

Benjamin I. Behar
Clemens Guth
Rainer Salfeld

Modernes Krankenhaus- management

Konzepte und Lösungen

3. Auflage

 Springer Gabler

Modernes Krankenhausmanagement

Benjamin I. Behar · Clemens Guth ·
Rainer Salfeld

Modernes Krankenhausmanagement

Konzepte und Lösungen

3. Auflage

 Springer Gabler

Dr. Benjamin I. Behar
Dr. Clemens Guth
Prof. Dr. Rainer Salfeld
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

ISBN 978-3-642-36131-9
DOI 10.1007/978-3-642-36132-6

ISBN 978-3-642-36132-6 (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 Berlin Heidelberg 2008, 2009, 2016

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.

Lektorat: Margit Schlomski

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
(www.springer.com)

Geleitwort

Das Krankenhauswesen in Deutschland befindet sich seit einigen Jahren in einem tief greifenden 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 und 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 Krankenhausmanagement 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 Krankenhausesektor 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 zur dritten Auflage

Trotz großer Anstrengungen hat sich die Lage der deutschen Krankenhäuser in den letzten Jahren erneut verschlechtert. Heute schreibt rund die Hälfte aller Krankenhäuser rote Zahlen. Als die Voraufgabe dieses Buchs in Druck ging, war es noch ein Drittel.

Zu erwarten ist, dass die Krise des Sektors weiter an Dramatik gewinnt, und noch mehr Krankenhäuser über kurz oder lang aufgeben müssen. Und dies, obwohl der Sektor auf unbestreitbare Stärken und Erfolge verweisen kann! Was die Arbeitsproduktivität angeht, liegen die deutschen Krankenhäuser nach wie vor an der Spitze der OECD-Länder. Dank vielfältiger Verbesserungsmaßnahmen haben sich zudem die Qualitätsabweichungen zwischen den leistungsstärksten und den leistungsschwächeren Krankenhäusern in Deutschland kontinuierlich verringert. Großen Anteil daran hat die wachsende Verbreitung und Nutzung von Systemen zur Qualitätsmessung.

Ein wesentlicher Grund für die anhaltenden Wirtschaftlichkeitsprobleme ist sicherlich der hohe Veränderungsdruck, dem der gesamte Sektor seit Jahren unverändert 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 den wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Nur 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 doch 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“ für die Neuauflage von Grund auf zu überarbeiten und um wichtige neue Fragenstellungen und Themen zu erweitern. Völlig neu aufgenommen wurden die Kapitel „*Innovatives Personalmanagement als Schlüssel zum Erfolg*“ und „*Der Weg zur erfolgreichen Vermarktung von Krankenhausleistungen*“. Das Kapitel „*Strategische Ausrichtung eines Krankenhauses*“ wurde grundlegend überarbeitet. Neue Instrumente zur erfolgreichen Positionierung unterschiedlicher Krankenhaustypen werden ebenso vorgestellt, wie die Vorteile einer Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser im Verbund. Auf den aktuellen Stand wurden die Kapitel „*Patientenzentrierte Abläufe – Schlüssel zu höherer Qualität und besserer Wirtschaftlichkeit*“, „*Optimierung der ‚Hotelleistungen‘: Für das Wohlergehen der Patienten sorgen, ohne Wettbewerb und*

Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren“ und das Kapitel *„Qualität im Krankenhaus – was Heilungserfolg und wirtschaftlichen Erfolg verbindet“* gebracht.

Insgesamt liegt damit das Standardwerk *„Modernes Krankenhausmanagement“* – in seiner dritten Auflage – jetzt in einer deutlich veränderten und zugleich hochaktuellen Fassung vor. Es soll und wird auch vielfältige Anregungen und Anstöße für die weitere Reformdiskussion um die stationäre Versorgung und die Zukunft der deutschen Krankenhäuser vermitteln. Wie die beiden früheren Auflagen wendet es sich bewusst an Wissenschaftler und Praktiker, an Gesundheitsökonominnen und Mediziner. Für die Ausbildung von Führungskräften an Hochschulen und Universitäten kann es ebenso benutzt 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 Herren Peter Berlin, Dr. Harald Engelke, Dr. Simon Machnik, Benjamin Mahlo, Florian Löhlein, Michael Kneis, Tim Kolwitz, David Reinhardt, Maximilian Riehl, Tobias Weber und Alexander Weisser. Unser besonderer Dank gilt dabei dem ehemaligen Leiter des Zentrallabors der Kliniken der Stadt Köln, Herrn Professor Dr. Dr. Robert Keller. Seine Überlegungen bilden die Grundlage für die Ausführung zur Optimierung des Laborbetriebes. Für die Unterstützung der Manuskriptarbeiten gilt unser Dank der Projektleiterin, Frau Dana Berger und Herrn Dr. Georg Klymiuk als verantwortlichem Editor.

