Kooperation und Integration von Krankenhäusern

10

Potentiale für disruptive Innovationen?

Victor Stephani, Alexander Geissler und Reinhard Busse

10.1 Einleitung

Der Krankenhaussektor ist mit knapp 1,2 Mill. Beschäftigten, die in 1956 Kliniken arbeiten, eine der größten Branchen Deutschlands. Im Jahr 2014 betrugen die Ausgaben für alle stationären und teilstationären Leistungen in Krankenhäusern über 85 Mrd. Euro, dies entspricht fast 3 % des Bruttoinlandsprodukts (Statistisches Bundesamt 2015).

Bis vor wenigen Jahren galt in der stationären Versorgung noch das Dogma des großen, autarken Einzelkrankenhauses – eine größtmögliche Bettenzahl mit maximalem Behandlungsspektrum wurde mit Wirtschaftlichkeit und guter Qualität gleichgestellt („*Größe ist gut*“) (Salfeld et al. 2010). Mittlerweile ist der Blick auf Größe, Qualität und Wirtschaftlichkeit differenzierter: Das Prinzip der vollkommenen Autarkie ist überholt.

Vielmehr ist das Dogma *Kooperation ist gut* in den letzten Jahren immer populärer geworden. Miteinander kooperierende Krankenhäuser gelten als erfolgreicher als unabhängige und alleinstehende Häuser – sei es weil dadurch das Versorgungsangebot verbreitert, Ressourcen gespart, Synergieeffekte genutzt werden oder auch Wissenstransfer auf allen Ebenen stattfinden kann (Quante 2013). Dies hilft einerseits, den durch die Einführung des auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystems zunehmenden ökonomischen Druck abzufangen, aber andererseits auch den gestiegenen Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser gerecht zu werden. Ungeachtet dessen scheuen immer noch einige Kliniken Kooperationen einzugehen, um ein eigenständiges, größtmögliches Leistungsangebot vorzuhalten und zu legitimieren.

Dennoch haben sich in den letzten Jahren eine Vielzahl von Verbundformen etabliert. Neben den großen privaten Klinikverbünden – welche überwiegend integrierte Verbünde darstellen – haben sich verschiedenste Formen der Kooperation durchgesetzt, wie z. B. die Einkaufskooperation, Kooperationen mit branchenfrem-

den Unternehmen im Rahmen von Auslagerungen nicht-medizinischer Bereiche (Outsourcing) oder auch telemedizinisch verbundene Kliniken. Im Folgenden sollen einige dieser Kooperationsformen näher erläutert und anhand von Beispielen illustriert werden.

10.2 Typologie der Krankenhausverbünde

Die Kooperationsforschung ist bereits älter – in anderen Branchen sind beeinflussende Faktoren und Folgen rund um dieses Themenfeld von verschiedenen Seiten beleuchtet worden (Steffen und Offermanns 2011). Als häufig anzutreffende Typologisierung wird die Richtung entlang der betriebswirtschaftlichen Wertschöpfungskette betrachtet. Dabei werden Kooperationen in horizontale, vertikale und laterale Partnerschaften unterschieden. Für das Gesundheitswesen kann dieses Modell auf die verschiedenen Versorgungsstufen (i. S. einer Wertschöpfungskette) übertragen werden (siehe Abb. 10.1) (Büchner et al. 2015; Wang et al. 2001).

Horizontale Kooperationen im Gesundheitswesen beschreiben Zusammenschlüsse von Akteuren einer Versorgungsstufe – zum Beispiel auf der Ebene der niedergelassenen Ärzte oder auf der Ebene der Maximalversorger. Dagegen sind **vertikale Kooperationen** Verbünde von Akteuren unterschiedlicher Versorgungsstufen, in der Unternehmenstheorie auch als klassische Zulieferer-Abnehmer-Beziehung beschrieben. Aus Krankenhausperspektive fallen darunter Zusammenschlüsse mit niedergelassenen Ärzten oder auch Reha-Kliniken, d. h. Institutionen, die in der konventionellen Versorgungskette dem Krankenhaus vor- bzw. nachgelagert sind. Die dritte Form von Kooperationen stellen sogenannte **laterale/diagonale Zusammenarbeiten** dar. Darunter fallen alle Verbünde mit branchenfernen Unternehmen. Aus der Krankenhausperspektive sind damit zum Beispiel Reinigungsfirmen, Caterer, Zulieferer von Hygieneartikeln oder Industriepartner wie z. B. Medizintechnikhersteller gemeint.

Um neben der Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen auch die Kooperation von unterschiedlichen Leistungsbereichen dieser Institutionen beschreiben zu können, wird – ähnlich dem produzierenden Industriegewerbe – in Primär-, Sekundär- und Tertiär-Leistungen unterteilt. Im Mittelpunkt steht die medizinische Diagnose und Behandlung am Patienten (Primärleistungen), medizinische Unterstützungsleistungen (z. B. durch das Labor oder die Radiologie) werden als Sekundärleistungen bezeichnet, während Tertiärleistungen rein administrative, technische und zuliefernde Prozesse sind, die nicht direkt mit dem medizinischen Kerngeschäft eines Krankenhauses verbunden sind (Goepfert und Conrad 2013).

