

A.1 Relevanz des Innovationsmanagements

„Krankenhäuser müssen lernen, schneller und innovativer als andere Häuser zu handeln, so dass ihre Lern- und Anpassungsgeschwindigkeit höher ist, als die Veränderungsgeschwindigkeit ihrer Umgebung“ (Busse et al. 2009). Krankenhäuser müssen sich der Zukunft aktiv stellen und neben Qualität und Angebotsbreite auch Wirtschaftlichkeit in den Fokus ihrer Innovationsaktivitäten bringen.

A.1.1 Innovationsbedarf im Krankenhausmarkt

Die Bewältigung der verschärften ökonomischen Rahmenbedingungen, der demographischen Entwicklung der Gesellschaft, der politisch-rechtlichen sowie der sozio-kulturellen Veränderungen, der strukturellen Rahmenbedingungen und der stetigen technologischen Weiterentwicklung stellt Krankenhäuser vor eine große Herausforderung.

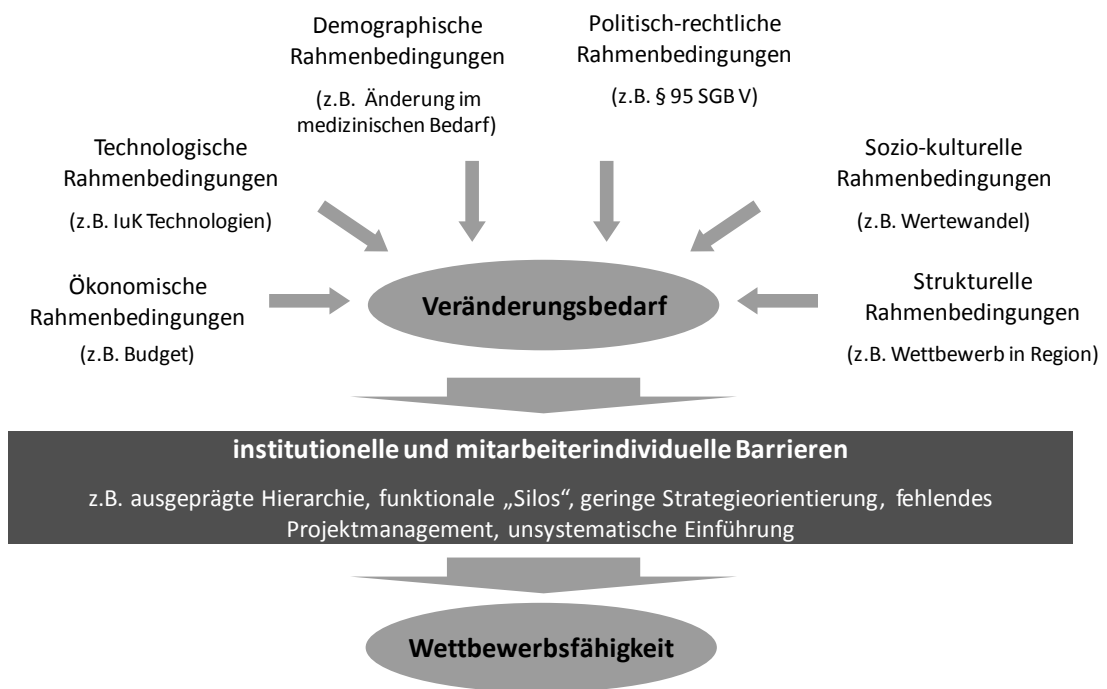
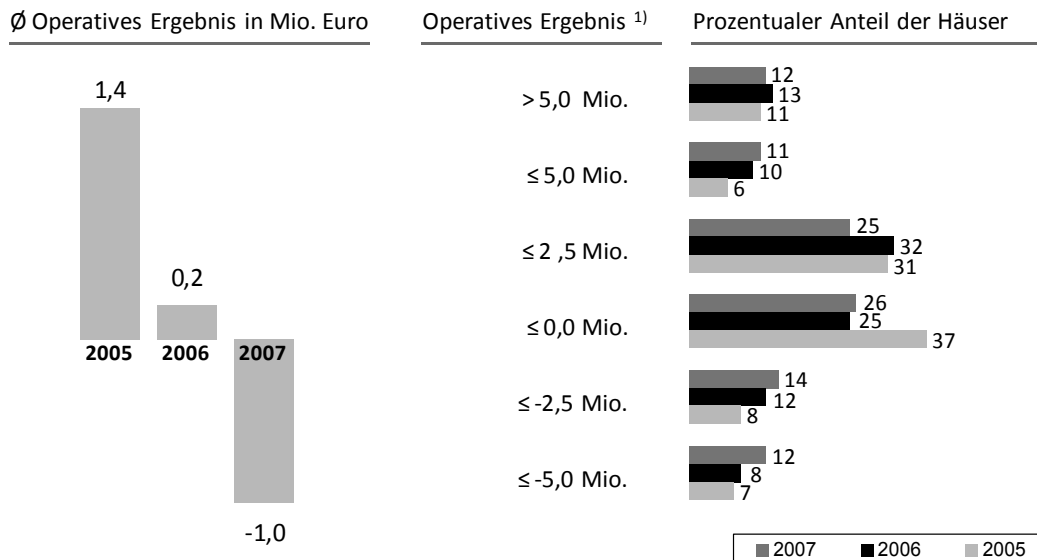


