

Perspektiven der Krankenhaus- versorgung 2006

Deutscher Krankenhaustag

Dr. Reinhard Wichels, McKinsey & Company

16. November 2005

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren,

das Hauptthema des heutigen 28. Deutschen Krankenhaustages ist als Frage formuliert: Zukunft oder Schließung? Ich möchte darauf in den nächsten 30 Minuten eine erste Antwort geben und aus der Sicht des Unternehmensberaters Perspektiven für den stationären Sektor und die relevanten Schnittstellen in den kommenden Jahren aufzeigen.

Klar ist, dass sich ohne Veränderungen die Zukunft nicht erfolgreich gestalten lassen wird. Krankenhäuser, die starr am Gewohnten festhalten, an den Strukturen und Prozessen der Vergangenheit, müssen mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten rechnen. Wer die erforderlichen Anpassungen allerdings konsequent vollzieht, wird – aller Voraussicht nach – gestärkt aus der Umbruchphase hervorgehen.

Bei der Darstellung der anstehenden Entwicklungen und Entscheidungen möchte ich mich von drei Kernfragen leiten lassen:

Schaubild 1

Kernfragen

- Was hat sich für die Krankenhäuser im ersten Jahr der Konvergenz geändert?
- Welches sind die zentralen Herausforderungen und Handlungsfelder für 2006?
- Zukunft oder Schließung – wie schafft man es, zum Gewinner der Umbruchphase zu werden?

1. Was hat sich für die Krankenhäuser im ersten Jahr der Konvergenz geändert?

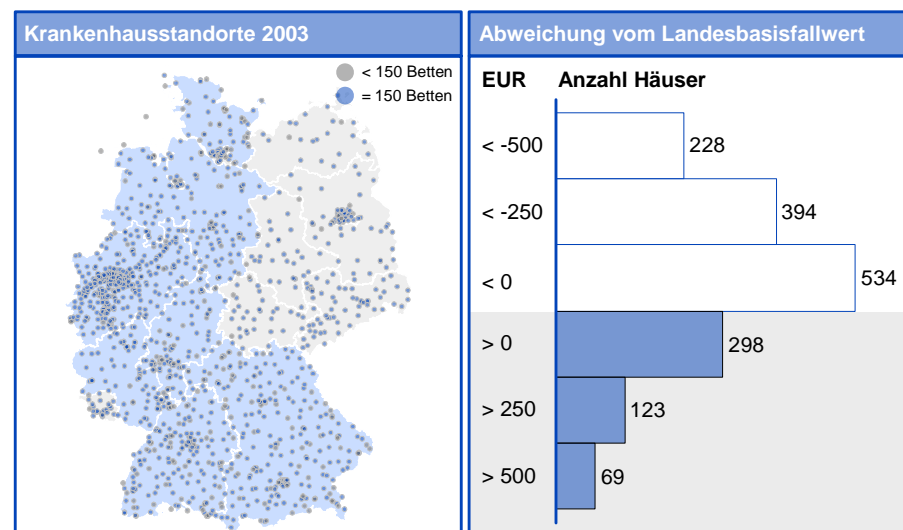
Kein Zweifel: Der Gesetzgeber hat alles getan, um Wirtschaftlichkeit und höchste medizinische Versorgungsqualität als Leitziele im System der Krankenhausversorgung zu verankern. Dazu wird das traditionelle Kostenerstattungsprinzip bis zum Ende der Konvergenzphase schrittweise abgelöst. Als Folge werden die Kosten der Leistungserbringung nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Krankenhausträgern verantwortet.

In vielen Häusern hat dies bereits zu einem veränderten Dialog zwischen Träger und Krankenhausleitung geführt. Neben der medizinischen Versorgungsqualität ist die Wirtschaftlichkeit des Klinikbetriebs zum wichtigsten Tagesordnungspunkt geworden. Viele Träger erwarten von ihren Häusern jetzt eine angemessene Refinanzierung des eingesetzten Kapitals – und gegebenenfalls ein entsprechendes Verbesserungsprogramm, um die nötige Ertragskraft zu sichern.

Darüber hinaus hat der eingeleitete Systemwechsel auch etwas gebracht, was man schon lange anstrebte, nämlich Transparenz! Transparenz hinsichtlich der Kostenstrukturen sowie der Produktivität der Leistungserbringung – und damit auch Offenlegung der ökonomischen Leistungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Hierbei zeigen sich überraschende Ergebnisse – und manchmal auch erschreckende.