Abbildung 10.1 Kooperationsbereiche und Ebenen im Krankenhaussektor

Quelle: Büchner et al. 2015, Wang et al. 2001

In der Literatur wird bei Verbundformen zwischen Kooperation und Integration unterschieden. Die Einordnung hängt dabei von der Tiefe der formalen Abhängigkeit der zusammenhängenden Institutionen ab (Büchner et al. 2015). Je tiefgreifender Verbundstrukturen gehen und je fremdbestimmter eine Institution ist, desto eher kann von einer Integration anstatt einer Kooperation gesprochen werden (Williamson 1975).

10.3 Horizontale Kooperationen

Bei horizontalen Kooperationen wird primär zwischen einem *marktorientierten* und *ressourcenorientierten* Ansatz unterschieden. Im ersten Fall stehen der Markt und die Position auf diesem im Vordergrund. Durch Zusammenschlüsse werden

Größenvorteile erzeugt, die Marktmacht steigt und Konkurrenten wird es erschwert in den Markt einzutreten. Zusätzlich ist der Anbieter nach dem Zusammenschluss in der Lage ein differenzierteres Leistungsangebot zu erstellen. Beim ressourcenorientierten Ansatz stehen Einsparungen von Ressourcen im Vordergrund und es wird vor allem das Ziel von steigenden Skalenerträgen verfolgt. Zum Beispiel können durch das Zusammenlegen von administrativen Aufgaben und Einheiten Ressourcen an anderer Stelle besser eingesetzt und die Qualität der Leistungen gesteigert werden.

Horizontale Verbünde, d. h. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern untereinander bzw. von Krankenhäusern der gleichen Versorgungsstufe, sind immer häufiger anzutreffen. Nahezu jedes Krankenhaus besitzt mittlerweile eine solche Beziehung zu einer anderen Klinik. Im Schnitt engagiert sich ein Krankenhaus in ca. 1,9 horizontalen Verbünden, wobei knapp die Hälfte aller Verbünde informeller Natur sind (z. B. Informationsaustausch oder Patientenzuweisung) (Behar 2009). Viele Kliniken begreifen andere Kliniken als ihren wichtigsten Verbundpartner und sehen dabei weniger Hemmnisse als bei Kooperationen mit anderen Versorgungsstufen (Vera 2005).

Die Nutzung einer gemeinsamen Apotheke, eines gemeinsamen Einkaufs und die Zusammenarbeit bei Preisverhandlungen gehören zu den häufigsten administrativen Kooperationsformen. Das ergab eine Umfrage unter 192 Krankenhäusern. Fast genauso häufig werden Labore gemeinsam genutzt, medizinische Zentren gebildet oder standortübergreifende ärztliche und nicht-ärztliche Fort bzw. Weiterbildungen durchgeführt. Dagegen sind andere Kooperationen wie z. B. in der Radiologie, Lagerhaltung, Verwaltung oder bei Budgetverhandlungen verhältnismäßig selten anzutreffen (Büchner et al. 2016).

Beispiele sind die Kooperationen der Charité und Vivantes, den beiden größten und öffentlichen Krankenhausbetreibern Berlins. Seit einigen Jahren haben diese verschiedene Bereiche wie den Einkauf, das Catering oder die Nutzung eines klinischen Labors zusammengelegt. Zusätzlich wurde vor kurzem ein gemeinsames Strahlentherapie Zentrum in Betrieb genommen: Das Zentrum steht unter medizinischer Leitung der Charité, befindet sich im Gegenzug in den Räumlichkeiten von Vivantes. Die Rechtsform stellt die einer GmbH dar, an der beide Kooperationspartner hälftig beteiligt sind.

Kooperationsformen haben einen integrativen Charakter, sobald dadurch die rechtliche und finanzielle Unabhängigkeit einer Klinik weitgehend eingeschränkt wird. Ein Beispiel stellt der Zusammenschluss der beiden Universitätskliniken in Lübeck und Kiel unter dem neu geschaffenen Dach des Universitätsklinikums Schleswig Holstein (UK S-H) dar. Primäres Ziel der Schaffung des UK S-H war eine Verschlinkung und Vereinheitlichung von Management- und Verwaltungsstrukturen sowie das Zusammenführen anderer Funktionsbereiche, wie die des klinischen Labors oder der Instrumentensterilisation. Ein weiteres Beispiel für

integrierte Verbünde sind private Klinikketten (wie z. B. Helios/Fresenius oder Asklepios). Dort müssen sich die Kliniken den vorgegebenen Strukturen des Trägers weitestgehend unterordnen. Durch den horizontalen Zusammenschluss auf Krankenhausebene ergeben sich jedoch verschiedene markt- und ressourcenorientierte Vorteile: zum Beispiel durch eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur, einer Bündelung von fachlicher Kompetenz in bestimmten Kliniken oder einer verbesserten Kommunikation zwischen den Akteuren.