Abbildung 1: Herausforderungen für deutsche Krankenhäuser

Bedingt durch Kostensteigerungen und gesetzliche Restriktionen befinden sich Krankenhäuser bereits seit Jahren in einer Situation der deutlichen Unterfinanzierung, die bis zum Jahr 2009 auf eine kumulierte Investitionslücke von ca. 9 Mrd. Euro herangewachsen ist (Augurzky 2009). Durch Investitionen aus dem Konjunkturpaket II sowie Erlössteigerungen in Folge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurde diese Entwicklung in den Jahren 2009 und 2010 etwas abgefedert. Jedoch erwartet der aktuelle Krankenhaus Rating Report, dass sich die finanzielle Lage der Krankenhäuser aufgrund der Finanzkrise,

der steigenden Arbeitslosigkeit und damit einhergehend mit geringeren Einnahmen der Krankenkassen wiederum verschärft wird. Ferner tragen Tarifierhöhungen dazu bei.

2001 sollte mit der Einführung des DRG-Entgeltsystems die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhäuser gesteigert werden. Darüber hinaus sollte das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern transparenter gestaltet werden. Durch diese Änderung der Anreize sollte zudem die Verweildauer verkürzt und ein effizienterer Einsatz der Ressourcen erreicht werden. Ziel der leistungsorientierten Vergütung war eine Anregung des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern und eine Bedarfsorientierung der Krankenhäuser. Leider haben sich die Hoffnungen an das System nicht immer erfüllt. Die Möglichkeit, Rabattverträge zu schließen, führt nicht zwangsläufig zu einem Anstieg der Qualität, sondern eher umgekehrt. Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft führt Preisdumping auch zu einem Qualitätsdumping (Baum 2008). Da 60% der Kosten im Krankenhaus auf das Personal entfallen, wirken sich Einnahmereduzierungen direkt auf die Situation der Mitarbeiter aus (Kösters 2008). Zudem steigt die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den Krankenkassen, da sowohl Patientenströme als auch die flächendeckende Krankenhausversorgung zunehmend in Selektivverträgen geregelt werden (Baum 2008). Einer weiteren Schwierigkeit sehen sich Krankenhäuser durch den Abschluss der neuen Tarifverträge gegenüber. Nur 50% der letzten Steigerung konnten die Krankenhäuser durch eine Sonderregelung des KHRG refinanzieren, so dass sich bis jetzt eine ungedeckte Finanzierungslast von 2 Mrd. Euro ergibt (Pressemitteilung der DKG vom 1.3.2010). Auch die Ergebnisse von InnoHospital bestätigen die schwierige finanzielle Lage der Krankenhäuser. Die operativen Ergebnisse der befragten Krankenhäuser sind insgesamt rückläufig. Das durchschnittliche operative Ergebnis ist von 2005 bis 2007 von 1,4 Mio. € auf -1 Mio. € gefallen.



1) Umsatz + sonstige Erträge – Personalkosten – Materialkosten – sonstige betriebliche Aufwendungen

Abbildung 2: Entwicklung der operativen Krankenhauseergebnisse in der InnoHospital Stichprobe

Trotz des allgemeinen Negativtrends zeigt sich jedoch eine relativ stabile bzw. sogar wachsende Anzahl von Krankenhäusern, die wirtschaftlich erfolgreich sind. Diesen

Krankenhäusern ist es geglückt, insbesondere die größere wirtschaftliche Flexibilität für sich zu nutzen und eine stabile Position auf dem Krankenhausmarkt aufzubauen.

Neben der Finanzierungsproblematik sehen sich Krankenhäuser einer demographischen Veränderung der Gesellschaft gegenüber. Einerseits ändert sich dadurch das Patientenklintel, andererseits aber auch die Zusammensetzung der Mitarbeiter im Krankenhaus. Im Jahr 2008 wurde ein Anstieg von 200.000 zusätzlichen, der Behandlung bedürftigen, Patienten verzeichnet. Auf Grund der älter werdenden Bevölkerung verändern sich der Bedarf und die Anforderungen an medizinischer Versorgung. Folgt man den gegenwärtigen Prognosen, werden insbesondere chronische Krankheiten stark zunehmen, so bis 2030 Herz-Kreislauf-Erkrankungen um ca. 34% und Krebserkrankungen um ca. 21%. Darüber hinaus ändert sich die Zusammensetzung der Mitarbeiterstruktur in den Krankenhäusern. Bei 5.000 offenen Arztstellen in deutschen Krankenhäusern (Pressemitteilung der DKG vom 12.1.2010) sowie einer größer werdenden Anzahl weiblicher medizinischer Mitarbeiter, müssen Krankenhäuser Anpassungen in der Arbeitsgestaltung und in den Anreizsystemen vornehmen, um im Kampf um die knapper werdenden personellen Ressourcen mithalten zu können. Laut den Ergebnissen von InnoHospital sehen die Krankenhäuser die finanziellen und personellen Trends auf dem Krankenhausmarkt deutlich. Es wird zwar eine geringe positive Entwicklung der Einnahmen erwartet, diese kann allerdings den überdimensionalen Anstieg der Kosten nicht auffangen. Hinzu kommt die Prognose, dass Investitionsmittel zukünftig eher geringer werden und sich die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal weiter verschlechtern wird. Demzufolge wird sich der Wettbewerb um Patienten, finanzielle Mittel und personelle Ressourcen weiter verschärfen. Abbildung 3 verdeutlicht die Erwartungen der Krankenhäuser für die nächsten drei Jahre. Deutlich wird, dass die Steigerung der Kosten die prognostizierte Steigerung der Einnahmen übersteigt.

