

Cashflow und Cashcow

Grundsätzlich, würde ich behaupten, geht es dem Gesundheitssektor wie Vater Staat: Wir haben kein Einnahmeproblem, sondern eine schnell wachsende Kostenlawine mit einem Volumen von 72,6 Milliarden Euro im Krankenhausbereich im Jahr 2008. Das soll im Umkehrschluss aber nicht heißen, dass zwangsläufig an medizinischer Leistung gespart werden muss. Vielmehr sollten alle Möglichkeiten der Rationalisierung offen diskutiert und nicht hinter vorgehaltener Hand permanent ‚Artikel 0‘ des Grundgesetzes zitiert werden. Sie wissen, was ich meine, Kollege Zimmermann?

Scharf – und ironisch – geschossen, wie man Sie nun mal kennt, lieber Mühlberger: „Jeglicher Besitzstand ist zu wahren“, formulieren böse Zungen diesen imaginären Rechtsrahmen. Wie häufig dieser in der Praxis angewandt wird, sei mal dahin gestellt. Tatsache ist, dass das Gesundheitswesen diese Hürde nehmen muss, um nicht zu spät vom Rückwärtsgang in die Beschleunigungsphase zu gelangen. Mindestens jedes fünfte Krankenhaus schreibt laut Deutsche Krankenhaus Gesellschaft rote Zahlen. Und das, obwohl die Fallzahlen, die Verweildauer und die Bettenanzahl kontinuierlich angepasst werden. Der notwendige Cashflow müsste demnach vorhanden sein.

Weshalb die Wirtschaftlichkeit unter anderem hinkt, erklärt Porsche Consulting anhand eindeutiger Zahlen: Der patientenbezogene – also wertschöpfende – Anteil der Arbeitszeit eines Stationsarztes für Untersuchung und Behandlung betrage häufig nur 30 Prozent. Und nur ein Drittel aller Operationen, die in der ‚Porsche-Therapie‘ unter die Lupe genommen wurden, fanden planmäßig statt.

Interessant, interessant: Dann müsste es doch ein Leichtes sein, über Rationalisierungsmaßnahmen, wie sie die Industrie seit Jahrzehnten umsetzt, den Kahn wieder flott zu bekommen. Einer forsa-Umfrage zufolge wollen Krankenhäuser bis 2012 vor allem in die standardisierte Abwicklung der klinischen Behandlungskette investieren. In Zahlen ausgedrückt: Bei

84 Prozent der befragten Kliniken steht demnach die Einrichtung oder der Ausbau von Workflow-Managementsystemen auf der Agenda. Und vier von fünf Kliniken wollen ihr KIS modernisieren. Das sind doch klare Ansagen an die ‚industrielle Revolution‘ im Krankenhaus!

Korrekt, Strategie Zimmermann. Und selbst wenn Branchenprofis bezüglich der kurz- oder mittelfristigen Etablierung der elektronischen Patientenakte für jedermann hier in Deutschland berechnete Zweifel anmelden, so stimmt doch die Richtung. Hat sich die Fallakte erst einmal flächendeckend durchgesetzt, ist es vielleicht nur noch ein kleiner emotionaler – und dann auch politischer und juristischer – Schritt zur Volks-ePA.

So sehe ich das auch, lieber Mühlberger. Denn technisch ist doch nahezu alles im Griff. Hier stimme ich voll und ganz der Aussage von iSoft Health-Geschäftsführer, Peter Herrmann zu: „Aus meiner Sicht liegt das größte Potenzial darin, über die Grenzen des Krankenhauses hinaus zu blicken.“ Entsprechend groß war auf der Medica Ende vergangenen Jahres das Interesse, die niedergelassenen Ärzte informationstechnisch in die Krankenhausstrukturen mit einzubinden. Gleiches gilt natürlich auch für die Vernetzung von Ambulanzen und medizinischen Versorgungszentren.

Neben dem eigentlichen medizinischen Leistungsspektrum gibt es für Krankenhäuser natürlich auch eine Reihe von Einsparmöglichkeiten im Bereich der technischen Versorgung. Während früher die Gebäudebewirtschaftung aufgrund guter Ertragslage und beherrschbarer Energiepreise eher stiefmütterlich behandelt wurde, sind Einspareffekte im Facility Management höchst interessant geworden. Beim Branchentreffen ‚hospital concepts‘ in Berlin gab es wieder reichlich Tipps, selbst mit kleinem Geldbeutel große Sprünge zu machen (Seite 21).

Fand ich persönlich auch interessant: Von Organschaft und Outsourcing bis zu Immobilienleasing, Sale-and-Lease-Back, Baukonzessionen, Contracting



und PPP-Projekten war dort die Rede. Letzteres soll natürlich nicht Pleiten, Pech und Pannen, sondern Public Private Partnership heißen. Wie's funktioniert, wurde am Beispiel der kreiseigenen Hochtaunuskliniken gGmbH dargestellt. Die neuen Krankenhäuser sollen nicht nur mit privater Hilfe gebaut werden, sondern der private Partner soll 25 Jahre lang die Instandhaltung und den technischen Betrieb führen.

So etwas gibt Budgetsicherheit. Ich denke mal, dass viele Kliniken mit Argusaugen beobachten werden, wie das klappt. Sinnvoll ist aus meiner Betrachtung heraus auf alle Fälle, dass medizinische Experten und organisatorische Technikprofis das Thema Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit gemeinsam schultern.

Und ganz nebenbei bemerkt, lieber Mühlberger: Neben diesen Hard-Facts gibt es natürlich auch Soft-Facts wie die Entwicklung neuer, rentabler Geschäftsmodelle. Gesundheitsangebote für die Generation 50+, für Manager oder für den Geldadel aus dem In- und Ausland treiben natürlich die Krankenhausdirektoren bei ihrer Jagd nach möglichst schwarzen Zahlen ebenfalls um. Neukundengewinnung heißt das Sahnehäubchen, das anfangs vielleicht nur mal chic aussieht, aber auf lange Sicht die Bilanz tatsächlich positiv beeinflusst.

Warum nicht, lieber Dr. Zimmermann: Nikotinentwöhnung, Gewichtsreduktion, Bewegungstraining, Beckenbodengymnastik oder Sturzprävention hören sich tatsächlich an wie echte Cashcows.

Ironisch wie immer – Sie können's einfach nicht lassen.

Eugen Mühlberger
Dr. Wolf Zimmermann