

Benjamin I. Behar
Kerstin Eisenbeiß
Frank Löscher
Rainer Salfeld

Modernes Krankenhausmanagement

Konzepte und Lösungen

5. Auflage

 Springer Gabler

Modernes Krankenhausmanagement

Benjamin I. Behar · Kerstin Eisenbeiß ·
Frank Löscher · Rainer Salfeld

Modernes Krankenhausmanagement

Konzepte und Lösungen

5. Auflage

Benjamin I. Behar
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

Kerstin Eisenbeiß
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

Frank Löscher
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

Rainer Salfeld
Artemed SE
Tutzing, Deutschland

ISBN 978-3-662-65583-2 ISBN 978-3-662-65584-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-65584-9>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2008, 2009, 2016, 2018, 2022

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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

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.

Planung/Lektorat: Margit Schlomski

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

Der Veränderungsprozess im deutschen Krankenhauswesen schreitet kontinuierlich voran. In jüngster Vergangenheit wurde er maßgeblich durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie beeinflusst. Bis zum Frühjahr 2020 setzte sich die gesundheitspolitisch angestrebte Transformation des staatlich geplanten Krankenhauswesens hin zu einem wettbewerblich organisierten Krankenhausmarkt mit hoher Dynamik fort. Im Zuge dessen wurde auch eine deutliche Verringerung der Klinikanzahl unter den Prämissen einer verbesserten Qualität der Patientenversorgung sowie einer Ressourcenoptimierung diskutiert.

Mit dem Beginn der Corona-Pandemie änderte sich der öffentliche Diskurs erstmals zugunsten einer Bereitschaft, dauerhafte Überkapazitäten vorzuhalten und diese bei der Vergütung zu berücksichtigen. Jedoch werden auch die Eindrücke der Corona-Pandemie nicht zu einer politischen Abkehr von dem langfristig verfolgten Wirtschaftlichkeitsparadigma führen. Vor dem Hintergrund eines aktuell historischen Defizits in der gesetzlichen Krankenkasse und den großen künftigen Herausforderungen für die öffentlichen Haushalte – Energiewende, Anpassung der Vergütungsstrukturen in der Altenpflege, zusätzliche 100 Mrd. € für die Landesverteidigung, Ausscheiden der Babyboomer aus dem Arbeitsleben, etc. – ist es schwer vorstellbar, dass dauerhaft Ausgleichsmaßnahmen für die Krankenhauslandschaft in den bestehenden Strukturen geschaffen werden können.

Hohe Anforderungen an die Klinikleitungen sind weiterhin mit Veränderungen in der politischen Rahmensetzung verbunden. So sieht eine Reihe von Gesetzesreformen, welche noch vor der Corona-Pandemie beschlossen wurden, umfassende Personal- und Qualitätsoffensiven im Krankenhaussektor vor. Im Kontext dessen ist auch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sowie die Implementierung und stetige Erweiterung der Bereiche mit Pflegepersonaluntergrenzen zu betrachten. Diese Neuregelungen erhöhen zum einen die Komplexität der Budgetverhandlungen und schränken zum anderen die operative Handlungsfreiheit der Marktakteure ein. Gleichzeitig steigt der Dokumentationsaufwand und damit die Notwendigkeit, das Pflegepersonal von den bürokratischen Aufgaben zu entlasten, um sich im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren.

Eine entsprechende Steigerung der Effizienz und darüber hinaus auch der Behandlungsqualität verspricht die seit Jahren angestrebte Digitalisierung des Gesundheitswesens. Bislang wurde das Innovationspotenzial noch nicht ansatzweise gehoben. Unter anderem mit der Verpflichtung zur Nutzung der Telematik-Infrastruktur sowie der finanziellen Unterstützung im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes möchte der Gesetzgeber die Digitalisierung vorantreiben. Das Krankenhausmanagement trägt einen maßgeblichen Teil der Verantwortung, die Rahmenbedingungen sinnvoll zu nutzen und die zahlreichen Hürden auf diesem außerordentlich anspruchsvollen Weg zu überwinden.

Darüber hinaus ist der digitale und technische Fortschritt bei Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eine zentrale Triebkraft für die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen. Schon in jüngster Vergangenheit war zu beobachten, dass Krankenhausträger vermehrt in den ambulanten Markt eintreten und hier neue Erlösquellen generieren. Infolge dessen verschwimmen die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Das Krankenhausmanagement ist gefordert, eine sachgerechte Anpassung der eigenen Einrichtungs- und Leistungskonzepte vorzunehmen, wodurch die Planungskomplexität erheblich steigt.