München, im Mai 2015

Dr. Benjamin Behar

Dr. Clemens Guth

Prof. Dr. Rainer Salfeld

Vorwort zur zweiten Auflage

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage im Jahre 2007 hat sich die Lage der Krankenhäuser in Deutschland weiter verschlechtert. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser schreibt derzeit rote Zahlen, und auch für die übrigen wird es zusehends schwieriger, steigende Kosten durch Einsparungen zu kompensieren.

Inzwischen bestreitet niemand mehr die Notwendigkeit, klinische Prozesse und unterstützende Funktionen konzentriert und wohl abgestimmt zu optimieren. Nur so wird es den Krankenhäusern ermöglicht, weiterhin Spitzenmedizin zu bieten und gleichzeitig wirtschaftlich zu arbeiten.

Aus diesem Grund hat auch „Modernes Krankenhausmanagement“ seinen Platz unter den Standardwerken der Gesundheitsökonomie gefunden. Es wird heute gerne genutzt für die Ausbildung der Führungskräfte an den Universitäten sowie für Trainings- und Weiterbildungsveranstaltungen. Zudem hat es Eingang gefunden in die tägliche Praxis der Krankenhausführung, was besonders erfreulich ist.

Die vorliegende zweite Auflage bietet eine ergänzte und aktualisierte Darstellung der Themen der ersten Auflage. Darüber hinaus enthält es zwei völlig neue Kapitel: *Qualitätsmanagement im Krankenhaus* sowie *Vermarktung der im Krankenhaus erbrachten Gesundheitsdienstleistungen*. Die Qualität der Leistungsbringung hat nicht nur für den Patienten allergrößte Bedeutung; sie ist zugleich das zentrale Wertversprechen, das in der Kommunikation nach außen präzise vermittelt werden muss. Insofern stehen beide Themen in einem engen inhaltlichen Kontext.

Für die Unterstützung bei der inhaltlichen Überarbeitung danken wir Herrn Dr. Benjamin Behar, Herrn Dr. Sören Eichhorst, Herrn Dr. Clemens Guth, Herrn Dr. Jan Hartmann, Herrn Dr. Christian Kloss, Herrn Dr. Karl Miserok, Herrn Dr. Tobias Möhlmann, Herrn Dr. Christian Pawlu sowie Herrn Dr. Florian Then. Zu besonderem Dank sind wir dem Leiter des Zentrallabors der Kliniken der Stadt Köln, Herrn Prof. Dr. Dr. Ruprecht Keller verpflichtet; seine Überlegungen und Erkenntnisse bilden die Grundlage für unsere Ausführungen zur Optimierung des Laborbetriebes. Für die Unterstützung der

Manuskriptarbeiten gilt unser Dank Frau Dr. Maren Rowold als Projektleiterin und Herrn Dr. Georg Klymiuk als verantwortlichem Editor.

München, im Februar 2009

Prof. Dr. Rainer Salfeld

Dr. Steffen Hehner

Dr. Reinhard Wichels

Vorwort zur ersten Auflage

Noch in jüngster Vergangenheit war es für Krankenhausmanager kaum möglich, die besten Organisationsmodelle und Führungsprinzipien für das eigene Haus nutzbar zu machen. Während die Geschichte und Geschäftssituation des eigenen Hauses natürlich gut bekannt waren, fehlte es an Erfahrungen und Erkenntnissen aus anderen Häusern. Denn nur die wenigsten Krankenhäuser waren Teil eines lokalen oder regionalen Verbundes. Zudem gab es keine wirkliche Datentransparenz, was Qualität der Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit anbelangte. Weder im regionalen Vergleich noch bundesweit.

Beides hat sich inzwischen gründlich geändert: Aktuell sind 71 % aller Krankenhäuser deutschlandweit in Verbundstrukturen organisiert.¹ Mit der Einführung des DRG-Systems, der Verpflichtung zur regelmäßigen Veröffentlichung von Qualitätsberichten sowie ganz besonders den statistischen Auswertungen des InEK verbesserten sich zugleich auch Datenverfügbarkeit und -transparenz.

Vor diesem Hintergrund haben wir, die Autoren des vorliegenden Buches, uns entschlossen, die besten Organisationsmodelle für betriebliche Abläufe zu beschreiben und den Lesern transparent zu machen. Angesichts des ständig steigenden Wirtschaftlichkeitsdrucks möchten wir den Krankenhäusern so eine Hilfestellung geben, ihre Prozesse intelligent zu organisieren und kontinuierlich gute klinische Leistungen zu wettbewerbsfähigen Kosten zu erbringen. Durch diese Neuorganisation sollten weitere Arbeitsverdichtungen für die Mitarbeiter vermeidbar, die Zeit für die Zuwendung zum Patienten vermehrt und die Fehlerrisiken in Diagnose und Therapie vermindert werden.

