ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Evans, Michaela

Research Report

Krankenhäuser als Akteure regionaler Gesundheitswirtschaft: Zwischen Modernisierungsdruck und Gestaltungschancen

Forschung Aktuell, No. 12/2009

Provided in Cooperation with:
Institute for Work and Technology (IAT), Westfälische Hochschule, University of Applied Sciences

Suggested Citation: Evans, Michaela (2009) : Krankenhäuser als Akteure regionaler Gesundheitswirtschaft: Zwischen Modernisierungsdruck und Gestaltungschancen, Forschung Aktuell, No. 12/2009, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0176-200912019

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/57235

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

FORSCHUNG AKTUELL

Institut Arbeit und Technik

Ausgabe : 12/2009

Thema : # Krankenhäuser als Akteure regionaler Gesundheitswirtschaft

Zwischen Modernisierungsdruck und Gestaltungschancen

Autorin : Michaela Evans

Auf den Punkt

- Krankenhäuser sind zentrale Säulen regionaler Gesundheitswirtschaft. Sie stehen heute vor komplexen Herausforderungen.
- Neben der betriebswirtschaftlichen Optimierung sind sie auf der Suche nach neuen Lösungen für die regionale Gesundheitsversorgung.
- Die Einrichtungen präsentieren sich in der regionalen Gesundheitswirtschaft als Gesundheitsversorger, Wirtschaftsfaktor und Wertschöpfungspartner.
- In der Praxis verschränken sich diese Dimensionen. Sowohl die raumwirtschaftlichen Auswirkungen der Restrukturierungsprozesse als auch deren Effekte auf die Leistungsfähigkeit der Häuser müssen stärker in das Zentrum von Forschung und Gestaltung gerückt werden.

Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Fachhochschule Gelsenkirchen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum

Fachhochschule Gelsenkirchen

Einleitung

Krankenhäuser präsentieren sich als zentrale Säulen regionaler Gesundheitswirtschaft. Die wirtschaftliche und soziale Leistungsfähigkeit der Einrichtungen erfährt angesichts der öffentlichen Debatte um das „Sorgenkind Krankenhaus“ derzeit jedoch zu wenig Aufmerksamkeit. Das Innovationsgeschehen im Krankenhaussektor wird vielfach verkürzt mit der Einführung neuer betriebswirtschaftlicher Managementkonzepte oder den strukturellen Umbrüchen in der Krankenhauslandschaft gleichgesetzt. Dies wird der tatsächlichen Funktion der Einrichtungen bei der Modernisierung regionaler Gesundheitsversorgung und bei der Entwicklung regionaler Wirtschaftsräume nicht gerecht. Kliniken zeigen sich als Motor neuer Versorgungslösungen und als Treiber der Regionalwirtschaft. Die Gestaltung regionaler Gesundheitswirtschaft rückt die Integrationserfordernisse der Krankenhäuser an der Schnittstelle betriebswirtschaftlich-unternehmerischen Handelns auf der einen und ihrer Funktion als Akteure der regionalen Daseinsvorsorge auf der anderen Seite in den Mittelpunkt. Die wissenschaftliche Begleitung der Krankenhauslandschaft im Umbruch wird zukünftig drauf angewiesen sein, das Wissen über diese Transformationsprozesse selbst zu erweitern, um die Entwicklungsdynamik der Krankenhäuser in ihren Auswirkungen auf regionale Versorgungslandschaften und Wirtschaftsräume beschreiben, analysieren und erklären zu können.

1. Modernisierung der Krankenhäuser – Chancen zur Gestaltung regionaler Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft ist in den vergangenen Jahren zu einem Hoffungsträger regionaler Struktur- und Wirtschaftspolitik avanciert. Zunehmend mehr Bundesländer und Regionen begeben sich auf die Suche nach tragfähigen Entwicklungskonzepten und -strategien ihrer Gesundheitswirtschaft. Gemeinsam ist ihnen, dass sie neue Perspektiven für die Versorgungs- und Lebensqualität, für Wirtschaft und Beschäftigung erschließen möchten. Die Realisierung dieser gleichermaßen ambitionierten wie komplexen Zielstellung entwickelt sich zunehmend zur Suche nach den spezifischen Funktions-, Gestaltungsherausforderungen und -bedingungen regionaler Innovationssysteme für Gesundheit. Während in den vergangenen Jahren vielfach noch Überzeugungsarbeit für den Wirtschaftsfaktor „Gesundheit“ geleistet werden musste, ist nun konkretes Gestaltungswissen und ein Überblick über tragfähige Lösungen gefordert.

Problembeschreibung und Handlungsempfehlungen zur Zukunft der Krankenhäuser variieren erheblich. Betriebswirtschaftlich stehen derzeit vor allem Chancen und Grenzen einer standardisierten Leistungserstellung und Prozessgestaltung im Mittelpunkt des Interesses. In diesem Zusammenhang haben vor allem jene Konzepte Hochkonjunktur, die die Übertragung industrieller Organisations- und Funktionslogiken auf den Krankenhaussektor favorisieren (Lohmann/Preusker 2009; Pfänder/Fischlein 2009). Darüber hinaus gehende struktur- und funktionsanalytische Forschungsarbeiten thematisieren vor allem die Rolle der Einrichtungen als zentrale Orte medizinischen und pflegerischen Handelns sowie ihre Bedeutung im Versorgungssystem im Wandel gesundheitspolitischer Reformgesetzgebung (vgl. Kurscheid/Schulz-Nieswandt 2007). Während Krankenhäuser als regionale Infrastruktureinrichtungen und als gesundheitspolitische Schwergewichte durchaus Aufmerksamkeit erfahren, präsentiert sich ihre Funktion

als Motor gesundheitsbezogener Regionalentwicklung und -wirtschaft vielfach noch als *black box*. Die Gestaltung regionaler Gesundheitswirtschaft rückt die Integrationserfordernisse der Krankenhäuser an der Schnittstelle betriebswirtschaftlich-unternehmerischen Handelns (*Marktorientierung*) auf der einen und versorgungspolitischen Handelns im Sinne regionaler Daseinsvorsorge (*Gemeinwohlorientierung*) auf der anderen Seite in den Mittelpunkt. Es stellt sich die Frage, entlang welcher Dimensionen Krankenhäuser einen Beitrag zur regionalen Gesundheitswirtschaft leisten, mit welchen Strategien und Maßnahmen sie entsprechende Lösungen realisieren und welche Effekte sich versorgungsbezogen *und* regionalwirtschaftlich nachzeichnen lassen.

