medizin ist heute interdisziplinär, interprofessionell, IT-, ja insgesamt Technik-basiert und kapitalabhängig. Die Organisation der Medizin beruht aber immer noch auf den Prinzipien des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Der naturwissenschaftlich gebildete Therapeut und sein Patient ist das überkommene Leitmotiv. Deshalb existieren in unserem Gesundheitssystem nach wie vor vor allem Einzelpraxen, Einzelkrankenhäuser mit Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegebetriebe. Diese **überkommene Sektorisierung** ist für die aktuelle innovative Medizin außerordentlich hemmend. Sie erfordert neue, zukunftsweisende Arbeitsformen. Deshalb müssen die Struktur der Medizinangebote durch Konzentration und die Prozesse durch Patienten- und nicht weiterhin durch Institutionenorientierung gestaltet werden. Der Wandel von der Institutionen- zur Prozessorientierung erfordert ein »Zusammenrücken« der Angebotsstrukturen auf dem Gesundheitsmarkt. Die Vielfältigkeit der Leistungsanbieter führt bisher zu einer Zersplitterung der Angebote.

Krankenhäuser entwickeln sich in letzter Zeit immer mehr zu Orten umfassender Gesundheitsangebote aller Art. Sie nutzen ihre für die stationäre Versorgung aufgrund der Verkürzung der Verweildauer entbehrlichen Räumlichkeiten, um sie an verschiedenste externe Nutzer zu vermieten. Die begonnene Entwicklung wird in den kommenden Jahren schnell voranschreiten. Die Stichworte dazu sind u. a.: Patientenhotels, Facharztkliniken, Ärztehäuser, Medizinische Versorgungszentren, Diagnostik-Center, Spezialkliniken, Wellness-Center, Tagungszentren, Gesundheitsmalls. Je nach geografischer Lage entstehen **mit einem gestuften Angebotsportfolio ausgestattete Gesundheitscenter**. Sie werden in Zukunft systematisch projektiert, geplant, gebaut und betrieben werden. Nicht Erfolg versprechend ist hingegen, wenn Krankenhäuser weiterhin Immobilien- und Vermietungsgeschäfte, Planungs- und Bauaufgaben sowie vielfältige Managementfunktionen neben ihrem Kerngeschäft wahrnehmen. Sinnvoll ist es, zu einer Professionalisierung dieser Aktivitäten zu gelangen und eine entsprechende strategische Partnerschaft für das Centermanagement einzugehen. Auch hier vollzieht der Gesundheitssektor Erfolgsmodelle nach, die in anderen Wirtschaftsbereichen inzwischen weit verbreitet sind. Es ist allerdings noch Entwicklungsarbeit notwendig, wie sie in anderen Branchen bereits vor etlichen Jahren stattgefunden hat. Am Ende stehen Gesundheitscenter (siehe Abb. 8), die von Investoren und Entwicklern systematisch geplant werden. Ein Centermanagement der Betriebsgesellschaft sichert anschließend den Betrieb und versorgt die Mieter mit verschiedenen Services durch Systempartner. Die Gesundheitsanbieter treten zunehmend als Filialunternehmen von medizinischen Vollversorgern auf und mieten sich in diesen neuen Strukturen entsprechende Flächen für ihren Bedarf. Die bisher trennenden Sektorengrenzen werden durch die Strukturierung der Medizin überwunden. Eine nachhaltige Basis dazu liefert auch das Gesundheitscenter. Die Nähe der Akteure wird die systematische Zusammenarbeit fördern. Zudem haben die Nachfrager die Wahl zwischen verschiedenen Markenmedizin-Anbietern.