Die Inhalte unseres Buches beruhen auf Erfahrungen, die wir bei der Beratung von mehr als 30 größeren Krankenhäusern und Krankenhausgruppen im Bundesgebiet sammeln konnten. Wir möchten an dieser Stelle den Führungskräften und Mitarbeitern unserer Klienten ganz herzlich für vorbildliche Zusammenarbeit danken – allen voran unseren Freunden bei Vivantes, beim Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und beim Klinikverbund Südwest.

Darüber hinaus danken wir unseren Freunden und Kollegen Dr. Benjamin Behar, Dr. Clemens Guth, Dr. Christian Kloss, Dr. Thomas Kowallik, Dr. Tobias Möhlmann, Dr. Christian Pawlu, Dr. Thomas Rudolph, Dr. Sebastian Sieler, Dr. Jan Hartmann, Dr. Sören

¹ Dr. Behar B.I. (2009).

Eichhorst und Dr. Julia Sperling für ihre Unterstützung bei der Konzeption und Erstellung dieses Buches. Jeder von ihnen hat mit großem Fachwissen und Engagement an den Schwerpunktthemen mitgearbeitet. Für die Unterstützung und fachliche Betreuung des Gesamtprojekts danken wir Jan Ascher und Dr. Maren Rowold; außerdem Dr. Georg Klymiuk, unserem Editor, für die Verständlichkeit und argumentative Klarheit des Manuskripts. Unser besonderer Dank gilt schließlich Frau Julia Coral und Heike Felske die in tage- und nächtelanger Arbeit die Manuskriptfassungen erstellten und konsolidierten.

Als Autoren würden wir uns sehr freuen, wenn die hier vorgestellten Erkenntnisse den deutschen Krankenhäusern helfen, ihre Abläufe und Prozesse auf Weltklasse-Niveau zu bringen. Schon heute ist der deutsche Krankenhaussektor insgesamt sehr viel leistungsstärker als es in der öffentlichen Diskussion den Anschein hat. Entgegen der langläufigen Meinung gehört er zu den Top 3 im internationalen Vergleich – was die Wirtschaftlichkeit angeht. Auch unter Qualitätsgesichtspunkten schneidet er erstaunlich gut ab. Wenn es einen Makel gibt, dann ist es nicht seine Leistungsfähigkeit insgesamt, sondern die (allzu) breite Streuung von Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit im Vergleich der einzelnen Häuser.

Hier bietet sich die Chance, durch systematischen „Best Practice“-Transfer auf ein insgesamt homogeneres Leistungsniveau zu gelangen. Damit stünde dem Aufstieg des deutschen Krankenhaussektors – in seiner ganze Breite! – an die Weltspitze kaum noch etwas im Weg.

München/Düsseldorf, im Sommer 2007

Prof. Dr. Rainer Salfeld

Dr. Steffen Hehner

Dr. Reinhard Wichels

Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis

Autoren

Dr. Benjamin I. Behar

Dr. Benjamin 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; seit 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

Peter Berlin

Peter Berlin studierte Gesundheitsökonomie an der Universität Köln, bevor er 2007 als Unternehmensberater bei der KPMG tätig war. Von 2009 bis 2012 war er Referent des Vorstandes bei der MediPlaza AG. Seit 2012 ist er Kaufmännischer Leiter der Eifelklinik St. Brigida bei der Artemed SE.

Dr. Harald Engelke

Dr. Harald Engelke absolvierte sein Studium der Medizin in Jena, Dresden und Harvard. Im Anschluss war er ab 2004 als Assistenzarzt am Krankenhaus Dresden Friedrichstadt. Von 2006 bis 2009 arbeitete er bei der Boston Consulting Group als Berater, neben anderen Branchen schwerpunktmäßig im Gesundheitswesen und war Mitglied der Health Care Practice. Von 2009 bis 2011 war er als Leiter Strategische Unternehmensentwicklung unter anderem für die Implementierung und Zertifizierung eines umfassenden Qualitätsmanagements im Klinikum rechts der Isar verantwortlich. Während dieser Zeit studierte er berufsbegleitend an der European Business School (EBS) Gesundheitsökonomie. Von 2011 bis 2013 war er als Geschäftsführer der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden tätig. Seit 2013 ist er bei der Artemed SE und zunächst als Kaufmännischer Leiter im Benedictus Krankenhaus Tutzing tätig. Seit 2015 verantwortet er die Chirurgische Klinik Dr. Rinecker.

