

Health & Life Sciences

Gesundheitsmarkt im Umbruch: Zwischen Kostendruck, Versorgungsqualität und Kundenorientierung

Trends und Handlungsfelder für Krankenversicherungen und
Leistungserbringer

**accenture**

Innovation delivered.



Vorwort

Der Gesundheitsmarkt entwickelt sich mehr und mehr dynamisch. Ausgelöst durch staatliche Eingriffe erwarten wir in den nächsten Jahren massive Veränderungen im Markt - und ein deutliches Mehr an Wettbewerb. Der Wandel erscheint zunächst als Folge einer Krise der bestehenden Finanzierungssysteme. Aber auch die qualitativ wie quantitativ zunehmende Nachfrage nach Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit und der rasante medizinische und technische Fortschritt sind zugleich Auslöser und Treiber dieser Entwicklung.

Alle Akteure müssen sich auf die neuen Rahmenbedingungen einstellen. Der nötige Balanceakt zwischen Leistungserbringung und Ressourcenknappheit wird immer schwieriger zu bewerkstelligen sein. Kosten senkende und Effizienz steigernde Maßnahmen im Gesundheitswesen sind dringend erforderlich - dies ist unbestritten. In einem liberalisierten Markt muss aber der Kunde "Patient" deutlicher als bisher in den Mittelpunkt des Handelns gestellt werden.

Dieses Trendpapier beschreibt, welche Entwicklungen insbesondere auf Krankenversicherungen, Kliniken und niedergelassenen Ärzte als Leistungserbringer sowie auf die Patienten zukommen werden. Strukturelle Veränderungen ergeben sich dabei nicht nur für die Gesundheitsmärkte und Akteure in Deutschland. Vergleichbare Entwicklungen erwarten wir auch in Österreich und in der Schweiz. Die Fähigkeit, die Balance zwischen Kostenkontrolle, medizinischer Qualität und Kundenservice zu halten, wird in diesem neuen Marktumfeld über Erfolg und Mißerfolg entscheiden.

Wir stellen in dieser Broschüre drei Handlungsfelder vor, die Ansatzpunkte für eine deutliche Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit bieten - sowohl für Krankenversicherer als auch für Leistungserbringer. Sie geben pragmatische Antworten auf Fragen der Zukunft und zeigen innovative Lösungen, mit denen Kosten gesenkt und gleichzeitig Qualität und Service der Dienstleistungen verbessert werden können.

Wir freuen uns darauf, mit Ihnen den neuen Gesundheitsmarkt zu gestalten.

Justin Rautenberg, Partner Accenture, Health & Life Sciences

Acht Trends im Gesundheitsmarkt

Grundlage des vorliegenden Trendpapiers ist eine Accenture-Studie zum deutschen Gesundheitsmarkt. Befragt wurden Marktteilnehmer aus den Bereichen Krankenversicherung, Krankenhaus, Ärzteschaft, Pharmazeutik, Generika, Biotechnologie, Arzneimittelgroßhandel, Apotheken sowie Patienten.

Die hier vorgestellten Trends wurden auf Basis der Studienergebnisse erarbeitet. Sie zeigen die Entwicklungen auf, die insbesondere für Krankenversicherungen und Leistungserbringer von großer Bedeutung sein werden.

- Trend 1: Gesundheitsmärkte in Europa gleichen sich an.*
- Trend 2: Der Gesundheitsmarkt konsolidiert sich.*
- Trend 3: Neue staatliche Instrumente drosseln den Anstieg der gesetzlich geregelten Gesundheitsausgaben.*
- Trend 4: Krankenversicherungen übernehmen mehr Verantwortung für die Ausgabenkontrolle.*
- Trend 5: Krankenhäuser entwickeln sich zu ergebnisorientierten Unternehmen.*
- Trend 6: Krankenversicherungen werden zu Gesundheitsmanagern.*
- Trend 7: Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung nimmt zu.*
- Trend 8: Informationstechnologie treibt die umfassende Vernetzung voran.*

Trend 1: Gesundheitsmärkte in Europa gleichen sich an

Europäische Union wird Leitliniengeber

Europäische Regelungen werden die nationalen Gesundheitsmärkte in Zukunft stärker als bisher beeinflussen. Die Europäische Union übernimmt dabei die Rolle des Leitliniengebers in Fragen der Ethik und der Qualitätssicherung.

Gesundheitssysteme gleichen sich in Teilbereichen an

Die verschiedenen europäischen Gesundheitssysteme gleichen sich in ausgewählten Bereichen, zum Beispiel bei der Erstattung von Gesundheitsleistungen und der Arzneimittel-Preisgestaltung, an. Erfolgreiche Konzepte werden länderübergreifend aufgegriffen und setzen sich so europaweit durch. Jedoch ist aufgrund der sehr unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen der nationalen Gesundheitssysteme nicht davon auszugehen, dass sich mittelfristig ein einheitliches europäisches System etabliert.

Grenzüberschreitender europäischer Wettbewerb der Akteure

Der nationale Krankenversicherungsschutz wird auf das europäische Ausland ausgeweitet. Dadurch verschärft sich in den kommenden Jahren der grenzüberschreitende europäische Wettbewerb sowohl bei den Krankenversicherungen selbst als auch bei den Leistungserbringern erheblich. Eine weitere Zunahme des Medizintourismus ist die Folge. Insbesondere die Leistungserbringer in Ländern mit hohen Lohnkosten werden dadurch vor große Herausforderungen gestellt.

