

Die hier dargestellten Ausprägungen der Innovationsbemühungen folgen grundsätzlich keinem erkennbaren, branchenspezifischen Fokus. Die Innovationsforschung hat branchenübergreifenden Charakter und ist damit auch gut auf das bundesdeutsche Gesundheitswesen zu übertragen. Die in dieser Branche zu beobachtenden Innovationen waren in der Vergangenheit nicht selten auf medizinische, vorher nicht-bekannte oder schlichtweg nicht-realisierbare Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden ausgerichtet. Viele der Methoden wurden erst durch ein breiteres medizinisches Wissen bzw. durch im Zeitverlauf realisierbare Technik durchführbar. Neben den Versorgungszielen konnten damit häufig auch Verbesserungen in puncto eines gesunkenen Behandlungsrisikos erzielt werden.¹

2.1 Gesundheitsmarkt im Lichte des medizin-technischen Fortschritts

Aufgrund des medizin-technischen Fortschritts stehen heutzutage deutlich mehr Möglichkeiten zur Verfügung, Krankheiten zu behandeln und damit Versorgungsziele zu erreichen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.² Dennoch ist das Echo

¹ Vgl. Amshoff (2010), S. 50.

² Den nationalen Gesundheitssystemen kam eine deutliche Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände zugute. Mit einer zeitgemäßen Unterbringung weiter Teile der Bevölkerung und den damit einhergehenden zugänglichen Ver- und Entsorgungsleistungen konnten deutliche Hygieneverbesserungen erzielt werden. Vgl. Fogel (2004), S. 51 ff.

auf den medizin-technischen Fortschritt kein einheitliches. Während einerseits der Beitrag des medizinisch-technischen Fortschritts gewürdigt wird, mit dessen Hilfe es gelingt, dem sich abzeichnenden, demografischen Wandel entgegenzutreten³, wird andererseits darauf verwiesen, dass zahlreiche Innovationen bislang nur in einem sehr geringen Maße dazu beigetragen haben, Erleichterungen bspw. bei der Arbeit mit dem oder an dem Patienten herbeizuführen. Als Grund dafür wird genannt, dass die Wirkungen dieses Fortschritts eher nachfragetreibend waren, was nicht zuletzt durch eine für Gesundheits(dienst-)leistungen zu unterstellende, hohe Einkommenselastizität begünstigt wird.⁴

Dies führt dazu, dass das Urteil über den bislang insgesamt im Gesundheitssystem zu konstatierenden Fortschritt teilweise ambivalent ausfällt. Für die Branche wurden entsprechende Neuerungen mit eigenen Begriffen belegt: Add-On- bzw. Halfway-Technologien oder aber Scheininnovationen.⁵ Diese Ausprägungen stehen im Verdacht, den Anstieg der Gesundheitsausgaben mit zu verursachen.⁶ Die grundsätzlich zu begrüßenden, innovativen Verfahren bergen damit Potenziale, eingeführte Therapie- oder aber Diagnosemethoden in Abhängigkeit von der zu behandelnden Klientel ggf. in eine beitragsatz- und damit systemrelevante Dimension zu führen. Bis zum Ende der 1980er Jahre wurden deswegen eher technische Gründe beschrieben, die dazu führten, dass der Fortschritt nicht einer breiten Patientenpopulation zu Gute kam. Erst ab den frühen 1990er Jahren waren es dann

³ Vgl. Oberender und Zerth (2008), S. 11.

⁴ Vgl. Oberender und Zerth (2008), S. 17.

⁵ Unter einer Add-On-Technologie werden Diagnose- und Therapieverfahren subsumiert, die das Leistungsspektrum erweitern. Eine Halfway-Technologie ist ein Verfahren, das zu einer Verlängerung des Zeitraums zwischen Diagnose- und Todeszeitpunkt führt. Neuerungen, denen nur ein geringeres oder aber kaum nachweisbares Innovationspotenzial zu bescheinigen ist und denen somit keine medizinische Evidenz bzw. kein besonderer Nutzen gegenüber steht, werden darüber hinaus auch als Scheininnovationen bezeichnet. Vgl. Amshoff (2010), S. 52 f. sowie S. 59. Die Diskussion um Scheininnovationen hat maßgeblich den Reformprozess auf dem Arzneimittelmarkt geprägt. Im Zuge des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), wurden vor diesem Hintergrund Regelungen ins Sozialgesetzbuch aufgenommen, wonach neue Arzneimittel über einen Zusatznutzen verfügen müssen, um als „echte Innovation“ zu gelten. Zur aktuellen Umsetzungsstand der Bewertung des Zusatznutzens vgl. exemplarisch Sattelmeier et al. (2013), S. 213–220, Witte und Greiner, (2013), S. 226–234 und Moeser und Ecker (2013), S. 235–243; den kritischen Einfluss einer reinen Kostendämpfungspolitik auf Innovationen beschreibt Cassel (2011), S. 15–24.

