

Krankenhäuser im Spannungsfeld von Freiheit und Bevormundung Vortrag vor dem Strategieforum des ZeQ am 22.4.2015

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

als ich die Einladung zu diesem Strategieforum erhielt, habe ich mich gefragt:
„Krankenhaus und Strategie, wie geht das zusammen? Haben Krankenhäuser in Deutschland angesichts der intensiven Regulierung überhaupt Spielräume für die Entwicklung und Umsetzung wirksamer eigener Strategien?“

Ihre Freiheit, autonom über die relevanten strategischen Erfolgsfaktoren zu entscheiden, ist ja hierzulande durch die Gesetzgebung weitestgehend beschränkt: Standort, Versorgungsauftrag, Kunden, Kapazität, Qualitätssicherung, Personalwirtschaft, Investitionen und Preisbildung werden durch die staatliche Krankenhausplanung, durch das gesetzliche Vergütungssystem und durch Flächentarifverträge weitestgehend vorbestimmt und möglichst egalitär gestaltet.

Für mich steht Krankenhausmanagement mehr als andere Managementaufgaben im Spannungsfeld von unternehmerischer Freiheit, das zu tun, was man für erfolgversprechend hält und der Bevormundung, das tun zu müssen, was Politik und Bürokratie einem vorschreiben.

Das lässt wenig Spielraum für unternehmerische Strategien im Sinne des klassischen Strategieportfolios, mit denen man sich von den Wettbewerbern differenzieren will, um Wettbewerbsvorteile und adäquate Renditen zu erzielen.

Ich lasse dabei einmal die großen privaten Krankenhauskonzerne außer Betracht, die allein durch Größe, Kapitalmarktfinanzierung und ihre überregionale Aufstellung nach anderen Regeln spielen und nicht als typisch für den deutschen Krankenhausmarkt gelten können.

Sind Strategiediskussionen für Krankenhäuser deshalb überflüssige Sandkastenspiele ohne praktischen Mehrwert?

Ganz soweit würde ich nicht gehen.

Strategieprozesse für Krankenhäuser sind allerdings vor allem dadurch geprägt, sich auf die jeweils geltenden regulatorischen Bedingungen so einzustellen, dass man in einem übersättigten Markt einigermaßen überleben kann.

Dabei würde ich zwei grundsätzliche Arten von Strategien unterscheiden:

Konservative Strategien, mit denen sich Krankenhäuser der staatlichen Bevormundung unterordnen und versuchen, die regulatorischen Vorgaben brav zu

erfüllen, in der Hoffnung, dass das System das honoriert und **progressive Strategien**, mit denen sie versuchen, das Regelungskorsett so intelligent zu nutzen, vielleicht auch zu umgehen, dass sich daraus Vorteile ergeben.

In Amerika würde man diese Alternative wie folgt beschreiben: „Scratch with the chicken, or fly with the eagles“

Ich will den Unterschied am Beispiel eines kommunalen Krankenhausträgers illustrieren, der ein chronisch defizitäres Haus führt und eine Zukunftsstrategie sucht.

Die **konservative Strategie** läuft darauf hinaus, trotz aller Schwierigkeiten an der Trägerschaft festzuhalten und das verbleibende Defizit aus dem kommunalen Haushalt zu finanzieren. Nach jüngsten Gerichtsentscheidungen ist das ja immer noch möglich.

Die **progressiven Strategie** zielt darauf ab, das Krankenhaus an einen anderen Träger zu verkaufen, den Sicherstellungsauftrag durch weitgehende Garantien des Erwerbers abzusichern und mit dem Verkaufserlös andere kommunale Projekte zu finanzieren.

Strategieformulierung ist mit Blick auf die grassierende Reformitis – wir stehen jetzt vor der 22 Gesundheitsreform seit 1977 - eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe,

denn der Staat ändert bei Krankenhausreformen in aller Regel nicht nur einzelne Parameter, sondern ganze Paradigmen der Krankenhauswirtschaft, so dass es keine langfristig verlässlichen Rahmenbedingungen gibt und jeweils grundlegende strategische Neuorientierung erforderlich werden.

