

Dr. Burghard Rocke

Zur Theorie und Praxis der Kooperationen und Fusionen im Krankenhausbereich

Kooperationen und Fusionen im Krankenhausbereich gelten immer mehr als unausweichliche Reaktionen auf den zunehmenden ökonomischen Druck im Gesundheitswesen. DKG-Präsident Dr. Burghard Rocke stellt einige kritische Fragen zu dem wirklichen Potenzial solcher Schritte. Unbestritten bleibt die Notwendigkeit von Kooperationen zwischen Kliniken sowie zwischen Kliniken und vor- oder nachgelagerten Bereichen. Fusionsprojekte dagegen sind nicht nur schwieriger durchzuführen, sondern auch von ihrem Ergebnis her ungewisser einzuschätzen.

Im Wirtschaftsleben gibt es Themen, die immer interessant und virulent sind. Hierzu gehören die Allianzen und Fusionen wirtschaftender Einheiten. Im Krankenhausbereich hat diese Thematik durch das In-Kraft-Treten des Fallpauschalengesetzes eine ganz besondere Aktualität bekommen. Wohl noch zu keiner Zeit in der Krankengeschichte hat es so viele Überlegungen über Kooperationen und Fusionen gegeben wie gerade jetzt. Konglomerate und große Krankenhausketten entstehen, die vor wenigen Jahren noch undenkbar waren. Das Streben nach Größe und nach Ausweitung des Spektrums nimmt stark zu.¹⁾

Wer macht sich zurzeit keine Gedanken über Kooperationen oder Fusionen? Sind wir nicht schon am Beginn einer fieberhaften Erscheinung? Wenn diese Diagnose stimmt, ist allergrößte Aufmerksamkeit angebracht: Gerade in solchen Zeiten werden große Fehler gemacht. Wenige Jahre danach – jedenfalls meistens schneller als gedacht – fragt man sich, wie all das passieren konnte und wer dafür die Verantwortung trägt. Sehr schnell werden Schuldige gefunden.

Erfahrungen aus der Wirtschaftsgeschichte nutzen

Es spricht viel dafür, in der gegenwärtigen Kooperations- und Fusionseuphorie einmal innezuhalten und ruhig Blut zu bewahren. Auf jeden Fall kann es weiterhelfen, zu analysieren, wie ähnliche Vorgänge in anderen Wirtschaftsbereichen abliefen und deren Erfahrungen für die Kliniken fruchtbar zu machen. Es erscheint dringend erforderlich, zu dieser Problematik externe Gesprächspartner zu suchen, damit die Diskussion sich nicht im Kreise dreht. Es täte den Kliniken nur zu gut, mehr „über den Zaun“ zu schauen, um zu sehen, was andere schon bewerkstelligt haben und was daraus möglicherweise zu lernen ist.

■ Die große Zeit der Mischkonzerne

Modeströmungen gibt es immer wieder in der Geschichte. Man muss nicht lange zurückschauen:

- In den 60er Jahren begann die große Zeit der Mischkonzerne: je größer und bunter desto besser.²⁾ Es ging ja „nur“ darum, etwas herzustellen und zu verkaufen, und nur diese beiden „einfachen“ Vorgänge galt es zu beherrschen. Je vielfältiger die Produkte und damit die Geschäftsfelder waren, so wurde gesagt, um so größer sei der Risikoausgleich.

- Die Parademischkonzerne der damaligen Zeit, zum Beispiel Litton, sind längst untergegangen. Der Abgang der letzten beiden Riesenkonzerne dieser Gattung, General Electric und Tyco, erleben wir allem Anschein nach zurzeit gerade mit.

- Die damalige Mode zog große Kreise: Auch die Volkswagen AG – zuvor „asketischer“ Einprodukthersteller des Käfers – ließ sich davon anstecken und suchte mit dem Zukauf der Triumph-Adler AG ein weiteres Standbein. Die Daimler-Benz AG unter Edzard Reuter verstand sich – wenn auch nicht als Mischkonzern – so doch als Bewegungskonzern; man gliederte Sparten an, in denen es um Verkehre ging, also zum Beispiel Flugzeugbau, Raumfahrttechnologie oder Waggonbau, aber auch den Bereich der Datenverarbeitung; man denke an die debis AG.