2. Krankenhäuser im transsektoralen und regionalwirtschaftlichen Transformationsprozess

Der bundesdeutsche Krankenhaussektor ist gesundheits-, wirtschafts- und beschäftigungspolitisch von tragender Bedeutung und das Rückgrat der Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland betrugen im Jahr 2007 rund 252,8 Mrd. Euro. Hiervon entfielen insgesamt 64,6 Mrd. Euro auf den Krankenhaussektor (Statistisches Bundesamt 2009). Der Anteil des Krankenhausmarktes am gesamten Gesundheitsmarkt in Deutschland entspricht derzeit einem Anteil von 26,1%. Die rund 2.083 Krankenhäuser in Deutschland versorgten im Jahr 2008 rund 17,5 Millionen stationäre Fälle bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,1 Tagen. Ebenfalls versorgt wurden weitere 18 Millionen ambulante Behandlungsfälle. Auch als Beschäftigungsträger sind die Einrichtungen von enormer Bedeutung. Insgesamt waren 2008 1.078 Mio. Beschäftigte (795.554 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) im Krankenhaussektor tätig, davon entfielen 139.294 Beschäftigte auf den Bereich des Ärztlichen Dienstes und 938.918 Beschäftigte auf den Nicht-Ärztlichen Dienst. Die bundesdeutsche Krankenhauslandschaft wird durch freigemeinnützige, private und öffentliche Anbieter geprägt. Von den insgesamt 2.083 Einrichtungen entfallen 781 Einrichtungen (37,5%) auf freigemeinnützige Träger, 637 (30,5%) auf Private und weitere 665 Einrichtungen (32,0%) sind in öffentlicher Hand. Hiervon sind 384 Einrichtungen (57,7%) in privat-rechtlicher und 281 (42,3%) in öffentlich-rechtlicher Form (Statistisches Bundesamt 2009*a*) organisiert. Betrachtet man das Ausgabenvolumen, so waren Arztpraxen (38,4 Milliarden Euro) und Apotheken (36,4 Milliarden Euro) die bedeutendsten ambulanten Einrichtungen. Fast die Hälfte der Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen fielen 2007 in ambulanten Einrichtungen an (124,4 Milliarden Euro beziehungsweise 49,2%). Die Ausgaben in diesen Einrichtungen stiegen im Vergleich zum Jahr 2006 mit 4,9% überdurchschnittlich (Statistisches Bundesamt 2009).

Gleichwohl ist kaum ein Bereich der Gesundheitswirtschaft seit Jahren so vielfältigen und kontroversen Diskussionen unterworfen wie der Krankenhaussektor. Die aktuellen Rahmenbedingungen des bundesdeutschen Gesundheitssystems erzwingen von den Einrichtungen komplexe, zeitnahe Anpassungsleistungen. Und ohne Zweifel ist der Modernisierungsdruck auf die Einrichtungen in den vergangenen Jahren in Deutschland, wie auch im europäischen Ausland, erheblich gestiegen. Ursächlich hierfür sind insbesondere Finanzierungsherausforderungen im Kontext der DRG-Einführung, die demographische Entwicklung sowie veränderte Krankheitsbilder in der Bevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt 2008). Aber auch medizinisch-technologische Innovationen, der gesundheitswissenschaftliche Fortschritt sowie steigende Ansprüche der Bevölkerung an die gesundheitliche Versorgung vor Ort finden ihren Ausdruck in aktuellen Restruktu-

rierungsprozessen der „Organisation Krankenhaus“ (vgl. Mc Kee/Healy 2002). Die Verbindung effizienter Leistungsprozesse, zertifizierter Qualität und Serviceorientierung gilt vor diesem Hintergrund als zentraler Schlüssel zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit im Kliniksektor.

Innovationsfähigkeit, -bereitschaft und Investitionskraft der Krankenhäuser stehen angesichts dessen auf dem Prüfstand (vgl. Penter/Arnold 2009). Die Suche nach innovativen Lösungen war zwar seit jeher Kernmission deutscher Gesundheitspolitik. Aufgrund der wachsenden Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Rahmen regionaler Wirtschafts- und Strukturförderung gewinnen tragfähige Modernisierungskonzepte jedoch noch einmal an Relevanz. Unbestritten ist, dass die Einrichtungen in wachsender Konkurrenz um Investitionsmittel, Patienten, Kapazitäten und Leistungsmengen stehen. Es besteht ein nachhaltiges Interesse daran, die stationären Kernleistungen als spitzenmedizinische Angebote weiterzuentwickeln, Aufgaben der ambulanten Versorgung mit zu übernehmen und in die Entwicklung neuer Geschäftsfelder zu investieren. Dafür hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren Voraussetzungen geschaffen, etwa im Rahmen Integrierter Versorgung, der Möglichkeiten zu ambulanten Operationen, der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhausärzte oder der Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Diesen Entwicklungstrend greift auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf und orientiert sich in ihrem Positionspapier zur 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags „(…) am Leitbild des Krankenhauses als Gesundheitszentrum, das auch ambulante Leistungen erbringt und mit niedergelassenen Ärzten kooperiert.“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., DKG, 2009).