Schaubild 2

Abweichung der Krankenhäuser vom Landesbasisfallwert



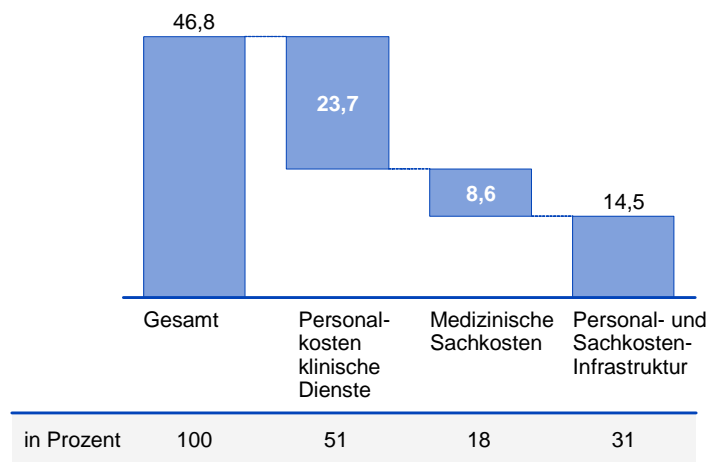
Betrachtet man die gesamte deutsche Kliniklandschaft, so schafft der Übergang zu landesweit einheitlichen Basisfallwerten Gewinner – und leider auch Verlierer. Aus heutiger Sicht müssen mehr als 500 deutsche Krankenhäuser mit zum Teil erheblichen Einnahmehausfällen rechnen. Folgt man der von der AOK aufgeführten Liste der Basisfallwerte werden einige von ihnen bei Konvergenz auf den Landesbasisfallwert 500 EUR und mehr je Fall verlieren. Unterstellt man darüber hinaus, dass der Basisfallwert im Wesentlichen die Kostenstruktur eines Hauses widerspiegelt, so bleibt nur eine Schlussfolgerung: In ihrer heutigen Kostenstruktur sind viele diese Häuser einfach nicht mehr konkurrenzfähig.

Wo liegt die Ursache? Größter Kostenblock im Krankenhausbetrieb sind üblicherweise die Personalkosten der klinischen Dienste.

Schaubild 3

Aktuelle Kostenstruktur des stationären Sektors im DRG-Bereich, 2003

in Mrd. EUR



Quelle: InEK, McKinsey

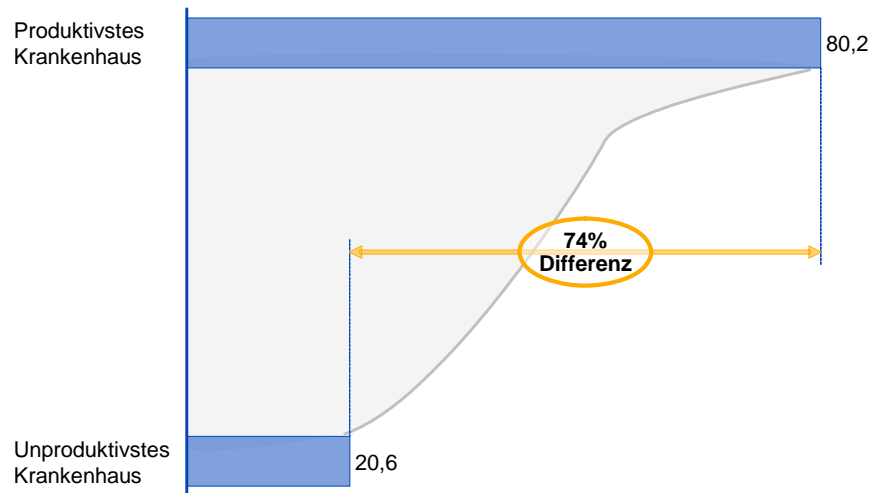
Betrachtet man den DRG-Bereich, so fallen dort über 50% der Gesamtkosten an. Im Prinzip ist es sachlich gerechtfertigt und auch ökonomisch sinnvoll, die Ressourcen vorzugsweise auf die medizinischen Kernbereiche zu konzentrieren. Allerdings muss sichergestellt sein, dass dieser Aufwand auch in eine entsprechende Produktivität übersetzt. In vielen Häusern ist dem leider nicht so!

Ermittelt man die tatsächliche Fallzahl je Mitarbeiter bzw. Vollkraft, so zeigt sich ein dramatischer Unterschied zwischen den produktivsten und den unproduktivsten Häusern.

Schaubild 4

Produktivität deutscher Kliniken

Fälle je VK in den klinischen Diensten*



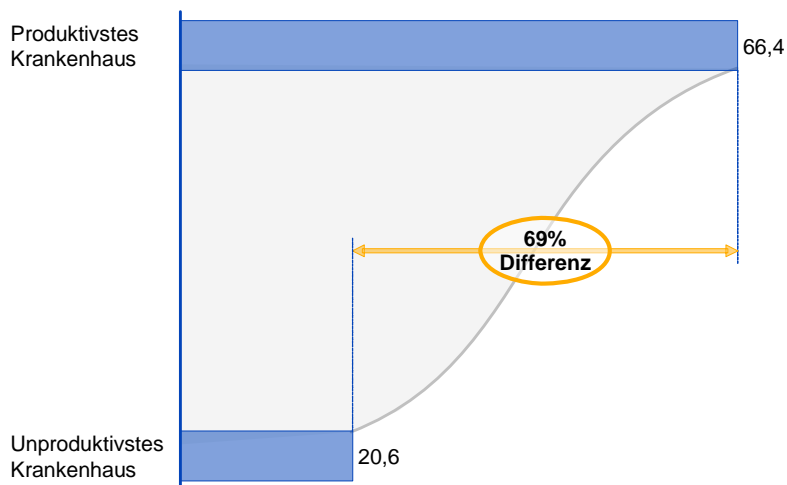
* Ärztlicher Dienst und Pflegedienst
Quelle: Publierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V des Jahres 2004, McKinsey-Datenbank, Internetpräsenzen einzelner Kliniken

Auch wenn man unter der Annahme eines unterschiedlichen Leistungsspektrums alle Häuser mit weniger als 300 Betten davon ausnimmt, verringert sich dieser Unterschied nicht wesentlich.