Die Gegenentwicklung ließ nicht lange auf sich warten. Bald wurde begonnen, allein auf „Kernkompetenzen“ zu setzen und sich von Bereichen, die nicht mehr als „Kern“ anerkannt wurden, zu trennen. Ein probates Beispiel sind die Farbwerke Hoechst AG, die konsequent allein auf Arzneimittel setzen und nach der Fusion mit dem traditionsreichen französischen Pharmaunternehmen Rhône-Poulenc nunmehr unter dem Kunstnamen Aventis als reinrassiges Pharmaunternehmen auftreten.

■ Gründe zur Abkehr vom Mischkonzern

Der bewusste und im Grundsatz richtige Weg zur Kernkompetenz hat etwas zu tun mit der Größe sowie, damit einhergehend, mit der Beherrschbarkeit des Unternehmens. Je größer ein Betrieb ist, desto schwieriger ist es, ihn schnell und neu nach den Bedürfnissen eines sich wandelnden Marktes auszurichten. Hierarchien nehmen zu, die Anonymität wächst, die Identifizierung nimmt ab. Wenn ein Unternehmen außerdem noch mehrere Sparten hat, so vergrößert sich die Entfernung der Leitungsebene zur einzelnen Sparte; dies auch deshalb, weil die Leitungsebene von den einzelnen Produkten immer weniger

Buy-and-Build-Strategien für das Gesundheitswesen: Alter Wein in neuen Schläuchen oder ein „Königsweg“ zum Überleben am Gesundheitsmarkt?

Zweifel an der Wirksamkeit und Machbarkeit von Fusionen im Krankenhausbereich sind in den vergangenen Wochen vermehrt diskutiert worden (siehe zum Beispiel Rocke, von Eiff). Andererseits stehen zahlreiche Krankenhäuser in den Startlöchern, um Fusionen zu realisieren. So plädierte der Vorstandsvorsitzende des DEKV, Otto Bucholz, anlässlich des Evangelischen Krankenhausforums am 5./6. Juni 2002 in Mülheim/Ruhr für „saubere Klinikfusionen“, um auf diesem Wege der zunehmenden finanziellen Auszehrung der Häuser begegnen zu können. Angesichts der Tatsache, dass finanzstarke ausländische Krankenhausketten auf den deutschen Markt drängen, sei auch eine große evangelische Krankenhaus-AG denkbar. Sein Verband werde anhand der bereits bestehenden Klinikfusionen, an denen evangelische Krankenhäuser beteiligt sind, verschiedene Modelle ausarbeiten, um fusionswilligen Krankenhäusern eine Orientierungshilfe geben zu können.

Mit der Buy-and-Build-Strategie kommt ein weiterer Begriff in die aktuelle Debatte über Klinikfusionen, der nachfolgend aus der Sicht eines Unternehmensberaters erläutert wird.

Die Buy-and-Build-Strategie ist eine besondere Form der Fusion, welche insbesondere von kleineren Marktteilnehmern durchgeführt wird, um im harten Wettbewerb mit den „Großen“ konkurrieren zu können. Sie bleibt nicht den „reichen“ Trägern vorbehalten, sondern ist für alle unabhängigen Einrichtungen eine Alternative, um sich fit für den Wettbewerb zu machen, da finanzielle Mittel nicht zwangsläufig fließen müssen. Die beteiligten Einrichtungen gehen anteilig ihrer Bewertung in dem neu zu gründenden Unternehmen auf. Bei einer gut geplanten Buy-and-Build-Strategie ist sogar eine Kapitalerhöhung denkbar, weil verschiedene Investoren durchaus an intelligenten Konzepten im Gesundheitswesen interessiert sind.

