

1 Der theoretische Bezugsrahmen – Rahmenbedingungen im Krankenhaus

1.1 Darstellung der gegenwärtigen ökonomischen Rahmenbedingungen

Die in den letzten Jahren vollzogenen gesetzlichen Änderungen im Gesundheitswesen sind Ausdruck eines beispiellosen Paradigmenwechsels. Unter Beibehaltung der gesetzlichen Krankenversicherung galt es, durch die Einführung von Wettbewerb dem innovativen und kostenintensiven Gesundheitsmarkt wirtschaftspolitische Grenzen zu setzen. Die neuen das Gesundheitswesen betreffenden Gesetze, die zu mehr Wettbewerb gerade in der stationären Versorgung führten, zwangen die Krankenhäuser zu einer Spezialisierung ihres Angebots. So zum Beispiel der Aufbau von Comprehensive Care Centers für Spezialleistungen [Welz-Spiegel, 1996]. Während noch bis zum Jahr 1995 die Bettenauslastung und die Anzahl der Behandlungstage der entscheidende Gradmesser für die unternehmerische Steuerung der Kliniken waren, wurde durch die neuen Gesetze und Verordnungen der Übergang zu einem leistungsbezogenen Krankenhausentgeltsystem beschlossen und vollzogen. Früher regelte die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 die Vergütung der Krankenhausleistungen. Hier war festgelegt, welche Krankenhauskosten pflegesatzfähig sind und wie Pflegesätze zwischen den Häusern und Kassen vorausschauend vereinbart wurden. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz des Jahres 2000 änderte dieses System, führte die sektorale Budgetierung ein und weitete das Entgeltsystem zu Fallpauschalen, den deutschen Diagnosis Related Groups (kurz DRGs,

Diagnosebezogene Fallgruppen), aus. Außerdem schaffte das Reformgesetz die Grundlagen zu einer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und stärkte die hausärztliche Behandlung. Im Krankenhaussektor wurde der Wettbewerb dadurch weiter verstärkt. Damit entstanden auch neue Problembereiche für die Krankenhäuser [Führung/Gausmann, 2004]. 2010 wurde die Krankenhausvergütung landeseinheitlich angeglichen. Im Jahr 2013 greift das Pauschalsystem auch für die Psychiatrien und wird als weiterer Baustein der Umgestaltung unter der Prämisse »Gleicher Preis für gleiche Leistung« gesetzt. Im Vergleich zu anderen Dienstleistungsunternehmen unterliegen Krankenhäuser umfangreichen staatlichen Regulierungen. Politisch ist ein Krankenhaus von den Selbstverwaltungspartnern abhängig. Gemäß § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) unterliegen deutsche Krankenhäuser der dualen Finanzierung. Demnach erhalten die Krankenhäuser Investitionszuschüsse durch öffentliche Förderung, die durch die Bundesländer aufgebracht wird und leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen, die von den Versicherten bzw. deren Krankenkassen zu tragen sind. Die neuesten Gutachten [Rürup, 2008] zeigen eine Unterfinanzierung bei den Investitionsmitteln der Krankenhäuser auf. Mit dem ebenfalls aktuell vorliegenden Gutachten wird die Unterfinanzierung auch bei den Investitionsmitteln der Krankenhäuser dargelegt. Demnach haben die Länder den Krankenhäusern im Jahr 2006 nur noch 2,7 Milliarden Euro Investitionskosten bereitgestellt. Dies ist zum elften Mal in Folge ein Rückgang. Im Vergleich zu 1991 (3,6 Mrd. Euro) fuhren die Länder die Krankenhausfinanzierung um real (minus) 44,3 % zurück. Zusätzlich haben die Krankenhäuser die Lasten der unzureichenden Investitionsmittelausstattung der Länder zu tragen. Somit reichen die finanziellen Mittel kaum zur Kostendeckung, und das Ausrichten auf kundenorientierte Innovationen ist finanziell in den häufigsten Fällen eingeschränkt. Die Finanzierung von Neuentwicklungen muss außerhalb der bereitgestellten Budgets personell und operativ selbst geregelt werden. Anhand der aktuellen Qualitätsberichte der deutschen Krankenhäuser gehören Entwicklungsabteilungen und Marketingspezialisten derzeit nicht zu Aufbauorganisationen von Krankenhäusern. (Die aktuellen strukturierten Qualitätsberichte gemäß SGB V deutscher Krankenhäuser sind unter den jeweiligen Internetseiten der Krankenhäuser einzusehen.)

