

Benjamin I. Behar
Clemens Guth
Rainer Salfeld

Modernes Krankenhaus- management

Konzepte und Lösungen

4. Auflage

 Springer Gabler

Modernes Krankenhausmanagement

Benjamin I. Behar · Clemens Guth ·
Rainer Salfeld

Modernes Krankenhausmanagement

Konzepte und Lösungen

4. Auflage

 Springer Gabler

Benjamin I. Behar
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

Rainer Salfeld
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

Clemens Guth
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

ISBN 978-3-662-57539-0

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-57540-6>

ISBN 978-3-662-57540-6 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Lektorat: Margit Schlomski

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Geleitwort

Das Krankenhauswesen in Deutschland befindet sich seit einigen Jahren in einem tiefgreifenden Veränderungsprozess, dessen Ergebnisse selbst Experten zurzeit nur in Form möglicher Szenarien entwerfen können. Zahlreiche Einflussfaktoren spielen eine Rolle, deren politische und gesellschaftliche Gewichtung die Entwicklungen massiv beeinflussen kann. Dadurch ist eine zuverlässige Prognose zur Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft der Zukunft kaum möglich. Konkret lässt sich auf jeden Fall so viel sagen: Die gesundheitspolitisch angestrebte Transformation des staatlich geplanten Krankenhauswesens hin zu einem wettbewerblich organisierten Krankenhausmarkt ist in den letzten Jahren spürbar fortgeschritten und wird sich auch zukünftig fortsetzen. Für das Krankenhausmanagement bedeutet dies eindeutig: Die Anforderungen werden komplexer und höher.

Der Veränderungsprozess im Krankenhauswesen wird forciert durch eine Welle mehr oder weniger tiefgreifender Reformen der rechtlichen Rahmenbedingungen. Sie rücken neben der Preisregulierung insbesondere den Ausbau der Qualitätssicherung und eine höhere Durchlässigkeit der Sektorengrenzen in den Fokus. Für das Krankenhausmanagement verringern die steigende Regelungsdichte und die im Rhythmus der Legislaturperioden erfolgenden Reformschritte vor allem die mittel- und langfristige Planungssicherheit. Das erschwert strategische Investitionsentscheidungen.

Zwei Faktoren verschärfen die ordnungsrechtlich erzeugte Wettbewerbssituation zusätzlich: der regional unterschiedlich ausgeprägte, auf jeden Fall aber zunehmende Fachkräftemangel und die wachsende Transparenz der Einrichtungs- und Leistungsqualität. Zudem müssen die Marktakteure davon ausgehen, dass der medizinisch-technische Fortschritt die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten weiter vergrößern wird. Das wird auch den Prozess der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen weiter vorantreiben.

Die unternehmerische Freiheit der Krankenhausträger wird im Rahmen der Entwicklungen zwar größer. Das Krankenhausmanagement muss die neuen Gestaltungsspielräume aber auch aktiv nutzen. So kommen für eine sachgerechte Anpassung der Einrichtungs- und Leistungskonzepte neben regionalpolitischen Entscheidungen in stärkerem Maße bundesweit einheitliche Kriterien der Marktregulierung zum Tragen. Das Bundeskartellamt und der Gemeinsame Bundesausschuss gewinnen gegenüber den Ländern an Bedeutung für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen. Für das Kran-

kenhausmanagement bedeutet das eine wesentliche Verschiebung in der politischen Rahmensetzung.

Um die eigene Wirtschaftlichkeit zu sichern und das eigene Haus für Patientinnen und Patienten ebenso wie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter attraktiv zu halten, ist das Krankenhausmanagement gefordert, das eigene Geschäftsmodell daraufhin zu überprüfen, ob es mit Blick auf die neuen Herausforderungen zukunftsfähig ist. Wie kann die Effizienz gesteigert werden? Was ist erforderlich, um gute Fachkräfte vor allem im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu gewinnen und an das eigene Haus zu binden? Wie kann eine hohe Qualität des stationären Leistungsvolumens gesichert werden? Wie können die Patienten noch besser betreut werden? Wo liegen zusätzliche Ertragspotenziale, die erschlossen werden können? Zu diesen und weiteren Managementfragestellungen sind strategische und operative Maßnahmen zu entwickeln. Die dafür notwendigen unternehmerischen Entscheidungen müssen rechtzeitig getroffen und umgesetzt werden. Wesentliche Voraussetzung dafür sind handlungsfähige Organstrukturen und ein gemeinsames Agieren von Management und professionellen Aufsichtsgremien.

Das vorliegende Buch „Modernes Krankenhausmanagement“ in aktualisierter Auflage bietet eine sehr gute Orientierungsbasis dafür, wie die Veränderungen erfolgreich bewältigt werden können. Die für das Krankenhausmanagement wesentlichen Handlungsfelder im Wettbewerb um Patienten und Personal sowie die für eine wirtschaftliche Betriebsführung bestehenden Herausforderungen werden prägnant dargestellt. Daran anknüpfend werden unter Berücksichtigung der Versorgungsfunktion unterschiedliche Optionen für die unternehmensstrategische Ausrichtung der Krankenhausträger von der Spezialisierung über die Erbringung ambulanter Leistungen bis zur sektorübergreifenden regionalen Vernetzung aufgezeigt. Der Kern des Buches widmet sich der praxisorientierten Beschreibung unterschiedlicher Bausteine eines innovativen Personalmanagements sowie zahlreicher Ansatzpunkte für die Etablierung patientenzentrierter Behandlungsabläufe. Darüber hinaus werden unterschiedliche Maßnahmen zur Erhöhung bzw. Sicherung der Leistungsqualität und deren effektiver Vermarktung aufgezeigt.

In diesem Zusammenhang erfährt der im internationalen Vergleich erfreulicherweise nach wie vor auf einem sehr hohem Niveau stehende deutsche Krankenhaussektor eine Würdigung durch die Autoren.

Mit der erfolgreichen Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen kann eine nachhaltige Positionierung des Krankenhauses in der Versorgungsstruktur erzielt werden. Damit würden zugleich die Voraussetzungen für den Zugang zu Eigen- und Fremdkapitalgebern geschaffen. Denn die sinkende Bedeutung der Länder für die Investitionsfinanzierung und die Veränderung der Versorgungsstruktur werden einen steigenden Investitionsbedarf der Krankenhäuser mit sich bringen.

Prof. Dr. Harald Schmitz

Vorsitzender der Bank für Sozialwirtschaft AG

Vorwort

In den letzten Jahren hat sich die Lage der deutschen Krankenhäuser etwas verbessert. Aber immer noch schreiben 39 % rote Zahlen oder erreichen gerade ein ausgeglichenes Ergebnis. Ausreichend ist das nicht, um von einem langfristig wirtschaftlich stabilen Sektor zu sprechen. Vor allem, weil sich die Bundesländer immer mehr aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen und von den Sozialkassen ein immens starker Kostendruck ausgeht – selbst in Zeiten enormer Geldreserven.

Die Krise des Krankenhaussektors wird deshalb weiter an Dramatik gewinnen, und noch mehr Krankenhäuser werden über kurz oder lang aufgeben müssen. Und dies, obwohl der Sektor auf unbestreitbare Stärken und Erfolge verweisen kann! Was die Personalproduktivität anbelangt, liegen die deutschen Krankenhäuser nach wie vor an der Spitze der OECD-Länder. Dennoch ist die Zahl der Krankenhäuser von 2.242 im Jahr 2000 auf 1.951 im Jahr 2016 zurückgegangen. Gleichzeitig ist die Fallzahl im gleichen Zeitraum von 17,3 auf 19,5 Mio. Fälle gestiegen.

Ein wesentlicher Grund für die anhaltenden Wirtschaftlichkeitsprobleme ist sicherlich der hohe Veränderungsdruck, dem der gesamte Sektor seit Jahren unterliegt – nicht zuletzt auch aufgrund immer neuer regulativer Eingriffe des Gesetzgebers. Schritt halten können hier auf Dauer nur Krankenhäuser, die imstande sind, sich flexibel und innovativ an die wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Einzig wer nicht einfach nur in die Fußstapfen der anderen tritt, sondern bereit ist, eigene Akzente zu setzen und die Zukunft aktiv mitzugestalten, wird nachhaltigen Erfolg haben. Und das sollte das Ziel aller Krankenhäuser sein! Denn weder dem Management noch den Mitarbeitern kann es Freude machen, immerzu auf der Tasche des Trägers zu liegen.