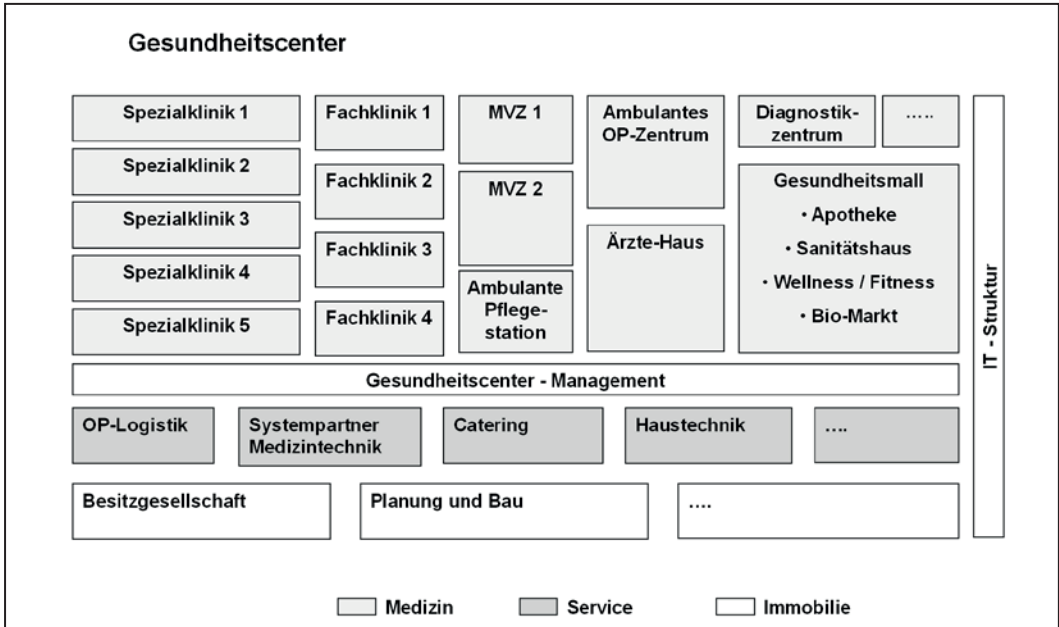


Abb. 8: Gesundheitscenter

7 Trends und Herausforderungen

Die Markenmedizin und in ihrer Folge die Gesundheitscenter sind innovative, Erfolg versprechende Modelle. Sie sind geeignet, Antworten auf die Herausforderungen des gesellschaftlichen Umbruchs am Beginn des 21. Jahrhunderts zu geben (vgl. Salfeld und Wettke 2001). Ökonomie muss die Humanität nicht gefährden – im Gegenteil. Wichtig ist allerdings, den sich in den nächsten Jahren noch verschärfenden Wandel mit einem intensiven ethischen Diskurs zu verbinden. 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 (vgl. Wehkamp 2004). Gerade im Gesundheitsmarkt lässt sich Geschäft nur machen, wenn eine Vertrauensbasis vorhanden ist. Der Erfolgsfaktor ist die Medizin im Interesse der Patienten. Sie gehört deshalb ins Zentrum aller Bemühungen. **Markenmedizin** ist die **Antwort auf die zunehmende Patientensouveränität**. Die Kostendiskussion wird künftig durch eine Debatte um die Qualität ergänzt. Transparenz durch neue Medien ist hierfür eine wesentliche Basis. Ganzheitliche Gesundheitsangebote, wie sie den Patienteninteressen entsprechen, erfordern einen strukturierten Medizinprozess, der tief greifende Veränderungen für die Gesundheitsanbieter mit sich bringt. Die »Digitale Industrialisierung« erlaubt Markenmedizin. Strukturierte Medizin erzwingt Systempartnerschaften, die Industrie- und Serviceunternehmen mit Gesundheitsanbietern strategisch verknüpfen. Aus Krankenhäusern werden Gesundheitscenter ohne die bisher trennenden Sektorengrenzen.

Patientensouveränität ist der Anfang, Markenmedizin das Ergebnis. Der Weg führt über die **Strukturierung der Prozesse** und die **Nutzung der Möglichkeiten »Digitaler Industrialisierung«**. Angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen ist hierzu eine große Anstrengung vieler engagierter Kräfte notwendig. Die Politik muss den Wettbewerb im Gesundheitssystem durch Abbau von gesetzlich

chen Restriktionen befördern. Zentral aber ist der Mut von Managern und Unternehmern der Gesundheitswirtschaft, neue Wege zu gehen.

8 Literatur

- Amelung VE, Deimel D, Reuter W, Rooij NV, Weatherby JN (2009)* Managed Care in Europe, MWV Berlin
- Debatin J et al (Hrsg) (2010)* Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsanstalt Berlin
- Eberstadt N, Groth H (2008)* Die Demographiefalle – Gesundheit als Ausweg für Deutschland und Europa, Georg Thieme Verlag Stuttgart/ New York
- Henke KD et al (2010)* Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
- Karte J, Neumann K (2007)* Der zweite Gesundheitsmarkt – Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen, Roland Berger Strategy Consultants 6/2007
- Klusen N, Straub Chr (Hrsg) (2003)* Bausteine für ein neues Gesundheitswesen – Technik, Ethik, Ökonomie, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
- Knieps F (2008)* Die Perspektiven für das Gesundheitswesen? Monitor Versorgungsforschung 04/2008: 24-28
- Korte RJ, Drude H (2008)* Führen von Sozialleistungsunternehmen – Konfessionelle Sozialarbeit und unternehmerisches Handeln im Einklang, Duncker & Humblot Berlin
- Laimböck M (2009)* Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems – Wettbewerbsorientierte Patientensteuerung im internationalen Vergleich, Springer Wien/ New York
- Lohfert Chr (2010)* Weil du arm bist, musst du früher sterben – Der ohnmächtige Patient, Pieper Verlag München/ Zürich
- Lohmann H (2006)* Neupositionierung der Gesundheitsanbieter – DRG als Basis für Markenmedizin, in: Rebscher H (Hrsg) Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Economica Verlag MedizinRecht.de Heidelberg: 759-768
- Lohmann H (2009)* Visionen brauchen Fantasie – Kolumnen zur Zukunft der Gesundheitswirtschaft, WIKOM-Verlag Wegscheid
- Lohmann H (2011)* Potenziale von Krankenhauskooperationen – Handlungsdruck und Chancen für Krankenhäuser, in: *Goldschmidt W, Hilbert J (Hrsg) Krankenhausmanagement mit Zukunft, Thieme Stuttgart/ New York: 113-118*
- Meyer-Abich KM (2010)* Was es bedeutet, gesund zu sein – Philosophie der Medizin, Hanser München
- Paquet R (2011)* Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, FES Bonn
- Pfänder T, Fischlein J (2008)* Industrielles Klinikmanagement – Effektive Managementprinzipien übertragen auf aktuelle Herausforderungen in Kliniken, FinanzBuch Verlag München
- Salfeld R, Wettke J (Hrsg) (2001)* Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – Perspektiven und Konzepte, Springer Berlin et al
- Tophoven C, Lieschke L (Hrsg) (2003)* Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Dt. Ärzteverlag Köln
- Wehkamp KH (2004)* Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie, Humanitas Verlag Berlin



<http://www.springer.com/978-3-642-20361-9>

Handbuch Changemanagement im Krankenhaus

20-Punkte Sofortprogramm für Kliniken

Albrecht, D.M.; Töpfer, A. (Hrsg.)

2017, XVI, 1080 S. 435 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-20361-9