⁶ Vgl. Amshoff (2010), S. 52 ff.

auch ökonomische Gründe, die mittels der sektoralen Budgetrestriktionen zu einer impliziten Rationierung⁷ führten.⁸

Vom Grundsatz her können für das bundesdeutsche Gesundheitswesen zwei Möglichkeiten genannt werden, Effizienzpotenziale zu heben. Erstere geht auf Infrastruktur- und Prozessinnovationen zurück. Ein typisches Beispiel für eine Infrastrukturinnovation könnte die Telematik sein. Ebenfalls typische, medizintechnische Prozessinnovationen stellen die Möglichkeiten ambulanter Operationen dar. Die ausgabesenkenden Wirkungen beider Innovationsformen sind rasch einsichtig.⁹ Die zweite Möglichkeit, Effizienzreserven zu heben, geht auf die regelmäßige Überprüfung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung zurück. Bislang erstattungsfähige Leistungen um solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bereinigen, die nicht mehr dem Stand der aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, könnte einen enormen Effizienzschrift ausmachen.¹⁰ Letztgenannter Effekt erklärt sich so, dass dem über die Jahre entstandenen Leistungskatalog im Zeitverlauf immer mehr innovative Leistungen zugeführt wurden, obwohl die berücksichtigten Leistungsbündel¹¹ in vielen Fäl-

⁷ Zu den Formen der Rationierung im deutschen Gesundheitssystem vgl. Rixen (2010), S. 52 ff. Zu den Anzeichen einer impliziten Rationierung vgl. zudem Hoppe (2008), S. 197 ff.

⁸ Vgl. Lauterbach und Lünen (2008), S. 149 ff.

⁹ Darüber hinaus werden folgende Möglichkeiten genannt, die Ausgaben des Gesundheitswesens nachhaltig zu senken: Beseitigung mangelhafter Versorgungsstrukturen, verbessertes Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung, Optimierung der Geschäftsprozesse, Beseitigung von Kapazitätsüberhängen, Eliminierung von Über- und Fehlversorgung, Förderung der qualitativen Anstrengungen innerhalb der Leistungserbringung, verstärkter Wettbewerb der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, verbesserte Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Leistungserbringern, Etablierung von Rabattverträgen bei der Arzneimittelversorgung sowie die selektivvertragliche Öffnung des stationären Sektors. Vgl. Amshoff (2010), S. 64 ff.

¹⁰ Vgl. Amshoff (2010), S. 65.

¹¹ Als positive Beispiele solcher gelungenen Innovationen sind zu nennen: innovative, bildgebende Verfahren sowie beschleunigte Diagnoseprozesse, Innovationen bei der Arzneimittelversorgung, minimal-invasive Chirurgie, künstliche Organe und Gelenke, die Versorgung mit Körperersatzstücken sowie implantierbare Organsurrogate, die erweiterten Möglichkeiten der Organtransplantation und neue Möglichkeiten im Bereich der Gentechnik. Den vielen positiven Beispielen für innovative Versorgungsmöglichkeiten stehen aber auch Misserfolge gegenüber. Hier werden u. a. die Missbildungen nach der Contergan-Katastrophe, eine mangelnde Evidenz von arthroskopisch durchgeführten Operationen von verschlissenen Kniegelenken, Nebenwirkungen im Rahmen der Hormonbehandlungen von Frauen nach der Menopause, roboterbetriebene Operationen beim Hüftgelenkersatz sowie eine mangelnde Evidenz bei der Früherkennung von Prostatakrankheiten genannt. Vgl. Amshoff (2010), S. 50 ff.