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 und verantwortete dabei unter anderen die Bereiche Controlling und Finanzbuchhaltung an mehreren Standorten. Seit 2011 ist er Kaufmännischer Leiter und Prokurist im Benedictus Krankenhaus 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 die kaufmännische Leitung der Havelklinik in Berlin.

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 freiberuflich in München.

Florian Löhlein

Florian Löhlein studierte Europäische Wirtschaft an der Otto-Friedrich-Universität in Bamberg und der Moore School of Business in Columbia, SC sowie im 8. Jahrgang der Bayerischen Eliteakademie in München. Von 2007 bis 2011 war er bei dem Gesundheitskonzern Fresenius in verschiedenen Tochterunternehmen auch international tätig mit dem Fokus auf strategische Projekte sowie Qualitätsführerschaft in Produktion, Logistik und hatte Einkaufsverantwortung. Er ist Stipendiat der Stiftung der Deutschen Wirtschaft (swd). Seit 2011 ist er bei der Artemed SE und übernahm dort die kaufmännische Leitung des Krankenhauses Tabea in Hamburg. Seit 2014 leitet er den Einkauf der Artemed SE.

Michael Kneis

Michael Kneis absolvierte seinen Betriebswirt als Master of Professional Business Management bei der IHK in München. Von 2011 bis 2014 studierte er Healthcare Management an der Donau Universität in Krems mit Schwerpunkt Krankenhausmanagement. Seit 2010 ist er bei der Artemed SE und verantwortete als Prokurist seit 2011 die kaufmännische Leitung der Artemed Fachklinik in München. Seit 2015 ist er ebenda Geschäftsführer und zusätzlich verantwortlich für den Standort Dießen und das Medizinproduktgeschäft von Curatino.

Tim Kolwitz

Tim Kolwitz studierte nach seiner Ausbildung zum Bankkaufmann bei der Dresdner AG Wirtschaftswissenschaften an der Privaten Universität Witten/Herdecke und der Haute Ecole de Commerce/Sorbonne in Paris. Von 2002 bis 2012 war er Berater im Gesundheitssektor, u. a. bei Roland Berger Strategy Consultants. Er ist Stipendiat des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD). Von 2012–2014 war er Kaufmännischer Leiter des Hospitals zum Heiligen Geist in Kempen.

David Reinhardt

David Reinhardt studierte Wirtschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Finanzierung, Kapitalmarktforschung und Finanzwirtschaft an der Ludwig-Maximilian-Universität München und der University of Washington in Seattle. Während seines Studiums war er bei der Commerzbank im Bereich Corporates und Markets sowie für die Siemens Venture Capital Gesellschaft GmbH tätig. 2010 startete er bei der Artemed SE als

Konzerncontroller. Seit 2011 verantwortete er das Finanz- und Rechnungswesen, seit 2013 ist er Leiter Finanzen und Controlling.

Maximilian Riehl

Maximilian Riehl absolvierte sein Studium der Betriebswirtschaft mit den Schwerpunkten Unternehmensbewertung und Finanzen an der Europe Business School (ESCP) in London und Paris und befasste sich sowohl mit der Qualitätssicherung im Krankenhaus, als auch mit der Entwicklung des Marktes im internationalen Vergleich. 2010 begann er ein 6-monatiges Praktikum bei der Artemed SE im Konzerncontrolling und ist seit 2013 als Projektleiter der Geschäftsführung sowohl in der Havelklinik Berlin als auch im Krankenhaus Tabea tätig. 2015 übernahm er die kaufmännische Leitung des Tabea Krankenhauses.

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. Seit 2011 ist er bei der Artemed SE im Benedictus Krankenhaus Tutzing, unter anderem verantwortlich für das Controlling und den Einkauf. Seit 2015 verantwortet er als Kaufmännischer Leiter das Benedictus Krankenhaus in Feldafing.

Alexander Weisser

Alexander Weisser studierte im Fach Health Policy, Economics and Management an der Maastricht University. Von 2009 bis 2012 arbeitete er in den Bereichen Projekt- und Qualitätsmanagement sowie im Controlling im Luisenhospital in Aachen. Von 2012–2014 war er bei der Artemed SE im Hospital zum Heiligen Geist in Kempen als Projektleiter tätig, und seit 2014 als Leiter Controlling und Einkauf.