Ich will das am Beispiel der Krankenhausfinanzierung veranschaulichen:

Mit dem KHG 1972 führte der Staat das **Selbstkostendeckungsprinzip** und die **duale Krankenhausfinanzierung** ein, um die bis dahin herrschende Unterfinanzierung der Akutkrankenhäuser sowohl bei den Investitionen als auch im laufenden Betrieb beheben. Das waren goldene Zeiten.

Die Kliniken begriffen die Logik des neuen Systems recht schnell und weiteten in ökonomisch durchaus rationaler Weise Kapazitäten und Ressourcen unabhängig vom Bedarf und der tatsächlichen Leistungsentwicklung aus. Das führte zu Überkapazitäten – Deutschland hatte bald die höchste Krankenhausedichte der westlichen Industrieländer - und einer regelrechten Kostenexplosion

Der Staat reagierte darauf 1977 mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz und stabilisierte für einige Zeit die Krankenhausaussgaben. Anfang der 80er Jahre stiegen sie jedoch wieder stark an und das nächste Kostendämpfungsgesetz wurde fällig.

Mit der BPfIVO 1985 wollte der Staat wenigsten einen gewissen Leistungsbezug der Krankenhausfinanzierung herstellen und führte die **tagesgleiche Pflegesätze** ein. Die erbrachten Pflgetage wurden als zu vergütende Leistung angesehen.

Auch hierauf stellten sich die Kliniken strategisch rasch ein und produzierten, der Logik des Systems folgend, die längsten Verweildauern in den westlichen Industrieländern. Die nächste Kostenexplosion war die Folge, was weitere Reformen nach sich zog.

2004 änderte der Staat das Vergütungsmodell wiederum grundlegend und führte das **DRG-System** ein. Auch mit diesem System, das besonders Mengenwachstum und Fallschwere honoriert, haben die Kliniken inzwischen umzugehen gelernt, und im Sinne der Erlössicherung eine die Fallzahlen produziert und die Fallschwere nach oben getrieben.

Unter dem Strich sehen wir erneut eine im Vergleich zum allg. Verbraucherindex überproportionale Steigerung der Krankenhausausgaben.¹

Und logischerweise sieht sich die Politik aufgefordert, die nächste Krankenhausreform zu initiieren.

Es ist wie die Geschichte von Hasen und den Igel: Die Kliniken sind die Igel zwischen denen der Hase Staat immer schneller hin und her rennt, im Glauben, er könne das Rennen irgendwann durch planwirtschaftliche Regulierung gewinnen. Er hat dann jeweils kurzfristig Erfolg, bis die Igel gelernt haben, wie sie sich am besten aufstellen müssen. Zwar überleben nicht alle Igel das Rennen, aber da es genug von ihnen gibt, kann das System insgesamt damit gut leben. Und da der Hase anders als im Märchen nicht tot zusammenbrechen kann und mit jeder Reform seinen Hasenstall, sprich die Gesundheitsbürokratie ausweitet, ist auch er am Ende zufrieden.

Und so haben alle Akteure des Gesundheitswesens etwas davon, mit Ausnahme der Steuer- und Abgabenzahler und der nächsten Generationen, die das bezahlen.²

¹ Lt DESTATIS lagen die Ausgaben der GKV je Fall um fast 27 Prozentpunkte über dem Niveau vor Einführung der DRG., während der allg. Verbraucherindex nur um 17 Prozentpunkte stieg

Sie haben zwar eine gute Versorgung, aber sie zahlen dafür zu viel, wie u.a. der **Euro Health Consumer Index zeigt**, der die Versorgungsqualität misst. Deutschland belegte dort 2014 unter den 24 europäischen OECD Staaten nur den 9. Platz. 2006 standen wir noch auf Platz 3.³

Nimmt man zusätzlich die **Ausgabeneffizienz**, bei der die Gesundheitsausgaben zur Versorgungsqualität ins Verhältnis gesetzt werden, so rutscht Deutschland sogar auf den 19. Platz ab.⁴

Obwohl sich inzwischen die Einsicht durchgesetzt haben müsste, dass die staatliche Planwirtschaft im Gesundheitswesen nicht die Lösung sondern die Ursache des Problems ist, glaube ich nicht, dass die Politik in absehbarer Zeit einen grundlegenden Systemwandel in Richtung eines marktwirtschaftlich gesteuerten Krankenhauswesens herbeiführen wird, bei dem in einem echten Preis- und Qualitätswettbewerb über den unternehmerischen Erfolg entschieden wird.