Trend 2: Der Gesundheitsmarkt konsolidiert sich

Erheblicher Kapazitätenabbau

Vor dem Hintergrund der bestehenden Überkapazitäten geht die Anzahl der Krankenhäuser und Betten bis 2010 weiter massiv zurück. Die durch den vermehrten Einsatz von Fallpauschalen frei werdenden Kapazitäten wie auch die Leistungsverlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen beschleunigen diesen Rückgang. Insgesamt wird mit einem Kapazitätsabbau von bis zu 30 % gerechnet.

Starkes Wachstum privater Trägerschaften

Gleichzeitig nimmt der Marktanteil der privaten Krankenhäuser an der stationären Leistungserbringung erheblich zu. Der Anteil der von privaten Trägern geführten Krankenhäuser beträgt heute ca. 7 %. Bis 2010 steigt ihr Anteil voraussichtlich auf 30 % bis 40 %. Das starke Wachstum der privaten Trägergesellschaften führt zu einem erheblichen Wettbewerb bei der Übernahme öffentlicher Krankenhäuser.

Konsolidierung im Krankenversicherungsmarkt

Auch im Krankenversicherungsmarkt setzt sich die Konsolidierung der 90er-Jahre fort. In den kommenden Jahren wird die Zahl der öffentlichen Krankenversicherungen erheblich sinken: Für Deutschland wird beispielsweise davon ausgegangen, dass von den heute ca. 400 Anbietern etwa nur die Hälfte übrig bleibt.

Trend 3: Neue staatliche Instrumente drosseln den Anstieg der gesetzlich geregelten Gesundheitsausgaben

Neue Instrumente der Ausgabenbeschränkung

Positivlisten, diagnosebezogene Fallpauschalen, engere Behandlungsvorgaben sowie Therapierichtlinien sind Instrumente, mit denen der Gesetzgeber in Zukunft die gesetzlich geregelten Gesundheitsausgaben beschränkt.

Gesetzliche Förderung der integrierten Versorgung

Das Konzept der integrierten Versorgung wird gesetzlich gefördert. Die Koordination zwischen allen Akteuren verbessert sich damit deutlich. Durch die vertraglich vereinbarte Übernahme eines Versorgungsauftrages durch zwei oder mehr Leistungssektoren (z. B. ambulante und stationäre Versorgung) lassen sich zukünftig erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.

Geringere Versicherungsbeiträge durch Verzicht auf die freie Wahl des Leistungserbringers

Versicherungsnehmer werden die Möglichkeit haben, sich auf ausgewählte Netzwerke von Leistungserbringern festzulegen und so ihre Versicherungsbeiträge zu reduzieren. Versuche in der Schweiz haben gezeigt, dass ein großer Teil der Versicherten heute schon bereit ist, gegen eine Verringerung der Prämie auf die freie Arztwahl zu verzichten.

Trend 4: Krankenversicherungen übernehmen mehr Verantwortung für die Ausgabenkontrolle

Einsatz von Leistungs- und Qualitätscontrolling

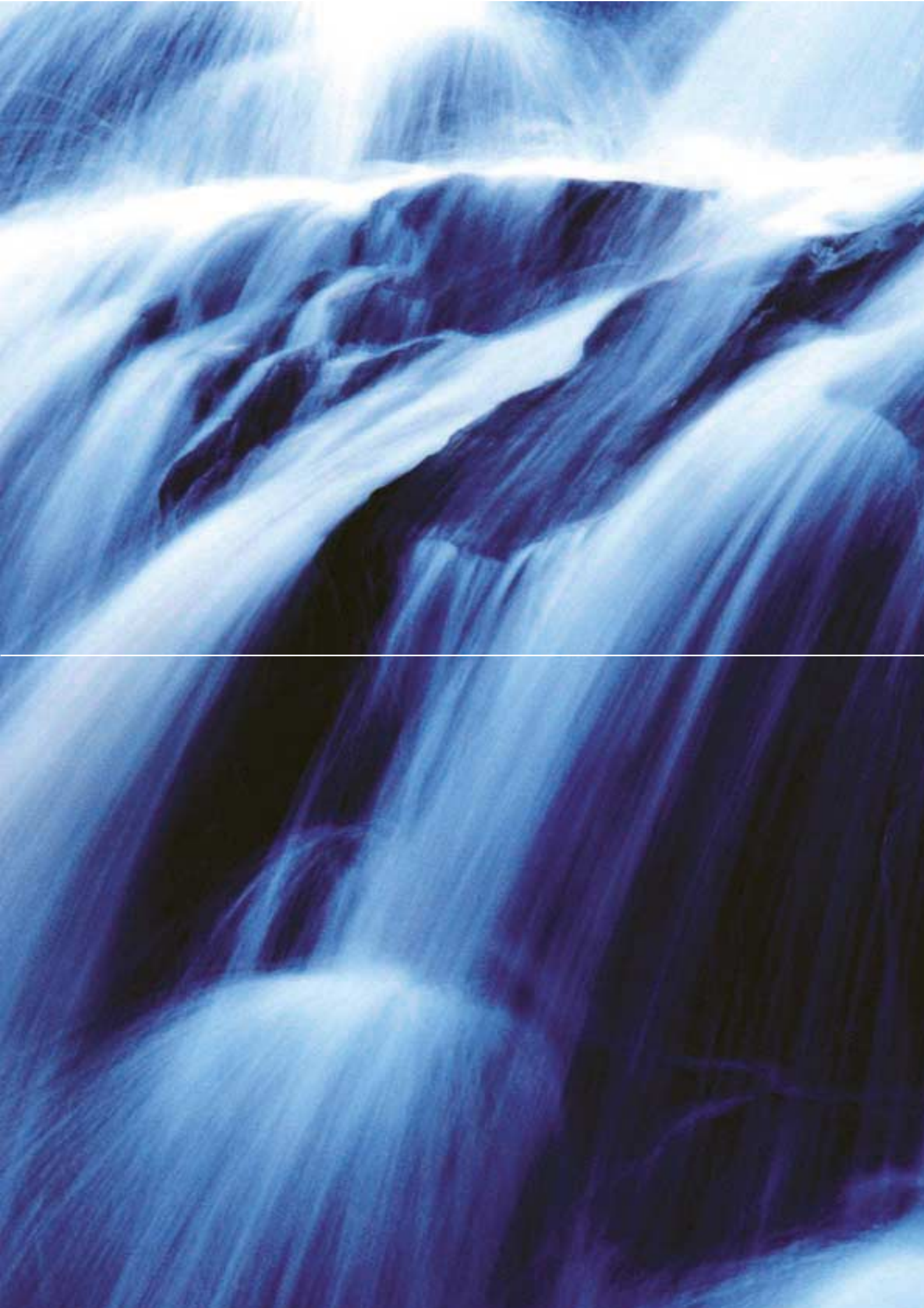
Krankenversicherungen tragen in Zukunft einen erheblichen Teil der Effizienzverantwortung. Hierbei werden Controlling-Instrumente, wie beispielsweise Leistungs- und Qualitätsmanagementkataloge, zum Einsatz kommen. Durch die Anwendung solcher Standard-Kataloge erhöhen die Versicherer den finanziellen Druck auf die Leistungserbringer deutlich. Darüber hinaus wird die aktive Gestaltung der Inanspruchnahme und der Erbringung medizinischer Leistungen eine wichtige Rolle bei der Kostenkontrolle durch Krankenversicherungen einnehmen.