len nicht mit der Hebung der benötigten Effizienzreserven einhergingen, sondern ganz im Gegenteil mit deutlich ressourcenverzehrenden Leistungsausweitungen verbunden waren.¹² Hier liegen die Gründe, weshalb viele neuartige Leistungen in das Leistungsgefüge der gesetzlichen Krankenversicherung nur noch unter Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) aufgenommen und damit bestimmten Patienten-/Bevölkerungsgruppen erst – wenn überhaupt – mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zugänglich gemacht werden.¹³

2.2 Exkurs: Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nach der Neuordnung des GBA durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-GMG) im Jahr 2004 entstand ein sektorenübergreifendes Gremium, das mit der Kompetenz, Richtlinien zur Gestaltung des Leistungskatalogs zu erlassen, ausgestattet wurde. Mit dem im Jahre 2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurden die GBA-Strukturen abermals angepasst und die unterschiedlichen Beschlussgremien wurden zu einem einheitlichen Gremium bestehend aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des GKV-Spitzenverbandes sowie Patientenvertreterinnen und -vertretern zusammengefasst.¹⁴ Im System der gesetzlichen Krankenversicherung trifft der GBA die Allokationsentscheidungen mittels seiner Richtlinienkompetenz für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Das Beschlussgremium hat eine hoheitliche Funktion erhalten, mit der über die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Leistungskatalogs bestimmt werden kann.¹⁵ Damit stehen sämtliche Innovationen auf dem Prüfstand des GBA bzw. dem des den GBA beratenden Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Bei dieser Bewertung

¹² Vgl. Burger (2010), S. 21.

¹³ Vgl. Burger (2010), S. 21.

¹⁴ Vgl. Rebscher (2008), S. 334.

¹⁵ Zu den Aufgaben des GBA gehören u. a. Entscheidungen über den Leistungskatalog (Weiterentwicklung und Bereinigung) zu treffen, die medizinischen Leitlinien auf Basis evidenzbasierter Medizin als Grundlage für selektivvertragliche Versorgungsformen und indikationsbezogene Qualitätssicherung weiterzuentwickeln, universale Sektoren und einrichtungsübergreifender Verfahren zur Qualitätssicherung mit einem besonderem Fokus auf die Ergebnisqualität und den patientenbezogenen Behandlungserfolg zu etablieren sowie gegenüber den Versicherten Transparenz über die Versorgungsqualität des Gesundheitssystems zu gewähren. Vgl. Hess (2010), S. 130.

wird eine gesundheitsökonomische Betrachtung vorgenommen, bei der es um die Angemessenheit und Zumutbarkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus Sicht der die Kosten tragenden, gesetzlich versicherten Solidargemeinschaft geht.¹⁶

Diese Generalvollmacht des GBA ist in der Gesundheitsszene nicht unumstritten.¹⁷ So wird bspw. kritisiert, dass die im Sozialrecht verwendeten Begriffe der ‚Zweckmäßigkeit‘, der ‚fachlich gebotenen Qualität‘ sowie der ‚Wirksamkeit‘ genauer definiert werden müssten. Auf Basis dieser Definition müsste sodann eine Erweiterung der bisherigen Bewertungskriterien erfolgen.¹⁸ Da es der Entscheidung des GBA obliegt, festzulegen, ab wann eine Neuerung für das System der gesetzlichen Krankenversicherung nützlich, notwendig und wirtschaftlich ist¹⁹, können die dem GBA angehörenden Selbstverwaltungsvertreter aus Sicht einer sozialgerichtlichen Praxis auch medizinische Innovationen für das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem verzögern oder verhindern.²⁰

2.3 Innovationen in deutschen Krankenhäusern

2.3.1 Besonderheiten des Krankenhausmarkts

Seit der Einführung der Vergütung auf Basis der Diagnosis Related Groups (DRGs) im deutschen Krankenhausmarkt ist ein zunehmend wettbewerbleres Agieren der Träger zu konstatieren. Auf diesen Wettbewerbsdruck reagieren die Krankenhäuser, in dem sie sich als Systemführer zu etablieren versuchen²¹, um derart Alleinstellungsmerkmale im Markt zu erreichen. Dies führt dazu, dass sich Krankenhäuser einerseits untereinander andererseits aber auch gegenüber vor- und/oder nachgelagerten Versorgungsstufen²² im Wettbewerb behaupten müssen. Ein

¹⁶ Vgl. Stuppard (2010), S. 113.