Einkaufskooperationen

Eine verbreitete Form der horizontalen Kooperation, die nicht nur bei privaten Klinikketten praktiziert wird und sowohl einen ressourcen- als auch einen markt-orientierten Ansatz verfolgt, sind die **Einkaufskooperationen**. Bei dieser Art des Verbundes gibt es innerhalb der Ebene der Krankenhäuser Zusammenschlüsse im tertiären Sektor:

Viele Krankenhäuser haben von Hygieneartikeln bis hin zu medizintechnischen Produkten einen ähnlichen Materialbedarf. Früher war es üblich, dass jede Klinik individuell in Preisverhandlungen mit den Händlern und Herstellern gegangen ist. Je nach Größe der Klinik lag die Verhandlungsmacht dabei häufig auf Seiten des Herstellers bzw. Händlers. Durch die Bildung einer Einkaufsgemeinschaft steigen die Bestellmengen, Mengenrabatte sind möglich und die Verhandlungsmacht gegenüber den Zulieferern erhöht sich deutlich. Dadurch werden Einsparungen von 10-30 % möglich (Goette und Voegelé 2016). Mittlerweile gibt es zahlreiche solcher Einkaufsgemeinschaften. Durch die anhaltende Konsolidierung des Krankenhausesektors hat sich deren Zahl innerhalb der letzten Jahre verringert und deren Mitgliedergröße erhöht. Der entstandene Preisdruck hat auf Herstellerseite zu Renditeeinbußen geführt – Ausnahmen stellen hier Hersteller von Nischenprodukten dar, die nur in wenigen Krankenhäusern zu Einsatz kommen (Krütten et al. 2005).

Ein wichtiger Nebeneffekt solcher Einkaufsgemeinschaften stellt die Vereinheitlichung von Materialien in den verschiedenen Häusern dar. Ähneln sich Material und Geräte in verschiedenen Häusern, senken sich automatisch Transaktionskosten: Ärzte, Pflege- und Verwaltungspersonal aus fremden Häusern können leichter in Abläufe integriert werden. Außerdem wird durch die Standardisierung von Hard- und Software der Austausch von digitalen Informationen (Arztbrief, Röntgenbilder etc.) vereinfacht und die Interoperabilität gesteigert.

Auf der anderen Seite verlieren auch hier die Häuser ein Stück weit an Autarkie bzw. Bestimmungshoheit über die zu kaufenden Produkte. Es muss ein Konsens gefunden werden. Das kann zu Verstimmungen und Unzufriedenheit bei dem gesamten Personal führen – sofern diese sich durch die Kooperation auf ein neues Produkt umstellen müssen oder wenig Mitspracherecht bei der Kaufentscheidung haben.

10.4 Vertikale Kooperationen

Durch zunehmenden wirtschaftlichen Druck und dem gleichzeitig stattfindenden demografischen Wandel, der sich in gesteigerter Komplexität durch zunehmende Multimorbidität von Patienten bemerkbar macht, werden neue Versorgungsformen immer notwendiger. Die Dringlichkeit einer besseren vertikalen Verknüpfung von ambulanten und stationären Akteuren ergibt sich daher zwangsläufig.

Neben dem gewünschten Effekt eines reibungslosen Übergangs zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen kann eine engere Verzahnung mit dem ambulanten und post-stationären Sektor auch gegenseitige Abhängigkeiten erhöhen und so opportunistisches Verhalten einzelner Akteure verhindern (Büchner et al. 2015). Außerdem können durch vertikale Vernetzungen zusätzliche Marktanteile durch mehr Zuweiser (und dadurch mehr Patienten) gewonnen werden und das Versorgungsspektrum entsprechend verbreitert werden. Eine nach vorn gerichtete vertikale Kooperation, zum Beispiel mit Reha- oder Pflegeeinrichtungen, kann sich außerdem positiv auf das Image eines Krankenhauses auswirken: Kliniken können dadurch mit einem nahtlosen Übergang in den post-stationären Sektor werben und Patienten so an ihre Einrichtung binden (Wang et al. 2001; Braun 2009). Diese nach vorn gerichteten Verbünde sind die häufigste vertikale Kooperationsform. Generell sind diese jedoch seltener anzutreffen als horizontale Kooperationen (Büchner et al. 2016).

MVZs – Die medizinischen Versorgungszentren

Eine probates Mittel zur Schaffung einer solchen vertikalen Netzwerkstruktur stellen die Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) dar – deren Form im Jahr 2004 vom Gesetzgeber ins Leben gerufen worden ist. Innerhalb eines MVZ sollen Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten. Durch diese Verzahnung sollte zum Einen eine Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung im ambulanten Sektor erreicht und zum Anderen auch ein reibungsloses Zusammenwirken im Sinne einer Integrierten Versorgung ermöglicht werden. Durch die Versorgung aus einer Hand und der damit verbundenen verbesserten Ausnutzung von Ressourcen soll auch dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen entgegengewirkt werden (Sydow 2009).

MVZs erfreuen sich großer Beliebtheit und werden von angehenden Ärzten häufig als interessanter Arbeitgeber genannt. Die Zahl der MVZs ist seit deren Einführung stetig gestiegen. Ende 2014 waren 2073 solcher Zentren zugelassen, davon 843 in Trägerschaft von Krankenhäusern (Gibis et al. 2016). Durch die engere Verzahnung und die Erweiterung der Kompetenzen der Krankenhäuser hat der Gesetzgeber erreicht, dass diese ein größerer Faktor in der ambulanten Versorgung

geworden sind. Die Auflösung der klassischen Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wird damit fortgeführt.

Einweiser Kooperationen

Für das Krankenhaus ist eine Beteiligung an einem MVZ unter anderem interessant, weil dadurch ein besseres Einweisungsmanagement aufgebaut werden kann und Ressourcen (z. B. Fachärzte oder auch Großgeräte) sowohl stationär als auch ambulant genutzt werden können. Aus Patientenperspektive ist es zudem, beispielsweise in der Onkologie, von Vorteil von dem gleichen Ärzteteam ambulant und stationär betreut zu werden. Wirtschaftlich erfolgreiche Häuser haben gezeigt, dass diese auf eine enge Kooperation mit einer Reihe von Einweisern zurückgreifen können. Wirtschaftlich schwächere Häuser hingegen hatten bisher hier Defizite (Sydow 2009).