Aus diesen Erwägungen heraus haben sich die Autoren entschlossen, das vorliegende Werk „*Modernes Krankenhausmanagement*“ in einer vierten Auflage neu zu überarbeiten und zu erweitern. Alle Kapitel wurden aktualisiert, der Abschn. 5.4 „*Auf den Normalstationen: die Pflege als wesentliches Element des Heilungsprozesses*“ wurde komplett neu geschrieben und das Kap. 9 „*Wirtschaftlichkeit – kein hehrer Wunsch, sondern eine Resultante der medizinischen Qualität*“ wurde ergänzt.

Insgesamt liegt damit das Standardwerk „*Modernes Krankenhausmanagement*“ in einer veränderten und zugleich hochaktuellen Fassung vor. Es soll und wird auch, wie wir hoffen, vielfältige Anregungen und Anstöße für die weitere Reformdiskussion um

die stationäre Versorgung und die Zukunft der deutschen Krankenhäuser vermitteln. Wie die drei früheren Auflagen wendet es sich bewusst an Wissenschaftler und Praktiker, an Gesundheitsökonominnen und Mediziner. Für die Ausbildung von Führungskräften in Hochschulen und Universitäten kann es ebenso genutzt werden wie für Trainings- und Weiterbildungsveranstaltungen auf Krankenhausebene. Sollte es zudem Ideen und Anregungen für das tägliche Management des Klinikbetriebs liefern, würde uns das natürlich besonders freuen.

Für die Unterstützung bei der inhaltlichen Überarbeitung danken die Autoren den Damen und Herren Aline Becker, Benjamin Broda, Nikolas Derwahl, Wolfgang Herb, Michael Kneis, Hannah Kochs, Heinz Kölking, Frederic Lazar, Dr. Sophia Lichtenberg, Frank Löscher, Dr. Simon Machnik, Benjamin-Hagen Mahlo, Johannes Ohlraun, Thomas Paßers, Bianca Trenz und Tobias Weber. Ein besonderer Dank gilt dem ehemaligen Leiter des Zentrallabors der Kliniken der Stadt Köln, Herrn Professor Dr. Dr. Ruprecht Keller. Seine Überlegungen bilden die Grundlage für die Ausführungen zur Optimierung des Laborbetriebes. Zudem gilt unser Dank Diana Maier als Projektleiterin, Dr. Georg Klymiuk als verantwortlichem Editor und Pia Kistner für die technische Überarbeitung des Manuskriptes.

München, Deutschland
im Mai 2018

Dr. Benjamin Behar
Dr. Clemens Guth
Professor Dr. Rainer Salfeld

Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis

Autoren

Dr. Benjamin I. Behar

Dr. Benjamin I. Behar studierte Wirtschaftswissenschaften an der Freien Universität Berlin und promovierte zum Thema „Verbundstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt“ am Institut für Management, Lehrstuhl für Unternehmenskooperation.

Von 2005 bis 2008 war er Berater im Gesundheitssektor von McKinsey & Company. Er ist Stipendiat der Stiftung Deutscher Wirtschaft und Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg (UHH) und der Freien Universität Berlin.

Seit 2009 ist er bei der Artemed SE, seit 2012 als geschäftsführender Direktor.

Dr. Clemens Guth

Dr. Clemens Guth studierte Medizin am Imperial College London. Im Anschluss war er als Assistenzarzt im Universitätsklinikum Chelsea & Westminster Hospital tätig.

Von 2003 bis 2007 arbeitete er bei McKinsey & Company als Berater für Krankenhäuser. Von 2005 bis 2007 war er freigestellt zum MBA-Studium an der Harvard Business School; dort arbeitete er gemeinsam mit Prof. Michael Porter auf dem Gebiet der „Nutzenorientierten Gesundheitssysteme“.

Er ist Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes und Senior Institute Associate an der Harvard Business School.

Seit 2008 ist er bei der Artemed SE, seit 2012 als geschäftsführender Direktor.

Prof. Dr. Rainer Salfeld

Prof. Dr. Rainer Salfeld studierte Rechtswissenschaft an der Universität Bielefeld und promovierte am Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsrecht bei Prof. Dr. Peter Hommelhoff. 1986 trat er in die Unternehmensberatung McKinsey & Company ein; ab 1998 war er dort als Senior Partner für den Bereich des Gesundheitswesens zuständig. Er ist Lehrbeauftragter für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Augsburg. 2004 wurde er vom Freistaat Bayern zum Honorarprofessor ernannt.

Prof. Dr. Rainer Salfeld gehört zu den Gründern der Artemed SE im Jahr 1990 und begleitet seitdem deren kontinuierliche Weiterentwicklung. Zu Beginn des Jahres 2008 übernahm er darüber hinaus auch die Aufgaben eines geschäftsführenden Direktors.

Mitarbeiter

Aline Becker

Aline Becker absolvierte eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin im HELIOS Klinikum Wuppertal. Im Anschluss studierte sie Gesundheitsökonomie und -management an der Bergischen Universität Wuppertal. Von 2015 bis 2017 absolvierte sie ein Traineeprogramm im Bereich Pflegemanagement bei der HELIOS Kliniken GmbH. Ab 2017 war sie als Projektleitung der Geschäftsführung bei der Artemed SE in der Klinik Lilienthal tätig.

Benjamin Broda

Benjamin Broda studierte nach seiner Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie in Mainz, Bayreuth, Brighton (UK) und am Stanford University Medical Center (USA). Seine Studienschwerpunkte lagen auf dem Krankenhausmanagement und Controlling. Von 2014 bis 2017 war er bei der Artemed SE im Hospital zum Heiligen Geist Kempen als Projektleiter der Geschäftsführung tätig. Daneben leitete er seit 2015 die Abteilung Einkauf & Logistik des Hospitals.

Nikolas Derwahl

Nikolas Derwahl studierte Wirtschaftsrecht und Betriebswirtschaftslehre in Bielefeld und Bamberg. Nach Abschluss seines Masterstudiums arbeitete er als Unternehmensberater in Berlin, bevor er im Jahr 2015 als Projektleiter in die Eifelklinik nach Simmerath wechselte. Bis Frühjahr 2018 war Herr Derwahl als Projektleiter an den Standorten Simmerath und Bensheim sowie als Klinikleiter der Eifelklinik tätig.

Wolfgang Herb

Wolfgang Herb studierte nach seiner Ausbildung zum Bankkaufmann Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Finanzen/Controlling an der Universität Augsburg. Im Anschluss absolvierte er das Masterprogramm of Business Administration an der University of Dayton (USA). Während seiner Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent am Lehrstuhl von Prof. Schultze, Universität Augsburg, beschäftigte er sich intensiv mit dem Thema Controlling. Seit 2017 ist er als Leiter Konzerncontrolling für die Artemed SE tätig.

Dr. Georg Klymiuk

Dr. Georg Klymiuk absolvierte sein Studium der Germanistik, Philosophie und Mathematik an der Universität München und promovierte im Bereich Literaturgeschichte. Er arbeitet als Senior Editor und Kommunikationstrainer freiberuflich in München.

Michael Kneis

Michael Kneis absolvierte seinen Betriebswirt als Master of Professional Business Management bei der IHK in München. Von 2011 bis 2014 studierte er berufsbegleitend Healthcare Management an der Donau Universität in Krems mit Schwerpunkt Krankenhausmanagement.

Seit 2010 ist er bei der Artemed SE und verantwortete als Prokurist ab 2012 die kaufmännische Leitung und der Artemed Fachklinik in München. Seit 2015 ist er ebenda Geschäftsführer und zusätzlich seit 2016 geschäftsführend für den neuen Standort in Dießen und das Medizinproduktegeschäft von Curatino verantwortlich.

Hannah Kochs

Hannah Kochs studierte Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Strategische Entscheidungen an der Ludwig-Maximilian-Universität München sowie Wirtschaftspsychologie an der Hochschule für Angewandtes Management München. Nach Abschluss des Studiums war sie Personalberaterin bei einer auf das Gesundheitswesen spezialisierten Personalberatung, bevor sie 2015 bei den Artemed Kliniken als Projektleitung der Geschäftsführung einstieg. Sie war 1,5 Jahre im Tabea Krankenhaus Hamburg als auch in der Klinik Lilienthal tätig, von 2016 bis Ende 2017 am Benedictus Krankenhaus Tutzing.