¹⁷ Für eine umfassende Darstellung des gesundheitsökonomischen Diskurses zum Effizienzgrenzenkonzept vgl. Foos et al. (2010), S. 85–102 sowie ergänzend Deutscher Ethikrat (2011), S. 25–29 und 57. Eine kritische Wertung findet sich ebenfalls bei Schulenburg (2013), S. 210–212.

¹⁸ Vgl. Fischer (2010), S. 115 ff.

¹⁹ Vgl. Fischer (2010), S. 100.

²⁰ Vgl. Schimmelpfeng-Schütte (2010), S. 71 ff.

²¹ Vgl. Lohmann und Rippmann, (2010) S. 1 ff.

²² Zu den unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten gehören auch eine moderne, ärztliche Praxis bzw. ein zeitgemäßes Krankenhausmanagement unter Rückgriff auf Portalkliniken vgl. auch Ehlers et al. (2008), S. 213 ff.

solcher Wettbewerb wird in Regionen mit hohen Krankenhausdichten, wie sie bspw. in städtischen Regionen anzutreffen sind, qualitative Aspekte stärker betont.²³ Über die Qualität hinaus sind in städtischen und ländlichen Regionen bedingt durch den starken Wettbewerb ökonomische Herausforderungen entstanden, denen die Krankenhäuser mit veränderten Leistungs- und Organisationsprozessen entgegenzutreten versuchen.²⁴

Solche Differenzierungen gehören nicht gerade zu den leichtesten aller zu bewältigenden Organisationsaufgaben eines Krankenhauses und belasten damit nicht selten die zur Verfügung stehenden Ressourcen, für deren Ge-/Verbrauch es keine Gewähr auf einen Rückfluss durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträger gibt. Während Prozessinnovationen in deutschen Krankenhäusern nicht selten eher unsystematisch, zufällig und ohne weitere Honorierung zu Tage treten, werden Produktinnovationen systemimmanent mit zusätzlichen Vergütungen belohnt.²⁵

„Regelhaft“ kann dies im akutstationären Bereich auch ohne finale GBA-Entscheidung mit Entgelten für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB-Entgelten) und/oder durch zusätzliche Vergütungen (bspw. durch Selektivverträge) abgebildet werden. Doch auch solche Honorare aus dem sektoralen Vergütungssystem herauszulösen, ist nicht leicht und obliegt einem zum Teil langwierigen Verhandlungsprozess.

Das deutsche Gesundheitssystem scheint damit nach Meinung einiger Gesundheitsexperten vorrangig nicht auf die rasche Implementierung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Produkten und Prozessen ausgerichtet zu sein.²⁶ Vor diesem Hintergrund müssen sich Krankenhausträger nach neuen Möglichkeiten umschauen, Innovationen, die mit den genannten Bedingungen passungsfähig sind, hervorzubringen. Dabei scheinen Innovationen, die nicht den Weg durch die Beratungsinstanzen der gemeinsamen Selbstverwaltung (GBA/IQWiG) nehmen müssen, besonders interessant. Grundsätzlich werden drei unterschiedliche Arten genannt, nach denen Wettbewerbsvorsprünge durch Innovationen in einem Krankenhaus gelingen können, wie Abb. 2.1 zeigt.

²³ Zudem müssen Krankenhäuser auf eine ständige Anpassung der vorhandenen Infrastruktur achten. Dieser Anpassungsdruck trifft dabei häufig auf eine Unterdeckung der aus Mitteln der Bundesländer zu bestreitenden Investitionsmittel. Ziehe beschreibt die Finanzierung der Investitionen von rd. 700 deutschen Krankenhäusern als nicht gesichert. Vgl. Ziehe (2009), S. 42 ff.

²⁴ Vgl. Oberender und Zerth (2008), S. 22.

²⁵ Vgl. Burger (2010), S. 21.

²⁶ Vgl. Stuppard (2010), S. 106.