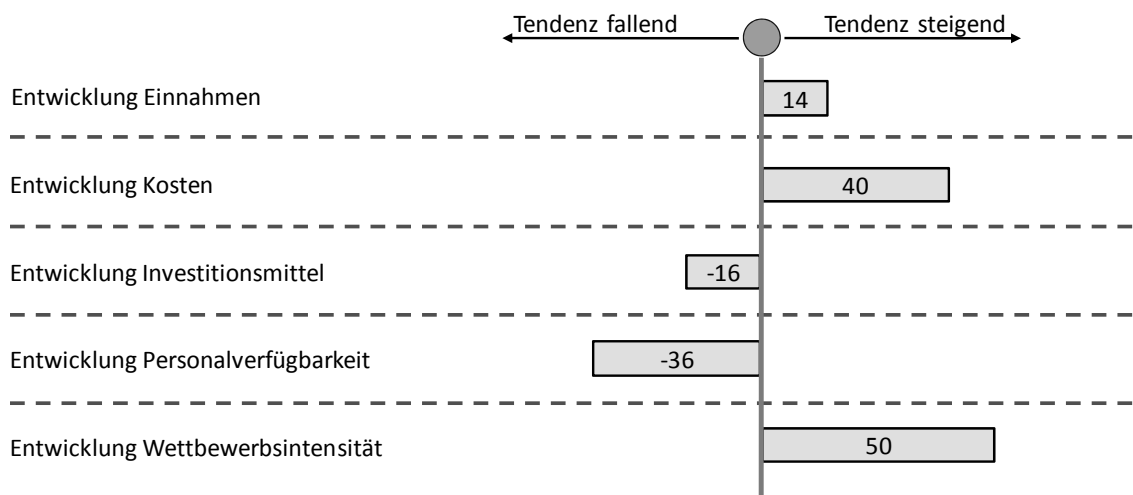


Abbildung 3: Erwartete Entwicklung der Krankenhausressourcen

Die sich wandelnde Umwelt äußert sich auch in einer Veränderung des Patientenverhaltens und in einer Vergrößerung der technologischen Möglichkeiten. Verbunden mit der Veränderung der Patientenstruktur und den Entwicklungen der Informationstechnologie ist ein gestiegenes Anspruchsniveau der Patienten (Dietrich 2007). Durch die vereinfachte Mög-

lichkeit, sich Wissen über Krankheiten und Qualität der Behandlung anzueignen und das gestiegene Bedürfnis nach Gesundheit (Busse et al. 2009), wandelt sich die Rolle des Patienten im Krankenhausmanagement. Die Wünsche der Patienten erlangen einen größeren Einfluss im Krankenhaus. Ein weiterer bedeutender Einflussfaktor ist die stetige Weiterentwicklung der technologischen Möglichkeiten. Krankenhäuser müssen eine Balance finden zwischen der Chance, die medizinische Qualität zu steigern sowie den damit möglicherweise induzierten Kostensteigerungen und der Belastung der gering vorhandenen Investitionsmittel.

Letztlich legt aber der Gesetzgeber den Grundstein für ein Gesundheitssystem und übt dadurch den wohl entscheidendsten Einfluss auf die Krankenhäuser aus. Die Regelungen des Gesundheitssystems bestimmen den Rahmen, in denen Krankenhäuser agieren sowie die Möglichkeiten zur Finanzierung. So wurden durch die Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen Krankenhäusern z.B. neue Einnahmequellen eröffnet (z.B. § 95 SGB V). Die Öffnung der Kliniken und die damit einhergegangene engere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung bergen für Kliniken und Patienten große Potenziale.

Der Wandel, dem Rahmenbedingungen und Umweltfaktoren der Krankenhäuser unterliegen, darf nicht nur als Bedrohung, sondern sollte als Chance verstanden werden. Diejenigen Krankenhäuser, die sich aktiv anpassen und sich schneller als andere auf neue Gegebenheiten einstellen, sichern sich klare Wettbewerbsvorteile. Innovationsfähigkeit wird zu einem zentralen Wettbewerbsfaktor. Die Fähigkeit, sich zu wandeln und flexibel auf die Veränderungen zu reagieren, beginnt innerhalb des Krankenhauses. Innovationsmanagement ist die bewusste Gestaltung des Innovationssystems (Strategie, Organisation, Kultur) und der Innovationsprozesse im Krankenhaus (Hauschildt & Salomo 2007). Ziel ist die Sicherstellung der Innovationsfähigkeit. Somit leistet das Innovationsmanagement einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Wettbewerbsposition des Krankenhauses, indem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverbesserungen in Einklang gebracht werden (Stern & Jaberg 2007).