Heinz Kölking

Heinz Kölking hat nach der dreijährigen Ausbildung in der Krankenpflege an der Universitätsklinik in Münster und anschließender fünfjähriger Praxis in leitender Funktion der Intensivpflege das Studium der Wirtschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Bankenwesen an der Fernuniversität Hagen mit dem Abschluss zum Diplom-Ökonom absolviert. Dem folgte eine Beratungstätigkeit in der Organisation in Krankenhäusern bei der MEDIPLAN in Hamburg in leitender Funktion. Seit 1994 ist er durchweg im Management von Krankenhäusern tätig, davon 20 Jahre als Vorstand und Geschäftsführer in der Diakonie, u. a. mit einem Schwerpunkt Krankenhaus mit 800 Betten in Rotenburg sowie in der Holding eines aufgebauten Verbundes von 7 Krankenhäusern in Niedersachsen. Nebenamtliche Verbandsarbeit zur politischen Gestaltung haben das Berufsleben geprägt, zunächst auf der Landesebene in Schleswig-Holstein in Niedersachsen, dann auf der Bundesebene (13 Jahre Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands) sowie bis heute auf der europäischen Ebene (4 Jahre als Präsident des Dachverbandes EAHM). Heute ist Herr Kölking in beratender Funktion in der Artemed tätig und ist u. a. in der Geschäftsführung der Klinik Lilienthal.

Frederic Lazar

Frederic Lazar studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck und war im Jahr 2015 als Praktikant der Geschäftsführung sowohl im Chirurgischen Klinikum München Süd als auch im Benedictus Krankenhaus Tutzing tätig.

Danach absolvierte er ein Management Trainee Programm innerhalb der HELIOS Kliniken GmbH an mehreren Standorten in ganz Deutschland. Mit dem Wechsel zum Artemed Klinikverbund 2017 übernahm Herr Lazar die Klinikleitung des Krankenhauses Tabea in Hamburg.

Dr. Sophia Lichtenberg

Dr. Sophia Lichtenberg studierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität in Passau und promovierte anschließend zum Thema „Nachhaltiges Management in Krankenhäusern“ an der Universität Bremen.

2015 startete sie bei der Artemed SE als Projektleiterin der Geschäftsführung im Chirurgischen Klinikum München Süd. Seit 2017 verantwortet sie die kaufmännische Leitung des Benedictus Krankenhauses in Feldafing.

Frank Löscher

Frank Löscher ist Master of Law und absolvierte zuvor ein Studium der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre, welches er in 2009 als Diplom Betriebswirt (FH) abschloss. Während des Studiums arbeitete Herr Löscher für eine renommierte deutsche Anwaltssozietät und eine der führenden internationalen Unternehmensberatungen.

In 2012 begann Frank Löscher dort als Unternehmensberater mit dem Fokus auf Turnaround-Management und Transaktionsberatung und begleitete insbesondere wirtschaftlich angeschlagene Kliniken bei der strategischen sowie leistungs- und finanzwirtschaftlichen Neuausrichtung.

2016 wechselte er zur Artemed SE, wo er seither die Klinik Lilienthal im Großraum Bremen verantwortet. In 2017 übernahm Frank Löscher zudem die Klinikleitung des Heilig-Geist Hospitals in Bensheim.

Dr. Simon Machnik

Dr. Simon Machnik studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Regensburg und promovierte am gesundheitsökonomischen Lehrstuhl von Prof. Peter Oberender in Bayreuth über die Einführung von Fallpauschalen im deutschen Krankenhauswesen.

Seit 2008 ist er in verschiedenen Bereichen der Artemed SE tätig. Dabei verantwortete er zunächst unter anderem die Bereiche Controlling und Finanzen für mehrere Klinikstandorte. Im Anschluss daran wechselte er als Prokurist in die operative Klinikleitung des Benedictus Krankenhauses Feldafing. Seit 2015 verantwortet er als Geschäftsführer sowohl das Benedictus Krankenhaus Feldafing als auch das in Tutzing.

Benjamin-Hagen Mahlo

Benjamin-Hagen Mahlo absolvierte nach seiner medizinischen Ausbildung das Studium der Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie an der Universität Bielefeld.

Seit 2011 ist er bei der Artemed SE tätig und übernahm fortan an mehreren Klinikstandorten die Position des Projektleiters der Geschäftsführung.

Seit 2014 verantwortet Herr Mahlo – mittlerweile als Geschäftsführer – die Havelklinik in Berlin und übernimmt gleichfalls seit mehreren Jahren Projektaufgaben bei Klinikübernahmen durch die Artemed SE.

Johannes Ohlraun

Johannes Ohlraun absolvierte sein Studium der Gesundheitsökonomie in Bayreuth. Seit 2017 ist er in der Artemed SE tätig und verantwortet dort die Projektleitung der Geschäftsführung in der Eifelklinik St. Brigida. Zuvor sammelte er Praxiserfahrungen in der Medigreif Parkklinik Greifswald sowie im Klinikum rechts der Isar in München und arbeite u. a. als Gutachter bei dem Akkreditierungs-, Zertifizierungs- und Qualitätssicherungs-Institut ACQUIN.

Thomas Paßers

Thomas Paßers absolvierte nach seiner Ausbildung zum Bankkaufmann bei der Deutsche Bank AG ein Studium in Gesundheitsökonomie mit Schwerpunkt Krankenhausmanagement an der Hochschule Niederrhein. Von 2006 bis 2014 war er sowohl für die Schön Klinik als auch für die Sana Kliniken AG u. a. als Projektleiter und Kaufmännischer Direktor tätig.

Seit 2014 ist er als Klinikleiter und seit 2016 als Geschäftsführer für das Hospital zum Heiligen Geist in Kempen verantwortlich.

Bianca Trezn

Bianca Trezn ist Betriebswirtin (B.A.) und absolvierte ihren Master in Gesundheitsökonomie 2016 an der Universität Bayreuth. Während des Studiums konnte sie bereits verschiedene Erfahrungen im Klinikbereich sammeln und arbeitete in einer führenden internationalen Unternehmensberatung, in welcher sie in 2016 im Healthcare-Bereich als Unternehmensberaterin tätig wurde. Dort war sie sowohl in der strategischen Leistungs- und Prozessberatung sowie im Bereich der finanzwirtschaftlichen Neuausrichtung von Kliniken tätig. Mitte 2017 wechselte Frau Trezn in die Artemed SE als Projektleitung der Geschäftsleitung im Heilig-Geist Hospital in Bensheim im Frankfurter Raum.

Tobias Weber

Tobias Weber studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität Augsburg und an der Örebro University (SWE) mit den Schwerpunkten Controlling/Rechnungswesen, Gesundheitsökonomie und Public Sector Management.

Von 2008 bis 2011 arbeitete er bei Steria Mummert Consulting als Berater im Gesundheitswesen und Public Sector.

Von 2011 bis 2014 war er als Projektleiter und Leiter Controlling und Einkauf im Benedictus Krankenhaus Tutzing tätig. Von 2014 bis 2016 verantwortete er als Kaufmännischer Leiter das Benedictus Krankenhaus in Feldafing. Seit 2016 ist er als Geschäftsführer im Chirurgischen Klinikum München Süd tätig.