Wettbewerbsvorsprünge durch Innovationen		
Patienten/ Kunden	Innovative Technologien	Innovative Geschäftsmodelle
<ul style="list-style-type: none">• Auswahl durch Patienten bzw. durch einweisenden Arzt• Image/Ruf des Krankenhauses kann entscheidend sein• Qualität der Behandlung als leistungsauslösendes Moment• erweiterte Leistungsbündel (Servicepaket, Warte-/Öffnungszeiten, usw.)	<ul style="list-style-type: none">• neue, diagnostische, therapeutische oder aber pflegerische Methoden• neue Medikamente• ggf. einhergehend mit einem gleichzeitigen, geringerem Ressourceneinsatz	<ul style="list-style-type: none">• Geschäftsmodelle zur Erhöhung der Effizienz unter Integration gesundheitsrelevanter Aspekte<ul style="list-style-type: none">✓ Verbesserung der Pflege✓ Erhöhung der Patienten-zufriedenheit✓ Verkürzung der Wartezeiten✓ Minimierung des Zeitaufwandes

Abb. 2.1 Arten von Wettbewerbsvorsprüngen im Krankenhaus durch Innovationen. (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Granig und Perusch (2012), S. 106)

2.3.2 Innovationsansätze im Krankenhaus

Für die medizin-technische Industrie leisten Ärzte sowie Gesundheits- und Krankenpfleger aber auch Patienten bzw. deren Angehörige bereits durch die Verwendung offener Innovationsprozesse einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Medizintechnik.²⁷ Diese Rückmeldungen wurden genutzt, um Produkte anzupassen bzw. bedarfsgerecht zu verändern.²⁸ Diese ersten Entwicklungsschritte sind als Vorboten für die Branche zu verstehen und lassen es mehr als nur erforderlich erscheinen, mit Ideen, die außerhalb der gewohnten Innovationsschleifen entstehen, anders umzugehen, als dies im Gesundheitswesen bislang der Fall war. Dabei ist

²⁷ Vgl. Kreyher (2001), S. 21. Neben medizin-technischen Innovationen liegen erhebliche Veränderungspotentiale insbesondere in der Aufbau- und Ablauforganisation von Krankenhäusern. Eine umfangreiche Darstellung und empirische Analyse von Veränderungspotentialen formeller und informeller Organisationsstrukturen findet sich bei Crojethovic et al. (2014).

²⁸ Siehe dazu auch die Ausführungen zur Patientenorientierung, vgl. Kreyher (2011), S. 31 ff.

auch zu beachten, dass ein allen Berufsgruppen gerecht werdendes Betriebliches Vorschlagswesen in der Krankenhauslandschaft bislang häufig nicht zu den bevorzugten Instrumenten der Ideengenerierung gehört.

Nach der Medizintechnik sollte es nun also auch in der akutstationären Versorgung möglich sein, Innovationsansätze zu öffnen, um derart einen Beitrag zur Wiedererlangung der Gesundheit, der Verlängerung des Lebens bzw. der Verbesserung der Lebensqualität zu leisten, zumal das Krankenhaus im Mittelpunkt der Versorgungskaskade und damit im Fokus einer größeren Anzahl von Behandlungsansätzen steht.²⁹

Mit einer verbesserten Integration der Anspruchsgruppen könnte die Krankenhausbranche ihre Leistungsbündel bedürfnisgerechter ausrichten. War die Rolle der Patienten in der Vergangenheit eher eine passive, so können diese nunmehr aktiviert werden. Ein nicht kleiner Teil der Patientinnen und Patienten würde es sicherlich schätzen, wenn sie (überhaupt) in die medizinischen, therapeutischen oder aber pflegerischen Prozesse – auch im Sinne einer verbesserten Adhärenz – eingebunden würden. Dies kann mit einer veränderten Wertschöpfung in puncto der medizinisch-pflegerischen Optionen einhergehen. Einige GesundheitsökonomInnen betonen an der Stelle nicht nur den Faktor der Wettbewerbsfähigkeit sondern zudem auch den der Existenzsicherung für die Krankenhäuser.³⁰

²⁹ Vgl. Strehlau und Fiebig (2010), S. 48 ff.

³⁰ Vgl. Granig und Perusch (2012), S. 153.

Verbesserung der Performance durch Open
Innovation-Ansätze

Von neuartigen Verfahren zur Suche nach
Differenzierungsvorteilen im Krankenhaus

Hartweg, H.-R.; Kaestner, R.; Lohmann, H.; Proff, M.;
Wessels, M.

2015, V, 28 S. 3 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-07656-6