A.1.2 Reaktion der Krankenhäuser auf die Herausforderungen

Nach § 107 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, die 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung, Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen 4. Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Darüber hinaus wird Krankenhäusern verstärkt die Möglichkeit gegeben, auch im ambulanten

Bereich tätig zu werden. Ein Krankenhaus „produziert“ Medizin um bestimmte Bedarfe im Gesundheitsmarkt zu befriedigen (Lohmann 2009). Das Angebotsportfolio eines Krankenhauses ist abhängig von den vorhandenen Ressourcen, wie dem medizinischen Know-how, den Therapiemöglichkeiten oder der medizintechnischen Ausstattung des Hauses sowie nicht zuletzt auch von den Managementfähigkeiten.

Eine Analyse der möglichen Innovationspotenziale beleuchtet zwei verschiedene Dimensionen der Leistungserstellung im Krankenhaus, das Produkt „medizinische Versorgung“ und den dahinter stehenden Leistungserstellungsprozess. Produktinnovationen beinhalten die Entwicklung und Einführung von neuen Gesundheitsdienstleistungen auf dem Markt (Damanpour & Gopalakrishnan 2001). Wesentlich dabei ist, dass aus der Perspektive eines Krankenhauses Innovation keinesfalls mit der Beschaffung eines medizinischen Großgerätes gleichzusetzen ist und auch nicht zwingend der technischen Unterstützung bedarf. Medizinische Großgeräte werden vielmehr erst dann zum Bestandteil von Innovationen, wenn mit diesen neuen „Mitteln“ auch ein „Zweck“ im Sinne der Qualitäts- oder Effizienzerhöhung oder des Erschließens neuer Patientengruppen verbunden ist. Dagegen fokussieren Prozessinnovationen die Gestaltung der Abläufe und die Kombinationen der Aktivitäten zur Leistungserstellung (Gadrey et al. 1995). Im Krankenhaus sind beide Innovationsdimensionen bedeutsam und eng miteinander verwoben.

Veränderungen im Angebotsportfolio des Krankenhauses oder einer Fachabteilung können sich auf die direkte medizinische Leistungserstellung oder auf zusätzliche Dienstleistungsangebote des Krankenhauses beziehen. Ziel ist es, neue Patienten für das Krankenhaus zu gewinnen, ganz neue Patientengruppen anzusprechen oder das Leistungsportfolio des Krankenhauses zu optimieren, z.B. durch eine bestimmte Spezialisierung. Änderungen des Versorgungsangebotes können neue Diagnosen, Operationen oder Therapieformen beinhalten (Gericke et al. 2006). Innovationen hinsichtlich zusätzlicher Dienstleistungen können das Serviceerlebnis im Krankenhaus für Patienten attraktiver gestalten oder das Krankenhaus für nicht akut behandlungsbedürftige Personen öffnen. Beispiele sind die Errichtung eines Patientenhotels oder die Einführung von Wellness- oder Präventionsangeboten.

Die Erstellung der Leistungen des Krankenhauses erfolgt durch eine Vielzahl von Aktivitäten, die auf bestimmten Organisationsmerkmalen, Methoden und Technologien beruhen. Die Gestaltung der Prozesse hat das Ziel, Lösungswege effizienter zu gestalten und die Produktivität, Effizienz oder Qualität des jeweiligen Prozesses zu erhöhen. Da das Ziel der Leistungserstellung im Krankenhaus die Pflege, Behandlung oder Prävention der Beschwerden von Patienten ist, nimmt der Patient eine besondere Rolle im Leistungserstellungsprozess ein. Zudem ist der Patient Grundlage der Krankenhausfinanzierung. Der Umgang mit Patienten bestimmt deren Gewinnung und Bindung und kann großen Einfluss auf die Wettbewerbsposition ausüben. Daher erfolgt eine Unterteilung der Prozessinnovationen nach patientennahen und patientenfernen Prozessen. Patientennahe Prozesse sind Aktivitäten, die direkt von den Patienten im Zuge ihrer Behandlung erfahren oder beobachtet werden, wie z.B. die Einführung von Clinical Pathways oder die Arzt-Pflege-Delegation. Demgegenüber handelt es sich bei patientenfernen Prozessen um

Abläufe, wie die Apothekenlogistik oder Standardisierung des Materialportfolios, die in der Leistungserstellung unverzichtbar, aber nicht direkt vom Patienten zu beobachten sind. Neben der Gestaltung von Prozessen im Krankenhaus ist die Gestaltung einrichtungsübergreifender Prozesse, so z.B. ein Netzwerk zu externen Einrichtungen, von großer Bedeutung. Partner, mit denen das Krankenhaus in der Lage ist, abgestimmte regionale Gesundheitsangebote zu entwickeln, werden strategisch wichtiger (Lohmann 2009). So kann die Bindung von Zuweisern in Zuweisernetzwerken die Auslastung des Krankenhauses aufrecht erhalten. Durch Allianzen mit anderen Krankenhäusern kann das Leistungsportfolio optimaler gestaltet werden. Die Kooperation mit Forschungseinrichtungen kann zur Wissensbildung und Optimierung des Leistungsportfolios und der Leistungserstellung beitragen. Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die Dimensionen der möglichen Innovationsaktivitäten in Krankenhäusern.