² Die Gesundheitsausgaben je Einwohner stiegen lt. DESTATIS zwischen 2000 und 2011 um fast 40% von 2580 € auf 3590 €

³ Health Consumer Powerhouse

⁴ Penter u.a. Zukunft deutsches Krankenhaus 2020 S.46

Es macht deshalb wenig Sinn darüber zu reflektieren, wie ein solches freiheitliches System aussehen könnte.

Lassen Sie uns stattdessen darüber reden, wie sich Krankenhäuser strategisch auf das sich verändernde Umfeld unter Berücksichtigung der anstehenden **Krankenhausreform 2015** einstellen sollten.

Dazu möchte ich 5 Thesen formulieren, wobei ich unterstelle, dass das Eckpunktepapier in seinen Grundzügen Gesetz wird.

1. Der Mengenwettbewerb wird zum Qualitätswettbewerb

Die bloße Steigerung von Fallzahl und Fallschwere wird künftig zur Erlössicherung nicht mehr ausreichen, denn ab 2017 soll die Abrechnung von Leistungen zusätzlich an die Erfüllung von Qualitätsvorgaben gebunden werden.

Gute Qualität soll durch **Vergütungszuschläge** belohnt, schlechte Qualität durch **Vergütungsabschläge** sanktioniert werden. Was gute Qualität ist, wird nicht mehr individuell vor Ort bestimmt, sondern durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben soll durch unangemeldete Kontrollen des MDK sichergestellt werden.

Bei unzureichender Erfüllung der Qualitätsvorgaben kann die Abrechnungsmöglichkeit für bestimmte Leistungen entzogen und im worst-case sogar der Versorgungsauftrag gestrichen werden.

Im Klartext: Fallzahlsteigerung ohne Qualität soll sich künftig nicht mehr auszahlen.

Auch die geplante **Mindestmengenregelung** soll mengendämpfend wirken, denn künftig sollen auch bereits erbrachte Leistungen nicht mehr bezahlt werden, wenn die festgelegte Mindestmenge am Ende nicht erreicht wird.

Die **Mengensteuerung**, die ab 2017 nicht mehr auf Landesebene, sondern bezogen auf das einzelne Haus stattfinden soll, wird dadurch deutlich zielgenauer. Das wird die „Flucht in die Menge“ deutlich erschweren.

Die Teilnahme an der **Notfallversorgung** soll in unterschiedlichen Stufen honoriert werden. Teilnehmende Häuser erhalten Zuschläge, nicht teilnehmenden Häuser Abschläge auf die Vergütung bekommen.

Die Voraussetzungen für Anerkennung von **Zentren, deren Leistung besonders zu vergüten sind** werden präzisiert oder besser gesagt, verschärft. Sie müssen künftig im Krankenhausplan ausgewiesen sein und die Leistungen dürfen nicht bereits in den DRG oder anderweitig abgebildet sein.

Es dürfte jedem einleuchten, dass es bei all diesen Maßnahmen zwar auch um Qualitätssicherung geht, unter dem Strich aber darum, das Mengenwachstum der letzten Jahre einzudämmen. An die Stelle des Mengenwettbewerbs soll ein Qualitätswettbewerb treten, dessen Ziel es ist, weniger und dafür bessere Krankenhäuser zu haben. Das Eckpunktepapier spricht sybillinisch vom „bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung“

Wie werden die Kliniken darauf reagieren?