Differenziertere Vertragsgestaltung

Eine veränderte und individuellere Vertragsgestaltung ist ein weiteres Mittel, das Krankenversicherungen zur Ausgabenkontrolle einsetzen werden. Der zunehmende europäische Wettbewerb zwischen den Versicherungen führt zusätzlich zu einer Differenzierung der Vertragsangebote.

Einrichtung von Ärzte-Netzwerken

Um die Ausgaben effektiver steuern und kontrollieren zu können, werden Krankenversicherungen Ärzte und Krankenhäuser zunehmend über Verträge an sich binden oder eigene Ärzte-Netzwerke aufbauen. In Deutschland gibt es heute bereits 20 Ärzte-Netzwerke. Bis 2005 kann die Zahl solcher Modellkooperationen auf ca. 300 steigen.





Trend 5: Krankenhäuser entwickeln sich zu ergebnisorientierten Unternehmen

Krankenhäuser werden als unternehmerische Profit-Center betrieben

Krankenhäuser entwickeln sich vor allem mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) zu ergebnisorientierten Unternehmen. Sie werden sich als unternehmerisch betriebene Profit-Center verstehen, die Behandlungsfälle nicht mehr nach Belegzeit, sondern nach Behandlungserfolg steuern. Durch die Optimierung der Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungsprozesse werden erhebliche Einsparpotenziale ausgeschöpft. Innerhalb der kommenden Jahre verkürzt sich die durchschnittliche Verweildauer um 30 % bis 40 %.

Qualitäts- und Kostenvorteile durch Spezialisierung

Krankenhäuser arbeiten zunehmend überregional und können sich so stärker auf ausgewählte Therapieformen und Operationstechniken spezialisieren. Die Erhöhung der Fallzahlen ermöglicht eine höhere medizinische Qualität und eine bessere Ausnutzung hoch spezialisierter Ressourcen.

Auslagerung von Nicht-Kernbereichen in Service-Unternehmen

Die nicht primär klinischen Bereiche der Krankenhäuser werden zunehmend in Service-Unternehmen ausgelagert. Einkauf und Logistik, Finanzen und Rechnungswesen, Speise- und Wäscheversorgung, Pathologie, Labor und Apotheke sind Bereiche, in denen durch die Versorgung mehrerer Krankenhäuser Größenvorteile erschlossen werden. Die Kosten für diese nicht zu den Kernkompetenzen der Krankenhäuser gehörenden Bereiche lassen sich so um durchschnittlich 15 % bis 30 % senken.



Trend 6: Krankenversicherungen werden zu Gesundheitsmanagern

Dienstleisterübergreifende Koordination der Therapie

Krankenversicherungen übernehmen zunehmend die Rolle des Gesundheitsmanagers. Sie sorgen in Zukunft durch eine dienstleisterübergreifende Koordination der Therapien für eine höhere Effektivität. Die zentrale Auswahl, Steuerung und Kontrolle von Behandlungen und Behandlern rückt verstärkt in den Mittelpunkt. Die Suche nach dem für den einzelnen Patienten optimalen Mix aus klinischer Qualität und Kundenfreundlichkeit zu angemessenen Preisen wird eine bedeutende Rolle spielen.

Individuelle Kundenbindungsstrategien

Krankenversicherungen werden individuelle Kundenbindungsstrategien entwickeln, wie sie bereits in anderen Dienstleistungsindustrien anzutreffen sind. Hierzu gehören vor allem Informationsdienste wie mit Fachkräften besetzte Call-Center und personalisierbare Internetseiten. Dem Kunden wird so jederzeit Zugang zu medizinischem Fachwissen und persönlichem Rat ermöglicht.

Enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Hausarzt und Krankenversicherung

Die Verantwortung für die Umsetzung festgelegter, integrierter Behandlungs- und Betreuungsvorgaben von der Prävention bis zur Rehabilitation liegt in den Händen von Krankenversicherungen und Hausärzten. Sie ist in enger Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern organisiert. Diese übernehmen mehr Verantwortung für die medizinische Versorgung akut und chronisch erkrankter Patienten auch nach der Entlassung. D. h., sie werden ihre Dienstleistungen verstärkt auch auf den ambulanten Bereich ausdehnen.

Trend 7: Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung nimmt zu

Der Arzt bleibt wichtigster Ratgeber des Patienten

Traditionelle und neue Medien, vor allem das Internet, erschließen immer mehr und detailliertere Informationen. Dadurch wird der Patient mittelfristig größeren Einfluss auf die Therapiewahl haben. Dieser Trend wird jedoch durch die zunehmende Komplexität von Krankheitsbildern und Behandlungsformen begrenzt. Die Bedeutung des Arztes als wichtigster Berater und Partner in Gesundheitsangelegenheiten bleibt trotz einer Verschiebung der Verantwortung und steigender Mündigkeit des Patienten auch langfristig ungebrochen.

Zunehmende Ausgabenbereitschaft für Gesundheitsleistungen

Mit dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung nimmt auch die Bereitschaft zu, für individuelle Gesundheitsleistungen privat mehr Geld auszugeben. Dies eröffnet für Leistungserbringer neue Geschäftsfelder außerhalb des gesetzlich regulierten Marktes. Dieser Trend ist in jüngster Zeit zum Beispiel in den Bereichen Wellness und persönliche Gesundheits-Lotsen deutlich geworden.

Trend 8: Informationstechnologie treibt die umfassende Vernetzung voran

Informationstechnologie ist integraler Bestandteil aller Aktivitäten

Informationstechnologie wird in verstärktem Maß als Kommunikationskanal und zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern, Patienten, Ärzten, Netzwerkpartnern und Krankenversicherungen genutzt. Sie ist integraler Bestandteil aller Aktivitäten. Derzeitige „Insel-Lösungen“ zu überwinden ist die zentrale Herausforderung.

Gezielte wirtschaftliche Unternehmenssteuerung in Krankenhäusern

Der Einsatz von Informationstechnologie bildet die Grundlage für die Steigerung der klinischen Qualität und der Effizienz in Krankenhäusern. Auf Basis geeigneter IT-Systeme setzt sich eine gezielte wirtschaftliche Unternehmenssteuerung auch im Krankenhaussektor durch. Zugleich werden administrative Aufgaben vor allem in der Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen stark vereinfacht und häufig auch automatisiert.

Effektive Koordination der medizinischen Leistungen und Qualitätsmanagement

Die zeitnahe Abrufbarkeit von Patienteninformationen aus einer elektronischen Patientenakte ermöglicht die effektive Koordination der medizinischen Dienstleistungen und ein umfassendes Qualitätsmanagement. Doppeluntersuchungen werden vermieden und Behandlungen besser koordiniert. Patienten erhalten umfassende Informationen über die genutzten und abgerechneten Leistungen. Voraussetzung für den Einsatz der elektronischen Patientenakte ist die Entwicklung eines Berechtigungssystems, das den Datenzugriff kontrollierbar macht. Hierbei sind die Chipkarte oder auch biometrische Systeme wie der Fingerabdruck als Autorisierungswerkzeug von großer Bedeutung.



Handlungsfelder für Krankenversicherungen und Leistungserbringer

Verschärfter Wettbewerb, Budgetkürzung und Therapierichtlinien, mündige Patienten und neue Rollenverständnisse sind Faktoren, mit denen Krankenversicherungen und Leistungserbringer in Zukunft konfrontiert werden. Nur durch Kostenkontrolle, Serviceverbesserung und Kundenorientierung können die Marktteilnehmer ihre Wettbewerbsfähigkeit in dem sich schnell wandelnden Umfeld erhalten und ausbauen.

Wir stellen im Folgenden beispielhaft drei Handlungsfelder vor, die bedeutende Potenziale zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit erschließen lassen.

Handlungsfeld 1 – Medizinisches Leistungsmanagement

Durch ein gezieltes medizinisches Leistungsmanagement lassen sich die Kosten medizinischer Leistungen erheblich reduzieren und die Versorgungsqualität deutlich verbessern. Beispielsweise kann die Verweildauer im Krankenhaus um bis zu 1,5 Tage verkürzt werden, während gleichzeitig die Rückfallwahrscheinlichkeit und die daraus resultierenden Wiedereinweisungen um bis zu 40 % verringert werden.

Umfassende und integrierte Patientenversorgung gewährleisten

Im Zentrum des medizinischen Leistungsmanagements steht die umfassende und integrierte Patientenversorgung. Alle Aktivitäten werden auf Basis umfangreicher Informationen aufeinander abgestimmt. Das Ziel ist dabei die optimale Versorgung der Patienten. Indem frühzeitig medizinische Risiken identifiziert und effektivere Behandlungsabläufe eingerichtet werden, kann bei niedrigeren Kosten eine deutlich verbesserte Gesundheitsdienstleistung erbracht werden. Die Verbesserungsmöglichkeiten des medizinischen Leistungsmanagements sind bei chronischen Erkrankungen und in der Prävention für gefährdete Personen besonders groß.