Knapp die Hälfte aller Patienten eines Krankenhauses wird durch niedergelassene Ärzte eingewiesen (siehe Abb. 10.2).

Abbildung 10.2 Die Einweiserdistribution und mögliche Strategien bei Krankenhäusern (in Anlehnung an Sydow 2009)

Dabei folgen rund 80 % aller Patienten bei der Wahl des Krankenhauses dem Rat ihres Arztes (BearingPoint 2016). Eine engere Bindung an diese bzw. eine nach hinten gerichtete, vertikale Kooperation lohnt sich demnach in der Regel für die Krankenhäuser.

In der Vergangenheit war die Zuweiserpflege meist Aufgabe der Chefärzte. Durch individuelle Verbindungen, persönliche Besuche und gegenseitiger Wertschätzung wurde das Einweisermanagement so der individuellen Präferenz und damit dem Zufall überlassen. Dies hat sich in den vergangenen Jahren geändert. Die bisher unsystematische Zuweiserbindung wird mittlerweile mehr strukturiert.

Chefärzte werden jetzt häufiger motiviert Zuweiser an Kliniken zu binden – Instrumente wie bspw. Bonuszahlungen für Chefärzte sind hierfür ein probates Mittel (Oberreuter 2013). Sogenannte Einweiserbindungsprogramme (z. B. in Form des systematischen Besuchs von Chefärzten bei niedergelassenen Ärzten) haben sich in der Vergangenheit als erfolgreich erwiesen.

Ein systematischeres Einweisermanagement setzt aber voraus, dass auch Informationen in ausreichender Menge und Qualität über die Zuweiserstruktur vorhanden ist. Die meisten Krankenhäuser haben in diesem Punkt noch Verbesserungspotenzial. Eine IT-Interoperabilität innerhalb des Krankenhauses für ein besseres Zusammenführen von solchen Information ist hier Voraussetzung.

Problematisch an Einweiserkooperationen ist aber der schmale Grad zwischen legitimer Informationsverbreitung und inzwischen strafrechtlich verfolgbarer unerlaubter Vorteilsnahme bei Zuführung von Patienten (§§ 299a, 299b StGB).

Abgestuftes integriertes Versorgungskonzept

Eine weitere Form der vertikalen Verbünde stellt *das abgestufte integrierte Versorgungskonzept* dar: Ein Verbund von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen, in dessen Mittelpunkt ein Maximalversorger steht (Andree et al. 2011). Hier findet Kooperation hauptsächlich im medizinischen (primären) Sektor statt.

Ein Beispiel sind die telemedizinischen Schlaganfallverbünde der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft (DSG).

Durch finanzielle und personelle Einschränkungen bei ländlichen Kliniken oder auch Grundversorgern ist eine flächendeckende moderne Schlaganfallversorgung kaum sicherzustellen. Dabei ist eine schnelle, richtige Versorgung gerade bei Schlaganfällen von entscheidender Bedeutung.

Deswegen können behandelnde Ärzte aus kleineren Kliniken über solche Schlaganfallnetze im Zweifel über eine telemedizinische Verbindung den Rat von Spezialisten aus anderen Kliniken einholen. Durch ein solches Telekonsil kann schnell entschieden werden, ob das Behandlungsspektrum vor Ort ausreicht, oder ob der Patient verlegt werden muss. Schnelle Transportmöglichkeiten zwischen den Kliniken innerhalb des Verbundes sind auch hier zu gewährleisten und müssen ebenfalls in der Kooperation sichergestellt werden.

Entscheidend bei solchen (tele)medizinischen Kooperationen ist, dass die einzelnen Kliniken erkennen, wo Ihre eigenen Behandlungsmöglichkeiten Grenzen gesetzt sind bzw. andere dem Patienten besser helfen können und die Kliniken auch gewillt sind Patienten tatsächlich zu verlegen.

Die Erwartungen an solche Netzwerke sind hoch: Es wird gehofft, dass eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Schlaganfall Versorgung in ländlichen Regionen in Zukunft gewährleistet werden kann. Bisherige Studien haben gezeigt,

dass die Mortalität bei Schlaganfallpatienten in Kliniken aus einem solchen Verbund geringer ist, als die Mortalität in autarken Kliniken (Audebert et al. 2009).

Ein Hemmnis ist hier die fehlende finanzielle Unterstützung solcher Netzwerke, vor allem im Bereich der Initialkosten um zum Beispiel eine IT-Infrastruktur aufzubauen. Außerdem muss ein Breitbandanschluss jederzeit und sicher gewährleistet sein, um Bild, Video und Ton in hoher Qualität schnell austauschen zu können. Eine Umfrage unter deutschen Krankenhäusern hat ergeben, dass nur bei 29 % aller Befragten ein Breitbandanschluss mit > 50 Megabit pro Sekunde vorhanden ist – ein Wert, der unterhalb des europäischen Durchschnitts liegt (Sabes-Figuera und Maghiros 2013). Das Interesse der Kliniken an einer Beteiligung an solchen Netzwerken ist groß: Als die DSG solche Zentren zur Förderung ausgeschrieben hat, haben sich 36 Verbünde darauf beworben. Davon haben 16 Zentren den Zuschlag für die Pilotphase erhalten, 10 davon mit universitärer und 6 mit kommunaler Beteiligung (Busse et al. 2013).