Ausgelöst durch den wirtschaftlichen Druck und die Knappheit bei den personellen Ressourcen wird die Verbund- und Kettenbildung im Krankenhausesektor merklich forciert. Der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess geht mit einer Spezialisierung von Fachbereichen sowie einer Bündelung von Versorgungsleistungen und Ressourcen einher. Im Zuge dessen gewinnt das Bundeskartellamt, welches die Fusionskontrolle im Krankenhausbereich übernimmt, gegenüber den Ländern an Bedeutung für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen.

Diese und weitere akute sowie langfristig wirkende Einflussfaktoren stellen steigende Anforderungen an das Management von Krankenhäusern. Das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten erweitert sich so stetig, wie sich die mittel- und langfristige Planungssicherheit verringert.

Für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit und im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das eigene Geschäftsmodell fortlaufend daraufhin zu überprüfen, ob es mit Blick auf die beschriebenen Herausforderungen zukunftsfähig ist. Wie kann eine hohe Qualität des stationären Leistungsvolumens gesichert werden? Was ist erforderlich, um gute Fachkräfte zu gewinnen und an das eigene Haus zu binden? Wo liegen zusätzliche Ertragspotenziale, die erschlossen werden können? Wie können die Potenziale der Digitalisierung gehoben und die hiermit verbundenen Herausforderungen bewältigt werden? Wie kann sich das eigene Haus optimal für eine künftige Pandemie wappnen?

Orientiert an diesen Fragen müssen rechtzeitig die passenden unternehmerischen Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden. Hierfür bietet das vorliegende Buch „Modernes Krankenhausmanagement“ in aktualisierter Auflage eine sehr gute Orientierungsbasis. Alle für das Krankenhausmanagement wesentlichen Handlungsfelder

werden prägnant dargestellt. Mit der Digitalisierung sowie verschiedenen Ansätzen zur Vorbereitung auf künftige Pandemien wurden zwei zentrale Zukunftsthemen ergänzt.

Die erfolgreiche Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen kann eine nachhaltige Positionierung des Krankenhauses in der Versorgungsstruktur sichern. Dies ist zugleich die Voraussetzung für den Zugang zu Eigen- und Fremdkapitalgebern. Denn die beschriebenen Herausforderungen bewirken – verstärkt durch den weitergehenden Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung – einen steigenden Investitionsbedarf der Kliniken.

Prof. Dr. Harald Schmitz
Vorsitzender der Bank für Sozialwirtschaft AG

Vorwort

Die Lage der deutschen Krankenhäuser hat sich im Zuge der Covid-Pandemie objektiv weiter verschlechtert. Bereits 2019, im letzten Jahr vor dem Ausbruch von Corona, hat ein Drittel der Krankenhäuser rote Zahlen geschrieben. Für 2021 zeichnet sich nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ab, dass etwa 60 % der Krankenhäuser Verluste im operativen Geschäftsbetrieb ausweisen müssen – zudem in einem ausgesprochen herausfordernden Umfeld. Die gesetzlich zuständigen Bundesländer sind weiterhin bemüht, sich aus der Investitionsfinanzierung zurückzuziehen. Gleichzeitig drängen Krankenkassen und -versicherer, die ihre zwischenzeitlichen Überschüsse längst aufgezehrt haben, wieder verstärkt auf Einsparungen im Krankenhausbereich. An den strukturellen Problemen des Krankenhausesektors selbst hat die Covid-Pandemie im Grunde wenig geändert, tendenziell wirkt sie fast wie ein Brandbeschleuniger. Einzelne Krankenhäuser mögen sicherlich von den staatlichen Rettungsschirmen profitiert haben. Für die große Mehrheit dagegen hat sich die Ertragslage erkennbar verschlechtert, vor allem wegen der Erlöseinbrüche sowie der erheblichen Kostensteigerungen, die aus der Versorgung infizierter Patienten resultieren.

Aller Voraussicht nach wird die Krise des Krankenhausesektors mithin 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, was in Kapitel 1 näher ausgeführt wird. Dennoch ist die Zahl der Krankenhäuser von 2.242 im Jahr 2000 auf 1.903 im Jahr 2020 zurückgegangen – bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen von 17,3 auf 19,4 Mio. Fälle.