Mitarbeiter der Voraufgaben

Jan R. Ascher, Peter Berlin, Dr. Sören Eichhorst, Dr. Harald Engelke, Dr. Jan Hartmann, Dr. Christian Kloss, Tim Kolwitz, Dr. Thomas Kowallik, Florian Löhlein, Dr. Karl Miserok, Dr. Tobias Möhlmann, Dr. Christian Pawlu, David Reinhardt, Maximilian Riehl, Dr. Maren Rowold, Dr. Thomas Rudolph, Dr. Sebastian Sieler, Dr. Julia M. Sperling, Dr. Florian Then, Alexander Weisser

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Ambulante Operationen
AQUA	ehemals BQS
ASV	Ambulante Spezialärztliche Versorgung
AT-Bereich	Außertariflicher Bereich
BARC	Bhabha Atomic Research Centre
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BQS	Bundesgesellschaft Qualitätssicherung gGmbH
BSG	Bundessozialgericht
BWA	Betriebswirtschaftliche Auswertung
CEO	Chief Executive Officer
CHOP	Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia
CIRS	Critical Incident Reporting System
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index (Fallschwere-Index im DRG-System)
CT	Computertomographie
CTA	Chirurgisch-technischer Assistent
DB-Rechnungen	Deckungsbeitragsrechnungen
DIN	Deutsche Industrienorm
DIVI	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DKI	Deutsches Klinisches Institut
DM	Deutsche Mark
DRG	Disease Related Group, Diagnose-basierte Fallgruppe
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
EBT	Earnings before Taxes (dt. das Ergebnis vor Steuern)
EBITDA	Earnings before Interests, Taxes, Depreciation and Amortisation (dt. das Ergebnis vor Zinsen, Steuern, und Abschreibungen)
EBM	Einheitlicher Bemessungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm

EUR	Euro
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCS	Glasgow Coma Scale
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstruktur Gesetz
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HCHE	Hamburg Centre of Health Economics
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Statistics of Disease and Related Health Problems
IHCOM	International Health Consortium for Outcome Measurement
IK-Nummer	Institutionskennzeichen
IMC	Intermediate Care
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, gGmbH
INI	International Neuroscience Institute, Hannover
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ISO	Internationale Organisation für Normung
IT	Informationstechnik
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhaus-Informationssystem
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAF	Laminar Air Flow
LBU	Lob- und Beschwerdemanagement
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MA	Mitarbeiter
MDC	Major Diagnostic Categories, Hauptdiagnosegruppen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MKG	Mund, Kiefer, Gesicht
MRE	Multiresistente Erreger
MRT	Kernspintomografie (Magnetresonanztomografie)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NGG	Nahrungsmittel-Gaststätten-Genussmittel
NRW	Nordrhein-Westfalen
ODI	Oswestry-Disability Index

OE	Operative Exzellenz
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OCM	Orthopädische Chirurgie München
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PA	Physician Assistant
PACS	Picture Archiving and Communication System
PDL	Pflegedienstleistung
PEQ	Patient Experience Questionnaire
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherungen
PLZ	Postleitzahl
PPP	purchasing power parity (dt. Kaufkraftparität)
PR	Public Relations
PRT	Periradikuläre Therapie, Behandlung Schmerz im Wirbelsäulenbereich
PTT	Partial Thromboplastin Time, Aufschluss über Funktionsleistung des intrinsischen Systems
PwC	PricewaterhouseCoopers AG
RIS	Radiologie-Informationssystem
RKI	Robert Koch Institut
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SE	europäische Aktiengesellschaft (lat. Societas europaea)
SEO	Search Engine Optimization, Suchmaschinenmarketing
SGB	Sozialgesetzbuch
SMR	Standardized Morbidity/Mortality Ratio
Steri	Sterilisationsabteilung
TEMPiS Bayern	Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung
TEP	Totalendoprothese
TK	Techniker Krankenkasse
URL	Uniform Resource Locator
VÄG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes
VAS	Visuelle Analogskala
VIP	very important person (dt. sehr wichtige Persönlichkeit)
VK	Vollzeitkraft
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
ZSVA	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung

Inhaltsverzeichnis

1	Die deutschen Krankenhäuser – international nach wie vor auf einem hervorragenden Niveau	1
1.1	Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig	2
1.2	Die Produktivität deutscher Krankenhäuser	7
1.3	Uneingeschränkter Zugang und große Angebotsbreite sind die großen Stärken des deutschen Krankenhaussektors	9
1.4	Auch die Behandlungsqualität ist im Durchschnitt gut, bei hoher Varianz zwischen den Leistungserbringern	11
	Literatur	14
2	Herausforderungen und Handlungsfelder für die Krankenhausführung	15
2.1	Sicherung künftiger Wirtschaftlichkeit	19
2.2	Verstärkter Wettbewerb um Patienten	22
2.3	Ringieren um mehr Qualität	24
2.4	Wettbewerb um qualifiziertes Personal	27
2.5	Zunehmender Druck aus dem ambulanten Bereich	31
2.5.1	Zunehmende Verlagerung traditionell stationärer Leistungen in die Ambulanz	31
2.5.2	Zunehmende Ökonomisierung des Einweiserverhaltens	32
2.6	Erfordernis, die Infrastruktur nachhaltig zu erneuern	35
	Literatur	39
3	Strategische Ausrichtungen eines Krankenhauses	41
3.1	Definition des klinischen Leistungsspektrums	42
3.1.1	Die Leistungsmatrix als primäres Instrument zur Bestimmung des Angebotsportfolios	42
3.1.2	Ermittlung einer quantifizierbaren Leistungsmatrix	44
3.1.3	Restriktionen bei der Definition des klinischen Leistungsspektrums	49
3.2	Typologie erfolgreich positionierter Krankenhäuser	50
3.2.1	Das Allgemeinkrankenhaus mit flachem Leistungsprofil	50

3.2.2	Das Fachkrankenhaus mit einer oder mehreren Spezialisierungen	52
3.2.3	Der Maximalversorger	57
3.3	Transformation traditioneller Allgemeinkrankenhäuser als strategische Managementaufgabe	59
3.3.1	Antworten finden für eine Vielzahl von Problemen und Herausforderungen	59
3.3.2	Ansätze zu Revision und Redefinition des klinischen Leistungsspektrums	61
3.3.3	„Vom Königreich zur Wohngemeinschaft“: Vergemeinschaftung von Infrastruktur und Ressourcen	63
3.3.4	„Leuchttürme errichten“: Erhöhung des Spezialisierungsgrades für ausgewählte ICD-Bereiche	66
3.3.5	„Versorgungstiefe statt Versorgungsbreite“: die schrittweise Umwandlung zum Fachkrankenhaus	68
3.4	Vorteile einer Führung von Krankenhäusern im Verbund	69
3.4.1	Fortschreitende Konsolidierung im deutschen Krankenhausesektor	69
3.4.2	Erweiterte Handlungsspielräume durch Verbundstrukturen	72
3.4.3	Wege zum Erfolg im Verbund	76
3.5	Transsektorale Versorgungsformen innerhalb des klinischen Leistungsspektrums	79
3.5.1	Bisherige Initiativen des Gesetzgebers – aus Krankenhaussicht	79
3.5.2	Behandlung ambulanter Patienten am Krankenhaus	82
3.5.3	Erbringung ambulanter Leistungen durch MVZen	86
3.5.4	Einbindung niedergelassener Ärzte in das Krankenhaus	93
3.5.5	Vertragliche Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge	95
3.5.6	Chancen zur Weiterentwicklung durch den Gesetzgeber	97
	Literatur	100
4	Innovatives Personalmanagement als Schlüssel zum Erfolg	103
4.1	Auf- und Ausbau einer inspirierenden Unternehmenskultur als zentrales Element des Personalmanagements	105
4.1.1	Etablierung einer Leistungsethik	106
4.1.2	Schaffen attraktiver Rahmenbedingungen	107
4.2	Führen durch Vorbild und Vertrauen in die Mitarbeiter	110
4.3	Attraktivere Arbeitsplätze und Entlastung durch neue Berufsbilder an der Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege	112
4.3.1	Neue Berufsbilder zur Entlastung von Ärzten und Pflegekräften	113
4.4	Gewinnung von neuen Mitarbeitern als wesentliche Managementaufgabe	116
4.5	Bedarfsgerechte Personalallokation als Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit	117
4.5.1	Personalkalkulation auf Basis von Schichtbesetzungsmodellen	118
4.5.2	Personalkalkulation auf Basis von VK-Benchmarks	118
4.5.3	Personalbenchmark auf Basis von InEK Erlösen	119

4.6	Dynamisches Personalmanagement als Antwort auf sich stetig ändernde Rahmenbedingungen	120
4.6.1	Effizienzgewinne aus dem Übergang zur interdisziplinären Patientenversorgung	121
4.6.2	Verantwortung auf möglichst viele Schultern verteilen	122
4.6.3	Klar separierbare Spezialbereiche auslagern und verselbständigen	123
4.6.4	Zeitgemäße, moderne Infrastruktur und Geräteausstattung bereitstellen	124
	Literatur	125