Ein weiteres Hemmnis stellt die Unsicherheit der Ärzte bezüglich der Vereinbarkeit von telemedizinischen Leistungen und dem sogenannten Fernbehandlungsverbot dar. Viele Ärzte fragen sich, ab wann sie gegen die (Muster-)Berufsordnung verstoßen. Da diese Fragen immer drängender werden, hat eine Projektgruppe der Bundesärztekammer vor kurzem dazu klargestellt, dass eine ausschließliche telemedizinische Behandlung immer dann möglich ist, wenn ein Arzt vor Ort mit dem Patienten in unmittelbaren Kontakt steht (Deutsches Ärzteblatt 2016). Telemedizin wie im Falle der Schlaganfallnetzwerke verstößt also keineswegs gegen die (Muster-)Berufsordnung.

10.5 Outsourcing

Seit einigen Jahren ist das Auslagern von Leistungsbereichen an Dritte – das Outsourcing, eine Form der diagonalen Kooperation – ein Trend im Krankenhaussektor. Dabei werden diagonale Kooperationen, meistens im tertiären und sekundären Bereich, mit fremden Unternehmen geschlossen, damit sich das Krankenhaus auf sein Kerngeschäft (den primären Sektor) konzentrieren kann. Neben einer Qualitätsverbesserung sind vor allem Kostenreduktion (Personal und Ressourcen) und die Minimierung von Haftungsrisiken Ziele des Outsourcing (Pühler 2013). Mittlerweile haben rund die Hälfte aller Krankenhäuser ausgelagerte Dienstleistungsbereiche. Am häufigsten sind der Küchen-, Reinigungs- und der Apotheken-Dienst ausgelagert (siehe Abb. 10.3). Bei einer repräsentativen Umfrage über die tatsächlichen Auswirkungen des Outsourcings wurde eine deutliche Personalkostenreduktion,

gefolgt von der gesteigerten Flexibilität, am häufigsten angeführt. Eine Sachkostenreduktion hat sich eher bei kleineren Häusern (<300 Betten) gezeigt und eine signifikante Qualitätsverbesserung sahen nur 43 % aller Häuser (Blum et al. 2013).

Abbildung 10.3 Outsourcing im Krankenhaussektor (Blum et al. 2013; Blum et al. 2007)

*2007-Daten zum Outsourcing der Apotheken nicht vorhanden

Gegen das Outsourcing sprechen unter anderem ein Verlust an Souveränität, gesteigerte Transaktionskosten und das Zahlen der Mehrwertsteuer, die sich durch den Einkauf von externen Dienstleistungen ergibt. Zudem entsteht die Gefahr von Lohndumping im öffentlichen Sektor (Pühler 2013). Vor allem größere Häuser stehen dem Outsourcing kritischer gegenüber, daher ist es dort seltener anzutreffen als bei kleineren Häusern (< 600 Betten) (Blum et al. 2013).

In der jüngsten Vergangenheit haben sich Kliniken dazu entschlossen, Dienstleistungen wieder teilweise unternehmensintern abzuwickeln. Bei dem sogenannte Backsourcing/Insourcing wird meist eine Tochtergesellschaft in Form einer GmbH gegründet. Im Vergleich zum Outsourcing spielt das Insourcing aber eine marginale Rolle und ist nur bei knapp 10 % aller Krankenhäuser anzutreffen. Der Einkauf und die Arztbriefschreibung sind die einzigen Bereiche, die häufiger ein- als ausgelagert werden (Blum et al. 2013).

10.6 Partizipation durch Kommunikation

Krankenhäuser in Deutschland haben Defizite in der Kommunikation: In einer Umfrage mit über 1000 Patienten gaben nur 36 % an, dass sie sich von den behandelnden Krankenhäusern gut informiert fühlen – im Kontrast zu niedergelassenen Ärzten und Apotheken, bei denen sich rund 70 % gut informiert fühlen (BearingPoint 2016). Vielen Krankenhäusern fehlt die richtige Kommunikationsstrategie nach außen und die damit verbundene frühzeitige Partizipation des Patienten. Dabei stellt der Patient die größte *ungenutzte Ressource* im deutschen Gesundheitssystem dar (Belliger und Krieger 2014). Ein verbessertes Einbeziehen der Patienten in Prävention und Behandlung – vor allem bei komplexeren, notwendigen Verhaltensänderungen etc. – ist ein wichtiger Faktor um zukünftig Fehler durch Informationsverluste zu vermeiden und eine bessere, nachhaltigere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Schwappach 2009; Manias und Watson 2014).

Zum Einen gibt es bei den Patienten ein *ungerichtetes Informationsbedürfnis*: Gesundheitsthemen sind für eine Vielzahl von Menschen allgemein interessanter geworden. Zum Anderen möchten Patienten gezielt nach Symptomen, Therapiemöglichkeiten oder Angaben von Spezialisten suchen (*gerichtetes Informationsbedürfnis*). In beiden Fällen können Krankenhäuser durch professionelle Informationsbereitstellung ihren Bekanntheitsgrad nach außen steigern und Patienten langfristig und nachhaltig an ihr Haus binden (Birschmann 2013).

Wird über Kommunikation gesprochen, führt mittlerweile kein Weg an den sozialen Netzwerken vorbei. Allein in Deutschland sind knapp 30 Millionen Menschen pro Monat mindestens einmal auf facebook (statista 2016). Über youtube werden täglich bis zu 4 Milliarden Videos abgerufen. Bewertungsportale haben einen größeren Einfluss als manch einem lieb ist. Krankenhäuser stellen hier keine Ausnahme bzw. „*sind im Internet keine Isolierstation*“ (Birschmann 2013).