Konservativen Strategen werden versuchen, ihr bestehendes Angebot beizubehalten, bzw. zu Lasten ihrer Konkurrenten zu arrondieren und so zu strukturieren, dass sie die positiven Vergütungsanreize realisieren und die negativen vermeiden. Das ist nicht ohne Risiko, weil u.U. Vorleistungen zur Qualitätsverbesserung erforderlich werden, ohne dass gewährleistet ist, dass die Leistung am Ende vergütet wird

Progressive Strategen werden dagegen eine schonungslose Potenzialanalyse vornehmen, an deren Ende die Frage beantwortet werden kann, welche Leistungen man unter den neuen Vorgaben noch wirtschaftlich erbringen kann, ob man unter den veränderten Voraussetzungen das Krankenhaus noch weiterführt, es verkauft, für einen anderen Zweck umwidmet oder stilllegt und dafür aus dem Strukturfonds Geld kassiert.

2. Leistungsanforderungen und Versorgungsstruktur ändern sich deutlich

Die Leistungsanforderungen werden durch die veränderte Patientenstruktur verändert. Die Zahl der alten und multimorbiden Patienten wird weiter zunehmen und komplexe Diagnose- und Therapiekonzepte erfordern. Diese werden auf dem künftig vorgegebenen Qualitätsniveau nur die Häuser leisten können, denen die organisatorische Integration der fachärztlichen Disziplinen innerhalb der Häuser und die sektorenübergreifende Vernetzung mit den vor- und nachgelagerten Versorgungsformen gelingt.

Die Versorgungsstruktur wird durch die anhaltende Landflucht aus dem ländlichen Raum⁵, und das Wachsen der Ballungsräume verändert. Sie wird besonders in den peripheren ländlichen Räumen Kliniken die demografische Basis für eine tragfähige wirtschaftliche Auslastung und eine adäquate Personalgewinnung entziehen.⁶ Ob der geplante Sicherstellungszuschlag das kompensieren kann, will ich dahin gestellt sein lassen.

Insgesamt wird deshalb nach meiner Einschätzung die Zahl der Krankenhäuser

⁵ z.B. Nordbayern, Nordhessen, Südthüringen, westliches Rheinland-Pfalz

⁶ Ländliche Räume im demografischen Wandel, Tagung der DGD und des BA für Bauwesen und Raumordnung 2008

weiter abnehmen wird. Extrapoliert man den Trend der letzten 20 Jahre, gäbe es 2025 noch rund 1800 Kliniken.⁷ Zugleich wird sich die Trägerstruktur weiter konzentrieren.

Progressive Strategien werden deshalb die von vielen Häusern immer noch praktizierte „Stand-alone-Politik“ überdenken, proaktiv größere Versorgungsräume bilden, in denen Versorgungsaufträge zusammengefasst und arbeitsteilig in wirtschaftlichen Verbund- System- und Filiallösungen erfüllt werden, um wirtschaftliche Losgrößen zu erreichen.

3. Krankenhäuser müssen sich auf einen dramatische Veränderungen am Arbeitsmarkt einstellen

In den nächsten Jahren werden die „Babyboomer“, dh. die Jahrgänge 1945 -1960 aus dem Erwerbsleben ausscheiden und die „Millenials“, dh. die nach 1980 Geborenen die Regie übernehmen. Das wird den Arbeitsmarkt nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ verändern

Quantitativ müssen wir uns nach den Projektionen des IAB darauf einstellen, dass

⁷ Penter u.a nach Statistiken von Destatis

die Erwerbsbevölkerung in den nächsten 10 Jahren selbst unter den günstigsten Umständen (hohe Zuwanderung niedrige Abwanderung) deutlich abnehmen wird.⁸ Damit wird sich der Wettbewerb um Arbeitskräfte, insbesondere um akademisch ausgebildete Fachkräfte (zB Ärzte) auch branchenübergreifend deutlich verschärfen.

Regional (periphere Räume), sektoral (Ärzte und Mangelfächer) und saisonal (Ferienzeiten) wird es verstärkt Personalengpässe geben, die die kontinuierliche Leistungsbereitschaft von Krankenhäusern und damit eine wirtschaftliche Betriebsführung, gefährden.