5	Patientenzentrierte Behandlungsabläufe – Schlüssel zu höherer Qualität und besserer Wirtschaftlichkeit	127
5.1	In der Ambulanz/Notaufnahme: neue, effizientere Lösungen an der Schnittstelle von Notfall- und elektiver Behandlung einerseits sowie ambulanter und stationärer Versorgung andererseits	130
5.1.1	Trend zu separaten Elektivambulanzen	132
5.1.2	Die „zentralisierte, interdisziplinäre Notaufnahme“ – als aussichtsreichstes Organisationsmodell für Notaufnahmen	133
5.1.3	Best-Practice-Ansätze für den operativen Betrieb von Notaufnahmen	136
5.2	Im OP-Bereich: Produktivitätsverbesserungen durch strukturierte Abläufe und Interaktionen	143
5.2.1	Etablierung eines gesamtverantwortlichen OP-Managements	144
5.2.2	Effizienter Einsatz von Sachressourcen	148
5.2.3	Effizienter Einsatz von Personalressourcen	151
5.2.4	Anpassungen in der Materialwirtschaft im OP	154
5.2.5	Baumaßnahmen zur Erneuerung von Infrastruktur und Ausstattung	155
5.3	Auf der Intensivstation: Etablierung fester Standards ermöglicht eine patientenzentrierte und zugleich wirtschaftliche Betreuung	161
5.3.1	Die Intensivstation – Aushängeschild und Nukleus intensivmedizinischer Versorgung	162
5.3.2	Dringlichkeit eines effizienteren Ressourceneinsatzes	165
5.3.3	Schwerpunkte einer gesamtheitlichen Neuausrichtung von Intensivstationen	168
5.4	Auf den Normalstationen: die Pflege als wesentliches Element des Heilungsprozesses	172
5.4.1	Die Abteilungsstruktur in der Pflege	172
5.4.2	Pflegeorganisation und Personalplanung	175
5.4.3	Das Belegungsmanagement als überaus wichtiges Managementmodell	182
5.4.4	Die Architektur und Gestaltung von modernen Stationen	183

5.5	In der Radiologie: Leitlinien erhöhen die Leistungsfähigkeit der Abteilung	184
5.5.1	Durchgängige Prozessoptimierung – von der Anmeldung bis zur Befundung	187
5.5.2	Flankierende Maßnahmen zur Prozessunterstützung	189
5.5.3	Effizienter und flexibler Personaleinsatz	190
5.5.4	Kooperationsmodelle auf dem Weg zu einer idealen Ressourcenauslastung	192
5.6	Im Labor: der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und schneller Verfügbarkeit!	195
5.6.1	Ansatzpunkte für eine wirtschaftlichere Erbringung von Laborleistungen	198
5.6.2	Absicherung eines akzeptablen Serviceniveaus, bei Fremdvergabe von Laborleistungen	201
5.6.3	Management von Mengenausweitung und Nachfragedifferenzierung	202
	Literatur	204
6	Optimierung der „Hotelleistungen“ – für das Wohlergehen der Patienten sorgen, ohne Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren	207
6.1	Kosten- und Produktivitätsmessung als Basis für einen präziseren, effizienteren Ressourceneinsatz	209
6.2	Systematische Erschließung von Leistungsreserven durch OE-Maßnahmen	210
6.2.1	Erschließung von Leistungsreserven in der Speiseversorgung	213
6.2.2	Erschließung von Leistungsreserven in der Textil- und Wäscheversorgung	215
6.2.3	Effizienz- und Qualitätsverbesserungen bei Hygiene und Reinigung	218
6.3	Optimierung der Leistungserbringung durch Anpassungen in der Betriebsform	220
	Literatur	223
7	Qualität im Krankenhaus – was Heilungserfolg und wirtschaftlichen Erfolg verbindet	225
7.1	Qualität als Faktor im Wettbewerb um Patienten und Zuweiser immer wichtiger	226
7.1.1	Qualität als Auswahlkriterium für Patienten	226
7.1.2	Qualität als Steuerungskriterium für Krankenkassen	229
7.1.3	Qualität als neues Leitmotiv der Gesundheitspolitik	231

7.2	Messbarkeitsprobleme: von der Erhebung der Patientenzufriedenheit zur Ermittlung der Ergebnisqualität	232
7.2.1	Bestehende Systeme zur Messung von Ergebnisqualität	233
7.2.2	Notwendige Weiterentwicklungen im Bereich der Ergebnismessung	234
7.3	Kulturwandel: Dreh- und Angelpunkt für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement	236
	Literatur	240
8	Der Weg zur erfolgreichen Vermarktung von Krankenhausleistungen . . .	241
8.1	Eigene Stärken setzen und Marktchancen ausnutzen	242
8.2	Zielgruppenspezifische Vermarktung medizinischer Versorgungsqualität	245
8.2.1	An Patienten	247
8.2.2	An Partner	250
8.2.3	An das Personal	255
	Literatur	258
9	Wirtschaftlichkeit – kein hehrer Wunsch, sondern eine Resultante der medizinischen Qualität	259
9.1	Bereitstellung relevanter, handlungsorientierter Kennzahlen für den Klinikbetrieb	260
9.1.1	Kennzahlen primär für Kliniker	260
9.1.2	Kennzahlen primär für Manager	265
9.2	Gestaltung des betrieblichen Planungsprozesses	268
9.2.1	Abwägung von Aufwand und Nutzen	268
9.2.2	Top-Down- vs. Bottom-Up-Planerstellung	269
9.2.3	Einstellung der Planungsergebnisse in die Planungs- und Steuerungssysteme des Krankenhauses	271
9.2.4	Prognose der Preis- und Kostenentwicklung bei externen Faktoren	274
9.2.5	Festlegung des Planungsturnus	274
9.3	Sicherstellung der Liquidität	275
9.3.1	Ermittlung des Cashflows	276
9.3.2	Finanzierung des Klinikbetriebs aus dem Cashflow	277
	Literatur	282
	Literatur	283
	Sachverzeichnis	289



Die deutschen Krankenhäuser – international nach wie vor auf einem hervorragenden Niveau

1

An Deutschlands Krankenhäusern scheiden sich die Geister!

In den Medien sorgen regelmäßig wiederkehrende Horror-Stories über „*viel zu viele Operationen*“, „*Tausende Tote aufgrund von Behandlungsfehlern*“ oder die „*Ausbreitung multiresistenter Killerkeime*“ für hohe Auflagen und Einschaltquoten. Zur gleichen Zeit beklagen Krankenkassen und -versicherer die nach wie vor großen Ausgaben für die stationäre Versorgung und fordern mehr Transparenz und Effizienz. Personalvertreter und Gewerkschaften prangern die hohe Leistungsverdichtung für die Mitarbeiter an, es fehle schlichtweg die Zeit für eine humane Medizin im deutschen Krankenhausbetrieb. Vertreter von Ethikräten und Kirchen wiederum hadern mit der fortschreitenden „Ökonomisierung“ in der Medizin, während in etlichen Kommunen und Landkreisen die lokalen Klinikleitungen für die chronischen Haushaltslöcher verantwortlich gemacht werden.

Und doch gibt es unter unseren Mitbürgern nur wenige, die im Falle einer Krankheit eine Behandlung außerhalb Deutschlands bevorzugen würden. Mehr als 82 %, so die Ergebnisse einer Umfrage, würden ihre Klinik uneingeschränkt weiterempfehlen – für den Dienstleistungssektor eine ungewöhnlich gute Quote [1]!

Bei aller öffentlichen Kritik berichten Millionen Bürger immer wieder von unglaublich positiven Erfahrungen in deutschen Krankenhäusern. Menschen werden geheilt, auch in vermeintlich aussichtslosen Situationen. Beistand wird geleistet, auch unter schwierigsten Umständen. Das persönliche Engagement und Können vieler Beteiligter – von Ärzten, OP-Personal und Stationskräften – wird immer hervorgehoben. Viele verspüren Dankbarkeit und ein hohes Maß an Vertrauen in „ihr“ Krankenhaus.

Was stimmt nun wirklich? Wo stehen die deutschen Krankenhäuser, auch im internationalen Vergleich? Wie wirtschaftlich sind sie? Wie lässt sich eigentlich Produktivität über die Grenzen hinweg vergleichen? Und schließlich, wie gut ist es um die Qualität deutscher Krankenhäuser bestellt? Wo besteht objektiver Verbesserungsbedarf, gerade auch gegenüber den Krankenhaussystemen in anderen OECD-Ländern?

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse eines internationalen Vergleichs lassen die Leistungen des deutschen Krankenhausesektors in einem differenzierten Licht erscheinen.

Vergleicht man objektiv die nationalen Krankenhaussysteme hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen, so schneidet das deutsche System in der Summe recht gut ab.