Gerade social media kann als ein entscheidender Informationskanal zum Erreichen der Patienten dienen. Jedoch haben die meisten Kliniken immer noch Berührungsängste mit sozialen Medien, Unsicherheit über rechtliche Konsequenzen (*was darf wie gepostet werden*) oder es fehlen die finanziellen Mittel um diese Netzwerke professionell zu nutzen.

Der derzeitige social media Auftritt von deutschen Krankenhäusern ist ausbaufähig: laut einer Umfrage verzichten 45 % aller Krankenhäuser bewusst darauf (Lüthy und Jendreck 2015). Die Charité Berlin – das größte Klinikum Deutschlands – besitzt beispielsweise keinen offiziellen Facebookaccount (Stand: April 2016). Der US-amerikanische Krankenhausmarkt ist diesbezüglich weiter: Der Facebookauftritt der Cleveland Clinic hat über eine Million follower; mehrmals am Tag werden Gesundheitsinformationen, Ernährungstipps, Innovationen aus der Medizinbranche

etc. gepostet. Das TIME magazine hat den twitter account der Cleveland Clinic zu einem der 140 Besten weltweit ausgezeichnet (Time Magazine 2016).

Neben dem Konsum von Informationen steht auch das Bedürfnis nach einer aktiveren Teilnahme der Patienten an Diagnose und Therapie: in einer Umfrage unter 1236 Bundesbürgern gaben 31 % an, dass sie bereits aktiv selbst Vitalparameter aufzeichnen – über Fitness-Armbänder, Smartphone-Apps oder Smartwatches (bitkom 2016). Warum also nicht diese selbst-erhobenen Daten (sogenannte „quantified self“ Daten) bei Diagnose und Therapie im Krankenhaus ergänzend mit einfließen lassen? Manche Leistungserbringer sehen darin durchaus Potenzial – im Sinne des Credos: „je mehr Daten, desto besser“ (Chung et al. 2015).

Die Adaption von Patientendaten in eine Gesundheitsakte steckt aber noch in den Kinderschuhen. In den USA gibt es derzeit vereinzelte Pilotprojekte (z. B. die Mayo Clinic), in denen Patienten die Möglichkeit haben über die iOS-App „Health-Kit“ selbst aufgezeichnete Vitalparameter (z. B. Herzfrequenz, Blutdruck oder Gewicht) mit ihrer elektronischen Patientenakte aus dem Krankenhaus zu synchronisieren. Zwar sind größer angelegte Studien, die den Zusatznutzen bewerten sollen, noch nicht abgeschlossen, doch gibt es bereits vereinzelte Publikationen, die in der Adaption von quantified self Daten in den Klinik-Ablauf ein vielversprechendes Modell sehen und sogar das Potential sich disruptiv auf die Branche auszuwirken (Bushhousen 2014; Swan 2013).

Auch andersrum gibt es den Wunsch von Patienten, dass sie direkten Zugriff auf die von Ihnen im Krankenhaus gesammelten Roh-Daten bekommen. Im Rahmen des US-amerikanischen Projekts „open notes“ wurde in drei medizinischen Zentren getestet, welche Effekte der uneingeschränkte Zugang von Patienten zu den Aufzeichnungen ihres Arztes hat. Die Ergebnisse der Studie: Patienten hatten ein besseres Verständnis von Ihrem Gesundheitszustand, eine bessere Beziehung zu ihrem Arzt und vor allem eine höhere Therapie-Adhärenz. Außerdem gaben die meisten Patienten an, dass der Zugang zu ihren Daten einen positiven Einfluss auf die Auswahl des Leistungserbringers hat (Esch et al. 2016).

10.7 Resümee

Die zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen durch die verlängerte Lebenserwartung, multimorbide Patientenstrukturen, demografische Herausforderungen oder der Landflucht, lassen sich nur bewältigen, wenn sich insbesondere Krankenhäuser weniger abgrenzen und Kooperationen innerhalb des stationären Sektors und mit anderen Akteuren weiter voranschreiten. Entscheidend ist also

weniger das *ob* sondern das *wie* einer Kooperation. Dazu müssen die Kompetenzen der Partner klar abgesteckt und deren Stärken und Schwächen definiert werden. Kleinere Abteilungen bzw. kleinere Krankenhäuser laufen sonst Gefahr ihre Identität oder Eigenständigkeit zu verlieren und der daraus entstehende Misstrauen unter den Beschäftigten kann die finanziellen und qualitativen Vorteile konterkarieren.

Es erscheint sinnvoll das Prinzip der telemedizinischen Schlaganfallnetze auf weitere Abteilungen im primären Leistungssektor auszuweiten. Die Form des **virtuellen Maximalversorgers**, in der Kliniken unterschiedlichen Schwerpunkts in allen Abteilungen (wie der Kardiologie, Pädiatrie, Orthopädie oder Gynäkologie) telemedizinisch vernetzt sind, kann hier als Leitbild fungieren. Damit könnten strukturschwache Regionen mit nur begrenztem Versorgungsangebot ihrer Bevölkerung weiterhin ein umfangreiches Versorgungsspektrum (insbesondere in der Erstversorgung) anbieten und eine Spezialisierung bzw. Leistungszentralisierung in einzelnen Krankenhäusern unterstützt werden.