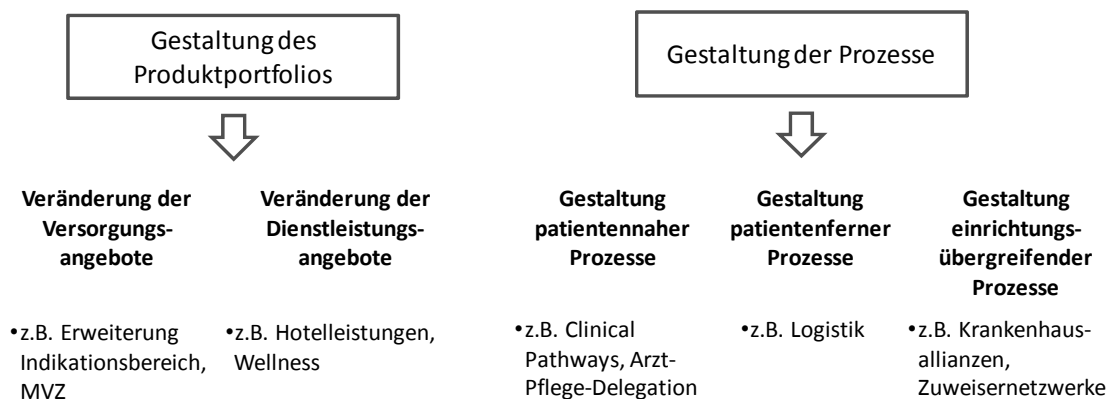


Abbildung 4: Dimensionen der Innovationen im Krankenhaus

Im Rahmen der InnoHospital Studie wurde zum einen die Innovationstätigkeit und zum anderen die Innovationsfähigkeit erhoben. Die Innovationstätigkeit der Krankenhäuser spiegelt sich in deren Innovationsportfolio wider und war Gegenstand des ersten Teils der Befragung. Auf die Innovationsfähigkeit wird in den folgenden Kapiteln genauer eingegangen. Basierend auf einer ausführlichen Analyse der Fachliteratur (z.B. Krankenhausumschau, Deutsches Ärzteblatt, Das Krankenhaus etc.) wurden aktuell bedeutsame Veränderungsmaßnahmen identifiziert und mit Hilfe der fünf Innovationscluster strukturiert. Die ausgewählten Innovationsprojekte sowie deren Relevanz wurden mit Experten diskutiert. Der finale Katalog umfasst 49 Innovationsprojekte aller fünf Cluster. Die Teilnehmer wurden gebeten, das jeweilige Innovationsprojekt, im Hinblick auf die Erfahrung des eigenen Krankenhauses mit der Innovation und auf die wirtschaftliche Bedeutung des Projektes, zu beurteilen. Abbildung 5 gibt eine Übersicht der bereits in hohem Maße etablierten Innovationsprojekte über alle Cluster.

A.1.2 Reaktion der Krankenhäuser auf die Herausforderungen

Top 10 der durchgeführten Projekte		Cluster
Gemeinsame Einkaufsplattform mit anderen Häusern	85	Einrichtungübergreifend
Standardisierung des Materialportfolios	77	Patientenfern
Einführung EDV-unterstützter Dienstplanung	69	Patientenfern
Delegation hausinterner Hol- und Bringendienste	67	Patientenfern
Zentralisierung wichtiger Betriebsfunktionen	65	Patientenfern
Einführung Abrechnungsdokumentation durch Kodierassistenten	58	Patientenfern
Gründung Logistikzentrum	57	Patientenfern
Einführung Apothekenlogistik zur Medikamentenverteilung	56	Patientenfern
Gezielter Aufbau neuer Indikationsbereiche	56	Versorgungsangebot
Ansiedlung von Facharztpraxen am Krankenhausstandort	55	Einrichtungübergreifend

Angaben in Prozent der Antworten, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 5: Top 10 der Innovationsprojekte in Krankenhäusern

Allgemein lässt sich feststellen, dass Krankenhäuser nicht einzelne Innovationscluster fokussieren, sondern über ein breites Aktivitätsportfolio verfügen. Allerdings zeigen sich große Unterschiede im Verbreitungsgrad der einzelnen Innovationsaktivitäten. Einige Projekte sind bereits häufig am Markt vertreten, wohingegen andere nur von einigen Krankenhäusern eingesetzt werden.