Im Gegensatz zur Kooperation bietet die Fusion eine höhere Rechtssicherheit und damit die Möglichkeit, engere wirtschaftliche und organisatorische Strukturen zu schaffen. Dies ist eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung wirkungsvoller Veränderungen. Eine Kooperation dagegen ist eine Anpassungsmaßnahme, die in ihrer Wirkung nicht überschätzt werden darf, da bestehende Strukturen weitestgehend erhalten bleiben. Mit einer Fusion wird der Weg jedoch frei, im Rahmen einer einheitlichen Unternehmung neue Strategien und Konzepte zu definieren und auch wirkungsvoll umzusetzen.

Miteinander statt Gegeneinander

Die Krankenhauswirtschaft befindet sich in einem Industrialisierungsprozess. Spätestens seit der Einführung von Flussprinzip und Prozessorientierung in der Medizin kann man auch hier von „Produktionstechniken“ sprechen. Arbeitsteilung in übergreifender Form wird unter den Bezeichnungen „integrierte Versorgung“ und „Disease Management“ diskutiert. Steigende Nachfrage nach hochwertiger medizinischer Versorgung und die Bereitschaft, freie Kaufkraft einzubringen, führen verstärkt zu einem freien Wettbewerb.

Das Krankenhausmanagement ist gut beraten, sich intensiv und rechtzeitig auf die gravierenden Umwälzungen der nächsten Jahre einzustellen, um sowohl die Betriebsführung als auch tradierte Kostenstrukturen der veränderten Situation anzupassen. Selbst Träger, die ihre Aufgabe im Gesundheitswesen nicht vordringlich mit wirtschaftlichen Interessen verbinden, müssen sich dem Wettbewerb stellen, weil sie sonst nicht mehr über die notwendigen Mittel für die Fortführung ihres medizinischen Auftrages verfügen.

☛ Effizienzsteigernde Investitionen werden als entscheidende Voraussetzung angesehen, um eine rasche Anpassung der Kostenstrukturen zu erreichen. Aber sie sind nur ein Teil der möglichen und notwendigen Maßnahmen.

Viele öffentlich-rechtliche Häuser werden die notwendigen Mittel jedoch aus eigener Kraft nicht aufbringen können, weil die Budgets im Betriebskostenbereich knapp sind und die Investitionsförderung durch die Länder rückläufig ist. Private Träger könnten dabei flexibler reagieren und zusätzliche Investitionen tätigen. Wird es daher besonders im öffentlich-rechtlichen Segment zu Desinvestitionen und Unterfinanzierungen kommen?

Doch es geht auch anders: Private Krankenhaussträger haben trotz des hohen Reglementierungsgrades im Akutkliniksektor nachgewiesen, dass zweistellige Betriebsergebnisse erreicht werden können. Ein intensives Kostenmanagement und neue Formen der Betriebsführung mit hohen Kapazitätsauslastungen können als Gründe hierfür genannt werden. Der Trend bei den privaten Trägern geht dabei weiter zum Komplettangebot, das bei akutmedizinischen und ambulanten Leistungen, in der Rehabilitation und in der Pflege ständig erweitert wird.

☛ Für jedes Krankenhaus wird daher die zufrieden stellende Antwort auf die Kernfrage zwingend: Ist ein Überleben ohne strategische Allianzen oder Kooperationen, ohne Privatisierungen oder private Beteiligungen auf Dauer möglich?

In vielen Krankenhäusern wird heute immer noch zu sehr in den Kategorien „Abgrenzung“ und „Gegeneinander“ gedacht. Dabei liegt die zukünftige Orientierung viel mehr in einem erfolgreichen Miteinander. Lernen könnte man bei der privaten Wirtschaft. Dort ist es eine erprobte Überlebensstrategie, dass sich mehrere Unternehmen einer Branche oder eines Marktsegments zu einer neuen erfolgreicheren Unternehmensgruppe zusammenschließen. Diese Strategie nennt sich Buy-and-Build – Kaufen und Bauen.

Buy-and-Build-Partner wirtschaften auf Grund der gewonnenen effizienteren Unternehmensgröße profitabler und agieren erfolgreicher im Wettbewerb. Ehemals eher kleine und unbedeutende Unternehmen können so den Markt im Rahmen eines Branchenkonzepts gemeinsam neu aufrollen.