In kaum einem Bereich verdichten sich Chancen und Risiken der Gesundheitswirtschaft derzeit so wie im Krankenhaussektor:

- Krankenhäuser präsentieren sich vielerorts als die größten Arbeitgeber und Anbieter von Gesundheitsleistungen der lokalen/regionalen Gesundheitswirtschaft.
- Krankenhäuser zeichnen sich durch vielfältige Kooperationsbeziehungen mit vor- und nachgelagerten Versorgungseinrichtungen aus. Hierzu zählen nicht nur niedergelassene Haus- und Fachärzte, sondern auch z.B. Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe.
- Krankenhaus*standorte* sind vielfach primärer Anlaufpunkt und quartierbezogener Entwicklungsraum für gesundheitliche Beratung, Begleitung, Untersuchung und Behandlung. Akut medizinische Angebote der Krankenhäuser am Standort werden um Satelliten-Leistungen aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Medical Wellness oder Pflege/Betreutes Wohnen ergänzt. Teils integrieren die Einrichtungen entsprechende Dienste selbst in ihr Leistungsportfolio, teils erfolgt die Verlängerung der Wertschöpfungskette über die Ansiedlung entsprechender Unternehmen und Anbieter am Standort.
- Krankenhäuser realisieren mit vor- und zuliefernden Unternehmen, v.a. aus den Feldern der Life Sciences (Biomedizin, Medizintechnik, Biotechnologie) der IT- oder Logistikwirtschaft, Kooperationen und Systemlösungen. Krankenhäuser präsentieren sich als hochtechnisierte Einrichtungen mit komplexen Betriebsabläufen und Leistungsprozessen. Im Zentrum des aktuellen Modernisierungsgeschehenes steht nicht zuletzt die Frage, wie Krankenhäuser mitsamt ihrer Infrastruktur – von der Flächenbewirtschaftung, der Gebäudetechnik und Instandhaltung, der Leistungsbereiche (Labor, Apotheke, Radiologie, Küche, Wäscherei, etc.), der Kommunikations- und Informationstechnik bis hin zur Logistik, Energieversorgung und Abfallwirtschaft – wirtschaftlich und unternehmerisch zu

betreiben sind. Hospital Engineering und Facility Management (FM) gelten mittlerweile nicht mehr als reine Kostenverursacher, sondern als Schlüsselbereiche klinischer Innovation und als betriebswirtschaftlicher Rettungsanker.

Trotz der skizzierten Gestaltungsfelder wird das Innovationsgeschehen im Krankenhaussektor vielfach noch verkürzt mit der Einführung neuer betriebswirtschaftlicher Managementkonzepte oder den strukturellen Umbrüchen in der Krankenhauslandschaft gleichgesetzt. Aktuelle Forschungs- und Gestaltungsansätze zielen primär auf die Beantwortung der Frage, ob und unter welchen Bedingungen die Einrichtungen angesichts finanzieller Restriktionen überlebensfähig sind (vgl. Augurzky et al. 2007). Krankenhäuser lassen sich durchaus als „Wirtschaftsunternehmen" mit ihren betriebswirtschaftlichen Problemstellungen, innerbetrieblichen Schnittstellen und (Ver-) Handlungserfordernissen beschreiben und analysieren (*Mikroebene*). Diese Perspektive greift jedoch angesichts der tatsächlichen Entwicklungen des Krankenhaussektors zu kurz. Denn Kliniken zeigen sich darüber hinaus als Partner regionaler Gesundheits- und Versorgungslösungen (*Mesoebene*). Deshalb ist auch die Bedeutung und Funktion der Krankenhäuser als Gestalter gesundheitlicher und regionalwirtschaftlicher Wertschöpfungsketten zu berücksichtigen:

> *„Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die dadurch verursachten Veränderungen der Angebotsstrukturen verliert der Krankenhausbegriff zusehends seinen früher rechtlich eindeutigen sektoralen Bezug auf die Einrichtung, den Standort und die Aufgabenstellung im Sinne der Daseinsvorsorge. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den Wandel vom sektoral geprägten Krankenhausträger zum sektorübergreifenden Anbieter von Gesundheitsleistungen (Gesundheitszentren) durch die Einbindung rehabilitativer, ambulanter und sonstiger Versorgungsangebote." (Bruckenberger 2009: 202)*

Das Modernisierungsgeschehen rund um den Krankenhaussektor beeinflusst somit nachhaltig auch andere Gestaltungsbereiche der Gesundheitswirtschaft vor Ort. Deshalb wird die Frage nach der „Organisation Krankenhaus" angesichts der bestehenden Interdependenzen regionaler Behandlungsnetzwerke (vgl. Vogd 2006) zu einer Frage nach der Zukunft regionaler Gesundheitslandschaften insgesamt. Umgekehrt lassen sich die aktuellen Gestaltungsfragen des Krankenhaussektors nicht allein als Verlängerung makroökonomischer Problemstellungen fassen. Vielmehr geht es darum, die betriebswirtschaftlichen Herausforderungen und die Herausforderungen für regionale Gesundheitsversorgung in regionalen Wirtschaftsräumen als Wechselwirkung zu analysieren. Die Modernisierung der Krankenhäuser gerät damit zu einem organisationalen, transsektoralen und regionalwirtschaftlichen Transformationsprozess. Angesichts dessen sollte die Verschränkung dieser Ebenen auch in der Analyse aktueller Modernisierungsprozesse im Krankenhaussektor eine stärkere Berücksichtigung erfahren.