Schaubild 5

Produktivität deutscher Kliniken > 300 Betten

Fälle je VK in den klinischen Diensten*



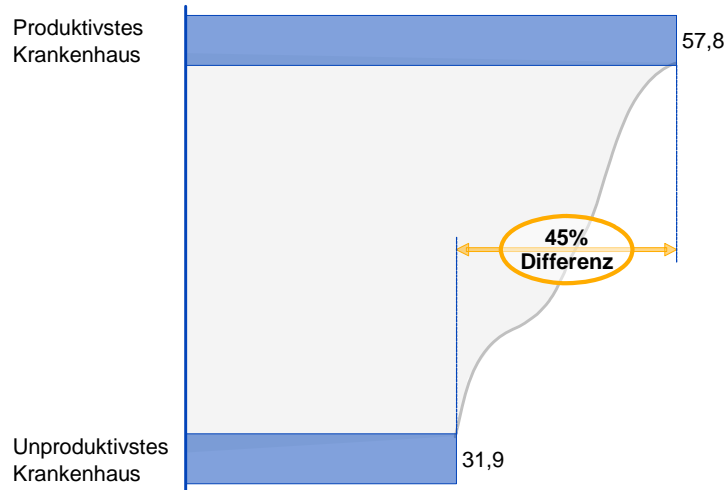
* Ärztlicher Dienst und Pflegedienst
Quelle: Publierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V des Jahres 2004, McKinsey-Datenbank, Internetpräsenzen einzelner Kliniken

Betrachtet man nur Häuser der gleichen Region mit über 300 Betten und adjustiert die Produktivität nach Schweregraden, so bleibt immer noch eine hohe, nicht erklärbare Differenz von 45% – wie unsere Analyse für die Region Berlin verdeutlicht.

Schaubild 6

Produktivität Berliner Kliniken mit über 300 Betten, schweregradgewichtet

Fälle je VK in den klinischen Diensten*



* Ärztlicher Dienst und Pflegedienst
Quelle: Publiizierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V des Jahres 2004, McKinsey-Datenbank, Internetpräsenzen einzelner Kliniken

Einzig mögliches Fazit: Die Unterschiede in der Personalproduktivität der deutschen Krankenhäuser sind einfach enorm – und auch unter Berücksichtigung aller Besonderheiten nicht zu rechtfertigen.

Bisher schlagen sich diese Produktivitätsunterschiede nur sehr begrenzt in Profitabilitätsunterschieden nieder. Noch ist es möglich, auf Einzelhausebene mit einem hohen individuellen Basisfallwert, das heißt mit einem hohen Preis, die internen Produktivitätsdefizite zu maskieren. Die Streckung der Konvergenzphase schützt also noch für wenige Jahre die eindeutig unproduktiven Häuser. Spätestens 2009 werden diese Häuser aber voll in den landesweiten Preis- und Produktivitätswettbewerb geraten.

Mit der neuen Preis-Leistungs-Transparenz und der Entlassung der Krankenhäuser in einen zunehmend schärferen Wettbewerb hat der Gesetzgeber es geschafft, die Träger und die Geschäftsleitungen der Häuser zum Motor des Strukturwandels im Stationären Bereich zu machen – eine Rolle, die bisher eher den Krankenkassen und Landesplanungsbehörden zufiel.

Zusammen mit dieser Verantwortlichkeit hat der Gesetzgeber den Häusern allerdings auch neue Instrumente an die Hand gegeben und neue Handlungsspielräume eröffnet. Diese Handlungsspielräume können genutzt werden, um ein maßgeschneidertes Programm zu starten und die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern. Und damit gelangen wir zur zweiten Kernfrage.

2. Welches sind die zentralen Herausforderungen und Handlungsfelder für 2006?

Wer ein so komplexes Gebilde wie ein Krankenhaus reformieren will, dem bieten sich vielfältige Ansatzpunkte und Stellhebel. Jedes Haus muss im Prinzip selbst herausfinden, welche Problemkreise es am besten adressieren sollte. Dabei gibt es jedoch drei zentrale Herausforderungen. Wer wirklich Erfolg im Wettbewerb haben will, muss sie mit Nachdruck angehen.

Schaubild 7

Zentrale Handlungsfelder für Krankenhäuser im Jahr 2006



Quelle: McKinsey

1. HANDLUNGSFELD: PRODUKTIVITÄT

Kein Krankenhaus kann es sich heute mehr leisten, die Bedeutung produktiver Leistungserbringung in den medizinischen Bereichen zu verkennen. Allerdings genügt es nicht, nur die Entwicklung der eigenen Leistungskennziffern im Zeitverlauf zu betrachten. Vielmehr ist auch der Blick nach "außen" erforderlich – auf die Mitbewerber vor Ort sowie Best-Practice-Erfahrungen auf nationaler und internationaler Ebene.