Buy-and-Build-Strategien fokussieren in der Regel 3 verschiedene Skaleneffekte:

1. Senkung der Kosten für Leitungserstellung und Material,
2. Umsatzwachstum durch bessere Präsenz und erhöhte Kundenbindung,
3. Reduzierung der Kapitalkosten durch gemeinsames Finanzmanagement.

Insbesondere mittelständische Unternehmen halten Produktionskapazitäten vor, die sich für einen einzelnen Betrieb nicht rechnen. Bei einer Bündelung von Fertigungseinheiten im Rahmen eines Branchenkonzepts sind kurzfristig bereits Kostensenkungen von 25 bis 35 Prozent ohne Verminderung von Qualität und Verfügbarkeit realisierbar. Solche gewaltigen Einsparungen (earnings of scale) kann ein einzelner Betrieb niemals erreichen.

Private Träger wissen um diese Vorteile und haben damit gutes Geld verdient. Aber jedes einzelne Krankenhaus kann im Rahmen einer Buy-and-Build-Strategie eine aktive Rolle beim Umbau unseres Gesundheitssystems übernehmen.

☛ Im Krankenhaus müssen dabei die Leistungssektoren in gleicher Weise auf den Prüfstand gestellt werden, wie es in der Industrie seit Jahren üblich ist. Wer heute noch mit dem Verweis auf den Versorgungsauftrag an tradierten Strukturen festhalten will, gehört morgen vielleicht nicht mehr zu den Marktteilnehmern. Die im Krankenhauswesen ursprünglich primäre Zuständigkeit der örtlichen Versorgungseinrichtung wurde durch den informierten und mobilen Patienten bereits ausgehöhlt.

Welche Krankenhäuser passen am besten im Rahmen einer Buy-and-Build-Strategie zusammen? Die wesentlichen Leistungen am Patienten sind zu analysieren, aber auch Verwaltung, Lagerhaltung, Einkauf, Logistik – und Vermarktung. In einer Cluster-Analyse können für verschiedene Regionen oder Leistungsschwerpunkte die speziellen Anforderungen festgelegt werden. Dabei sind die Eckdaten bezüglich Machbarkeit, Plausibilität und Wirtschaftlichkeit intensiv zu überprüfen. Anhand von Crossimpact-Vergleichen werden die potenziellen Kandidaten identifiziert, beurteilt und zusammengeführt.

Mit einem Buy-and-Build-Konzept erhält jeder den richtigen Platz in der Leistungskette, lassen sich günstigere Einkaufsbedingungen und bessere Tarife erzielen, ist die Wettbewerbsfähigkeit durch Rationalisierung und Investition gestärkt; außerdem ist wieder genügend Kapital vorhanden, ohne das der medizinische Fortschritt zum Erliegen kommt.

Der Weg dorthin ist oft eine Knochenarbeit, da verkrustete Strukturen aufgebrochen werden müssen. Gerade in öffentlich-rechtlichen Einrichtungen haben die Jahre der Reglementierung zu unwirtschaftlichen Prozessen und Strukturen geführt. Die derzeitige Diskussion bezüglich des Verkaufs bzw. der Zusammenlegung betrifft daher nicht nur Krankenhäuser, sondern auch andere öffentliche Betriebe wie Verkehrsunternehmen, Stadtwerke oder Energieversorger. Es geht hierbei nicht um die Frage „öffentlich oder privat“, sondern wie die Wettbewerbsfähigkeit verbessert werden kann. Kosten senken, Umsätze steigern und Qualität verbessern, lautet die Devise. Dies aber nicht allein, sondern in einer sinnvollen strategischen Partnerschaft. Buy-and-Build-Konzepte, die durch Fusionen, Beteiligungen oder Übernahmen entstehen können, sind der Königsweg für die wirtschaftlichen und medizinischen Top-Performer von morgen.

Manfred Hosemann,
Business Partner der BERCON Consulting Group Deutschland GmbH,
Liederbach/Frankfurt a. M.

versteht. Die Fokussierung auf eine Kernkompetenz hingegen erlaubt größere Unternehmenseinheiten und bündelt mehr spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten bis in die Unternehmensspitzen hinein.