1.2 Konsequenzen im Krankenhauswettbewerb

Mit der Einführung des DRG-Systems in Krankenhäusern wurden Innovationen deutlich erschwert. Es ist im verweildauerunabhängigen DRG-System somit nicht mehr möglich, durch eine Verweildauerverlängerung erhöhte Kosten von Innovationen zu kompensieren. Qualitätskriterien beeinflussen zudem verstärkt auch die Krankenhausplanung. In der Landeskrankenhausplanung legen Kostenträger (Krankenkassen) und Leistungsanbieter (Krankenhäuser) den Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses fest. Ziel der Planung ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern. Mit der Einführung der Fallpauschalen und der Änderung zu einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen bestimmen zunehmend Qualitätskriterien die weitere Entwicklung, z.B. durch Fachprogramme und Strukturvorgaben der Länder. Die Krankenhäuser sind daher heute gezwungen, ihre Fixkosten zu minimieren, um wirtschaftlich zu handeln und auf dem Markt zu existieren. Zudem ist das kritische Qualitätsdenken der Patienten und damit verbunden die freie Krankenhauswahl in den letzten Jahren gestiegen. Bereits im Jahr 2000 weist Eichhorn auf Konsequenzen im Krankenhausbereich hin: »Wie bereits seit langem in der Industrie, wird in den 1990er Jahren im Gesundheitswesen Qualität als zukünftiger Wettbewerbsfaktor gesehen. Der in der freien Marktwirtschaft lange etablierte Qualitätswettbewerb repräsentiert zum Beispiel durch Gütesiegel und Qualitätsurteile, aber auch durch Garantie-Gewährung und Reklamationsmöglichkeiten sowie durch Werbung, greift mehr und mehr auch auf das Gesundheitswesen über. Die Aktivitäten zur Zertifizierung von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden ebenfalls im Kontext der Überlebenssicherung im künftigen Wettbewerb dargestellt« [Eichhorn, 2000, S. 325]. »Vor diesem Hintergrund können sich Kliniken nicht mehr als reaktive Versorgungsunternehmen verstehen, sondern müssen sich verstärkt als proaktive Wirtschaftsunternehmen begreifen« [Bretschneider, 2007, S. 34]. In diesem Kontext gab es schon Mitte der 1990er Jahre Krankenhäuser, die sich nach einem in-

dustriellen Standard zertifizieren ließen. Gleichfalls gilt es, durch eine Umfeldanalyse die Rahmenbedingungen auszuloten, um das Unternehmen Krankenhaus mit seinen Angeboten und Dienstleistungen strategisch auszurichten und Beschränkungen sowie Chancen der Weiterentwicklung rechtzeitig erkennen zu können.