Hierzu stehen mittlerweile verschiedene Instrumente zur Verfügung:

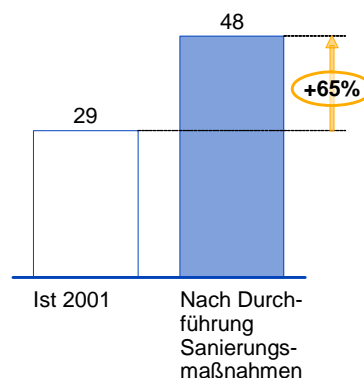
- Darstellung der Leistungsmenge (Fälle) je Vollkraft. Verschiedene Quellen können hier genutzt werden (z.B. Daten des Statistischen Bundesamts, Qualitätsberichte der Häuser)
- Ableitung der DRG-Normkosten für das erbrachte Leistungsspektrum. Durch die Adjustierung nach Schweregraden lässt sich ausweisen, was tatsächlich je Leistungseinheit für einzelne Berufsgruppen vergütet wird.
- Vergleichsdaten auf Basis von spezifischen Prozessen. Hier handelt es sich um operative Kennziffern, z.B. Daten des OP-Managements. Neben eigenen Datenbanken können gängige Arbeitsplatzmethoden zur Ergänzung genutzt werden.

Es ist zu beobachten, dass die meisten Häuser versuchen, sich entlang dieser messbaren Dimensionen kontinuierlich zu verbessern. Für einige sind hier Fortschritte naturgemäß leichter zu erreichen als für andere. Unterschiede in der Leistungsmentalität sowie komplexe Personalvertragsstrukturen können die Bemühungen um Produktivitätsverbesserungen zusätzlich erschweren.

Schaubild 8

Steigerung der Produktivität trotz schwieriger Rahmenbedingungen

PRODUKTIVITÄTSVERGLEICH VIVANTES, DRG-BEREICH KLINISCHE DIENSTE,
2001 vs. Unternehmensplanung 2005/6
in Fällen/VK*



* Nur vollstationäre Fälle VK AD und PD Somatik
Quelle: Vivantes

Dass aber auch unter schwierigsten Rahmenbedingungen sprunghafte Produktivitätszugewinne möglich sind, zeigt das Beispiel der Berliner Klinikette Vivantes: Seit 2001 konnte Vivantes die Produktivität in den klinischen Diensten um mehr als 60% steigern, heute erreicht die Kette bereits das Niveau privater Wettbewerber. Diese Verbesserungen wurden zudem erreicht, ohne eine einzige betriebsbedingte Kündigung auszusprechen!

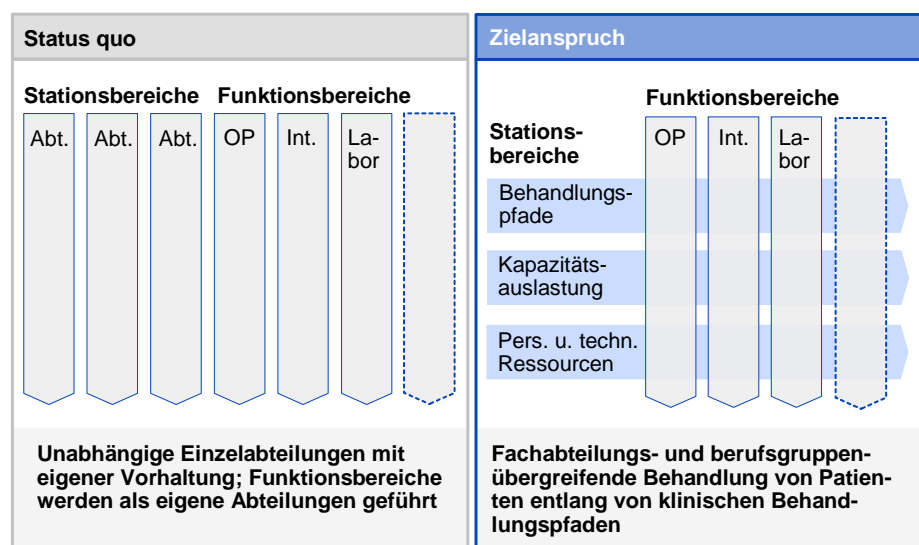
Auch die deutschen Universitätskliniken müssen sich im Zuge der DRG-Einführung der Herausforderung stellen, dass ihr spezieller Aufwand, das heißt der Umfang der vorgehaltenen Ressourcen und vorhandenen Infrastruktur, nicht mehr in vollem Umfang von den Kassen übernommen wird. Klar ist auch, dass der direkte Wettbewerb mit sehr viel kostengünstiger arbeitenden anderen Krankenhäusern sie in eine ausweglose Situation bringt. Andererseits dürften gegen einen Qualitäts- und Produktivitätswettbewerb der Unikliniken untereinander kaum Einwände bestehen.

Blickt man weiter in die Zukunft, so wird es sicherlich nicht ausreichen, wie bisher bei Produktivitätssteigerungen vorzugsweise auf die Freisetzung überschüssiger Personalkapazitäten und damit auf einfache Arbeitsverdichtung zu setzen. Dies gilt für alle Häuser! Vielmehr müssen intelligente Lösungen gefunden werden, Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass letztlich eine Arbeitsentlastung daraus resultiert.