3. Krankenhäuser in der regionalen Gesundheitswirtschaft: Gesundheitsversorger, Wirtschaftsfaktor, Wertschöpfungspartner

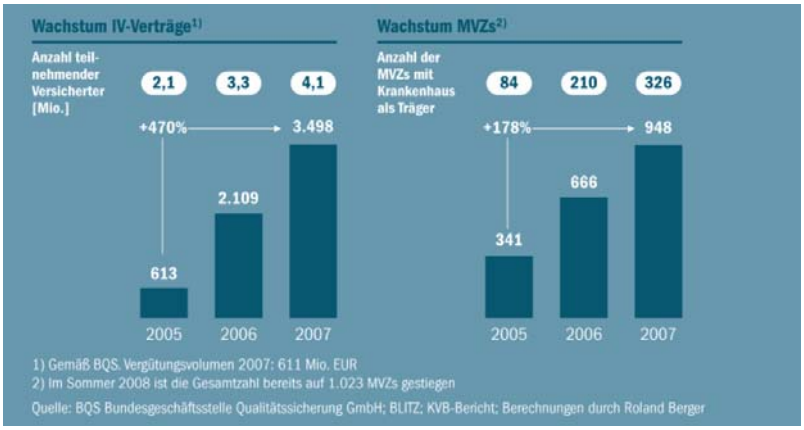
Krankenhäuser schaffen durch das Vorhalten von Gesundheits(dienst)leistungen einerseits die Voraussetzungen für funktionierende Wirtschaftsräume und sind andererseits

Bestandteil dieser. Einerseits leisten sie durch die Gestaltung gesundheitsbezogener Wertschöpfungsketten ihren Beitrag zur wohnortnahen Versorgung, zur Sicherung von Versorgungs- und Lebensqualität. Andererseits agieren sie in Teilen selbst als Unternehmen, investieren in Beschäftigung und zahlen Löhne, sind Abnehmer pharmazeutischer oder medizintechnischer Produkte und beziehen Waren und Vorleistungen von Zuliefererunternehmen. Sie realisieren spezifische Innovations- und Investitionsstrategien, mit denen sie ihr Leistungsspektrum, ihre Angebote der Gesundheitsversorgung sowie ihre Kooperationen mit vor- und zuliefernden Unternehmen als zukunftsweisende Geschäftsfelder positionieren. Insgesamt lässt sich die Funktion der Krankenhäuser in der regionalen Gesundheitswirtschaft entlang der folgenden Dimensionen darstellen:

Dimension 1 → Krankenhäuser engagieren sich in der Entwicklung neuer Gesundheitslösungen vor Ort.

Die Umstellung der Krankenhäuser auf das preisorientierte Entgeltsystem der Fallpauschalen bewirkt nicht nur einen Rationalisierungsdruck zu effizienteren Prozessen und Leistungen, sondern im Zuge der Qualitätssicherung ergeben sich auch neue Anforderungen an das Profil des Leistungsangebotes insgesamt. Es lohnt sich zur Realisierung komparativer Kostenvorteile nicht, die gesamte Palette medizinischer Dienstleistungen selbst anzubieten. In der Folge zeigt sich ein Trend zur Spezialisierung und Konzentration des Leistungsportfolios, bei steigender Komplexität der medizinischen Versorgung insgesamt. Ein „unbereinigtes“ Leistungsportfolio birgt die Gefahr ökonomischer Nachteile und einer unzureichenden Profilbildung nach Außen, was sich wiederum negativ auf den Ausbau regionaler Zuweiserstrukturen auswirken kann (vgl. Augurzky et al. 2005). Schwerpunktbildung begünstigt eine Steigerung der regionalen und krankenhausspezifischen Qualität der erbrachten Leistungen, die Erschließung von Synergieeffekten in der Versorgung sowie die Realisierung von Kostenvorteilen durch eine Vermeidung des doppelten Vorhaltens von Fachdisziplinen. Die Bildung von Versorgungsprofilen kann durch eine gezielte Kooperation der Krankenhäuser im Rahmen interdisziplinärer Zentrenbildung unterstützt werden. Interdisziplinäre Ärztehäuser an Krankenhäusern, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Kompetenzzentren und -netzwerke zielen überwiegend auf eine Optimierung der ambulanten Versorgung. Ein enges Zusammenwirken ambulanter wie stationärer Einrichtungen im Restrukturierungsprozess wird damit zu einer wesentlichen Voraussetzung für eine zielorientierte Profilbildung – und damit für die Zukunft der Krankenhäuser insgesamt. Das Feld neuer Versorgungs- und Dienstleistungskonzepte reicht von der Teilnahme an indikationsbezogenen integrierten Versorgungsmodellen und Disease-Management-Programmen (DMPs), populationsorientierten Versorgungsmodellen, neuen Angeboten und Kooperationen im ambulanten Bereich über eine Anreicherung klassischer medizinischer Leistungen um Angebote aus den Bereichen der Naturheilkunde und Prävention bis hin zu einem Ausbau von Wahl-, IGeL- und Hotelleistungen. Abbildung 1 zeigt, wie Krankenhäuser seit 2005 zunehmend den ambulanten Bereich erobern und ihr Engagement als Träger Medizinischer Versorgungszentren kontinuierlich ausgebaut haben.

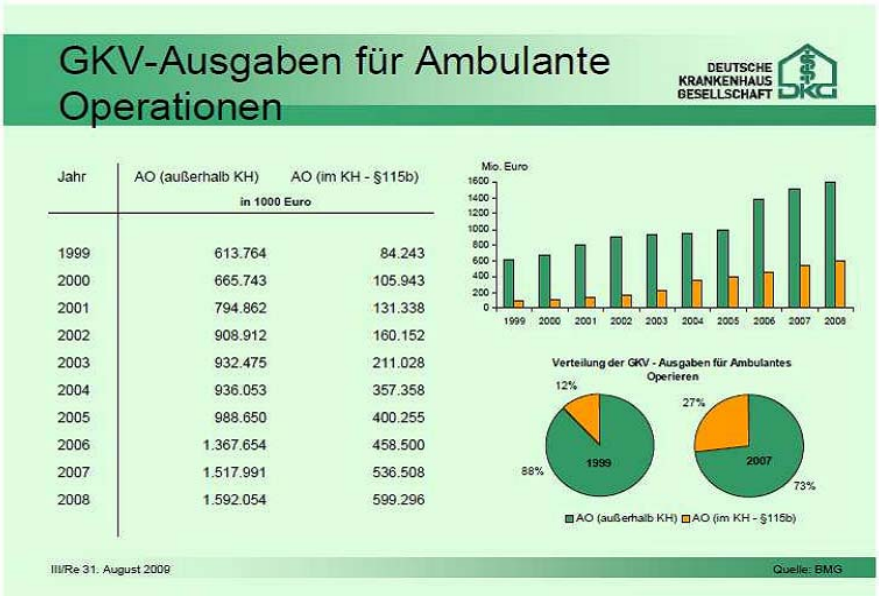
Abbildung 1: Krankenhäuser im Strukturwandel des Versorgungssektors