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Ambulante Operationen
ASV	Ambulante Spezialärztliche Versorgung
AT-Bereich	Außertariflicher-Bereich
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMÄ	Bewertungsmaßstab-Ärzte
BQS	Bundesgesellschaft Qualitätssicherung, gGmbH
BSG	Bundessozialgericht
CHOP	Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia
CIRS	Critical Incidence Reporting System
CMI	Institut für zertifizierte medizinische Information, Index für Fallschwere
CT	Computertomographie
CTA	Chirurgisch-technischer Assistent
DIN	Deutsche Industrie-Norm
DRG	Disease Related Group, Diagnose-basierte Fallgruppe
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
EBM	Einheitlicher Bemessungsmaßstab
EKG	Elektrokardiogramm
EPA	Elektronische Patientenakte
ESI	Emergency Severity Index, 5-stufiger Triage-Algorithmus
FD	Funktionsdienst
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
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HNO	Hals-Nase-Ohren

ICD	International Statistics of Disease and Related Health Problems
IHCOM	International Health Consortium for Outcome Measurement
IMC	Intermediate Care
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, gGmbH
INI	International Neuroscience Institute, Hannover
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhaus-Informationssystem
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAF	Laminar Air Flow, wirbelfreie Luftströmung
LBK Hamburg	Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg
LBU	Lob- und Beschwerdemanagement
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MDC	Major Diagnostic Categories, Hauptdiagnosegruppen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MKG	Mund, Kiefer, Gesicht
MRE	Multiresistente Erreger
MRT	Kernspintomografie (Magnetresonanztomografie)
MTD	Medizin-technischer Dienst
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NGG	Nahrungsmittel-Gaststätten-Genussmittel
ODI	Oswestry-Disability Index, Messung Rückenschmerz
OE	Operative Exzellenz
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PA	Physician Assistant
PACS	Picture Archiving and Communication System
PEQ	Patient Experience Questionnaire
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherungen
PPR	Pflegepersonal-Regelung
PRT	Periradikuläre Therapie, Behandlung Schmerz im Wirbelsäulenbereich
PTT	Partial Thromboplastin Time, Aufschluss über Funktionsleistung des intrinsischen Systems
EU	PricewaterhouseCoopers AG
RIS	Radiologie-Informationssystem
RKI	Robert Koch Institut
SEO	Search Engine Optimization, Suchmaschinenmarketing
SMR	Standardized Morbidity/Mortality Ratio
Steri	Sterilisationsabteilung
TEMPiS	Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung, Bayern

TK	Techniker Krankenkasse
VÄG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes
VAS	Visuelle Analogskala
VK	Vollzeitkraft
WIDO	Wissenschaftlichen Instituts der AOK
WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
ZSVA	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung

Inhaltsverzeichnis

1	Die deutschen Krankenhäuser – international auf einem hervorragenden Niveau	1
1.1	Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig	2
1.2	Die Produktivität deutscher Krankenhäuser ist beeindruckend	7
1.3	Die Stärken des deutschen Krankenhaussektors sind uneingeschränkter Zugang und große Angebotsbreite	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	17
2.1	Sicherung künftiger Wirtschaftlichkeit	21
2.2	Verstärkter Wettbewerb um Patienten	22
2.3	Ringieren um mehr Qualität	25
2.4	Wettbewerb um qualifiziertes Personal	28
2.5	Zunehmender Druck aus dem ambulanten Bereich	31
2.5.1	Zunehmende Verlagerung traditionell stationärer Leistungen in die Ambulanz	32
2.5.2	Zunehmende Ökonomisierung des Einweiserverhaltens	32
2.6	Erfordernis, die Infrastruktur nachhaltig zu erneuern	35
	Literatur	40
3	Strategische Ausrichtung 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	43
3.1.3	Restriktionen bei der Definition des klinischen Leistungsspektrums	49

3.2	Typologie erfolgreich positionierter Krankenhäuser	51
3.2.1	Das Allgemeinkrankenhaus mit flachem Leistungsprofil	51
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	64
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	70
3.4.1	Fortschreitende Konsolidierung im deutschen Krankenhaussektor	70
3.4.2	Erweiterte Handlungsspielräume durch Verbundstrukturen	72
3.4.3	Wege zum Erfolg im Verbund	76
3.5	Transssektorale Versorgungsformen innerhalb des klinischen Leistungsspektrums	80
3.5.1	Bisherige Initiativen des Gesetzgebers – aus Krankenhaussicht	80
3.5.2	Behandlung ambulanter Patienten am Krankenhaus	82
3.5.3	Erbringung ambulanter Leistungen durch MVZen	87
3.5.4	Einbindung niedergelassener Ärzte in das Krankenhaus	92
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 Elektiv-Ambulanzen	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	Effizienterer Einsatz von Personal- und Sachressourcen	149
5.2.3	Anpassungen in der Materialwirtschaft im OP	151
5.2.4	Baumaßnahmen zur Erneuerung von Infrastruktur und Ausstattung	152
5.3	Auf der Intensivstation: Etablierung fester Standards ermöglicht eine patientenzentrierte und zugleich wirtschaftliche Betreuung	158
5.3.1	Die Intensivstation – Aushängeschild und Nukleus intensivmedizinischer Versorgung	159
5.3.2	Dringlichkeit eines effizienteren Ressourceneinsatzes	162
5.3.3	Schwerpunkte einer gesamtheitlichen Neuausrichtung von Intensivstationen	166
5.4	Auf den Stationen: Die richtige Balance zwischen Patientenzufriedenheit, Mitarbeitermotivation und Wirtschaftlichkeitszwängen	169
5.4.1	Nebeneinander von unterschiedlichen Organisationsmodellen für die stationäre Versorgung	170