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 sich wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Einfach in die Fußstapfen der anderen zu treten, genügt nicht mehr. Nur wer bereit ist, eigene Akzente zu setzen und die Zukunft aktiv mitzugestalten, dem wird nachhaltig Erfolg beschieden sein. 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 fünften Auflage neu zu überarbeiten und zu erweitern. Alle Kapitel wurden aktualisiert und ergänzt. Neu hinzugekommen sind Kapitel 6 – Vorbereitung auf die nächste Pandemie – und Kapitel 8 – Digitalisierung als Herausforderung. Beide gehen zurück auf Erfahrungen mit den Aus- und Folgewirkungen von Covid 19.

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 vier früheren Auflagen wendet es sich bewusst an Wissenschaftler und Praktiker, an Gesundheitsökonomien 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 Maximilian Ebrecht, Andreas Grbic, Nina Häcker, Dr. Wolfgang Herb, Michael Kneis, Milena Kolb, Andreas Kramm, Maria Krings, Dominik Lünstroth, Dr. Simon Machnik, Benjamin-Hagen Mahlo, Leonie Ottmer, Thomas Paßers, Melanie Sander, Andreas Schöpfer, Jan Stawski, Maik Tomuschat, Marius Trabert und Tobias Weber. Ein besonderer Dank gilt dem Facharzt für Radiologie und leitendem Arzt aus dem Artemed Klinikum München Süd, Herrn Dr. Amir Bigdeli. Seine Überlegungen bilden die Grundlage für die Optimierung der Radiologie. Zudem gilt unser Dank Diana Maier als Projektleiterin, Dr. Georg Klymiuk als verantwortlichem Editor und Sebastian Salfeld für die technische Überarbeitung des Manuskripts.

München, Deutschland
im Juni 2022

Dr. Benjamin I. Behar
Dr. Kerstin Eisenbeiß
Frank Löscher, LL.M.
Professor Dr. Rainer Salfeld

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 Krankenhausesektors	9
1.4	Auch die Behandlungsqualität ist im Durchschnitt gut, bei hoher Varianz zwischen den Leistungserbringern	11
2	Herausforderungen und Handlungsfelder für die Krankenhausführung	17
2.1	Sicherung künftiger Wirtschaftlichkeit	21
2.2	Wettbewerb um qualifiziertes Personal	24
2.3	Verstärkter Wettbewerb um Patienten	27
2.4	Ausbau der Digitalisierung	30
2.5	Zunehmender Druck aus dem ambulanten Bereich	32
2.5.1	Zunehmende Verlagerung traditionell stationärer Leistungen in die Ambulanz.	32
2.5.2	Zunehmende Ökonomisierung des Einweiserverhaltens	33
2.6	Erfordernis, die Infrastruktur nachhaltig zu erneuern	36
2.7	Ringern um mehr Qualität.	40
3	Strategische Ausrichtungen eines Krankenhauses	47
3.1	Definition des klinischen Leistungsspektrums.	48
3.1.1	Die Leistungsmatrix als primäres Instrument zur Bestimmung des Angebotsportfolios	48
3.1.2	Ermittlung einer quantifizierbaren Leistungsmatrix	50
3.1.3	Restriktionen bei der Definition des klinischen Leistungsspektrums	55