Quelle: Kartte/Neumann (2008): 22

Auch telematisch gestützte Gesundheitsangebote der Krankenhäuser für die „eigenen vier Wände“ gehören in eine solche Liste innovativer Versorgungsangebote. Insbesondere in den Feldern medizinischer Vorsorgeuntersuchungen und Diagnostikleistungen, Impfberatung, Sportangebote und Physiotherapie sowie Alternativer Medizin suchen die Einrichtungen ihre Chancen im Selbstzahlermarkt (vgl. Kartte/Neumann 2008: 24). Die wachsende Zahl ambulanter Operationen in Krankenhäusern hat in den letzten Jahren auch als Wirtschaftsfaktor immens an Bedeutung gewonnen (vgl. Abbildung 2). Vorliegende Trenduntersuchungen weisen darauf hin, dass die Bereiche ambulante Behandlung, Kooperation und Fusionen sowie die Entwicklung neuer Geschäftsfelder auch zukünftig einen Bedeutungsgewinn für den Krankenhaussektor erfahren werden (vgl. Steria Mummert Consulting/ KMA-online 2009).

Abbildung 2: Krankenhäuser bauen ihr Profil als ambulanter Dienstleister aus



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 2009*a)*

Dimension 2 → Krankenhäuser als eigenständiger regionaler Wirtschaftsfaktor

Krankenhäuser präsentieren sich als starke Wirtschaftsakteure vor Ort. Grundsätzlich ist dabei zwischen direkten Effekten (in den Einrichtungen selbst), der indirekten Wertschöpfung bei Zulieferern und Lieferanten, der indirekten Wertschöpfung durch die Kaufkraft der Mitarbeiter (darstellbar über die Lohnsumme) und der Realisierung von Investitionen zu unterscheiden. Ebenfalls von Bedeutung sind die periphere Wertschöpfung durch Patienten, Besucher und Angehörige und entsprechende Impulse in den Bereichen Handel, Gastronomie und Dienstleistungen (vgl. SMI 2009). In zahlreichen Regionen und Kommunen sind die Einrichtungen bereits heute die größten Arbeitgeber mit nachhaltigen Wirkungen für die Wirtschaftskraft und die Arbeitsmärkte. Die Vorleistungskäufe und Investitionen der Krankenhäuser sowie der sie umgebenden Satellitenstrukturen lösen zudem ihrerseits Beschäftigungs- und Wirtschaftseffekte aus. Die durch entsprechende Beschäftigungswirkungen entstehenden Einkommen wirken wiederum auf die Konsumausgaben. Untersuchungen auf der Basis von Input- und Outputanalysen wurden etwa von SPEISER (1995) und SCHNEIDER (2003) vorgelegt. Die Studie des Landes Bremen lieferte erste Hinweise auf die indirekten Beschäftigungswirkungen von Krankenhäusern. Hier wurde ein Beschäftigungsmultiplikator von 1,5 ermittelt, d.h. auf jeden Arbeitsplatz im Krankenhaus (Vollkräfte) entfallen 0,5 Arbeitsplätze (ebenfalls auf der Basis von Vollkräften) im regionalwirtschaftlichen Umfeld (vgl. BAW/NIW/BASYS 2003).

Neuere Untersuchungen zu indirekten Beschäftigungseffekten der Krankenhäuser bestätigen die Effekte im regionalwirtschaftlichen Umfeld. Die kürzlich vorgelegte Studie zu der wirtschaftlichen Bedeutung der Krankenhäuser des „Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V." kommt zu dem Ergebnis, dass zusätzlich zu den 7.769 regional ansässigen Mitarbeitern (Vollzeitäquivalente) in den beteiligten 29 Krankenhäusern weitere 2.416 Beschäftigte auf die Lieferanten und weitere 85 auf periphere Bereiche im wirtschaftlichen Umfeld entfallen (vgl. SMI 2009). Weitere Hinweise auf entsprechende

Effekte sind auch einer Studie der Vinzenz Gruppe (Österreich) zu entnehmen. Gegenstand war hier das österreichische Spitalwesen[1]. In den Spitälern werden durch die Einrichtungen selbst sowie durch ihre Rolle als Wirtschaftsfaktor und Einkäufer in der Region insgesamt 248.000 Arbeitsplätze geschaffen. Davon entfallen 169.450 auf die Spitäler direkt. Weitere 35.608 Arbeitsplätze sind auf indirekte Effekte zurückzuführen. Hierzu zählen jene Arbeitsplätze, die durch Vorleistungen bzw. den Einkauf von Waren und Dienstleistungen geschaffen wurden. Durch den Kaufkrafteffekt[2] werden zudem insgesamt 43.090 Arbeitsplätze realisiert (vgl. Haber 2009).