Bei *Wirtschaftlichkeit* und *Kostengünstigkeit* nimmt das deutsche System – selbst wenn es von Haus zu Haus noch erhebliche Unterschiede gibt und nicht wenige Häuser aufgrund des gestiegenen Kostendrucks defizitär arbeiten – einen Spitzenplatz ein. Kein anderes Land arbeitet im stationären Sektor so kostengünstig wie Deutschland. Auch hinsichtlich *Angebotsbreite* und *Zugänglichkeit* erzielt das deutsche Krankenhaussystem im Ländervergleich Bestnoten. Kaum ein anderes Land der Welt bietet seinen Bürgern, unabhängig von deren finanziellen Möglichkeiten, einen solch breiten und einfachen Zugang zu stationärer Versorgung. Allein das Urteil über die *Qualität* fällt weniger eindeutig und positiv aus. Auch wenn die Datenlage international noch schwer zu erheben und wenig transparent ist, so verdichten sich doch Einschätzungen und Evidenz: Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland hier eher mittelmäßig ab. Charakteristisch für Deutschland ist die auffällig hohe Varianz zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Während vielerorts, auch im internationalen Vergleich, exzellente Ergebnisse erzielt werden, gibt es doch deutliche Ausreißer nach unten.

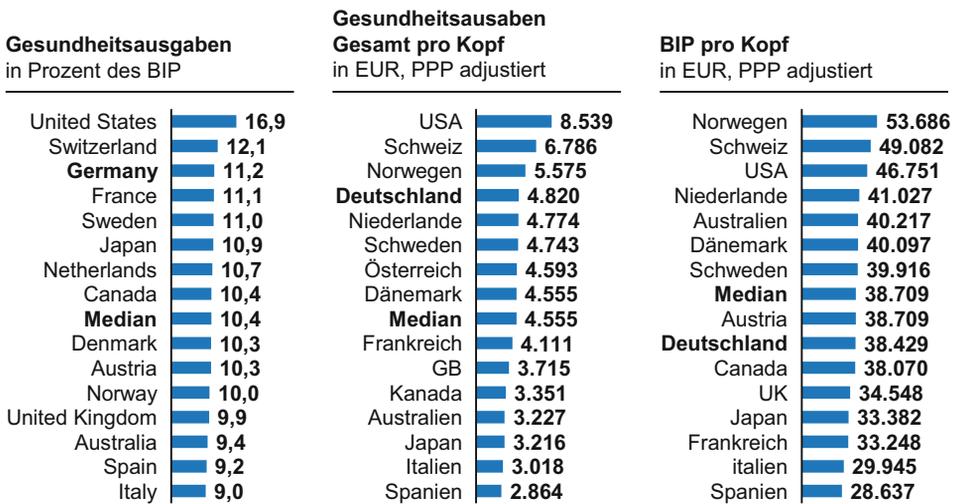
Insgesamt lässt sich festhalten: Das deutsche Krankenhaussystem ist, bei aller berechtigten Kritik, im internationalen Vergleich sehr wettbewerbsfähig und weitaus besser als sein Ruf! Gerade der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit erweist sich bei näherer Betrachtung als unhaltbar.

Gleichwohl stellt sich, wenn jeder *dritte* stationäre Leistungserbringer ein negatives Jahresergebnis aufweist, die Frage, wie das System zukunftssicher finanziert werden kann [2]. Oder aus der Perspektive der verantwortlichen Krankenhausmanager vor Ort betrachtet: Was muss geschehen, damit das eigene Haus ähnlich erfolgreich zu wirtschaften vermag wie die besten nationalen und internationalen Vergleichskrankenhäuser?

1.1 Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig

Die Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2015 in Deutschland auf 344,2 Mrd. EUR. Das entspricht 4.213 EUR je Einwohner oder einem Anteil von 11,2 % am Bruttoinlandsprodukt, und damit gilt das deutsche Gesundheitssystem nach allgemeiner Einschätzung als teuer und kaum noch finanzierbar (Abb. 1.1). Somit wird in Deutschland mehr als jeder neunte Euro für die Gesundheit ausgegeben. Im Vergleich zum Vorjahr 2014 stiegen damit die Ausgaben um 15 Mrd. EUR oder 4,5 %. Mit dieser Entwicklung nahmen die Gesundheitsausgaben das vierte Jahr in Folge stärker zu als das Wachstum des BIP. Auch für die kommenden Jahre ist von einem überproportionalen Wachstum auszugehen [3]. Nur die USA und die Schweiz liegen mit 16,9 und 12,1 % noch vor Deutschland. Wichtigster Kostenblock innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist der Krankenhausesektor. In 2015 entfielen auf ihn Ausgaben von insgesamt 89,4 Mrd. EUR – oder etwas mehr als ein Viertel aller Gesundheitsausgaben.

Gesundheitsausgaben insgesamt, 2015



Quelle: OECD Health Data Zugriff am 30. Juni 2017. Eigene Darstellung

Abb. 1.1 Die relativen Gesundheitsausgaben liegen in Deutschland über denen der Vergleichsländer

Von diesen Zahlen sollte man sich indes nicht über Gebühr beeindruckt lassen. Denn der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist nicht unbedingt der verlässlichste Indikator: So hat im internationalen Vergleich ein eher niedriges BIP pro Kopf automatisch einen überproportional hohen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zur Folge. Das gilt besonders für Deutschland. In 2015, also mehr als fünfundzwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung, erreichte Deutschland mit 38.429 EUR je Einwohner (Kaufkraft adjustiert) gerade einmal einen mittleren Rang unter den OECD-Vergleichsländer, und daran hat sich seit einigen Jahren nichts geändert. Nur Kanada, Großbritannien, Japan, Frankreich, Italien und Spanien weisen ein noch geringeres kaufkraft-adjustiertes Bruttoinlandsprodukt aus.

Vergleicht man die Gesamtgesundheitsausgaben und Krankenhauskosten je Land auf dieser Basis, so zeigt sich Erstaunliches: Bei den absoluten – und um die Kaufkraftunterschiede in den einzelnen Ländern bereinigten – Leistungsausgaben liegt Deutschland in 2015 mit jährlichen Gesamtgesundheitsausgaben von 4.820 EUR je Einwohner knapp oberhalb des Median der OECD-Vergleichsländer von 4.555 EUR je Einwohner¹. Anders ausgedrückt, berücksichtigt man die Kaufkraft der einzelnen Bürger, so ist das deutsche System nicht wesentlich teurer als in den Vergleichsländern.

¹ Eigene Berechnung OECD-Daten nach Kaufkraft-Adjustierung und Umrechnung mit durchschnittlichem Wechselkurs EUR/US Dollar des Jahres 2015.

Infobox: Was bedeutet „Kaufkraft-Adjustierung“?

Um die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen und die Ausgaben für den stationären Krankenhaussektor im Speziellen auf vergleichbare Art und Weise betrachten zu können, eignen sich die kaufkraft-adjustierten Gesundheitsausgaben.

Kaufpreispäritäten (engl. purchasing power parity PPP) stellen Preisrelationen dar, die veranschaulichen, wie hoch die Preisunterschiede in zwei Ländern sind. In der Regel wird als Vergleichswährung der US Dollar und als Bezugsgröße die USA herangezogen (= PPP von 1).

Dabei werden die PPP für internationale Vergleiche von der OECD in drei Schritten berechnet. In einem ersten Schritt auf der Ebene einzelner konkreter Produkte und Dienstleistungen. Als Nächstes erfolgt eine Berechnung auf Ebene der Produktgruppe, bei der über die einzelnen Preisrelationen der Produkte innerhalb dieser Gruppe ein Durchschnittswert berechnet wird. Im dritten Schritt werden alle Produktgruppen gewichtet und aggregiert, so dass am Ende der Berechnung Kaufkraftparitäten auf der Ebene der Gesamtausgaben vorliegen (Warenkorb).

Bei internationalen Vergleichen von gesamtwirtschaftlichen Größen treten diese Kaufkraftparitäten an die Stelle von Wechselkursen und ermöglichen einen Vergleich auf nivellierter Basis (horizontaler Vergleich). So spielt es bei einem Vergleich auf Basis der PPP keine Rolle, wie hoch das BIP pro Kopf eines Landes in US Dollar im Vergleich zum BIP pro Kopf der USA ist. Entscheidend ist vielmehr, wie viel der Bürger dieses Landes im Vergleich zu einem US Amerikaner konsumieren kann.