Inwieweit die von der Gematik auf den Weg gebrachte Telematik-Infrastruktur den Weg für eine sichere digitale Kommunikation zwischen den Akteuren ebnen wird, bleibt abzuwarten. In jedem Fall müssen Krankenhäuser in die Lage versetzt werden sein die dafür notwendigen Investitionen leisten zu können.

Disruptiv könnte sich die Digitalisierung im Krankenhaus bzw. die digitale Welle im 2. Gesundheitsmarkt auswirken: Die Digitalisierung bringt eine fundamentale Veränderung bzgl. des Kommunikationsverhaltens und des Informationsaustauschs mit sich. Durch die alltägliche Nutzung von Smartphones haben sich neue, schnellere Wege der Interaktion ergeben. Patienten sind zeitnah informiert und tauschen z. B. Erfahrungswerte über Krankenhäuser direkt aus. Die Kliniken können sich diesem Prozess nicht verschließen.

Ebenso kann insbesondere in der post-stationären Phase der Kontakt zwischen Arzt und Patient besser aufrechterhalten, Medikationserinnerungen verschickt, oder Vitalparameter überprüft werden (so dass bei einer Verschlechterung eine Push-Nachricht aufs Smartphone geschickt wird mit dem Hinweis unverzüglich in die Klinik zu kommen).

Aber auch innerhalb des Krankenhauses können durch die engere Verzahnung aller IT-Systeme Abläufe beschleunigt und Kosten gespart werden: So könnten durch einen automatisierten Abgleich von medizinischen Daten und Material Daten Ressourcen (wie z. B. Betten) präziser bereitgestellt werden oder durch eine kontinuierliche, softwaregestützte Überwachung seiner im Einsatz befindlichen Geräte ein Medizinprodukt-Hersteller genauere Wartungsvorhersagen machen und damit zu einer besserer Auslastung der Geräte beitragen.

Die hier zugrunde liegende Idee ist die eines vollständig digitalisierten Krankenhauses, in der die Kommunikation aller Geräte, Systeme und Akteure automatisiert und ohne Medienbrüche abläuft.

Hinter dieser Tür zum **Krankenhaus 4.0**, die nun aufgestoßen wurde, steckt ein hohes Potential für disruptive Innovationen, welche den notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen unterstützen können. Allein der politische Wille, entsprechende Anreize und damit einhergehende Finanzierungsformen sollten zeitnah platziert werden.

Literatur

- Andree, F., Baum, G., Bodemar, A., Goldschmidt, A. J. W., & Hilbert, J. (2011). *Krankenhausmanagement mit Zukunft: Orientierungswissen und Anregungen von Experten*. Georg Thieme Verlag.
- Audebert, H. J., Schultes, K., Tietz, V., Heuschmann, P. U., Bogdahn, U., Haberl, R. L. & Schenkel, J. (2009). Long-term effects of specialized stroke care with telemedicine support in community hospitals on behalf of the Telemedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS). In *Stroke* 40 (3), S. 902–908.
- BearingPoint (2016). *Digitale Patientenerwartung und -information im Krankenhaus*. Hg. v. BearingPoint. Online verfügbar unter <http://toolbox.bearingpoint.com/de/digitalisierung/news-detail-digitalisierung/digitalisierung-im-krankenhaus-verfehlt-patientenwunsche/3331/>, zuletzt geprüft am 27.04.2016.
- Behar, B. I. (2009). *Verbundstrukturen in der deutschen Krankenhauspraxis*. In Horizontale Verbundstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt: Springer, S. 105–129.
- Belliger, A., & Krieger, D. J. (2014). *Gesundheit 2.0: Das ePatienten-Handbuch*. transcript Verlag.
- Birschmann, N. (2013). *Patientenkommunikation*. In M. Baehr & J. F. Debatin (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. 2. Auflage (S. 601–604). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- bitkom (2016). *Am Puls der Zeit? – Wearables und Gesundheits-Apps*. Hg. v. Bitkom Research GmbH. Online verfügbar unter <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Gemeinsame-Presseinfo-von-Bitkom-und-BMJV-Fast-ein-Drittel-nutzt-Fitness-Tracker.html>, zuletzt geprüft am 27.04.2016.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffen, P. (2013). *Krankenhaus Barometer 2013*. In *Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Düsseldorf*.
- Blum, K., Offermanns, M., Perner, P., & Krankenhausinstitut e. V., Deutsches (2007). *Krankenhaus Barometer*. In *Düsseldorf div. Jahre*.
- Braun, G. E. (2009). *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*. Deutscher Ärzteverlag.
- Büchner, V. a., Hinz, V., & Schreyögg, J. (2015). Cooperation for a competitive position: The impact of hospital cooperation behavior on organizational performance. In *Health care management review* 40 (3), S. 214–224.