Der Blick auf die Trends und Fehlentwicklungen in den letzten Jahrzehnten sollte für die Analyse der Besonderheiten der Krankenhäuser nutzbar gemacht werden.³⁾

Besonderheiten des Krankenhausbetriebs

Ein wesentliches Merkmal der Krankenhäuser ist zum einen, dass ihre Personalkosten weit höher sind als im Durchschnitt anderer Betriebe, rund 70 Prozent des Umsatzes. Den in der Industrie jederzeit einsetzbaren Rationalisierungen durch Personalentlassungen sind hier enge Grenzen gesetzt. Zum anderen steht der kranke Mensch im Mittelpunkt der Arbeit im Krankenhaus. Leistungsverweigerung gegenüber einem Hilfsbedürftigen widerspricht nicht nur dem Selbstverständnis der Kliniken, sondern ist auch ein juristischer Tatbestand. Eine Anpassung der Leistungsmenge nach unten im Sinne einer Drosselung der Produktion stößt deshalb in den Kliniken auf ganz andere Voraussetzungen als in der Industrie.

■ Der Vorrang der kleineren Einheit

Die spezifischen Besonderheiten der Kliniken haben bei der Arbeitsorganisation großen Einfluss. Wenn es um die bestmögliche Organisation des Zusammenlebens und -arbeitens von Menschen geht, hat sich ein Grundsatz bewährt, der empirisch aus den menschlichen Erfahrungen gewonnen wurde und demnach keine axiomatische Qualität besitzt. Es ist der Grundsatz des Vorrangs der kleineren Einheit, das so genannte Subsidiaritätsprinzip:⁴⁾

☛ Was der einzelne Mensch tun kann, sollte nicht die Gruppe übernehmen; was die kleinere Gruppe leisten kann, sollte nicht die größere Einheit übernehmen.

Immer wenn es gilt, die Arbeit vieler Menschen zu koordinieren, ist der Grundsatz des Vorrangs der kleineren Einheit ein entscheidender Fingerzeig. Warum haben Automobilfabriken in vielen Fällen das lange Fließband abgeschafft und kleine Montagegruppen eingesetzt, die mit wenigen Arbeitern im Team das leisten, was zuvor sehr viele Menschen völlig arbeitsteilig geschafft haben?

Die Einhaltung dieses Prinzips führt zu mehr Verantwortung des Einzelnen, zu mehr persönlicher Freiheit, zu mehr Identifizierung, zu mehr menschlicher Würde – und damit, da jeder soviel schafft, wie er eben schaffen kann, folgerichtig auch zu mehr Leistung.

☛ Auf den Punkt gebracht war die Einhaltung dieses Prinzips Ursache für den Sieg der kleinen, wendigen Schiffe Nelsons über die Dickschiffe der spanischen Armada 1805 bei Trafalgar; es war Ursache für die Siege der napoleonischen Armee mit ihrer inneren Freiheit über die monarchischen Heere mit ihrem Kadavergehorsam; die Missachtung dieses Prinzips war und ist Ursache für den Sturz kommunistischer oder anderer Diktaturen und ihrer Zentralverwaltungswirtschaften. ▶

TRUMPF Medizin Systeme GmbH

Die Zeitführer

■ Innovativ im OP



JUPITER

Fit für jede Disziplin.



MARS

Der Kosten-Nutzen-Faktor.



ORBITER

Umbetten ohne Anstrengung.



OP-Zubehör

Für jeden Einsatz, für jeden Tag.

TRUMPF

TRUMPF Medizin Systeme GmbH
Postfach 1263 • 07303 Saalfeld
Telefon: + 49 (0) 36 71 / 5 86-0
Telefax: + 49 (0) 36 71 / 5 86-1 65
e-mail: info@de.trumpf-med.com
www.trumpf-med.com

Die Grundsatzsentenz des Subsidiaritätsprinzips wird im Wirtschaftsleben oft verkürzt mit folgendem Satz wiedergegeben: „Der kleine schnelle Pfliffige schlägt den langsamen Großen.“ Kleinere Einheiten, die nach Ansicht großer Unternehmensberatungs- und Wirtschaftsprüfungsgesellschaften eigentlich starke Wettbewerbsnachteile haben müssten, behaupten sich entgegen allen Unkenrufen erstaunlich gut auf den Märkten. Viele widersprechende Expertisen sind nicht das Papier wert, auf dem sie geschrieben sind.