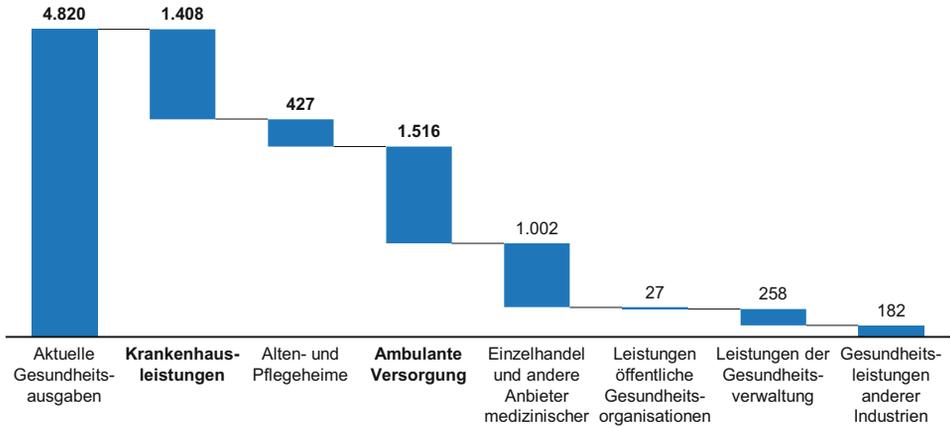
Für das Jahr 2015, als das aktuellste verfügbare Betrachtungsjahr², entfallen von den Gesundheitsausgaben in Höhe von 4.820 EUR je Einwohner genau 1.408 EUR auf die Versorgung im Krankenhaus (Abb. 1.2; [4]). Höher sind nur die Kosten für die ambulante Versorgung mit 1.516 EUR; erst mit deutlichem Abstand folgen jeweils die Ausgaben für den Einzelhandel und die Anbieter medizinischer Produkte (Medikamente, Heil- und Hilfsmittel). Einen deutlichen Anstieg im Vergleich zu früheren Datenerhebungen verzeichneten dabei die Ausgaben für Alten- und Pflegeheime. Dieser Trend wird sich erwartungsgemäß in den folgenden Jahren weiter fortsetzen.

Mit 1.408 EUR je Einwohner ist Deutschland im unteren Drittel der Vergleichsländer zu finden (Abb. 1.3). Nur wenige Länder weisen noch geringere Ausgaben auf: So geben lediglich die Länder Italien (1.372 EUR je Einwohner), Spanien (1.187 EUR je Einwohner) und Kanada (1.017 EUR je Einwohner) weniger für die stationäre Versorgung aus. Allerdings zählt auch Japan mit nur 1.319 EUR je Einwohner zu den hoch industrialisierten Ländern, die weniger als Deutschland für die stationäre Versorgung aufwenden.

² Im Vergleich zu den Betrachtungen der vorangegangenen Auflagen berücksichtigt die OECD seit 2013 bei diesen Berechnungen nicht mehr die Investitionsausgaben, da diese über die OECD-Länder sehr unterschiedlich und damit nicht mehr vergleichbar mit einbezogen werden können.

Ausgaben in Deutschland/Einwohner 2015 oder letztes verfügbares Jahr

In EUR, PPP adjustiert



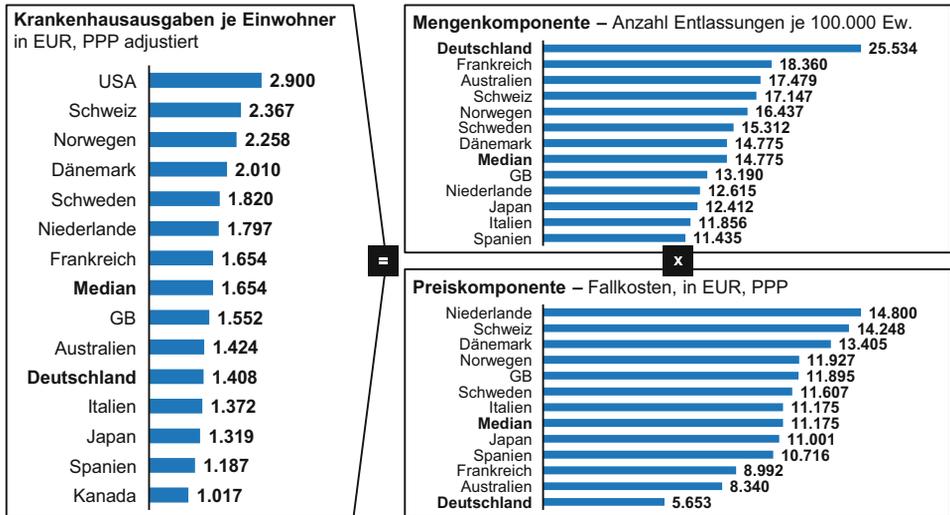
Median der Vergleichsländer

Aktuelle Gesundheitsausgaben	4.555
Krankenhausleistungen	1.654
Alten- und Pflegeheime	430
Ambulante Versorgung	946
Einzelhandel und andere Anbieter medizinischer Produkte	682
Leistungen öffentliche Gesundheitsorganisationen	74
Leistungen der Gesundheitsverwaltung	109
Gesundheitsleistungen anderer Industrien	41

Quelle: OECD Health Data Zugriff am 30. Juni 2017. Eigene Darstellung

Abb. 1.2 Die stationäre Versorgung ist nach der ambulanten Versorgung der zweite große Kostenblock des Gesundheitswesens

Aufteilung Krankenhausausgaben 2015 in Menge und Preiskomponente



Quelle: OECD Health Data Zugriff am 30. Juni 2017. Eigene Darstellung

Abb. 1.3 Die geringen Krankenhausausgaben pro Einwohner gehen einher mit einer hohen Inanspruchnahme von Leistungen und sehr geringen Fallkosten

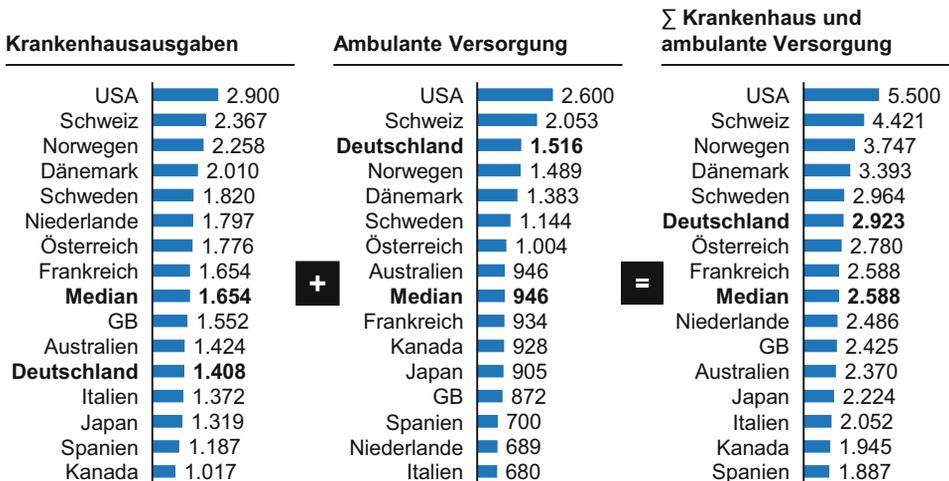
Besonders erstaunlich sind die geringen Krankenhausausgaben je Einwohner angesichts der starken Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in Deutschland (Abb. 1.3). Kein anderes Land konsumiert ein solch hohes Maß an stationären Leistungen. Mit 25.534 Entlassungen je 100.000 Einwohner (2015) übertrifft die Bundesrepublik den Median der Vergleichsländer um rund 75 %; dieser liegt bei lediglich 14.775 Entlassungen je 100.000 Einwohner. Anders als vielleicht zu erwarten gehen die hohen stationären Fallzahlen nicht einher mit unterdurchschnittlichen Liegedauern. Im Gegenteil: Auch hier lag Deutschland 2015 mit 7,4 Tagen über dem Durchschnitt [5].

Haben sich in Deutschland die Verweildauern in den letzten Jahren deutlich reduziert und immer mehr den OECD-Vergleichswerten angepasst, so ist das Gegenteil bei der Entwicklung der Fallzahlen zu beobachten. Entgegen dem OECD-weiten Trend haben sich die Fallzahlen in Deutschland kontinuierlich weiter erhöht. Erstaunlich ist, dass die überdurchschnittliche Inanspruchnahme *stationärer* Leistungen einhergeht mit einer im internationalen Vergleich ebenfalls starken Inanspruchnahme *ambulanter* Leistungen. Deutschland weist laut Studien 14,7 ambulante Arztkontakte pro Jahr aus und liegt damit deutlich über den OECD-Vergleichsländern [6].