3.2	Typologie verschiedener Krankenhäuser und deren Positionierung am Markt	56
3.2.1	Das Allgemeinkrankenhaus mit flachem Leistungsprofil	56
3.2.2	Das Fachkrankenhaus mit einer oder mehreren Spezialisierungen	58
3.2.3	Der Maximalversorger	63
3.3	Transformation traditioneller Allgemeinkrankenhäuser als strategische Managementaufgabe	65
3.3.1	Antworten finden für eine Vielzahl von Problemen und Herausforderungen.	65
3.3.2	Ansätze zu Revision und Redefinition des klinischen Leistungsspektrums	68
3.3.3	„Vom Königreich zur Wohngemeinschaft“: Vergemeinschaftung von Infrastruktur und Ressourcen	70
3.3.4	„Leuchttürme errichten“: Erhöhung des Spezialisierungsgrades für ausgewählte ICD-Bereiche	72
3.3.5	„Versorgungstiefe statt Versorgungsbreite“: die schrittweise Umwandlung zum Fachkrankenhaus	75
3.4	Aufbau einer neuen Versorgung in der Fläche	76
3.5	Vorteile einer Führung von Krankenhäusern im Verbund	79
3.5.1	Fortschreitende Konsolidierung im deutschen Krankenhaussektor	79
3.5.2	Erweiterte Handlungsspielräume durch Verbundstrukturen	82
3.5.3	Wege zum Erfolg im Verbund	86
3.6	Transsektorale Versorgungsformen innerhalb des klinischen Leistungsspektrums	89
3.6.1	Bisherige Initiativen des Gesetzgebers – aus Krankenhaussicht	89
3.6.2	Behandlung ambulanter Patienten am Krankenhaus	92
3.6.3	Erbringung ambulanter Leistungen durch MVZen	96
3.6.4	Einbindung niedergelassener Ärzte in das Krankenhaus	103
3.6.5	Vertragliche Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge	105
3.6.6	Chancen zur Weiterentwicklung durch den Gesetzgeber	107
4	Innovatives Personalmanagement als Schlüssel zum Erfolg	117
4.1	Auf- und Ausbau einer inspirierenden Unternehmenskultur als zentrales Element des Personalmanagements.	119
4.1.1	Etablierung einer Leistungsethik	120
4.1.2	Schaffen attraktiver Rahmenbedingungen	121
4.2	Führen durch Vorbild und Vertrauen in die Mitarbeiter	125

4.3	Attraktivere Arbeitsplätze und Entlastung durch neue Berufsbilder an der Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege	127
4.3.1	Berufsbilder zur Entlastung innerhalb des ärztlichen Dienstes	129
4.3.2	Berufsbilder zur Entlastung des Pflegedienstes	130
4.4	Gewinnung von neuen Mitarbeitern als wesentliche Managementaufgabe	133
4.5	Bedarfsgerechte Personalallokation als Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit	136
4.5.1	Personalkalkulation auf der Basis von Schichtbesetzungsmodellen	137
4.5.2	Personalkalkulation Pflege auf der Basis gesetzlicher Vorgaben.	137
4.5.3	Personalkalkulation auf der Basis von VK-Benchmarks	138
4.5.4	Personalbenchmark auf der Basis von InEK-Erlösen	139
4.6	Dynamisches Personalmanagement als Antwort auf sich stetig ändernde Rahmenbedingungen	140
4.6.1	Effizienzgewinne aus dem Übergang zur interdisziplinären Patientenversorgung	141
4.6.2	Verantwortung auf möglichst viele Schultern verteilen	142
4.6.3	Klar separierbare Spezialbereiche auslagern und verselbstständigen	143
4.6.4	Zeitgemäße, moderne Infrastruktur und Geräteausstattung bereitstellen	144
5	Patientenzentrierte Behandlungsabläufe – Schlüssel zu höherer Qualität und besserer Wirtschaftlichkeit	149
5.1	In der Ambulanz/Notaufnahme: neue, effizientere Lösungen an der Schnittstelle von Notfall- und elektiver Behandlung einerseits sowie ambulanter und stationärer Versorgung andererseits	152
5.1.1	Trend zu separaten Elektivambulanzen	154
5.1.2	Die „zentralisierte, interdisziplinäre Notaufnahme“ – das Organisationsmodell für Notaufnahmen	155
5.1.3	Best-Practice-Ansätze für den operativen Betrieb von Notaufnahmen	159
5.2	Im OP-Bereich: Produktivitätsverbesserungen durch strukturierte Abläufe und Interaktionen	166
5.2.1	Etablierung eines gesamtverantwortlichen OP-Managements.	167
5.2.2	Effizienter Einsatz von Sachressourcen	170
5.2.3	Effizienter Einsatz von Personalressourcen	174