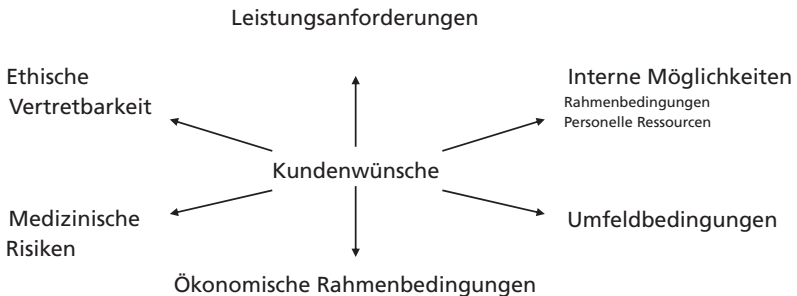


Abb. 2: Einflussfaktoren auf Entwicklungsprozesse im Gesundheitswesen

Die Richtung ist schon jetzt deutlich für die Krankenhäuser absehbar: Spezialisierung und Konzentration. Die Ergebnisse einer bundesweiten Studie in Krankenhäusern bilden die Situation zu Beginn des Veränderungsprozesses im Zusammenhang mit den geänderten Rahmenbedingungen der Krankenhäuser ab. Die Studienergebnisse zeigten einen hohen Handlungsbedarf bezogen auf die Leistungsprozesse, die organisatorischen Prozesse und Steuerungsmöglichkeiten im Kostenmanagement auf [Bohnet-Joschko, 2005a]. »Die durch Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, (...), eingeleiteten Reformen des Gesundheitswesens setzten die Krankenhäuser unter erhöhten Wettbewerbsdruck. Dabei stehen die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor in zunehmender Konkurrenz zueinander« [Bohnet-Joschko, 2005b, S.1]. Zudem führt der zunehmende Wettbewerb unter den Krankenhäusern in Deutschland dazu, dass der Bedarf nach erfolgreich entwickelten Angeboten und Dienstleistungen stark gestiegen ist. Vermutlich hat jedes im Wettbewerb stehende Krankenhaus eine Wettbewerbsstrategie, bewusst oder unbewusst. Diese kann durch gezielte Planung oder aus den Aktivitäten

der verschiedenen Fachbereiche hervorgegangen sein. Damit verbunden ist wiederum die Nachfrage nach den dafür geeigneten systematischen Prozessen. Ziel der Entwicklungsprozesse ist es, die vollständige Ausrichtung von Dienstleistungsangeboten auf den Kundennutzen und die Patientenwünsche bestmöglich zu erreichen. Ein entwickeltes Angebot ist vor allem dann erfolgreich, wenn die Patienten einen individuellen Nutzen für sich erkennen und das Krankenhaus im Wettbewerb zu anderen Krankenhäusern auswählen.

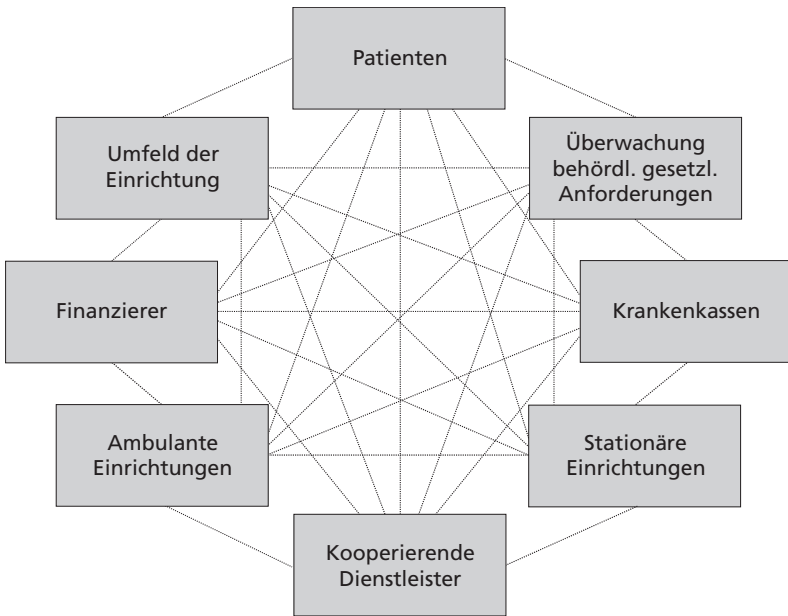


Abb. 3: Netzwerk der Kundenbeziehungen

Dieser Praxisleitfaden soll eine geeignete systematische Methode zur kundenorientierten Angebotsentwicklung für Krankenhäuser darstellen und zur Verfügung stellen.