Augenscheinlich besteht im deutschen System eine überdurchschnittlich hohe Nachfrage nach Versorgungsleistungen. Was die Gründe dafür sind, ist Gegenstand heftiger Diskussionen. Je nachdem welche Sichtweise man sich zu Eigen macht, reichen die Argumente von Überversorgung und angebotsinduzierter Nachfrage, über falsche monetäre Anreize, bis hin zum viel zitierten technologischen Fortschritt. Ebenso werden die alternde

Gesamtkosten: Krankenhausausgaben und ambulante Versorgung

Ausgaben je Einwohner 2015; in EUR, PPP adjustiert



Quelle: OECD Health Data Zugriff am 30. Juni 2017. Eigene Darstellung

Abb. 1.4 Die ärztliche Versorgung ist in Deutschland kostengünstiger als in vielen anderen Ländern

Bevölkerung oder die hohen Ansprüche der Deutschen an die eigene Gesundheit gerne als Gründe angeführt. Auch wenn eine quantitativ belastbare Aussage noch aussteht, dürften vermutlich alle genannten Einflussfaktoren eine Rolle spielen.

Ein Umstand ist für Deutschland besonders hervorzuheben: Die niedrigen Krankenhauskosten kompensieren in Teilen sogar die überdurchschnittlichen jährlichen Ausgaben im ambulanten Bereich von 1.516 EUR je Einwohner (Abb. 1.4). Nur die USA und die Schweiz sind mit 2.600 EUR und 2.053 EUR pro Jahr und Einwohner teurer in der ambulanten Versorgung als Deutschland. Der OECD-Median beträgt lediglich 946 EUR. In Summe betrachtet liegt Deutschland mit jährlichen stationären und ambulanten Kosten in Höhe von 2.923 EUR im oberen Drittel des OECD-Vergleichs. Der Median liegt hier bei 2.588 EUR je Einwohner [4].

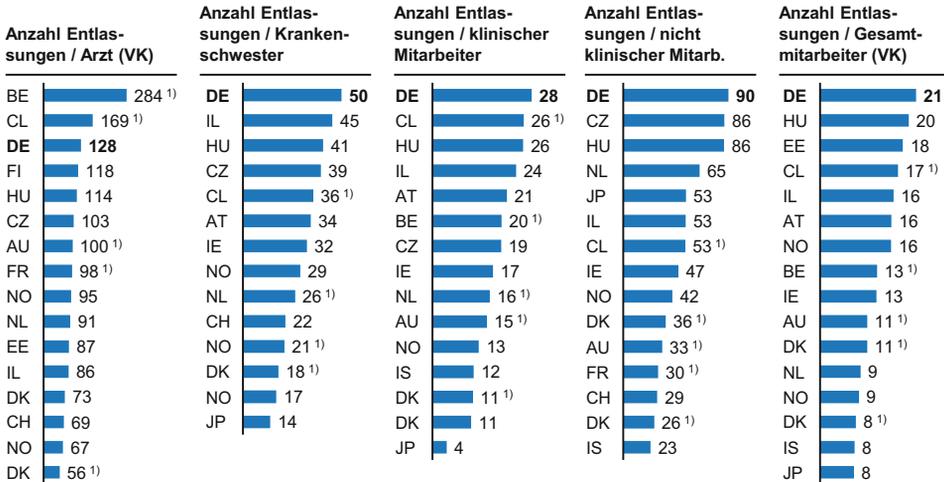
Was am Beispiel von 2015 dargestellt wurde, ist keineswegs ein Ausnahmefall, vielmehr arbeiten die deutschen Krankenhäuser seit langem schon nachhaltig kosteneffizient. Betrachtet man die Krankenhausausgaben über die Zeit, so haben sie sich in Deutschland während der letzten Jahre gerade mal um 5,7 % erhöht. Im Vergleichszeitraum hat sich kaum ein anderes Land so kostengünstig entwickelt [4].

1.2 Die Produktivität deutscher Krankenhäuser

Es ist ungewöhnlich, dass eine im internationalen Vergleich *überdurchschnittliche* Inanspruchnahme von stationären Leistungen einhergeht mit *unterdurchschnittlichen* jährlichen Krankenhausausgaben je Einwohner. Für Deutschland liegt die Erklärung in sehr niedrigen Fallkosten. Kein anderes entwickeltes Land hat so *geringe Fallkosten* (Abb. 1.3). In Deutschland belaufen sich die durchschnittlichen Krankenhauskosten je Fall in 2015 gerade einmal auf 5.653 EUR. In Australien als zweigünstigstem Land liegen sie bereits bei 8.340 EUR und in Frankreich als weiterem europäischen Land bereits bei 8.992 EUR; der Median der OECD-Vergleichsländer beträgt 11.175 EUR je Fall [4]. Anders ausgedrückt: Im Durchschnitt sind die Krankenhaushfälle in den Vergleichsländern mehr als doppelt so teuer wie in Deutschland. Ein Zustand der aus Sicht der deutschen Krankenhausbetreiber deutlich zu spüren ist.

Die vergleichsweise niedrigen Fallkosten beruhen insbesondere auf einer sehr hohen Produktivität in der Leistungserbringung (Abb. 1.5). Kaum ein anderes Land behandelt so viele Patienten mit einer solch dünnen Personaldecke. Wenn der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten des Krankenhauses bei 61,8 % liegt, schafft dies auf Seiten der Krankenhausträger natürlich die denkbar stärksten Anreize, alles zu tun, um so personaleffizient wie möglich zu arbeiten [4]. Ob hier das Maximum an Effizienz bereits erreicht oder in Teilbereichen sogar schon in Überforderung umgeschlagen ist, darüber kann man durchaus geteilter Meinung sein. Angesichts der fortbestehenden Finanzierungs- und Wettbewerbszwänge bleibt dem einzelnen Krankenhaus indes kaum eine andere Wahl, als konsequent weiter zu rationalisieren. Allerdings wurde es bereits in den vergangenen

Vergleich der Personalproduktivitäten in den jeweiligen Krankenhaussystemen (2015) – Sortiert nach Entlassungen



Quelle: OECD Health Data Zugriff am 30. Juni 2017. Eigene Darstellung

Abb. 1.5 Die deutschen Krankenhäuser arbeiten vergleichsweise produktiv

Jahren immer schwieriger, selbst die Planstellen, die nach der Rationalisierung übrig geblieben sind, noch mit adäquatem und qualifiziertem Personal zu besetzen.

Betrachtet man die Personalproduktivität in deutschen Krankenhäusern im Detail, so zeigt sich, dass Deutschland bei den Entlassungskennziffern für die klinischen wie die nicht-klinischen Dienste durchweg Spitzenpositionen, d. h. erste und zweite Plätze, im OECD-Ländervergleich belegt. Und dies gilt bereits seit einigen Jahren unverändert:

- Im *ärztlichen Dienst* kommen auf jeden Krankenhausarzt in Deutschland im Durchschnitt 128 Entlassungen; der Median (Frankreich) der Vergleichsländer liegt bei 98. Nur Belgien und Chile schneiden noch besser ab.
- Beim *Pflegepersonal* weist Deutschland mit 50 Entlassungen je Pfleger/Schwester die höchste Personalproduktivität auf.
- Über den gesamten „*weißen Bereich*“ kommt Deutschland auf beeindruckende 28 Entlassungen je klinischem Mitarbeiter [4].

In den nicht-klinischen Bereichen der Serviceleistungen, z. B. Speiseversorgung, Reinigung und Wäsche, sowie in der Verwaltung sind die deutschen Krankenhäuser sogar auffallend produktiv: Bei gleichem Personalstand ist ihre Produktivität um mindestens 70 % höher als im OECD-Durchschnitt. Allerdings sollte man berücksichtigen, dass in deutschen Krankenhäusern viele Serviceleistungen fremdvergeben sind, während sie in anderen Ländern (noch) durch eigene Mitarbeiter erbracht werden. Statistisch lässt sich dieser Effekt nicht befriedigend eliminieren. Gleichwohl ist davon auszugehen,