Es wird deutlich, dass die Gestaltung der patientenfernen Prozesse die Innovationsaktivitäten der Krankenhäuser dominiert. Gleichzeitig zeigen diese Ergebnisse, dass im Wesentlichen alle Krankenhäuser ihre Effizienzreserven, welche z.B. in der Optimierung von Logistikprozessen liegen, bereits erschlossen haben. Eine Differenzierung gegenüber dem Wettbewerb ist demzufolge kaum noch auf Basis patientenferner Prozesse möglich. Die anderen Dimensionen der Innovationsaktivitäten gewinnen an Bedeutung.

Die folgenden Abbildungen veranschaulichen die durchgeführten Innovationsaktivitäten der teilnehmenden Krankenhäuser in den fünf Innovationsclustern: Versorgungsangebote, Dienstleistungen, patientennahe Prozesse, patientenferne Prozesse sowie einrichtungübergreifende Prozesse. Der Verbreitungsgrad einer Innovation resultiert aus dem Anteil der Krankenhäuser in unserer Stichprobe, die diese Innovation bereits eingeführt haben bzw. sich derzeit in der Einführung befinden. Etablierte Innovationen zeichnen sich durch einen Verbreitungsgrad von über 50% aus. Mit durchschnittlich verbreiteten Innovationen sammelten 25% bis 50% der Krankenhäuser große Erfahrungen und wenig verbreitete Innovationen weisen einen Verbreitungsgrad von unter 25% aus.

Abbildung 6 bildet die Projekte mit dem Ziel der Veränderung des Versorgungsangebotes ab. Bei der Gestaltung ihres Versorgungsangebotes setzen deutsche Krankenhäuser vor allem auf den gezielten Aufbau neuer Identifikationsbereiche, um neue Patientengruppen anzusprechen und sich weitere Erlösquellen zu erschließen. Die Bildung von Zentren, in der stationären Versorgung, aber auch durch den Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung, sind etwas weniger verbreitet, dürften aber in den nächsten Jahren an Bedeutung und Verbreitung deutlich zunehmen.

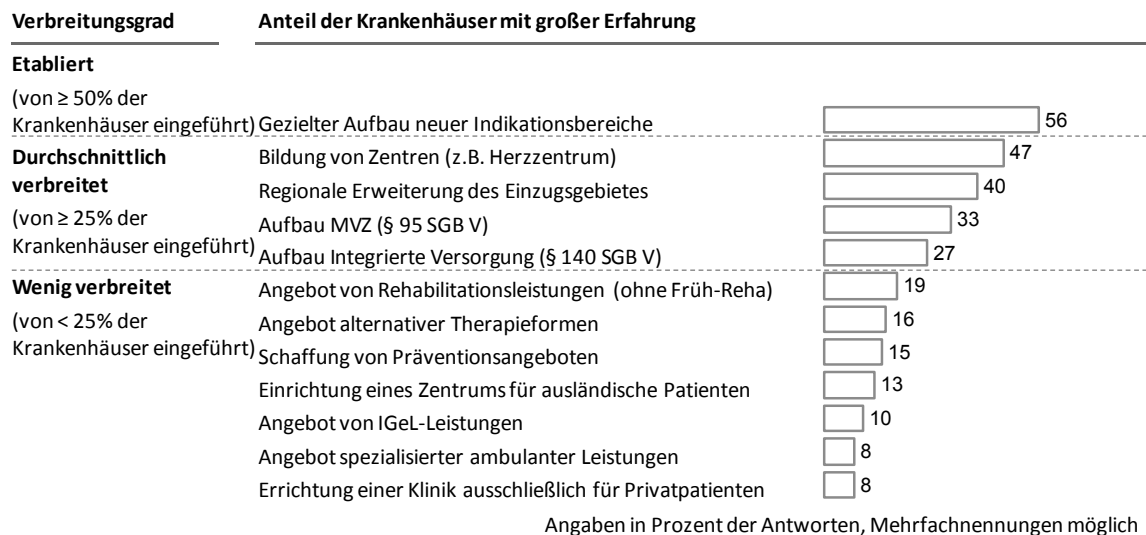


Abbildung 6: Erfahrungen mit der Veränderung des Versorgungsangebots

Innovationen jenseits des traditionellen Krankenhausmarktes, wie die Schaffung von Präventionsangeboten oder das Angebot von speziellen ambulanten Leistungen sowie Rehabilitationsangebote, werden seltener von Krankenhäusern initiiert. Hierin zeigen sich die noch geringen Erfahrungen in diesen Bereichen, aber auch die steigende Bedeutung dieser neuen Geschäftsfelder.