Entsprechend sind alle medizinischen Kernprozesse einer gründlichen Revision zu unterziehen. Hier steht ein Paradigmenwechsel an: Während früher traditionelles Abteilungsdenken vorherrschte, muss heute in patientenzentrierten Abläufen gedacht werden.

Schaubild 9

Anpassung des medizinischen Kernprozesses

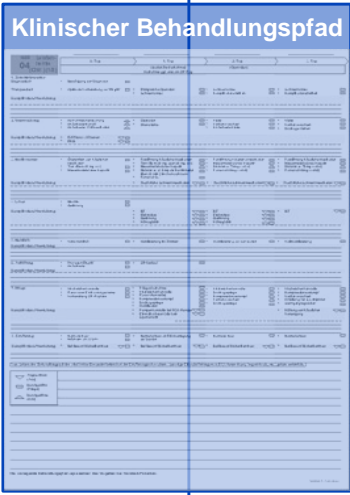


Quelle: McKinsey

Klinische Behandlungspfade stellen ein ideales Instrument zur Strukturierung und Steuerung des medizinischen Kernprozesses dar. Der Behandlungsablauf wird transparent für alle Beteiligten, inklusive des Patienten. Im Einzelnen ergeben sich folgende Vorteile:

Schaubild 10

Klinische Behandlungspfade als Steuerungs- und Controllinginstrumente



- Etablierung eines detaillierten Behandlungsplans auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin
- Optimierung der Verknüpfung zwischen stationären und funktionalen Bereichen
- Standardisierung und Reduzierung des internen Leistungskonsums
- Verringerung des Dokumentationsaufwands
- Etablierung einer Bemessungsgrundlage für Prozess- und Ergebnisqualität sowie den Vergleich von Leistungsanbietern

Quelle: PubMed, McKinsey

■ **Bessere Verknüpfung von Stations- und Funktionsbereichen**

Die Verknüpfung von Funktionsbereichen und Stationsebenen ist in fast allen Krankenhäusern ein Problem. Durch die enorme Verkürzung der Verweildauern wird eine gute Zusammenarbeit hier noch wichtiger. Immer noch erfolgen wesentliche Diagnostikschritte oft erst dann, wenn der Patient schon die Hälfte seiner Verweildauer "verbraucht" hat! Künftig muss die Diagnose generell sehr viel früher, im Regelfall stets am Beginn des Behandlungsprozesses gestellt werden. Voraussetzung ist eine frühzeitige und allseits abgestimmte Terminierung der diagnostischen Untersuchungen. Klinische Pfade können hier zum Tragpfeiler eines optimierten Terminmanagements werden. Dadurch lassen sich kurze Verweildauern realisieren, zudem erhöht sich die Stabilität des Tagesprogramms in den Funktionsbereichen.

■ **Reduktion des internen Leistungskonsums**

Behandlungspfade legen für definierte Indikationen fest, wie häufig und zu welchem Zeitpunkt des stationären Aufenthalts eine Untersuchung stattfinden soll. Der Leistungskonsum wird also für bestimmte Indikationen

standardisiert. Unnötige Untersuchungen entfallen. Patienten und Funktionsbereiche werden entlastet.

■ **Verknüpfung von Qualitätsparametern mit Behandlungspfaden**

Durch die Standardisierung der Abläufe lassen sich Qualitätsparameter an bestimmten Stellen des Behandlungsprozesses fest vorgeben und damit auch standardisiert auswerten. Behandlungspfade können so nicht nur als Steuerungs- sondern auch als Controllinginstrumente genutzt werden.

Beim Einsatz von Behandlungspfaden gilt es stets zu berücksichtigen, dass punktuelle Optimierungen in aller Regel nicht nachhaltig erfolgreich sind. Die tatsächlichen Quellen von Problemen finden sich meist gar nicht im betroffenen Bereich selbst. Vielmehr liegt ihr Ursprung oft genug in vor- oder nachgelagerten Bereichen.

Gerade deswegen eignen sich Behandlungspfade jedoch vorzüglich als Optimierungsinstrumente. Denn sie schaffen erstmals eine integrierte Prozesssicht – unter Beteiligung aller Berufsgruppen.

Natürlich dürfen sie nicht als Allheilmittel missverstanden werden, um alle denkbaren Probleme zu lösen. Sie bieten vielmehr einen hervorragenden Ausgangspunkt, um kritische Stellen in der Ablauforganisation transparent und objektiv evaluierbar zu machen. Und damit kann ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in der Organisation verankert werden.

2. HANDLUNGSFELD: STRUKTUR




Eine optimale Struktur ist Grundvoraussetzung für den ökonomisch erfolgreichen Betrieb eines jeden Krankenhauses. Früher galt "Größe ist gut", denn so ließen sich fachübergreifende Synergien am besten nutzen.