2 Ausgangslage zu Innovationen und Differenzierungsmöglichkeiten im Krankenhaus

2.1 Handlungsbedarf und Ansätze für innovative Strategien im Krankenhaus

Anlass für notwendige Neuentwicklungen und Konzeptionen im Krankenhaus sind die aktuellen verstärkten Forderungen an das Krankenhausmanagement nach neuen patientenorientierten Angeboten, neuen Versorgungsmodellen und Versorgungskonzepten. Diese sind in den Auswirkungen der beschriebenen Folgen der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2000 und den damit verbundenen Diskussionen in der Gesundheitspolitik begründet. Zudem werden in gesundheitspolitischen Diskussionen Rufe nach Patientenautonomie und Serviceorientierung der Dienstleistungen in den Gesundheitseinrichtungen immer lauter (s. hierzu die Veröffentlichungen und Foren aktueller Internetseiten der Krankenkassen). Dies geschieht insbesondere in Bereichen, in denen Patienten frei wählen und sich im Vorfeld einer Behandlung anhand eigener Qualitätskriterien das Krankenhaus aussuchen können. Das Qualitätsdenken der Patienten ist zunehmend kritischer und damit verbunden die freie Wahl und Entscheidungsfreiheit für Gesundheitsangebote und Behandlungen. Vor diesem Hintergrund können sich Einrichtungen nicht mehr als reaktive Versorgungsunternehmen verstehen, sondern müssen sich verstärkt als proaktive Wirtschaftsunternehmen am Markt repräsentieren. Die verschiedenen Qualitätskriterien und Leistungen der Krankenhäuser werden neuerdings auch auf der Kostenträgerseite durch die veröffentlichten gesetzlichen, strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser diskutiert und thematisiert. Damit wird die Fragestellung nach geeigneten Wettbewerbsstrategien für Krankenhäuser eröff-

net. Der Ansatz nach Michael E. Porter bietet dazu eine Möglichkeit an. Hierzu unterscheidet Porter, Wirtschaftswissenschaftler und einer der führenden Managementtheoretiker, bereits 1985 zur Unternehmensführung drei generische Wettbewerbsstrategien: die Differenzierungsstrategie, die Kostenführerschaft und die Fokussierungsstrategie [Porter, 1983a]. Nur die Differenzierungsstrategie und die Fokussierung auf Schwerpunkte bringen aus seiner Sicht Wettbewerbsvorteile für Dienstleister. Porter gilt als einer der Begründer des strategischen Managements. Nach Porter liegt der wesentliche Inhalt des Begriffs »Wettbewerbsstrategie« in der Unterscheidung zwischen Zielen und Mitteln. Hierzu konkretisiert Porter drei Fragekomplexe zur Formulierung einer Wettbewerbsstrategie [Porter, 1983b]:

- Wie verhält sich das Unternehmen zurzeit?
- Was geschieht im Umfeld?
- Was sollte ein Unternehmen tun?

Er unterscheidet zwischen drei Strategietypen, die es unter Beachtung von fünf Wettbewerbskräften ermöglichen, eine profitable Wettbewerbsposition zu erreichen, und geht davon aus, dass nur eine einzelne Strategie so verfolgt werden kann, dass sie zu dem gewünschten Ergebnis führt. Der Hauptansatz von Porter wird in fünf Wettbewerbskräften [Porter, 2008a] dargestellt:

- neue Wettbewerber
- Verhandlungsmacht der Zulieferer
- Konkurrenzdruck durch vorhandene Wettbewerber
- Verhandlungsmacht der Käufer
- alternative Produkte oder Dienstleistungen

In Anlehnung an Porter werden in ► **Abb. 4** die Triebkräfte des Krankenhauswettbewerbs dargestellt:

Wenn die Führungskräfte bezüglich ihres Unternehmens analysieren, von welchen Faktoren diese Kräfte beeinflusst werden, können sie diese positiv bei der Formulierung der Unternehmensstrategie berücksichtigen. Die fünf Wettbewerbskräfte gelten aus Porters Sicht für alle

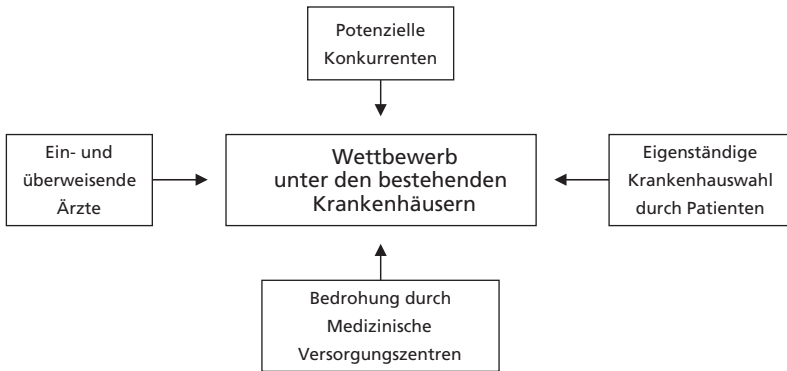


Abb. 4: Triebkräfte im Krankenhauswettbewerb

Branchen. Sie sind auf Produkte und Dienstleistungen anwendbar, unabhängig davon, ob die Branche reguliert oder nicht reguliert wird. Der Staat soll hierbei nicht als weitere Wettbewerbskraft betrachtet werden. Manager sollten bezüglich ihres Unternehmens untersuchen, wie sich bestimmte Regulierungen auf die fünf einzelnen Wettbewerbskräfte auswirken. Unternehmen können die Branchenstruktur verändern, indem sie die Wettbewerbskräfte beeinflussen. Porter beschreibt hierzu zwei Möglichkeiten: zunächst den Anteil an den Profiten erhöhen, die sonst an Zulieferer, Käufer und Unterauftragnehmer fließen. Dies geschieht beispielsweise dadurch, dass sie Spezifikationen standardisieren. Die zweite und präferierte Strategie sieht Porter darin, die Qualität der angebotenen Güter zu steigern und so den gemeinsam erzeugten Wert in der Branche zu vergrößern.

Nach Porter sind diejenigen Unternehmen erfolgreich, die dazu beitragen, den Anteil zu vergrößern und überproportional von dem Wachstum profitieren. Das Modell von Porter ist in einigen Publikationen mit Bezug auf Krankenhäuser überprüft worden. In vielen Fällen wird der Ansatz als nützlich erachtet, insbesondere aufgrund der Deutlichkeit, mit der er die wesentlichen Aspekte des Strategieprozesses darstellt. In seinen Ausführungen befürwortet Porter die Notwendigkeit, den Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt im Vergleich zur Industrie anders zu definieren und anders zu bearbeiten. In Deutschland werden Kranken-