Dass Krankenhäuser als Unternehmen bedeutende Umsätze und Gewinne erzielen, zeigt auch die Darstellung nachfolgender Finanzkennzahlen ausgewählter Klinikkonzerne im Zeitraum 2005-2007 (s. Abbildung 3). Ein weiterer bedeutender Baustein der regionalen Wirtschaftskraft der Krankenhäuser ist ihre Investitionstätigkeit. Seit einigen Jahren klagen die Einrichtungen über unzureichende Fördermittel zur Investitionsfinanzierung[3] nach KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Im Jahr 2008 stellten die Bundesländer insgesamt 2,69 Mrd. Euro zur Investitionsförderung nach § 9 KHG bereit. Zunehmend mehr Krankenhäuser investieren Eigenmittel und setzen auf alternative Finanzmittel und -modelle. Hierunter fallen etwa Bankkredite, Leasing, PPP-Modelle oder die Beteiligung privater Eigenkapitalgeber. Bereits im Jahr 2004 lag der Eigenanteil der Krankenhäuser an den Investitionen bei 20,4% (vgl. DKI 2005 in: Penter/Arnold 2009: 25). Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) prognostiziert bis zum Jahr 2010 Neukreditanträge im Krankenhaussektor in Höhe von rund 16 Mrd. Euro (Krüger 2007).

Abbildung 3: Ertragssituation ausgewählter Klinikgruppen

Klinikbetreiber machen Gewinn

Finanzkennzahlen ausgewählter Klinikkonzerne von 2005 bis 2007

	2005				2006				2007			
	Gewinn	EBIT*	Umsatz	EBIT-Marge**	Gewinn	EBIT*	Umsatz	EBIT-Marge**	Gewinn	EBIT*	Umsatz	EBIT-Marge**
	in Mio. Euro				in Mio. Euro				in Mio. Euro			
Rhön-Klinikum AG	88,3	140,1	1.415,8	9,9%	109,1	146,1	1.933	7,6%	111,2	157,5	2.024,8	7,8%
Helios Kliniken GmbH	69,2	107,1	1.200	8,9%	79,8	131,3	1.672,8	7,8%	63,8	162,2	1.841,2	8,8%
Sana Kliniken GmbH&Co. KGaA	32,3	49,9	761,1	6,5%	31,8	53,8	791,6	6,8	32,0	k.A.	946,0	k.A.
SRH Kliniken GmbH	9,7	14,2	333,6	4,3%	12,7	17,4	342,3	5,1%	12,7	k.A.	349,0	k.A.
Mediclin AG	7,8	16,1	370,4	4,3%	9,6	16,7	378,5	4,4%	5,8	18,9	392,0	4,8%
Marseille-Kliniken AG	6,4	24,3	201,5	12,0%	8,9	19,4	210,4	9,2%	9,1	20,2	214,8	9,4%
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH	6,1	k.A.	745,9	k.A.	7,1	k.A.	718,0	k.A.	2,1	k.A.	727,2	k.A.
Paracelsus-Kliniken GmbH	1,4	k.A.	272,8	k.A.	2,0	k.A.	283,8	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Geschäftsberichte und Pressemeldungen, Stand: April 2008

* EBIT (earnings before interest and taxes): Gewinn vor Fremdkapitalkosten (Zinsen) und Steuern;
** EBIT-Marge: EBIT dividiert durch Umsatz

Quelle: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 6/08

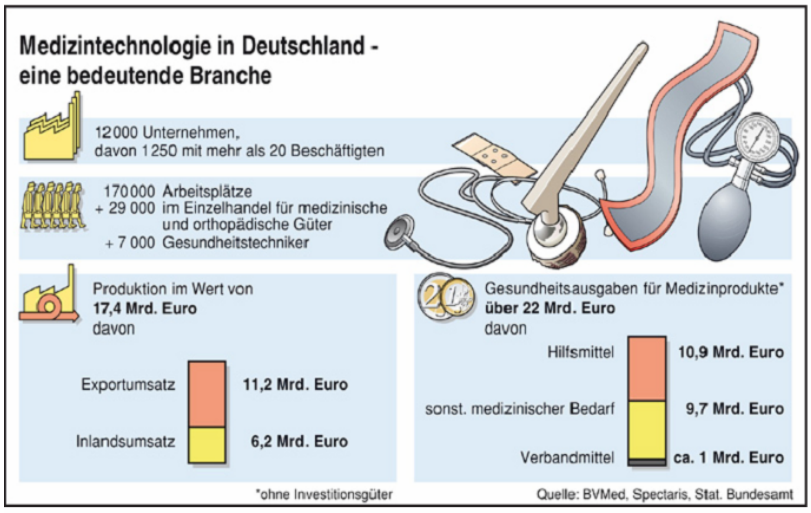
[1] Berücksichtigt wurden die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Voralberg und Wien.
[2] Hierunter fallen Arbeitsplätze, welche aufgrund der Kaufkraft seitens der Beschäftigten in Spitälern und vorgelagerten Branchen realisiert werden.
[3] Investitionskosten werden durch die Länder finanziert und dienen der Errichtung und Erstausstattung mit Anlagengütern, der Wiederbeschaffung von Anlagengütern und der Deckung anfallender Kosten wie z.B. Zinsen und Tilgungen von zweckbezogenen Darlehen.

Rationalisierungsgewinne und Einnahmen aus Leistungsverkäufen (Wahlleistungen und Zusatzleistungen) ebenso wie Investitionen auf der Basis von Kapitalmarktfinanzierung werden den regionalwirtschaftlichen Beitrag der Krankenhäuser in den kommenden Jahren nachhaltig beeinflussen. Investitons- und Innovationskraft der Krankenhäuser sind nicht zuletzt vor diesem Hintergrund eng miteinander verknüpft.