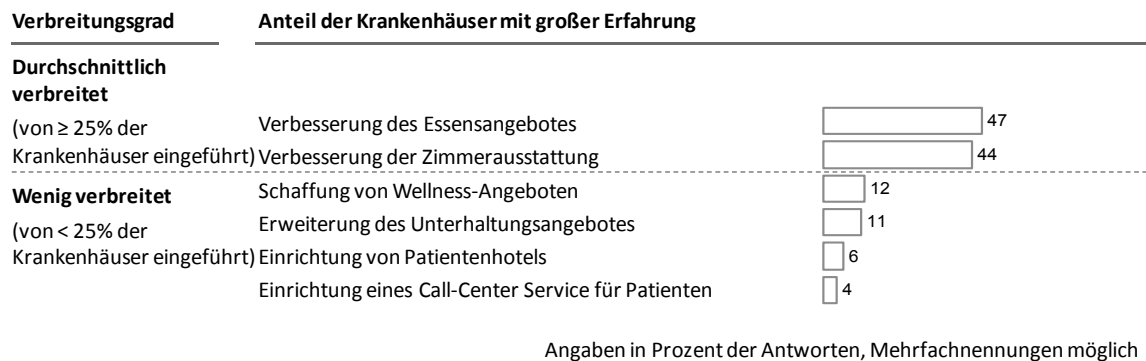


Abbildung 7: Erfahrungen mit der Veränderung des Dienstleistungsangebots

Die Möglichkeit der Veränderung des Dienstleistungsangebotes wird von vielen Häusern nicht genutzt. Einzig diejenigen Bereiche werden fokussiert, die einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden des Patienten haben. So sind Verbesserungen des Essensangebotes und der Zimmerausstattung relativ häufig anzutreffen. Dagegen haben Innovationsprojekte mit dem Fokus auf krankenhaushemden Dienstleistungen, beispielsweise die Schaffung von Wellness-Angeboten, die Erweiterung des Unterhaltungsangebotes, die Einrichtung von Patientenhotels oder Call-Center für Patienten, bisher kaum Aufmerksamkeit erhalten. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Krankenhäuser bei der Gestaltung ihres Produktportfolios den Fokus auf ihre historisch gewachsene Kernkompetenz, dem Angebot medizinischer Versorgungsleistungen legen.

Hinsichtlich der notwendigen Gestaltung krankenhauserinterner und krankenhauserübergreifender Prozesse zeigt die InnoHospital Studie, dass Krankenhäuser ihre Effizienzreserven

A.1.2 Reaktion der Krankenhäuser auf die Herausforderungen

hauptsächlich in der Gestaltung ihrer patientenfernen Prozesse, wie der Standardisierung des Materialportfolios sehen. Abbildung 8 verdeutlicht, dass Krankenhäuser die Potenziale der Gestaltung von patientennahen Prozessen noch nicht in vollem Maße nutzen. Bisher hat nur die Hälfte der teilnehmenden Krankenhäuser eine interdisziplinäre Notaufnahme eingeführt. Obwohl die Vorteile der interdisziplinären Notaufnahme bereits nachgewiesen wurden, hinkt Deutschland deutlich im internationalen Vergleich hinterher (Brachmann et al. 2009). Die speziellen räumlichen Anforderungen und die damit verbundenen Investitionsmittel dürften eine große Barriere für viele Krankenhäuser darstellen. Darüber hinaus liegt der Gestaltung der patientennahen Prozesse eine größere Akzeptanzproblematik zugrunde als bei anderen Veränderungsmaßnahmen. Neben der Akzeptanz unterschiedlicher Mitarbeitergruppen des Krankenhauses muss bei der Prozessgestaltung auch die Akzeptanz der Patienten, ihrer Angehörigen und der behandelnden ambulanten Ärzte berücksichtigt werden. Zudem sind Arbeitsweise und Arbeitsabläufe der Fachkräfte, zum Beispiel durch die Einführung eines Case Managements, stärker von Veränderungen betroffen, als beispielsweise durch die Standardisierung des Materialportfolios.

Verbreitungsgrad	Anteil der Krankenhäuser mit großer Erfahrung	
Etabliert (von $\geq 50\%$ der Krankenhäuser eingeführt)	Einführung einer interdisziplinären Notaufnahme	50
Durchschnittlich verbreitet (von $\geq 25\%$ der Krankenhäuser eingeführt)	Einführung einer prozessorientierten räumlichen Aufteilung	41
	Einführung stationsübergreifender Bereitschaftsdienste	40
	Einführung Pflege-Pflegehilfskräfte-Delegation	37
	Einführung neuer Berufsgruppen (z.B. OTA)	36
	Einführung fachabteilungsübergreifender Diagnostikbereiche	35
	Einführung Arzt-Pflege-Delegation	31
	Einführung Case Management	26
	Einführung interdisziplinäre Aufnahmestation für Kurzlieger	26
	Einführung klinischer Behandlungspfade	25

Angaben in Prozent der Antworten, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 8: Erfahrungen mit der Gestaltung der patientennahen Prozesse

Die patientenfernen Prozessinnovationen dominieren die Innovationsportfolios deutscher Krankenhäuser. Der Großteil möglicher patientenferner Prozessinnovationen ist auf dem Krankenhausmarkt bereits etabliert, wird also zukünftig nicht mehr die Wettbewerbsposition des Krankenhauses bestimmen, sondern als zwingende Voraussetzung erfüllt sein müssen, um überhaupt weiter am Markt zu bestehen. So haben bereits über zwei Drittel der teilnehmenden Häuser ihre Materialportfolios standardisiert, eine EDV-gestützte Dienstplanung eingeführt sowie hausinterne Hol- und Bringendienste etabliert. Abbildung 9 verdeutlicht die Verteilung der patientenfernen Prozessinnovationen in den teilnehmenden Krankenhäusern.