■ Bald internationale Krankenhausketten?

Es mehren sich, wie eingangs gesagt, die Stimmen, die die Zukunft bei großen (auch internationalen) Krankenhausketten sehen.⁵⁾ Zumindest von nötigen Fusionen wird allenthalben gesprochen.⁶⁾ Die Betriebswirtschaftslehre hatte schon immer Schwierigkeiten, eine optimale Unternehmensgröße zu ermitteln. Gewiss gibt es noch heute eine Reihe von Krankenhäusern, die einfach zu klein sind. Aber: Der starke Trend zur Fusion ist überzeichnet.

Gefahren der Fusionen

Über Nutzen und Frommen der Fusionen ist gerade in der letzten Zeit viel geforscht worden. Es hat sich herausgestellt, dass 45 bis 80 Prozent der Fusionen scheitern.⁷⁾ Die Reibungsverluste sind enorm. Die Schwierigkeiten der Angleichung der Unternehmenskulturen werden unterschätzt. Die Fusion bewirkt erhebliche Tempoverluste und die innere Emigration von Mitarbeitern, die faktisch zurückgestuft oder gegen ihren Willen anders eingesetzt werden. Klinikfusionen scheitern oft an unüberbrückbaren Differenzen der Beteiligten.

☞ Nicht völlig zu Unrecht heißt es: Fusionen beginnen im Himmel und enden in der Hölle.

- Als die Daimler-Benz AG sich der Chrysler Corporation annäherte, wurden synergetische Vorteile in schwindelerregender Milliardenhöhe versprochen – von über 1 Milliarde DM jährlich war die Rede. Die Analysten gingen einheitlich von enormen Gewinnsteigerungen aus. Der damalige Kurs der Daimler-Benz-Aktie lag bei 104 Euro; als „Kursziel“ wurden 140 Euro ausgegeben. Heute, im Mai 2002, zweieinhalb Jahre nach der Fusion, dümpelt der Kurs bei 52 Euro.

- Allgemeine Ernüchterung hat sich breit gemacht. Gibt heute an der Börse ein Unternehmen eine Fusionsabsicht bekannt, so reduziert sich in aller Regel der Kurs des aufnehmenden Unternehmens; nur der Kurs des aufzunehmenden Unternehmens steigt, da hier ja aufgekauft werden muss.⁸⁾

Vorrang der Kooperationen

Es liegt auf der Hand: Fusionen sind nicht der Königsweg. Unternehmen sind lebende Organismen. Das Aufgeben der eigenen Existenz ist für sie ein ganz schwerer Weg: Natürlich gilt: Wenn sie sich nicht bewegen, so sterben sie. Deshalb ist es entscheidend, nicht nur in schwierigen Situationen, sondern fortwährend sowie unnachlässig

und vorbehaltlos die Schwächen des eigenen Hauses zu analysieren. Wird hierfür genügend Zeit und Kraft eingesetzt, dann sind Unternehmensberater nicht nötig.

Sind die Schwachpunkte identifiziert und können sie aus eigener Kraft nicht oder nicht schnell genug behoben werden, so ist zu prüfen, ob Kooperationen eine Hilfe sein können. Die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser ist groß, wenn auch Kooperationen nicht immer leicht fallen. Die Mühe lohnt sich aber: Starke Bereiche können ausgebaut werden, schwache Sektoren auslaufen oder geschlossen werden. Welches Haus hätte nicht irgendwo Ansätze dafür, stark zu sein? Jede Klinik hat Nachbarkrankenhäuser, überall gibt es Möglichkeiten, stärker zu werden und Schwächen zu reduzieren. Betriebswirtschaftlich (und gesetzlich) geforderte Mindestmengen können erbracht werden mit allen qualitativen und quantitativen Vorteilen.