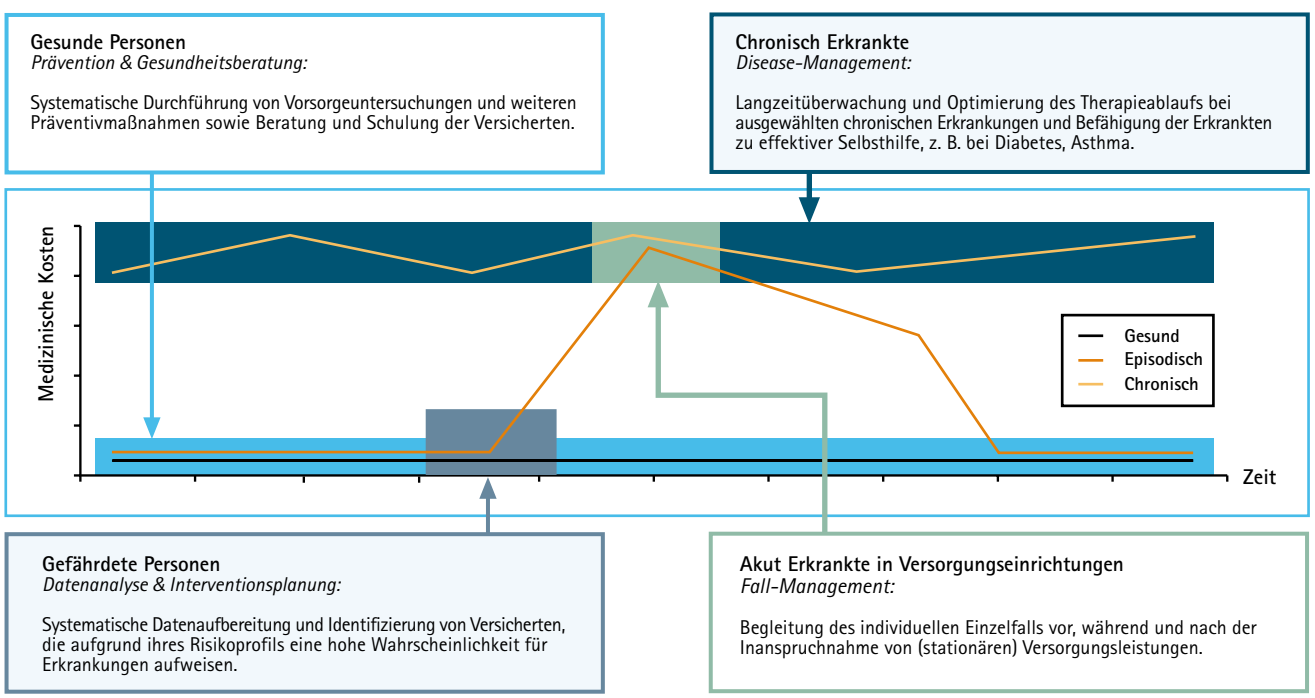
Chronisch Erkrankte und gefährdete Personen gezielt betreuen

Die nachhaltige Betreuung von chronisch erkrankten Personen wirkt einer Verschlechterung des Krankheitszustandes entgegen. Sowohl medizinische Kriterien als auch organisatorische Aspekte fließen in die Behandlung mit ein. Versorgungslücken bei der individuellen Behandlung werden früh identifiziert und können behoben werden. Somit wird eine kostenintensive Behandlung vermieden und der Gesundheitszustand der Patienten stabilisiert. Wird das medizinische Leistungsmanagement auf die Betreuung gefährdeter Personen ausgedehnt, kann im Idealfall eine akute Erkrankung durch rechtzeitige und gezielte Intervention vermieden werden. Auf Basis von Patientendaten und mit Hilfe einer systematischen Datenaufbereitung werden individuelle Risikoprofile für die Kunden erstellt. Dabei werden Patientendaten zum Beispiel zu Vorerkrankungen und Daten aus medizinisch-statistischen Erhebungen genutzt.

Kundenbeziehungen pflegen und leistungsfähige IT-Systeme einsetzen

Die Voraussetzungen für ein erfolgreiches medizinisches Leistungsmanagement sind sowohl gute Kundenbeziehungen als auch leistungsfähige IT-Systeme. Krankenversicherungen müssen hierzu den Dialog mit ihren Kunden verstärken und ihre Bedürfnisse und medizinische Situation verstehen. Sie stehen dabei dem Kunden nicht mehr nur in akuten Krankheitsfällen, sondern in allen Gesundheitsfragen als kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung. Relevante Informationen können dann in leistungsfähigen Datenbanksystemen zu einem aussagekräftigen Profil verknüpft werden.

Abbildung 1: Die gezielte Betreuung chronisch Erkrankter und gefährdeter Personen innerhalb des medizinischen Leistungsmanagements hilft kostenintensive Behandlungen zu vermeiden.



Handlungsfeld 2 – Integrierte IT-Anwendungen

Eine an das Unternehmen und seine individuellen Bedürfnisse angepasste und über Unternehmensgrenzen hinweg einsetzbare einheitliche IT-Infrastruktur eröffnet erhebliche Potenziale für Kosteneinsparungen. Die Einspareffekte, die durch effizientere Abläufe, geringere Reibungsverluste an internen und externen Schnittstellen sowie einem erheblich verbesserten Informationsfluss erreicht werden können, werden auf bis zu 20 % geschätzt.