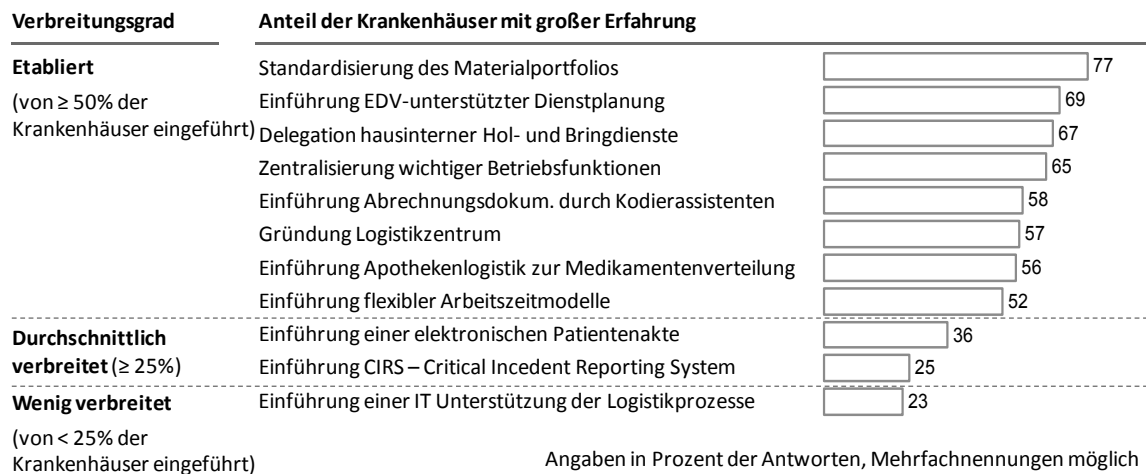


Abbildung 9: Erfahrungen mit der Gestaltung der patientenfernen Prozesse

Neben den patientenfernen Prozessinnovationen liegt die Gestaltung der einrichtungsübergreifenden Prozesse im Fokus von Prozessoptimierungen. Einsparungspotenziale werden vor allem bei der Einrichtung gemeinsamer Einkaufsplattformen mit anderen Häusern gesehen.

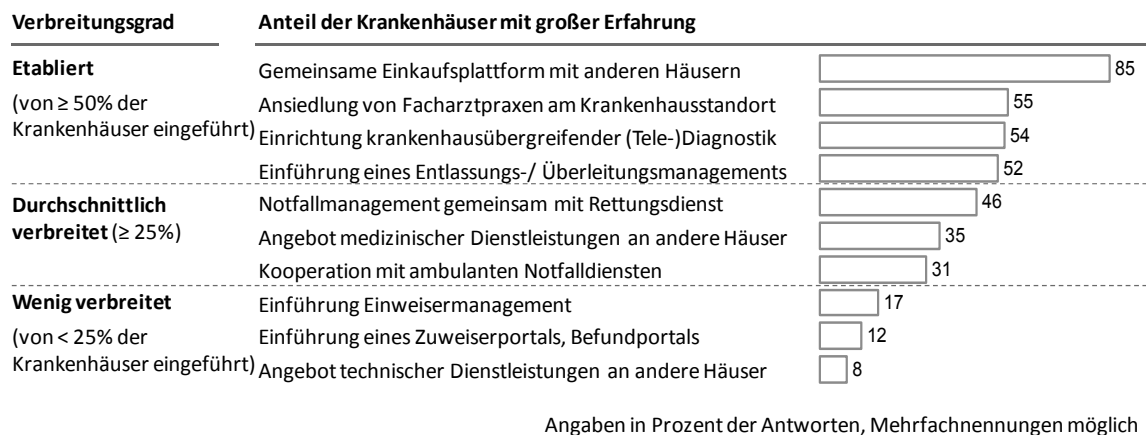


Abbildung 10: Erfahrungen mit der Gestaltung der einrichtungsübergreifenden Prozesse

Darüber hinaus soll ein effizientes Management der Beziehungen zu anderen Häusern, niedergelassenen Ärzten oder Einrichtungen, wie ambulanten Notfalldiensten, nahtlose Übergänge zwischen den Versorgungsstufen schaffen, um ein ganzheitliches Behandlungskonzept offerieren zu können. Auch die Abstimmung des Versorgungsangebotes zwischen kooperierenden Krankenhäusern, z.B. mit Hilfe der Telemedizin, spielt eine zunehmende Rolle.

Die Übersicht über die Innovationscluster und der Umfang der Portfolios verdeutlichen, dass Krankenhäuser unterschiedlich mit Veränderungen ihres Umfeldes umgehen. Auf die Zusammensetzung der Portfolios wird später genauer eingegangen. Jedoch kann aus der Beschreibung der verschiedenen Ausprägungen der Innovationsportfolios noch kein direkter Schluss auf die Erfolgswirksamkeit der Innovationsprojekte gezogen werden.