Da Kliniken, anders als Produktionsbetriebe Personal kaum durch Automatisierung substituieren können (Stichwort Industrie 4.0), müssen sie eine zeitlich und inhaltlich ausgeklügelte Leistungsplanung, eine möglichst flexible Einsatzplanung, differenzierte Vergütungsmodelle und eine vorausschauende Personalrekrutierung beherrschen, um das richtige Personal zum richtigen Zeitpunkt verfügbar zu haben.

Angesichts des arbeitsrechtlich eng regulierten Umfelds der Kliniken mit Flächentarifverträgen, Arbeitszeit- und Arbeitsschutzrecht und personellen Qualitätsvorgaben ist das keine leichte Aufgabe. Qualitativ gesehen werden sich Arbeitsstil und Arbeitskultur deutlich verändern:

⁸ IAB Forschungsbericht „Projektion der Erwerbsbevölkerung bis zum Jahre 2060“

Studien über die Präferenzen der Millennials zeigen, dass diese Arbeitgeber bevorzugen, deren Organisation flexible Arbeitsbedingungen bietet, die eine „Work-Life Balance“ ermöglichen, die Teamwork und eine kooperative Kultur fördern, modernste Technologie und schlanke Arbeitsprozesse bereitstellen, und ausreichend Spielraum für eigenständige Gestaltung bieten.⁹

Das werden nicht nur Wünsche bleiben: Da der Arbeitsmarkt vom Arbeitgebermarkt zum Arbeitnehmermarkt wird, haben sie Mitarbeiter auch die Chance, diese Präferenzen bei der Wahl ihrer Arbeitgeber durchzusetzen.

Für Krankenhäuser, die traditionell und aus haftungsrechtlichen Gründen sehr hierarchisch und arbeitsteilig organisiert sind, ist dies eine beachtliche Herausforderung

Ich persönlich glaube deshalb, dass die kriegsentscheidende Frage für das Überleben von Krankenhäusern weniger die Geldfrage als vielmehr die zukunftsfähige Beantwortung der Personalfrage sein wird.

Ob dies in der Politik schon begriffen ist, weiß ich nicht.
Das zeigt das geplante Pflegestellenförderprogramm: Es soll mit mehr Geld,

⁹ Weyermann, „Stabübergabe auf dem Arbeitsmarkt...“ Public Management 4/2007

Expertengutachten und mehr Kontrolle die Probleme lösen, die im Grunde genommen nur durch mehr Flexibilität und Deregulierung des Arbeitsmarktes gelöst werden können.

Wie werden Kliniken reagieren?

Konservative Strategen werden wie bisher ihr Heil in einer Strategie des tagesaktuellen personalpolitischen Improvisierens und Durchwurschtelns innerhalb des gesetzten tariflichen und rechtlichen Rahmens suchen nach dem bewährten Kölner Prinzip: „Et kütt wie et kütt und et hätt noch emmer jut jejonge“.

Progressive Strategen werden dagegen darüber nachdenken, ob durch passgenaue Firmentarifverträge, Outsourcing, strategische Kooperationen mit Personaldienstleistern, Rotationsmodelle anderen Kliniken etc. die Personalwirtschaft nicht stabiler und nachhaltiger gestaltet werden kann.

4. Nachhaltige Investitionsfähigkeit wird zum entscheidenden Erfolgsfaktor

Krankenhäuser werden im Qualitätswettbewerb nur überleben, wenn sie neben einem bedarfsgerechten medizinischen Angebot, einer effizienten Organisation und qualifiziertem Personal auch über eine attraktive Ausstattung verfügen.