☞ Die Zahl gelungener Kooperationen steigt. Im Gegensatz zu Fusionen ist die Aufhebung einer Kooperation leicht. Gescheiterte Kooperationen sind viel seltener als gescheiterte Fusionen.

■ Nicht mit dem Riskantesten beginnen

In der Konsequenz des bisher Gesagten liegt es, dass die Entwicklung und das Wachsen aus eigener Kraft heraus am leichtesten fallen; schon bedeutend schwerer ist es, eine Kooperation mit einem anderen Träger erfolgreich zu gestalten; sehr schwierig und problematisch ist dagegen eine Fusion.

☞ In jedem Falle gilt es, ehe man seine Schritte setzt, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu prüfen. Ehe ein Krankenhaus zu einem größeren oder großen Sprung mit einem Dritten ansetzt, sollte noch einmal genau überlegt werden, wie viele vielleicht vorrangige und unerledigte Vorhaben noch im eigenen Hause zu tun sind, bevor man überhaupt kooperations- oder gar fusionsfähig wird.

Beispiele probater Kooperationen und Fusionen

Im medizinischen Bereich – dem Kernbereich der Leistungserbringung im Krankenhaus – stoßen Kooperationen und Fusionen im Vergleich zu anderen Bereichen auf wesentlich mehr Emotionen, vor allem bei den Ärzten, die sich in ihrem Selbstverständnis betroffen fühlen. Hingegen sind Allianzen im Verwaltungs- und Versorgungsbereich leichter, da es sich hierbei um patientenferne Arbeitsräume handelt. So bietet sich die Möglichkeit einer Einkaufs- und Logistikarbeitsgemeinschaft oder einer Einkaufs- und Logistik-GmbH, wie sie schon von zahlreichen Krankenhäusern praktiziert werden. Krankenhäuser, die keine große räumliche Entfernung haben, können sich auf ein gemeinsames Zentrallager verständigen. Durch Sortimentskonzentration können günstigere Preise erzielt werden. Bedingt durch ein größeres Einkaufsvolumen verbessert sich die Betreuung durch die Lieferanten und die Bonussituation. Hier gibt es vielfältige Erfahrungen im Bereich der übrigen Wirtschaft, die fruchtbar gemacht wer-

den können. Zu nennen ist auch das Thema der „just-in-time“-Lieferungen. Berater tragen vor, in diesem Bereich könnten 30 Prozent der Kosten gespart werden. Ähnliches gilt für die Wäschereien. Muss ein Krankenhaus heute überhaupt noch eine eigene Wäscherei haben? Das Prinzip des Vorrangs der kleineren Einheit ist bei einer Vernetzung der Wäscherei insoweit kein Widerspruch: Die gemeinsame Wäscherei versteht sich nach aller Erfahrung als eine kleinere Einheit gegenüber dem Krankenhaus, in das sie vorher als nur ein Teil eingebettet war. Das Outsourcing oder Aussiedeln von Betriebs-einheiten ist im Prinzip ein Ausfluss des richtigen Prinzips des Vorrangs der kleineren Einheit mit größerer Spezialisierung.

Rehabilitation und ambulanter Pflegedienst

Das Fallpauschalengesetz zwingt die Krankenhäuser, ihre Patienten frühzeitig zu entlassen. Dadurch werden die Rehabilitation und die ambulante Pflege aufgewertet. Die Kliniken erringen als „Zulieferer“ eine Marktmacht, die sie zuvor nicht hatten und die es zu nutzen gilt. Es ist für die Krankenhäuser eminent wichtig zu wissen, ob die Patienten im Anschluss an die Entlassung sofort gut untergebracht werden können. Hierauf sollten die Kliniken gut achten. Es scheint geboten, entweder einen eigenen ambulanten Pflegedienst aufzubauen oder die vertragliche Verbindung zu einem vorhandenen Pflegedienst zu suchen. Diese Aktion wird in beiden Fällen zum Nutzen des Patienten, genauso aber zum materiellen Nutzen des Krankenhauses sein.