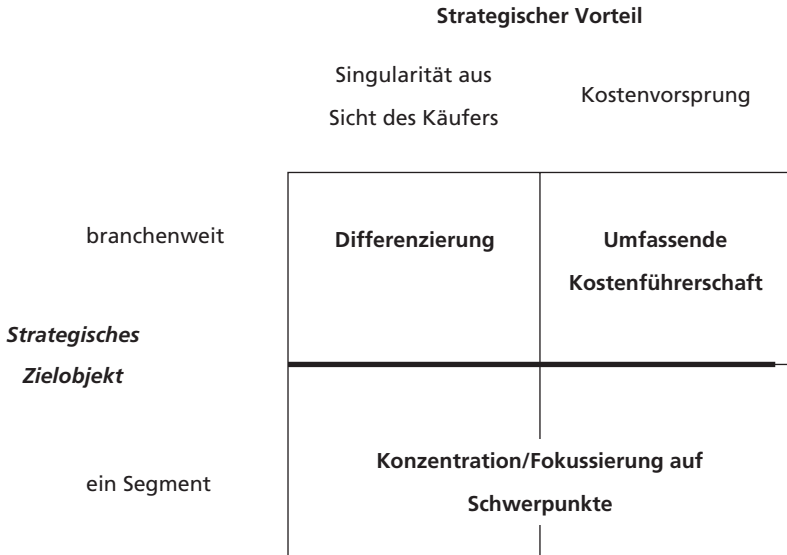


Abb. 5: Drei generische Strategien [Porter, 2008b]

häuser nach ihrer Trägerschaft in öffentliche, freigemeinnützige oder privat-kommerzielle Einrichtungen eingeteilt. Die Krankenhausträger verfolgen sehr unterschiedliche, aber immer trägerspezifische Zukunftsstrategien auf dem Markt [Franke, 2007]. Dabei fokussieren sie sich auf folgende sechs erfolgsrelevante Zielgruppen: Einweiser, Patienten, Förderer, Krankenkassen, Gemeinde und Mitarbeiter des Krankenhauses.

2.2 Wettbewerbsveränderungen im Krankenhausmarkt

Der Kunde Patient kann sich in der Regel sein Krankenhaus zur Behandlung auswählen. Dazu kann er sich im Internet nicht nur über die ver-

schiedenen Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch über das Ranking der Krankenhäuser informieren. Zudem ist das kritische Qualitätsdenken der Patienten und damit verbunden die freie Krankenhauswahl in den letzten Jahren gestiegen.

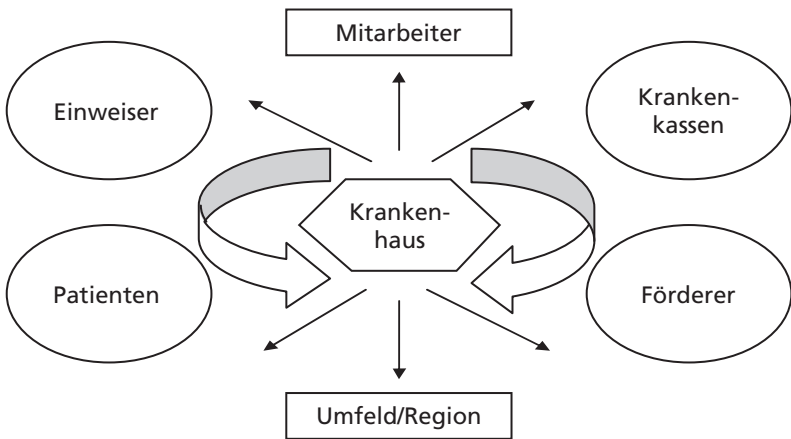


Abb. 6: Die erfolgswirksamen Zielgruppen des Krankenhausmarketings

»Vor diesem Hintergrund können sich Kliniken nicht mehr als reaktive Versorgungsunternehmen verstehen, sondern müssen sich verstärkt als proaktive Wirtschaftsunternehmen begreifen« [Bohnet-Joschko, 2007, S. 34]. Gesundheitsanbieter sind daher gut beraten, transparent über ihre Angebote, ihr Leistungsspektrum und ihre Schwerpunkte zu informieren. Transparenz, Aussagefähigkeit und Vergleichbarkeit sollen zudem das DRG-System in Krankenhäuser und die verpflichtenden strukturierten Qualitätsberichte aufzeigen. Zusätzlich sollen Zertifikate und Gütesiegel die Qualität der Einrichtung dokumentieren. Das Krankenhaus sollte sich daher über seine überragenden Leistungsmerkmale, Angebote, Behandlungskonzepte bewusst werden und diese verstärken und ausbauen.