Dimension 3 → Krankenhäuser als Partner regionaler Vor- und Zuliefernetzwerke

Die regionale Gesundheitswirtschaft eröffnet aus Perspektive der Krankenhäuser noch weitere Entwicklungs- und Modernisierungsoptionen. In anderen Branchen wurden erfolgreich Förderkonzepte und -programme der Clusterpolitik, regionaler Clusterstrategien und operativen Clustermanagements erprobt. In Forschung und Praxis haben entsprechende Ansätze im Zukunftsfeld „Gesundheit“ bislang eher in den technologiestarken Branchen der Medizintechnik, der Biotechnologie oder der Biomedizin Bedeutung erlangt. Eine konsequente Beförderung regionaler Gesundheitswirtschaft rückt jedoch insbesondere das Zusammenspiel traditioneller Gesundheitsanbieter mit Vor- und Zulieferunternehmen sowie Einrichtungen und Unternehmen aus gesundheitsnahen Bereichen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Sie schaffen die Voraussetzung, dass Krankenhäuser mit Einrichtungen aus Forschung und Entwicklung, Hersteller- und Zulieferunternehmen aus den Bereichen Medizintechnik, Informationstechnologie, Bauwirtschaft, Hospital Engineering oder Catering sowie Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung kooperieren. Hier entstehen sowohl neue wirtschaftliche Chancen für die Krankenhäuser selbst als auch für ihr regionalwirtschaftliches Umfeld. Die Aktivitäten zielen auf einen erweiterten Fokus der Klinikwirtschaft, der insbesondere Kooperationen mit Partnern aus Industrie und Dienstleistungsbranchen umfasst.

Abbildung 4: Markt für Medizintechnologie – Krankenhäuser als bedeutende Abnehmer



Quelle: BVMed Newsletter 20/08

Abbildung 4 liefert einen Überblick über die Medizintechnologiebranche in Deutschland. Die Gesundheitsausgaben für Medizinprodukte belief sich im Jahr 2008 auf rund 22 Mrd. Euro, davon entfielen 10,9 Mrd. Euro auf Hilfsmittel, 9,7 Mrd. Euro auf den sonstigen medizinischen Bedarf und ca. 1 Mrd. Euro auf Verbandmittel. Bedeutende Abnehmer sind hier die Krankenhäuser. Im Jahr 2008 verbuchten die bundesdeutschen Krankenhäuser Sachkosten in Höhe von insgesamt 27,3 Mrd. Euro. Darunter entfallen allein

rd. 13 Mrd. Euro auf den „Medizinischen Bedarf“, weitere 3,1 Mrd. Euro auf Maßnahmen der „pflegesatzfähigen Instandhaltung“ und rund 1,9 Mrd. Euro auf den Bereich „Wasser, Energie und Brennstoffe“ (vgl. Statistisches Bundesamt 2009*b*). Insbesondere Aktivitäten rund um die Logistik und Beschaffung bilden die Basis, um eine leistungsstarke wie wirtschaftliche Medizin und Pflege anbieten zu können. Aufwändige und zeitnahe Kommunikation, die Belastung der Pflege durch fremde Tätigkeiten, nicht ausgeschöpfte Beschaffungspotenziale und eine kostenintensive Kleinstmengenbelieferung, ein hoher Aufwand der internen Anforderungs- und Bestelladministration sowie Ineffizienzen der Lagerorganisation und Inhouse-Logistik – Krankenhäuser suchen nach neuen Lösungen für eine Optimierung ihrer Prozess- und Logistikketten. Krankenhäuser werden von bis zu 500 unterschiedlichen Lieferanten versorgt, die für bis zu 100 Lieferungen pro Tag und 300 bis 500 Lieferungen pro Woche sorgen. Nicht zuletzt aufgrund der geschilderten Aktivitäten im Bereich neuer Versorgungslösungen ergeben sich Synergien in den Bereichen Infrastruktur und Verwaltung, bei denen Aufgaben und Aktivitäten systematisch zusammen geführt werden können – Zentrales Management, Ausbildung, Labor, Catering, Versorgung mit Medikamenten und Instrumenten sowie eine zentrale Lagerhaltung und ein gemeinsamer Einkauf sind Beispiele hierfür. Entsprechende Dimensionen und Effekte bleiben bislang jedoch bei der Betrachtung der Krankenhäuser als Gestalter regionaler Gesundheitswirtschaft weitestgehend unberücksichtigt. Aus dieser Perspektive sind die Einrichtungen nicht länger nur Infrastruktureinrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, sondern gleichfalls Gestalter von Gesundheits*wirtschafts*räumen.

4. „Krankenhäuser neu denken“ – Weiterführende Forschungs- und Gestaltungsfragen

Die Begleitung der Krankenhauslandschaft im Umbruch wird zukünftig drauf angewiesen sein, das Wissen über die skizzierten Restrukturierungsprozesse selbst zu erweitern, um die Entwicklungsdynamik der Krankenhäuser in ihren Auswirkungen auf regionale Versorgungslandschaften und Wirtschaftsräume beschreiben, analysieren und erklären zu können. Leitend sind hierbei folgende Argumentationslinien:

- Krankenhäuser tragen aktiv zur Gestaltung gesundheitsbezogener Versorgungs- und regionalwirtschaftlicher Wertschöpfungsketten bei.
- Ein wesentliches Merkmal der Veränderung deutscher Krankenhäuser ist nicht zuletzt die Integration einer zunehmenden Marktorientierung im Sinne unternehmerischen Handelns und der Gemeinwohlorientierung im Sinne regionaler Daseinsvorsorge.
- Krankenhäuser verhandeln, organisieren und steuern als regionale Gesundheitsdienstleister *und* regionalwirtschaftliche Akteure maßgeblich die Modernisierung regionaler Gesundheitswirtschaft. Dies erfordert Wissen über die Kompetenzen regionaler Partner, Vertrauen und Know-how im Innovationsmanagement.