5.4.2	Bauliche Strukturen – häufig immer noch ein unterschätzter Einflussfaktor	171
5.4.3	Traditionelles Schichtenmodell und personeller Besetzungsbedarf	173
5.4.4	Patientenbetreuung im Team	175
5.4.5	Anforderungen an das operative Prozessmanagement	178
5.4.6	Zukünftige Herausforderungen für die stationäre Pflege	179
5.5	In der Radiologie: Leitlinien erhöhen die Leistungsfähigkeit der Abteilung	181
5.5.1	Durchgängige Prozessoptimierung – von der Anmeldung bis zur Befundung	184
5.5.2	Flankierende Maßnahmen zur Prozessunterstützung	186
5.5.3	Effizienter und flexibler Personaleinsatz	187
5.5.4	Kooperationsmodelle auf dem Weg zu einer idealen Ressourcenauslastung	189
5.6	Im Labor: Der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und schneller Verfügbarkeit!	192
5.6.1	Ansatzpunkte für eine wirtschaftlichere Erbringung von Laborleistungen	195
5.6.2	Absicherung eines akzeptablen Serviceniveaus, bei Fremdvergabe von Laborleistungen	198
5.6.3	Management von Mengenausweitung und Nachfragedifferenzierung	199
	Literatur	201
6	Optimierung der „Hotelleistungen“: Für das Wohlergehen der Patienten sorgen, ohne Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren	203
6.1	Kosten- und Produktivitätsmessung als Basis für einen präziseren, effizienteren Ressourceneinsatz	205
6.2	Systematische Erschließung von Leistungsreserven durch OE-Maßnahmen	206
6.2.1	Erschließung von Leistungsreserven in der Speiseversorgung	209
6.2.2	Erschließung von Leistungsreserven in der Textil- und Wäscheversorgung	210
6.2.3	Effizienz- und Qualitätsverbesserungen bei Hygiene und Reinigung	213
6.3	Optimierung der Leistungserbringung durch Anpassungen in der Betriebsform	215
	Literatur	217

7	Qualität im Krankenhaus – was Heilungserfolg und wirtschaftlichen Erfolg verbindet	219
7.1	Qualität – als Faktor im Wettbewerb um Patienten und Zuweiser immer wichtiger	220
7.1.1	Qualität als Auswahlkriterium für Patienten	220
7.1.2	Qualität als Steuerungskriterium für Krankenkassen	222
7.1.3	Qualität als neues Leitmotiv der Gesundheitspolitik	225
7.2	Messbarkeitsprobleme: Von der Erhebung der Patientenzufriedenheit zur Ermittlung der Ergebnisqualität	226
7.2.1	Bestehende Systeme zur Messung von Ergebnisqualität	227
7.2.2	Notwendige Weiterentwicklungen im Bereich der Ergebnismessung	228
7.3	Kulturwandel: Dreh- und Angelpunkt für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement	230
	Literatur	234
8	Der Weg zur erfolgreichen Vermarktung von Krankenhausleistungen	235
8.1	Eigene Stärken setzen und Marktchancen ausnutzen	236
8.2	Zielgruppenspezifische Vermarktung medizinischer Versorgungsqualität	239
8.2.1	An Patienten	241
8.2.2	An Partner	244
8.2.3	An das Personal	249
	Literatur	252
	Literatur	255
	Sachverzeichnis	261

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 aktuellen 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 schier 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 mithin weitaus besser als sein Ruf! Gerade der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit erweist sich bei näherer Betrachtung als unhaltbar.