- Büchner, V. a., Blum, K., Schreyögg, J. (2016). Kooperationsverhalten im deutschen Krankenhausmarkt. In *das Krankenhaus* 6 (2016): S. 483–488.
- Bushhousen, E. (2014). The Quantified Self Movement and Hospital Librarians. In *Journal of Hospital Librarianship* 14 (1), S. 88–93.
- Busse, O., Röther, J., Faiss, J., Hamann, G. F., Hupp, T., Jansen, O. et al. (2013). Neurovasculäres Netzwerk. In *Nervenarzt* 84, S. 1228–1232.
- Bölt, U. (2016). Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2013. In Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2016* (S. 273–302). Stuttgart: Schattauer.
- Chung, C.-F., Cook, J., Bales, El., Zia, J., & Munson, S. A. (2015). More than telemonitoring: Health provider use and nonuse of life-log data in irritable bowel syndrome and weight management. In *Journal of medical Internet research* 17 (8), S. e203.
- Deutsches Ärzteblatt (2016). Hinweise zur Fernbehandlung 113 (1-2). Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf/113/1/a8.pdf?ts=05.01.2016+09%3A38%3A48>.
- Esch, T., Mejilla, R., Anselmo, M., Podtschaske, B., Delbanco, T., & Walker, J. (2016). Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. In *BMJ open* 6 (1), S. e010034.
- Gibis, B., Hofmann, M., & Armbruster, S. (2016). MVZ im Krankenhaus. In Klauber et al (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2016*, S.111–125. Stuttgart: Schattauer.
- Goepfert, A., & Conrad, C. B. (2013). *Unternehmen Krankenhaus*. S. 107–116: Georg Thieme Verlag.
- Goette, T., & Voegele, A. (2016). Intelligentes Einkaufs- und Logistikmanagement im Krankenhaus. Kostensenkung ohne Qualitätseinbußen. Hg. v. Beschaffung aktuell. Online verfügbar unter http://www.beschaffung-aktuell.de/home/-/article/16537505/26890444/Intelligentes-Einkaufs--und-Logistikmanagement-im-Krankenhaus/art_co_INSTAN-CE_0000/maximized/, zuletzt geprüft am 28.04.2016.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., & Wasem, J. (2016). *Krankenhaus-Report 2016*, S. 111–123 u. 307–342.
- Krütten, J., Rautenberg, F., & Liefner, M. (2005). *Zukünftige Relevanz und Konsequenzen von Krankenhaus-Einkaufskooperationen für Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland*. Bonn.
- Lüthy, A., Jendreck, K. (2015). Kommunikation: Social Media – auch hierzulande für Krankenhäuser attraktiv? In *Dtsch Arztebl*; 112(7): A 276–8.
- Manias, E., & Watson, B. (2014). Moving from rhetoric to reality: Patient and family involvement in bedside handover. In *International journal of nursing studies* 51 (12), S. 1539–1541.
- Oberreuter, P. (2013). Einweisermanagement und -marketing. In M. Baehr & J. F. Debatin (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. 2. Auflage (S. 230–235). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pühler, K.-P. (2013). In-/Outsourcing von Serviceleistungen – rechtliche Eckpunkte. In M. Baehr & J. F. Debatin (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. 2. Auflage (S. 601–604). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Quante, S. (2013). Das Krankenhaus in neuen Versorgungskonstellationen-Kooperationen und Netzwerke. In M. Baehr & J. F. Debatin (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. 2. Auflage (S. 134–141). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sabes-Figuera, R., & Maghiros, I. (2013). European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of e-Health Services (2012–2013). *European Commission*. Online verfügbar unter: <ftp://ftp.jrc.es/pub/EURdoc/EURdoc/JRC85871.pdf>, zuletzt geprüft am 28.04.2016.

- Salfeld, R., Hehner, S., & Wichels, R. C. (2010). Anpassung der Angebotsstrukturen. In *Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen*. Heidelberg: Springer Science & Business Media.
- Schwappach, D. L. B. (2009). Engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. In *Medical Care Research and Review*.
- statista (2016). Anzahl der aktiven Nutzer von Facebook in Deutschland in ausgewählten Monaten von Januar 2010 bis Mai 2014. Hg. v. statista. Online verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/70189/umfrage/nutzer-von-facebook-in-deutschland-seit-2009/>, zuletzt geprüft am 28.04.2016.
- Statistisches Bundesamt (2015). Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12/Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2015.
- Steffen, P., & Offermanns, M. (2011). Erfolgskritische Faktoren von Krankenhausfusionen. In *Forschungsgutachten im Auftrag der Schubert Unternehmensgruppe und der Bank für Sozialwirtschaft*. Düsseldorf.
- Swan, M. (2013). The quantified self: Fundamental disruption in big data science and biological discovery. In *Big Data* 1 (2), S.85–99.
- Sydow, J. (2009). *Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation*. W. Kohlhammer Verlag. S.349–358.
- Time Magazine (2016). The 140 Best Twitter Feeds of 2014. Hg. v. Time Inc. Online verfügbar unter <http://time.com/collection/twitter-140/>, zuletzt geprüft am 27.04.2016.
- Vera, A. (2005). Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen. In *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen: ZögU/Journal for Public and Nonprofit Services*, S. 141–159.
- Wang, B. B., Wan, T. T. H., Clement, J., & Begun, J. (2001). Managed care, vertical integration strategies and hospital performance. In *Health Care Management Science* 4 (3), S. 181–191.
- Williamson, O. E. (1975). *Markets and hierarchies: A Study in the Internal Organizations*. Macmillan USA.

Kontakt

Victor Stephani, Technische Universität Berlin, Straße des 17. Juni 135, H80, 10623 Berlin.

Email: victor.stephani@tu-berlin.de

Dr., Dipl.-Ing. Alexander Geissler, Technische Universität Berlin, Straße des 17. Juni 135, H80, 10623 Berlin.

Email: a.geissler@tu-berlin.de

Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, Straße des 17. Juni 135, H80, 10623 Berlin.

Email: mig@tu-berlin.de