Eine einheitliche IT-Plattform schaffen

Häufig bestehen IT-Systeme im Gesundheitswesen aus historisch gewachsenen „Insel-Lösungen“. Intransparenzen und unnötig hohe Verwaltungskosten sind die Folge. Eine IT-Strategie sollte unter anderem folgende Aspekte berücksichtigen:

- Nutzungsmöglichkeiten bereits bestehender Infrastruktur,
- Planung einer Infrastruktur, die auf fest definierten und allgemein anerkannten Standards beruht,
- Auswahl von Systemen, die den besonderen Datenschutzanforderungen der Branche genügen,
- Definition von Verfahrensabläufen im Betrieb und bei Erweiterungen/Änderungen
- Festlegung von internen und externen Schnittstellen und ihrer möglichen Belieferung.

Das Kundenmanagement verbessern

Die Kundeninformationen, die bereits bei Krankenversicherungen und Leistungserbringern vorliegen, können weitaus gezielter eingesetzt werden. Ein modernes Datenbanksystem, das relevante Kundeninformationen zu einem Profil verknüpft, ermöglicht sowohl Krankenversicherungen als auch Leistungserbringern, den Kunden „Patient“ gezielt anzusprechen. Weitere, über die Krankheitsbehandlung hinausgehende Dienstleistungen können dem Kunden individuell angeboten werden. Neben der erhöhten Qualität der Dienstleistung und Kundenzufriedenheit lassen sich durch aufeinander abgestimmte Datenbankstrukturen erhebliche Einsparungen im IT-Bereich erreichen.

Medienbrüche beim Datenaustausch vermeiden

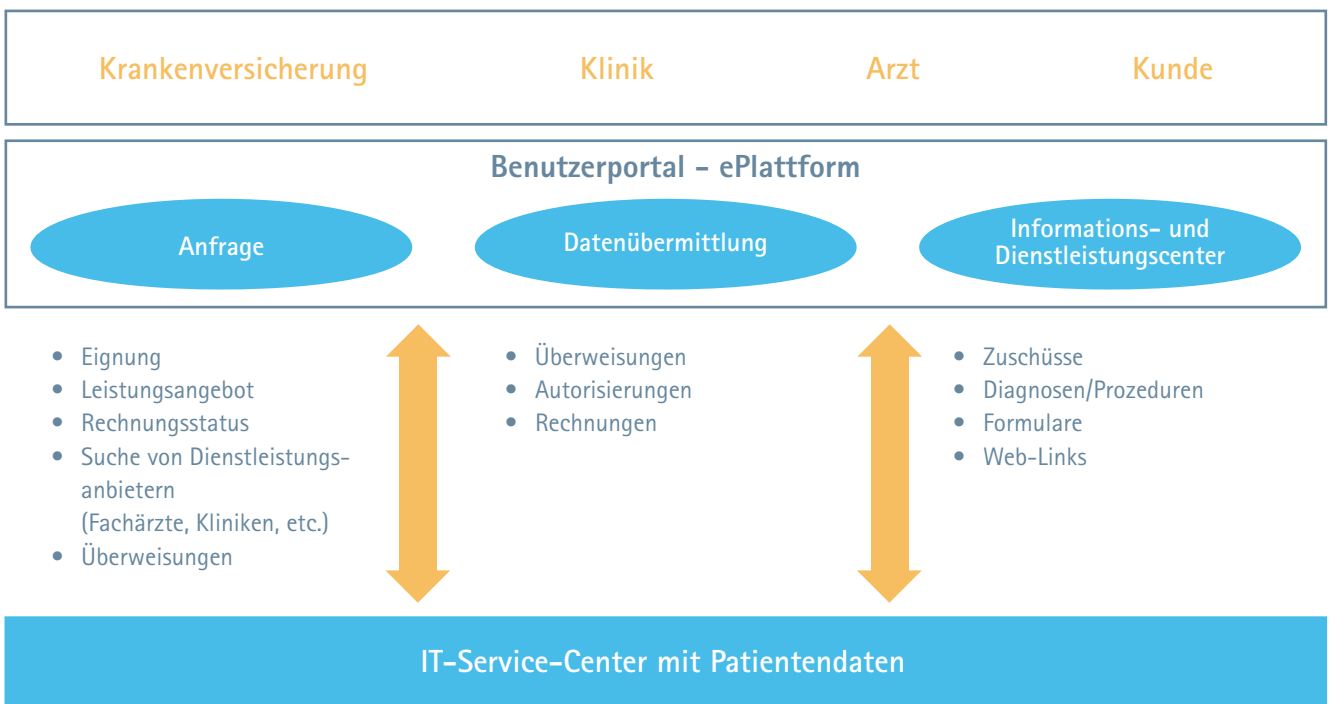
Der elektronische Austausch von Behandlungsdaten bietet erhebliche Möglichkeiten zur Effektivitätssteigerung bei Leistungserbringern. Doppeluntersuchungen werden so beispielsweise vermeidbar. Eine zentrale, leicht zugängliche elektronische Patientendatei kann alle behandlungsrelevanten Daten schnell zur Verfügung stellen. Weiterhin bestehen jedoch erhebliche Bedenken bezüglich des Datenschutzes. Sie stehen einer völligen Zentralisierung der Informationen entgegen. Es fehlen ein einheitliches Vorgehensmodell sowie ein allgemein anerkanntes Berechtigungskonzept zur Nutzung der Patientendaten. Eine Lösungsmöglichkeit sind zentrale, unabhängige Service-Center, die die Patientendaten vorhalten und bei jedem Zugriff die Einsichtsberechtigung überprüfen. Denkbar ist ein vollständiges Auslagern der IT-Systeme an solche Service-Center. Betriebskosten für die Informationssysteme lassen sich dadurch erheblich senken.