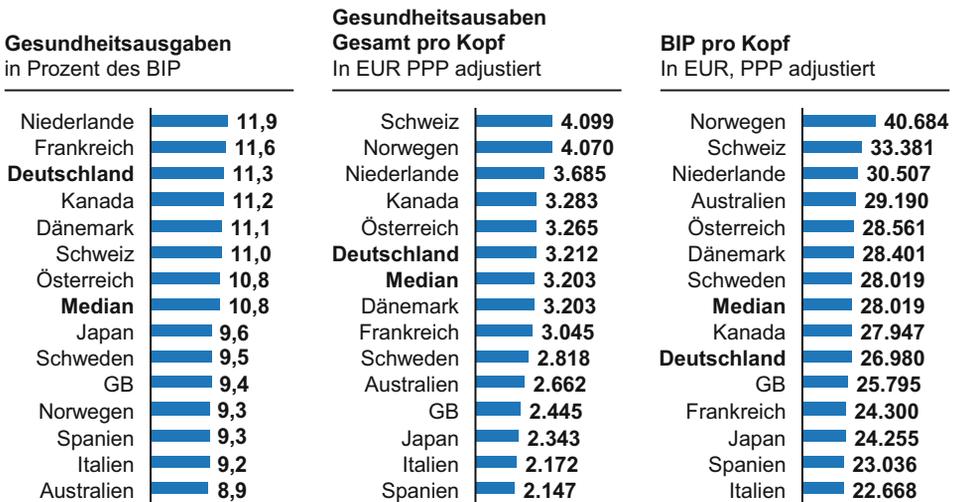
Gleichwohl stellt sich, wenn jeder *zweite* stationäre Leistungserbringer ein negatives Jahresergebnis aufweist, die Frage, wie das System zukunftssicher finanziert werden kann [2]. Oder aus der Perspektive der verantwortlichen Krankenhausmanager vor Ort betrachtet: Was muss geschehen, damit das eigene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

1.1 Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig

Mit Gesamtausgaben von 300,4 Mrd. EUR, d. h. 3740 EUR je Einwohner, und einem Anteil von 11,3 % am Bruttoinlandsprodukt in 2012 gilt das deutsche Gesundheitssystem nach allgemeiner Einschätzung als teuer und kaum noch finanzierbar [3]. Nur die USA, die Niederlande und Frankreich liegen noch vor Deutschland, mit Werten von 17,7 %, 11,9 % und 11,6 % was den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt anbelangt [4]. Wichtigster Kostenblock innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist der Krankenhaussektor: In 2012 entfielen auf ihn Ausgaben von insgesamt 78,8 Mrd. EUR – oder etwas mehr als ein Viertel aller Gesundheitsausgaben [3, 4].

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

Gesundheitsausgaben insgesamt, 2011



Quelle: OECD Health Data 2013

Abb. 1.1 Die relativen Gesundheitsausgaben liegen in Deutschland über denen der Vergleichsländer, kaufkraftbereinigt aber darunter

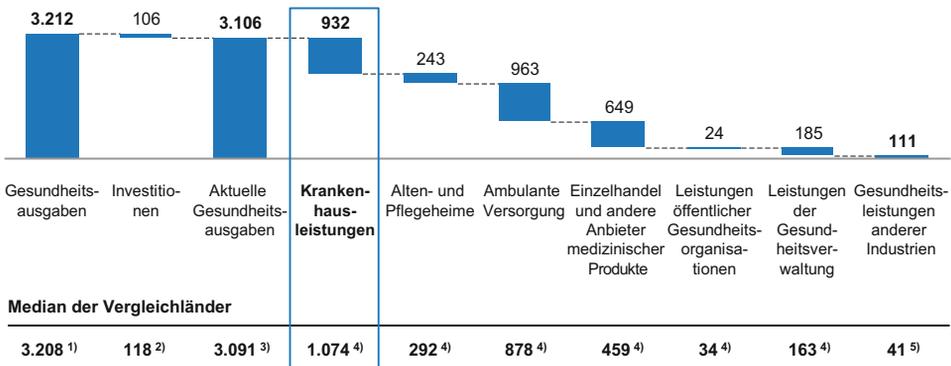
am BIP zur Folge. Das gilt besonders für Deutschland. In 2011, also mehr als zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung, erreichte Deutschland mit 33.420 EUR je Einwohner (Kaufkraft-adjustiert: 26.980 EUR) gerade mal Platz 10 unter den 15 OECD-Vergleichsländern, und daran hat sich bislang wenig geändert [5]. Nur Großbritannien, Frankreich, Japan, Spanien und Italien weisen ein noch geringeres Bruttosozialprodukt pro Kopf auf (Abb. 1.1).

Geeigneter für einen Vergleich der Gesundheitsausgaben im Allgemeinen und der Krankenhausaufgaben im speziellen, sind Kaufkraft-adjustierte Gesundheitsausgaben.¹

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 2011 mit jährlichen Gesamtgesundheitsausgaben von 3212 EUR je Einwohner ziemlich genau auf dem Median der OECD-Vergleichsländer von 3208 EUR je Einwohner. Anders

¹ Für einen Vergleich der Kaufkraft-adjustierten Gesundheitsausgaben lassen sich die OECD Daten 2013 [4] heranziehen. Dieser Datensatz basiert auf den Kostendaten des Jahres 2011 und wurde standardisiert innerhalb der einzelnen Länder erhoben, um die Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen. 2011 ist das aktuellste verfügbare Datenjahr. Insgesamt werden in den OECD Health Data Set 2013 die Daten für 30 Länder erfasst. Um die Aussagekraft des Vergleichs zu erhöhen, wurde die Zahl der Vergleichsländer in den Auswertungen dieses Kapitels allerdings auf die folgenden Länder beschränkt: USA, Norwegen, Australien, Schweiz, Niederlande, Dänemark, Österreich, Kanada, Schweden, Frankreich, Japan, Italien, Spanien, England und Deutschland.