Das Gleiche gilt für die Rehabilitation. Auch hier ist es wichtig, frühzeitig das Terrain zu ebnen, das künftig unbedingt zur Verfügung stehen muss. Die Krankenhäuser sollten in der Lage sein, den Patienten bzw. den Krankenkassen eine integrierte Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Die Kliniken haben es in den kommenden Jahren immer mehr mit alten, häufig allein stehenden Menschen zu tun. Diesen Patienten sollten es die Krankenhäuser leicht machen. Wenn es gelingt, ein Versorgungsangebot mit dem vor- und nachgelagerten Bereich als „leadmanager“ zu koordinieren, haben die Kliniken einen wertvollen Wettbewerbsvorsprung.

Humanität setzt Ökonomie voraus

Zunehmend wird beklagt, dass Krankenhäuser immer mehr reine Wirtschaftsbetriebe werden; immer mehr bliebe das Menschliche auf der Strecke. Diese Klage ist nicht aus der Luft gegriffen. Nur wenn Gewinne erwirtschaftet bzw. das Wirtschaftsprinzip beachtet werden, können die Patienten gut versorgt werden, kann das erforderliche Personal vorgehalten, können beste Medikamente und Medizintechnik gekauft werden, können die Kliniken angesichts der Not leidenden öffentlichen Hand einigmaßen ausreichend investieren.

Humanität im Krankenhaus setzt ökonomisches Verhalten voraus. Die Krankenhäuser sind gut beraten, immer wieder die vielfältigen – oft bitteren – Erfahrungen der anderen Unternehmen in der Marktwirtschaft für sich

fruchtbar zu machen. Für die Krankenhäuser gelten im Bereiche der Kooperationen und Fusionen keine anderen Gesetze.

Anmerkungen

- 1) Siehe jüngst Heinz Lohmann, Unternehmerisch denken, Krankenhäuser stellen sich dem Wettbewerb, FAZ vom 14. Mai 2001, Seite B 5
- 2) Näheres zum Beispiel Jansen/Müller-Stewens, Fusionen und Beteiligungen, FAZ vom 4. Oktober 2000, Seite 49
- 3) Generell zu Fusionen im Krankenhauswesen Hamann, Ziele und Strategien der Krankenhausfusion, Baden-Baden 2000
- 4) Dieses allgemein gültige Prinzip wird besonders beachtet in der katholischen Soziallehre; Enzyklika Pius XI. „Quadragesimo anno ...“ von 1931, abgedruckt bei P. Jostock, Die sozialen Rundschreiben, 1948; das Subsidiaritätsprinzip findet sich dort auf Seite 132; ferner die Enzyklika Johannes XXIII. „Mater et Magistra ...“ von 1961, abgedruckt bei E. Welty, Mater et Magistra, 2. Auflage, 1961, das Subsidiaritätsprinzip wird dort auf Seite 113 behandelt.
- 5) Zum Beispiel Heinz Lohmann, a.a.O., Seite B 5
- 6) Zum Beispiel Müller-Bialon, Gegen den Spardruck im Gesundheitswesen, Frankfurter Rundschau vom 16. Februar 2002.
- 7) Noack, „Die Führungskräfte brüllten sich bis in die frühen Morgenstunden an“, FAZ vom 1. November 2000, Seite 45; Jansen/Körner, Szenen einiger Unternehmensehen: Vier Hochzeiten und drei Todesfälle, FAZ vom 8. November 2000, Seite 49; die Spannweite der gescheiterten Fusionen ergibt sich aus der unterschiedlichen wissenschaftlichen Methodik der Ansätze. Von Eiff, CKM-Untersuchung, Ärzte Zeitung, 7./8. Juni 2002.
- 8) Nöcker, Mit dem Markt nach unten, FAZ vom 20. Februar 2002, Seite 30

Leicht geänderte Fassung eines Vortrages von Dr. Burghard Rocke beim Hauptstadtkongress in Berlin am 16. Juni 2002

Anschrift des Verfassers:

Landrat Dr. Burghard Rocke,
Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
Hilgenkamp 18, 25588 Oldendorf ■

Redaktion
„das Krankenhaus“

Telefon
02 11/4 54 73-150

Telefax
02 11/4 54 73-61

E-Mail:
p.ossen@dkgev.de