Heute zeigt sich ein anderes Bild: Häufig sind es gerade die eher kleineren Häuser mit einer begrenzten Anzahl von Fachabteilungen, die durch ihre flexiblen Strukturen erfolgreich sind. Die großen Häuser dagegen leiden unter ihrer Komplexität. Denn die einzelnen Fachbereiche sehen sich in aller Regel veranlasst, jeweils ihre eigene Infrastruktur vorzuhalten – ähnlich wie kleine Fürstentümer.

Wie lässt sich nun ein produktiverer Umgang mit den Ressourcen sicherstellen – und zwar von der Organisationsstruktur her? Nach unseren Erfahrungen aus entsprechenden Beratungsprojekten dürften es vor allem drei Krankenhaustypen sein, denen die Zukunft gehört:

Schaubild 11

Struktur zukünftig erfolgreicher Krankenhäuser

Anzahl Betten	 Bis 150	 200 - 400	 500 - 700*
Leistungsspektrum	Maximal 3 Fachrichtungen	Breites allgemeines Leistungsspektrum	Schwerpunkt- und Maximalversorgung (inklusive Spezialleistungen)
Besonderheiten	Häufig geteilte Infrastruktur (begrenzte eigene Vorhaltung)	Verbundstruktur mit anderen "gleichwertigen" Häusern	Häufig Zentrum von Verbundstrukturen

* In Ausnahmefällen auch größere Zentren der Supermaximalversorgung denkbar
Quelle: McKinsey

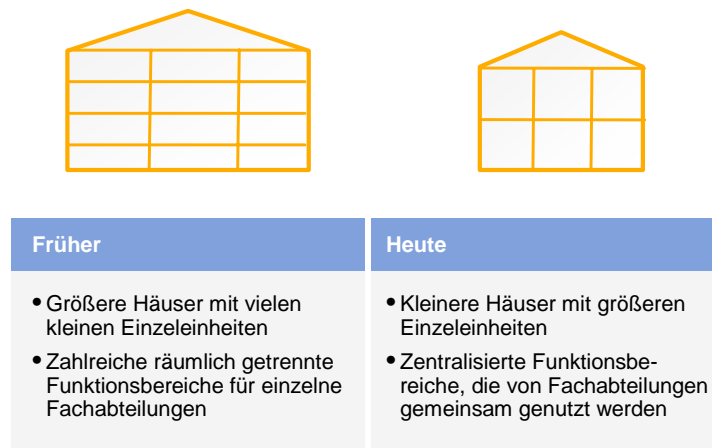
Sicherlich wird es das eine oder andere Ausnahmmodell geben, etwa in großen Zentren der Supermaximalversorgung. Sieht man von diesen raren Ausnahmen ab, so werden Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung künftig in aller Regel nicht mehr als 700 Betten benötigen. Sinkende Verweildauern und verbesserte Abläufe machen es möglich, in Häusern dieser Größenordnung zwischen 30.000 und 40.000 Patienten pro Jahr zu versorgen. Noch in den 90er Jahren waren dazu Häuser mit Kapazitäten von 1.000 oder mehr Betten erforderlich.

Da stellt sich die Frage nach einem geeigneten Betriebsmodell für solche existierenden Großkrankenhäuser. Es zeichnen sich drei denkbare Lösungsansätze ab: Ohne substanzielles Wachstum ist es sicherlich notwendig, den internen Klinikbetrieb räumlich zu konzentrieren und zu konsolidieren. Der entstehende Leerstand, das heißt nicht genutzte Betten und geschlossene Stationen, kann zur Reduzierung der Infrastrukturkosten – abhängig von der Situation vor Ort – an dritte Nutzer gegen Vergütung vergeben oder einfach versiegelt werden. Bei zu großem Leerstand und hohen Infrastrukturkosten sind Umbau oder sogar Neubaumaßnahmen zu erwägen. Prozessgerechtes Bauen erspart hier in der Regel auch erhebliche Folgekosten. Um den Unterschied zu verdeutlichen: Während bei früheren Krankenhausbauten mit ca. 80 m² je Bett kalkuliert wurde, liegen moderne Krankenhausbauten nur noch bei ca. 45 bis 50 m² je Bett. Die mit dieser Differenz assoziierten Mehrkosten sind enorm.

Während die Häuser insgesamt also weniger Raum- und Gebäudeflächen benötigen, geht der Trend intern, das heißt innerhalb des Hauses eindeutig zur Bildung größerer Einheiten.

Schaubild 12

Entwicklung der Klinikstrukturen



Quelle: McKinsey

Eine durchschnittliche Stationsgröße liegt heute bei 40 oder mehr Betten. Damit ist ein sehr viel effizienterer Betrieb möglich als bei kleineren Einheiten. Als Folge sind in vielen Häusern die einzelnen Fachabteilungen nicht mehr im Stande, eine Station voll auszulasten. Hier müssen flexible Kombinationen bei der Belegung gefunden werden.