Ausgaben in Deutschland/Einwohner 2011 oder letztes verfügbares Jahr In EUR, PPP adjustiert



1) Alle Länder (2011) – Australien, Österreich, Kanada, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien, Japan (Hochrechnung 2010 auf 2011), Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, England

2) Alle Länder exkl. Schweiz, UK

3) Alle Länder exkl. UK

4) Alle Länder exkl. Österreich, Italien, Norwegen, Schweden

5) Alle Länder exkl. Australien, Österreich, Dänemark, Italien, Japan, Norwegen, Schweden, Schweiz

Quelle: OECD Health Data 2013

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

ausgedrückt, berücksichtigt man die Kaufkraft der einzelnen Bürger, so ist das deutsche System nicht überdurchschnittlich teuer.

Für 2011, als das aktuellste verfügbare Betrachtungsjahr, entfallen von den Gesundheitsgesamtausgaben in Höhe von 3212 EUR je Einwohner genau 932 EUR auf die Versorgung im Krankenhaus (Abb. 1.2; [4]; eigene Berechnungen). Höher sind nur die Kosten für die ambulante Versorgung mit 963 EUR; erst mit deutlichem Abstand folgen jeweils die Ausgaben für den Einzelhandel und die Anbieter medizinischer Produkte (Medikamente, Heil- und Hilfsmittel).

Infobox: Was bedeutet „Kaufkraft-Adjustierung“?

Kaufpreisparitäten (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.

Mit 932 EUR je Einwohner ist Deutschland gleich nach Spanien das günstigste Land für die stationäre Versorgung (Abb. 1.3). Jedes andere OECD-Vergleichsland gibt mehr für seine Krankenhäuser aus, der Median der Vergleichsländer liegt mit 1074 EUR je Einwohner, 15 % über Deutschland. Daher steht – auch wenn dies überraschen mag – eines fest: Die überproportional hohen deutschen Gesundheitsausgaben sind *nicht* dem Krankenhaussektor anzulasten. Im Gegenteil: Die deutschen Krankenhäuser erweisen sich, als Gruppe, im internationalen Vergleich als sehr wirtschaftlich und äußerst effizient.

Aufteilung Krankenhausausgaben in Menge und Preiskomponente

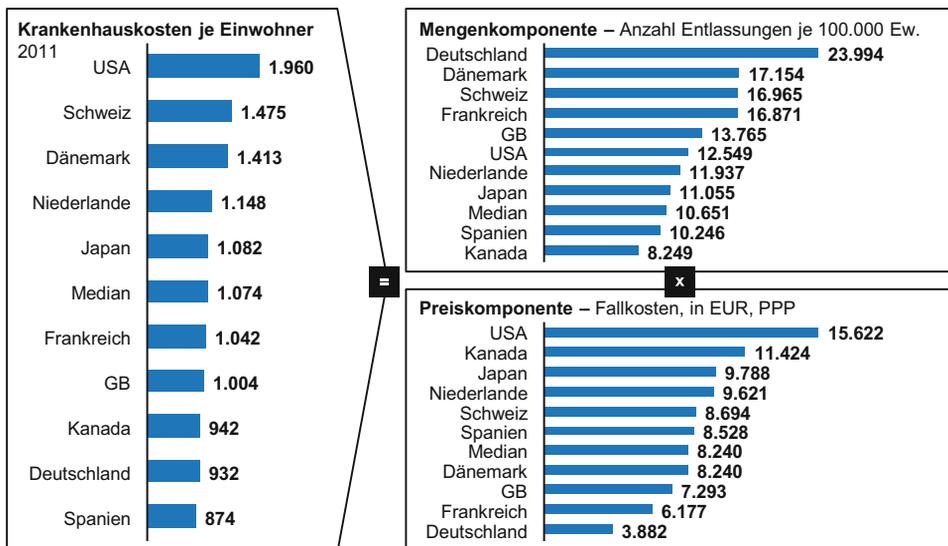


Abb. 1.3 Die geringen Krankenhausausgaben pro Einwohner gehen einher mit einer hohen Inanspruchnahme von Leistungen und sehr geringen Fallkosten