Abrechnungsdaten elektronisch austauschen

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen ist bereits seit einigen Jahren standardisiert. Diese Standardisierung hat zu erheblichen Kosteneinsparungen in diesem Bereich beigetragen. Für die Abrechnung von verschreibungspflichtigen Medikamenten und von Leistungsdaten für Krankenhäuser ist derzeit jedoch noch kein einheitlicher Standard abzusehen. Das Einsparpotenzial speziell für die Krankenhäuser ist jedoch enorm, da sich nicht nur die reinen Transaktionskosten erheblich verringern würden. Durch den zeitnahen Austausch ist auch eine kurzfristigere Klärung administrativer Fragen mit den Krankenversicherungen möglich.



Abbildung 2: Integrierte IT-Anwendungen im Gesundheitsmarkt verbessern den Informationsfluss zwischen allen Akteuren.



Handlungsfeld 3 – Shared-Services-Betriebe

In den nicht medizinischen Bereichen der Krankenhäuser können durch die Auslagerung von Dienstleistungen in gemeinschaftliche, krankenhäusübergreifende Dienstleistungsbetriebe Kosteneinsparungen zwischen 15 % und 30 % erzielt werden. Gleichzeitig kann die Qualität der Dienstleistungen durch die Auslagerung in solche Shared-Services-Betriebe häufig deutlich erhöht werden.

Auf Kernkompetenzen konzentrieren

Das Kerngeschäft der Leistungserbringer ist die medizinische Versorgung der Patienten. Sie umfasst Diagnose, Therapie und Pflege. Neben diesen Kernaufgaben betreiben Krankenhäuser oftmals große, nicht medizinische Dienstleistungsbetriebe. Darunter fallen z. B. Einkauf und Logistik, Finanz- und Rechnungswesen, IT, Verpflegung und Wäsche. Diese Dienstleistungsbetriebe haben nur selten die kritische Masse, die für einen wirtschaftlichen Betrieb erforderlich ist. Die Serviceleistungen lassen sich im Regelfall besser zusammen mit Allianzpartnern – in Shared-Services- oder Outsourcing-Modellen – erbringen.

Größenvorteile nutzen

Shared-Services-Modelle ermöglichen Krankenhäusern, die Effektivität ihrer nicht medizinischen Dienstleistungen zu erhöhen. Einzelne Krankenhäuser können Größenvorteile zusammen mit Kooperationspartnern nutzen. Hier sind Kooperationen von Krankenhäusern untereinander wie auch Kooperationen mit spezialisierten Dienstleistungsunternehmen beispielsweise in den Bereichen Logistik, IT und Großwäscherei denkbar. Krankenhausgruppen können ihre natürlichen Größenvorteile durch die Einrichtung gruppenübergreifender Service-Organisationen mit einem standardisierten Leistungsangebot voll ausschöpfen.

Beispiel: Shared Services im Finanz- und Rechnungswesen

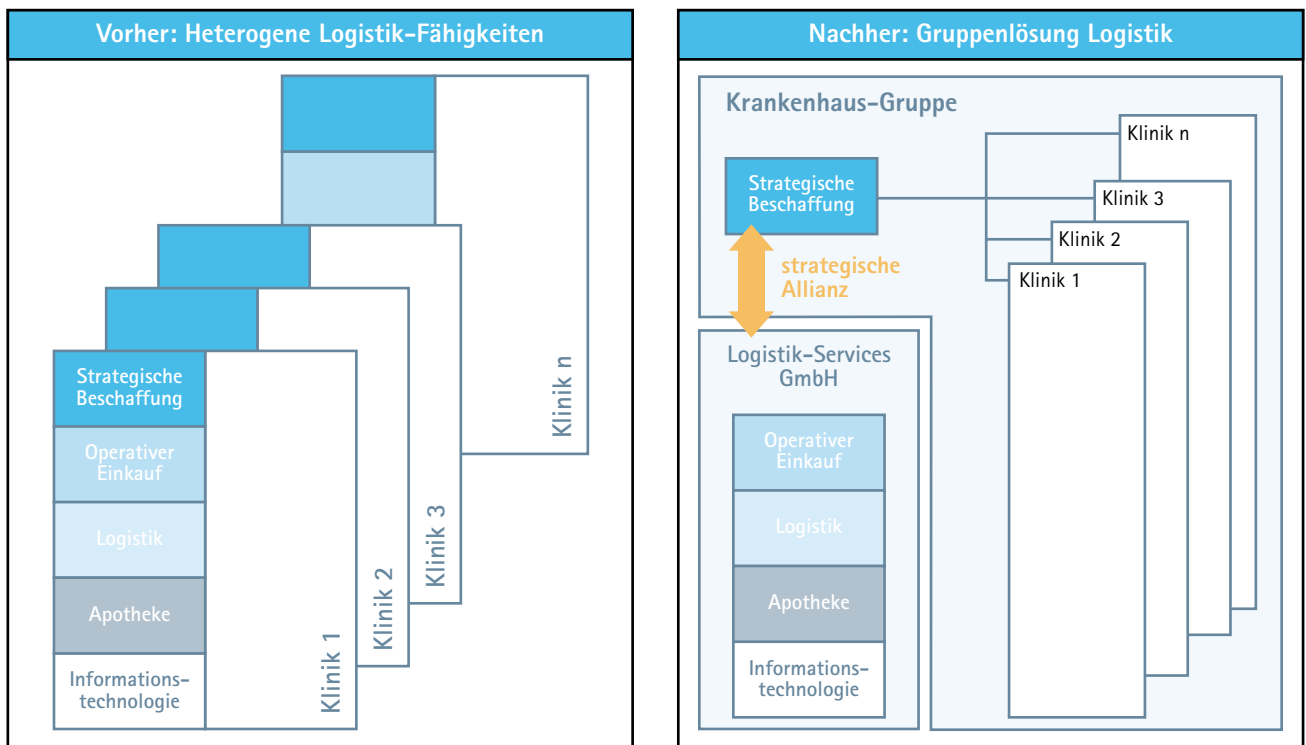
Eine große deutsche öffentliche Krankenhausgruppe erreichte durch die Einführung eines übergreifend organisierten und standardisierten Finanz- und Rechnungswesens erstmals vollständige Kostentransparenz. Gleichzeitig konnten die Kosten des Finanz- und Rechnungswesens um 25 % verringert werden. Es wurde ein neuer Service-Betrieb Finanzen aufgebaut, der alle Krankenhäuser der Gruppe betreut. Alle Häuser wurden auf ein optimiertes und standardisiertes Finanz-Informationssystem umgestellt, das die Geschäftsbuchhaltung, die Kostenrechnung und die Forderungsabrechnung abdeckt. Bei deutlich geringeren Kosten steht nun ein leistungsfähiges Instrument zur Unternehmenssteuerung zur Verfügung, das Verbesserungspotenziale auch in anderen Bereichen erschließt.