Denkbare Lösungen sind:

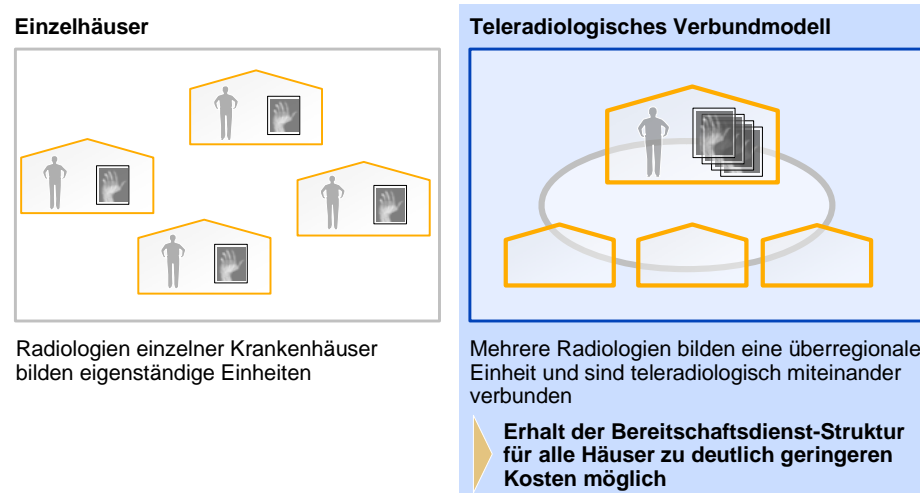
- Bildung interdisziplinärer Einheiten – ein Schlüsselthema insbesondere beim Zusammenschluss von Fachabteilungen zu Zentren
- Vorübergehende Schließung von Stationen. Auf Basis historischer Daten können Bereiche auch über längere Zeiträume (Sommerferien) geschlossen werden.
- Herstellung einer gleichmäßigeren Auslastung, um Kapazitätsspitzen zu vermeiden, insbesondere zu Wochenbeginn.

Während die Auslastung der Stationen also sinkt, bleibt die Belastung der Funktionsbereiche bisher weitgehend bestehen. Bei der Anzahl der Untersuchungen in Radiologie oder Labor zeichnen sich derzeit keine erkennbaren Nachfragerückgänge ab. Damit bleibt insbesondere für kleinere

Häuser das Problem der Vorhaltung bestehen. Eine Alternative ist die Nutzung einer gemeinsamen und damit "geteilten" Infrastruktur. Das gilt sowohl für technische als auch für personelle Ressourcen. Ein Beispiel hierfür wäre die teleradiologische Anbindung von kleineren Häusern an eine vollzeitig besetzte Zentrale.

Schaubild 13

Realisierung Einsparungen durch Teleradiologie



Quelle: McKinsey

Allerdings ergeben sich bei Kooperationen in aller Regel Schwierigkeiten. Insgesamt lassen sich vier Beziehungstypen unterscheiden: Da sind zunächst die "Singles", das heißt die beteiligten Häuser passen strukturell nicht wirklich zusammen und häufig fehlt auch die Bereitschaft zu echter Zusammenarbeit. Zwingt man die Häuser trotzdem zu einer Kooperation, so ergeben sich Frustrationen ähnlich denen einer "Vernunftehe". Die wirkliche "Liebesheirat", das heißt sowohl strukturelle Attraktivität bei der Kooperation als auch vorhandene Bereitschaft zur Zusammenarbeit, findet sich selten. Dann aber stellt sie ein wirkliches Erfolgsmodell dar, mit durchgängiger Zusammenarbeit von der Strategie bis hin zum operativen Betrieb.

Schaubild 14

Wertschöpfungsmatrix bei Kooperationen im Krankenhaus

Strukturelle Attraktivität	Hoch	"Vernunfttehe" <ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Vorteile können realisiert werden • Widerstand der Mitarbeiter erfordert aber hohen Aufwand 	"Liebesheirat" <ul style="list-style-type: none"> • Zahlreiche Synergien möglich, z.B. <ul style="list-style-type: none"> – Einheitliche Strategie – Gemeinsame Ansätze Klinik, Beschaffung etc.
	Niedrig	"Singles" <ul style="list-style-type: none"> • Keine wirkliche Kooperation • Großem Aufwand steht geringer Nutzen entgegen 	"Romantiker" <ul style="list-style-type: none"> • Häufig von einzelnen Mitarbeitern getrieben • Begrenzter Austausch von Wissen und Steuerungsinstrumenten
		Niedrig	Hoch
		Handlungsbereitschaft in der Organisation	

Quelle: McKinsey

Am ehesten schaffen es Krankenhausketten, die Vorteile von Zusammenschlüssen in messbare Ergebnisse umzusetzen. Aber auch hier befreit eine erfolgreiche Kooperation die beteiligten Häuser nicht von der Anforderung, ihre Hausaufgaben selbst zu machen.