In der Empirie lässt sich eine zunehmende Verschränkung der dargestellten Dimensionen und Handlungsebenen beobachten. Charakteristisch für die Gesundheitswirtschaft ist ein Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungsmechanismen, Funktions- und Organisationslogiken, welche sich im Modernisierungsprozess neu sortieren. Krankenhäuser als Akteure regionaler Gesundheitswirtschaft sehen sich staatlich-hierarchischer Regulierung ebenso ausgesetzt, wie einem Bedeutungsgewinn wettbewerblicher Elemente. Arbeit, Technologie, Kapitaleinsatz und Wissen werden als zentrale Innovations-

treiber im Modernisierungsprozess entlang gesundheitsbezogener und regionalwirtschaftlicher Wertschöpfungsketten neu kombiniert. Zukünftig ist Wissen darüber notwendig, wie sich die Innovationschancen entlang der dargestellten Dimensionen systematisch zueinander verhalten und welche Konsequenzen sich hieraus für die institutionellen Arrangements der Gesundheitswirtschaft vor Ort ableiten lassen. In der Folge werden sowohl die raumwirtschaftlichen Auswirkungen der Restrukturierungsprozesse als auch deren Effekte auf die Leistungsfähigkeit der Akteure stärker in den Fokus der Auseinandersetzung mit den Potenzialen der Gesundheitswirtschaft vor Ort rücken. Folgende Fragen rücken damit ins Zentrum von Forschung und Gestaltung:

- Wie wirken sich die aktuellen Restrukturierungsprozesse der Krankenhäuser auf die institutionellen Arrangements der Gesundheitsversorgung vor Ort aus?
- Wie verändert sich im Zuge der Restrukturierung das Leistungsportfolio, die organisatorische und räumliche Struktur der Krankenhäuser?
- Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Gesundheitsversorgung vor Ort und die Regionalwirtschaft?
- Welchen Beitrag leistet der Wandel der institutionellen Arrangements zur Entwicklung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft vor Ort?
- Welche Rückschlüsse lassen sich hieraus für die Steuerung, Begleitung und Gestaltung gesundheitswirtschaftlicher Restrukturierungsprozesse vor Ort ziehen?

Angesichts dieser Zielsetzung lohnt es sich, in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um Chancen, Leistungsfähigkeit und Grenzen der Krankenhäuser als Gestalter regionaler Gesundheitswirtschaft Anschluss an die Debatten um regionale Innovationssysteme zu suchen. Die Beantwortung entsprechender Fragestellungen kann wesentlich dazu beitragen, die Debatte um die Chancen und Erfordernisse der Gesundheitswirtschaft im Rahmen regionaler Struktur- und Wirtschaftspolitik zu fundieren. Zudem können wertvolle Hinweise darauf geliefert werden, welche Anforderungen zukünftig an die Gestaltung, Steuerung und Begleitung regionaler Innovationssysteme in der Gesundheitswirtschaft zu stellen sind. Von entsprechenden Ergebnissen können nicht nur die Leistungsanbieter selbst, sondern ebenso die Akteure regionaler Wirtschafts- und Strukturpolitik profitieren.

Literatur :

Augurzky, B./Engel, D./Krolop, S./Schmidt, C. M./Terkatz, S. (2007): Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Essen.

Augurzky, B./Engel, D./Krolop, S, et al. (2005): Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung. Entwicklung der deutschen Krankenhäuser bis 2010. RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Essen.

BAW – Institut für Wirtschaftsforschung/NIW – Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung/BASYS (2003): Die regionalwirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen. Studie für den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen.

Bruckenberger, E. (2009): Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestoren. Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hrsg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom GmbH, S. 192-217.

BVMed-Newsletter 20/08, 19. Mai 2008.
http://www.bvmed.de/publikationen/bvmed_newsl/archiv_bvmed-newsletter_2008 (recherchiert am 7.12.2009).

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (2009): Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern. Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des deutschen Bundestags. Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (2009*a*):
Foliensatz_Krankenhausstatistik_20090831 (pdf, 108 KB).
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/5/title/Statistik, (recherchiert am 7.12.2009).

Gesundheit und Gesellschaft: Kliniken in Not. 11. Jahrgang Ausgabe 6/08.

Haber, G. (2009): Krankenhaus: Wachstum für die Wirtschaft. Eine Studie der Vinzenz Gruppe zu den Beschäftigungs- und Wachstumseffekten des österreichischen Spitalwesens. Klagenfurt.

Kartte, J./Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Studie der Roland Berger Strategy Consultants.

Krüger, D. (2007): Finanzierungsanforderungen von Krankenhäusern.
In: BFS-Info 11/2007.

Kurscheid, C./Schulz-Nieswandt, F. (2007): Das Krankenhaus im Wandel der Versorgungslandschaft. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft 35/2007. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Lohmann, H./Preusker, U. (2009): Geschäftsmodell Systempartnerschaften: Die digitale Industrialisierung der Medizin. Heidelberg, München, Landsberg/Frechen/Hamburg: Economica Verlagsgruppe.

Mc Kee, M./Healy, J. (Hrsg.) (2002): Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems series. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Penter V./Arnold, C. (2009): Zukunft deutsches Krankenhaus. Thesen, Analysen, Potenziale. Kulmbach: Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG.

Pfänder, T./Fischlein, J. (2009): Industrielles Klinikmanagement. München: FinanzBuch Verlag GmbH.

SMI – Siegener Mittelstandsinstitut (2009): Studie über die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. Studie im Auftrag des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V.

Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheitsausgaben. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml (recherchiert am 7.12.2009).

Statistisches Bundesamt (2009*a*): Krankenhausstatistik. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2008. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009b): Krankenhausstatistik. Kostennachweis der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2008. Wiesbaden.

Steria Mummert Consulting/kma online (2009): Krankenhaus Trend 2009. Hamburg.

Vogd, W. (2006): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? In: Berliner Journal für Soziologie, Heft 4, 2006, S. 97-119.VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Autorin

Michaela Evans ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität des Instituts Arbeit und Technik

Kontakt: mailto:evans@iat.eu

FORSCHUNG AKTUELL

ISSN 1866 - 0835
Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen
Redaktionsschluss: 09.12.2009

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0&jahr=2009

Redaktion

Claudia Braczko - Tel. : 0209 – 1707 176
Fax : 0209 – 1707 110
E-Mail : braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: http://www.iat.eu