Dies erfordert kontinuierlich adäquate Investitionen in Gebäude und med. technische Ausstattung, um den Anlagenabnutzungsgrad möglichst gering zu halten. Dessen ungeachtet ist die durchschnittliche Investitionsquote der Krankenhäuser seit Jahren rückläufig.¹⁰

Lag sie 1973 nach Inkrafttreten des KHG bei 17,5%, so betrug sie 2013 gerade noch 5,7% . Bei einer durchschnittlichen AfA Quote von 4,6% kann damit die Substanz eben mal erhalten werden. Die Mehrzahl der Krankenhäuser liegt jedoch unter dieser Investitionsquote, die ich für zu gering halte. Erforderlich ist nach meinen Erfahrungen eine Investitionsquote von mindestens 7%, um ein Krankenhaus medizinisch-technisch, IT-technisch und baulich up to date zu halten.

Vom Staat, dessen Investitionsförderung sich inflationsbereinigt in den letzten 20 Jahren fast halbiert hat¹¹, dürfte auch künftig keine Entlastung zu erwarten sein. Der geplante Strukturfonds von 1 Mrd.€, dessen Zustandekommen in den Sternen steht, weil noch offen ist, ob die Länder ihren Anteil von 50% bringen, wird daran nichts ändern. Er ist bei zum einen bei dem bereits bestehenden Investitionsstau ein Tropfen auf den heißen Stein.

Zum anderen hat er ganz klar das Ziel, die Versorgungsstruktur zu bereinigen und

¹⁰ Investitionsquote definiert als Relation von Nettoinvestitionen zu Sachanlagevermögen

¹¹ Von 3,64 Mrd. € auf 1,98 Mr.€

Überkapazitäten abzubauen und nicht den CT oder MR in einem Haus der Grund- und Regelversorgung zu finanzieren.

Überlebenskriterium wird deshalb Fähigkeit eines Krankenhauses durch wirtschaftliche Betriebsführung Überschüsse zu erwirtschaften, um Investitionen aus Eigenmitteln zu finanzieren.

Nach meinen Erfahrungen erfordert dies eine nachhaltige Umsatzrendite zwischen 6% und 7%. Das ist schwierig, aber schaffbar, wie meine Erfahrungen in der SRH, aber auch bei den anderen großen privaten Klinikträgern zeigen. Die Tatsache jedoch, dass die durchschnittliche Umsatzrendite der Kliniken bei nur 2,2% liegt¹², ein Großteil der Häuser sogar negative Renditen schreibt, zeigt, dass dieses Thema für viele Häuser zum KO-Kriterium werden wird, zumal die geplanten Veränderungen im Vergütungssystem weiter auf die Rendite drücken werden.

Konservative Strategen werden versuchen, über klassische Kreditfinanzierung, Quersubventionierung aus kommunalen Haushalten und politischen Lobbyismus bei den finanzierenden Ländern das Problem zu lösen, um sich am Markt zu halten. Progressive Strategen werden generell eine Umschichtung von konsumtiven in investive Ausgaben anstreben, versuchen, nicht krankenhausspezifische Erlöse zu

¹² KPMG Krankenhaus 300, 2013

erwirtschaften und über klinikübergreifende Investitionspools, Kapitalmarktlösungen und Privatisierungen nachdenken.

4. Regulierung und Kontrolle der Krankenhäuser werden noch schärfer

Dazu ist, glaube ich, nach dem Blick in das Eckpunktepapier nicht mehr viel zu sagen.

Ich komme zum Schluss: Krankenhausmanagement war noch nie eine vergnügungssteuerpflichtige Tätigkeit. Aber bei einigermaßen vollen öffentlichen Kassen, einer einigermaßen gesunden Demografie, einem Arbeitsmarkt mit einem Überangebot an Arbeitnehmern und einer noch nicht so ausgefeilten Regulierung und Kontrolle konnte man sich in der Vergangenheit mit einer Strategie des Durchwurschtelns von Jahr zu Jahr durchhangeln, zumal die Gesundheitspolitik insgesamt krankenhaushausfreundlich war. Das wird künftig kaum mehr möglich sein und es wird sich die Spreu der passiv verwalteten vom Weizen der aktiv unternehmerisch geführten Häuser trennen.

Ich wünsche den hier Anwesenden, dass sie zum Weizen gehören.