3. HANDLUNGSFELD: INTEGRATION

Aus Sicht des Gesetzgebers bietet die Integrierte Patientenversorgung, das heißt die systematische Vernetzung von stationären mit prä- und poststationären Bereichen, die Gelegenheit zu Quantensprüngen sowohl bei der medizinischen Versorgungsqualität und als auch bei der Produktivität: Zur Realisierung dieser Potenziale wurden den Krankenhäusern verschiedene Instrumente zur Verfügung gestellt. Auf zwei möchte ich hier näher eingehen:

- Integrierte Versorgungsverträge nach §140 SGB V
- Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V

Schaubild 15

Handlungsfeld Integration – Chancen und Risiken für Krankenhäuser

Instrumente des Gesetzgebers	Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss Integrierter Versorgungsverträge nach § 140 SGB V • Etablierung medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Patientenversorgung durch Schnittstellenoptimierung zwischen Leistungserbringern • Patientensteuerung durch vertraglich geregelte Kooperation mit Einweisern 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschärfung des Wettbewerbs mit anderen Krankenhäusern (ggf. Preisverfall) • Verschärfung des Wettbewerbs mit Niedergelassenen (ggf. Einweiserboykott)

Quelle: McKinsey

Beide Instrumente bieten aus Sicht der Krankenhäuser erhebliche Chancen und Vorteile: Die Möglichkeit, die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern sektorübergreifend zu optimieren, ist unmittelbar einleuchtend. So lassen sich beispielsweise Doppeluntersuchungen vermeiden. Über sektorübergreifende Leitlinien oder gar Versorgungspfade können die Krankenhäuser sowohl Verweildauern als auch Leistungskonsum deutlich reduzieren.

Darüber hinaus eignen sich beide Instrumente auch hervorragend zur Patientensteuerung. Die Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, sich über gemeinsame Vertragsstrukturen mit Kassen und Niedergelassenen profitable Indikationen zu sichern und so eine "Rosinenpickerei" zu betreiben.

Diesen Chancen stehen jedoch auch erhebliche Risiken gegenüber. Beide Instrumente tragen dazu bei, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, aber auch zwischen Krankenhaus und Niedergelassenen gegebenenfalls massiv zu verschärfen:

- Im Falle von Integrierten Versorgungsverträgen droht ein wachsender Preis- und Produktivitätswettbewerb mit anderen Krankenhäusern in der Region. Gezielte Auswahl der Patienten nach profitablen Indikationen sowie die Tatsache, dass die zusätzlichen Fälle jeweils extrabudgetär vergütet werden, führen zu einem bedenklichen Angebotsverhalten der Häuser. Unter der Annahme, die zusätzlichen Fälle können zu Grenzkosten erbracht werden, droht ein beschleunigter Preisverfall.

- Entscheidet sich ein Krankenhaus zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums, so wird es als Betreiber zwangsläufig in Wettbewerb zu den eigenen Einweisern geraten. Vermeiden lässt sich eine solche Konfrontation nur, wenn es sich auf seine Eigentümerrolle beschränkt und lediglich Infrastruktur und Servicedienstleistungen zur Verfügung stellt. Keiner der beiden Fälle ist aus Krankenhaussicht optimal. Im ersten Fall ist zwar der erfolgskritische operative Durchgriff sichergestellt, aber es drohen handfeste Abwanderungseffekte im Einweiserstamm. Im zweiten Fall lassen sich zwar die Irritationen für die Einweiser auf ein Minimum begrenzen, auf Grund des fehlenden operativen Durchgriffs kann das Krankenhaus jedoch den ökonomischen Erfolg nicht aus eigener Kraft sicherstellen.

Zweifellos geht der Trend klar in Richtung integrierte Patientenversorgung, wie die langsamen, aber kontinuierlichen Fortschritte verdeutlichen. Die Teilnahme daran ist für die Krankenhäuser zudem aus strategischen Gründen unumgänglich. Jedes Krankenhaus sollte sich jedoch äußerst bedachtsam und mit dem nötigen Weitblick positionieren, denn sonst die vermeintlichen Trümpfe schnell verspielt.

Kommen wir damit zur 3. Leitfrage.

3. Zukunft oder Schließung – wie schafft man es, zum Gewinner der Umbruchphase zu werden?

Fasst man die bisherigen Erfahrungen zusammen, so hat das erste Jahr der Konvergenz bereits für erheblichen Veränderungsdruck gesorgt. Es ist Bewegung ins System gekommen: Der Wettbewerb hat in der deutschen Krankenhaushandschaft ein bisher unbekanntes Maß erreicht. Erstmals herrscht Transparenz hinsichtlich der ökonomischen Leistungsfähigkeit und der Produktivität.

Weitgehende Transparenz bei der medizinischen Versorgungsqualität wird schon bald folgen.

Häuser, die in diesem sich zunehmend beschleunigenden Veränderungsprozess nicht mithalten können, geraten ins Hintertreffen. Ihnen droht über kurz oder lang die Schließung.

Häuser, die sich entschlossen dem Veränderungsprozess stellen und auf die drei großen Herausforderungen – Produktivität, Struktur und Integration – überzeugende Antworten finden, haben eigentlich wenig zu befürchten. Sie sollten allerdings zwei Erfolgsfaktoren im Auge behalten: Zum einen müssen sie vorausschauend ihre internen Bemühungen um Produktivitätssteigerung und strukturelle Anpassungen mit einer stimmigen strategischen Positionierung bei der integrierten Patientenversorgung verbinden. Zum anderen gilt es sicherzustellen, dass bei den anstehenden Veränderungsschritten alle Beteiligten, Führungskräfte und Mitarbeiter, frühzeitig eingebunden und auch schwierige Entscheidungen von einem breiten Konsens getragen werden.

Gelingt ihnen dies, so gehört ihnen die Zukunft!