Beispiel: Shared Services in Einkauf und Logistik

Eine große deutsche öffentliche Krankenhausgruppe konnte ihre Beschaffungskosten durch den Einsatz von Shared Services um 15 % reduzieren. Das Einkaufsvolumen der Gruppe wurde gebündelt, und die Vertragsverhandlungen wurden einer übergreifenden strategischen Einkaufsorganisation übertragen. Dabei wurde die Anzahl der eingekauften Artikel sowie Lieferanten signifikant gesenkt. Die operativen Arbeitsabläufe wurden standardisiert und der Anteil logistischer Aufgaben des Pflegepersonals deutlich verringert. Ein zentrales Dienstleistungszentrum erbringt dabei alle operativen Einkaufs-, Logistik- und internen Distributionsaktivitäten für die Krankenhäuser. Dieses Dienstleistungszentrum wird in einer Allianz mit einem Logistikunternehmen betrieben.



Abbildung 3: Durch Shared-Services-Modelle in Einkauf und Logistik können Größenvorteile genutzt und Kosten gesenkt werden.



Accenture – Kontakte und Informationen

Accenture Health Services

Das Dienstleistungsspektrum von Accenture im Bereich Health Services richtet sich an Krankenhäuser als Leistungserbringer, Kostenträger – wie Krankenversicherungen und -kassen – sowie Unternehmen aus dem medizinischen Produktbereich. Unsere Health-Services-Experten in Deutschland, Österreich und der Schweiz kennen die speziellen Herausforderungen der Branche und entwickeln individuelle, zukunftsweisende Lösungen für anstehende Transformationsprozesse und setzen diese gemeinsam mit dem Kunden um. Herausragende Themen sind dabei verbesserte Qualität, stärkere Kundenausrichtung sowie Kosteneindämmung.

Accenture

Accenture ist einer der weltweit führenden Management- und Technologie-Dienstleister. Mit seinem Unternehmensnetzwerk, das die Beratungs- und Outsourcing-Expertise des Unternehmens durch strategische Allianzen, Beteiligungen und andere Leistungsbereiche erweitert, liefert Accenture innovative Lösungen, mit denen Kunden aller Branchen ihre Visionen schnell und erfolgreich umsetzen können. Mit über 75.000 Mitarbeitern in 47 Ländern erwirtschaftete das Unternehmen im vergangenen Fiskaljahr (zum 31. August 2002) einen Nettoumsatz von 11,57 Milliarden US-Dollar. Die Internet-Adresse lautet www.accenture.de.

Public Relations Kontakt:

Ralf Miller
Tel. 06173 94 66378
E-Mail: ralf.miller@accenture.com

Copyright © 2002 Accenture. All rights reserved.
Accenture, its logo, and Accenture Innovation Delivered
are trademarks of Accenture.

Deutschland

Frankfurt

Campus Kronberg 1
D-61476 Kronberg
Telefon: +49 6173 94-99
Fax: +49 6173 94-98

Berlin

Stralauer Allee 2b
D-10245 Berlin
Telefon: +49 30 89047-40
Fax: +49 30 89047-41

Düsseldorf

Kaistraße 20
D-40221 Düsseldorf
Telefon: +49 211 9120-30
Fax: +49 211 9120-31

München

Maximilianstraße 35
D-80539 München
Telefon: +49 89 93081-0
Fax: +49 89 93081-1

Schweiz

Zürich

Fraumünsterstrasse 16
CH-8001 Zürich
Telefon: +41 1 219-9889
Fax: +41 1 219-8889

Österreich

Wien

Börsegebäude
Schottenring 16
A-1010 Wien
Telefon: +43 1 20502-0
Fax: +43 1 20502-1

www.accenture.com

www.accenture.de
www.accenture.ch
www.accenture.at