5.2.4	Anpassungen in der Materialwirtschaft im OP	176
5.2.5	Baumaßnahmen zur Erneuerung von Infrastruktur und Ausstattung	178
5.3	Auf der Intensivstation: Die Etablierung fester Standards ermöglicht eine patientenzentrierte und zugleich wirtschaftliche Betreuung	185
5.3.1	Die Intensivstation – Aushängeschild und Nukleus intensivmedizinischer Versorgung	186
5.3.2	Dringlichkeit eines effizienteren Ressourceneinsatzes	188
5.3.3	Schwerpunkte einer gesamtheitlichen Neuausrichtung von Intensivstationen	192
5.4	Auf den Normalstationen: die Pflege als wesentliches Element des Heilungsprozesses	195
5.4.1	Die Abteilungsstruktur in der Pflege	196
5.4.2	Pflegeorganisation und Personalplanung	199
5.4.3	Das Belegungsmanagement als überaus wichtiges Managementmodell	206
5.4.4	Die Architektur und Gestaltung von modernen Stationen	208
5.5	In der Radiologie: Innovationen und Prozessoptimierungen erhöhen die Leistungsfähigkeit der Abteilung	209
5.5.1	Durchgängige Prozessoptimierung – von der Anmeldung bis zur Befundung	212
5.5.2	Flankierende Maßnahmen zur Prozessunterstützung	214
5.5.3	Effizienter und flexibler Personaleinsatz	216
5.5.4	Kooperationsmodelle auf dem Weg zu einer idealen Ressourcenauslastung	217
5.5.5	Teleradiologie	220
5.5.6	Künstliche Intelligenz und strukturierte Befundung in der Radiologie	222
5.6	Im Labor: der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und schneller Verfügbarkeit	224
5.6.1	Überblick zu unterschiedlichen Betreibermodellen für den Laborbereich	225
5.6.2	Absicherung eines akzeptablen Serviceniveaus bei Fremdvergabe von Laborleistungen	228
5.6.3	Management von Mengenausweitung und Nachfragedifferenzierung	228
5.6.4	Vordringen von „Point-of-Care-Diagnostik“	230
6	Vorbereitung auf die nächste Pandemie	235
6.1	Regional abgestimmtes, abgestuftes Versorgungsangebot im Pandemiefall	236

6.2	Verfügbarkeit der für die Pandemiebekämpfung erfolgskritischen Ressourcen	238
6.2.1	Bereitstellung von medizinischem Verbrauchsmaterial und Arzneimitteln.	238
6.2.2	Bevorratung mit Beatmungsgeräten.	239
6.2.3	Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal.	240
6.3	Umfassendes Hygienekonzept für den Pandemiefall.	242
6.3.1	Schutz von Patienten	243
6.3.2	Wahrung der Interessen von Besuchern.	244
6.4	Krisensichere Krankenhausfinanzierung im Pandemiefall	247
7	Optimierung der „Hotelleistungen“ – für das Wohlergehen der Patienten sorgen ohne Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren.	253
7.1	Kosten- und Produktivitätsmessung als Basis für einen präziseren, effizienteren Ressourceneinsatz.	254
7.2	Systematische Erschließung von Leistungsreserven durch OE-Maßnahmen	256
7.2.1	Erschließung von Leistungsreserven in der Speiseversorgung.	259
7.2.2	Wahl des geeignetsten Verpflegungskonzepts	260
7.2.3	Erschließung von Leistungsreserven in der Textil- und Wäscheversorgung.	266
7.2.4	Effizienz- und Qualitätsverbesserungen bei Hygiene und Reinigung	270
7.3	Optimierung der Leistungserbringung durch Anpassungen in der Betriebsform	273
8	Digitalisierung als Herausforderung – im Mittelpunkt muss stets die Optimierung von Heilungserfolg und Patientenwohl, aber auch die Sicherung der Wirtschaftlichkeit stehen.	279
8.1	Performante und sichere Infrastruktur	284
8.1.1	LAN- und WAN-basierte Netzwerklösungen	286
8.1.2	Nutzung von Serverfarmen	288
8.1.3	Anschluss an öffentliche Netzwerke	288
8.1.4	IT- und Ausfall-Sicherheit	288
8.1.5	Ausstattung mit netzwerkfähigen End- und Medizingeräten.	290
8.2	Sinnvolle Software-Applikationen für das Krankenhaus.	290
8.2.1	Patientenportale	291
8.2.2	Dokumentation des klinischen Geschehens.	294
8.2.3	Digitale Leistungsanforderung und Befundung (LSTM).	296

8.3	Klinische Zusammenarbeit zwischen medizinischen Leistungserbringern	297
8.3.1	Telematik-Infrastruktur	298
8.3.2	Telemedizin	299
8.4	Entscheidungsunterstützung im klinischen Behandlungsprozess	300
9	Qualität im Krankenhaus – was Heilungserfolg und wirtschaftlichen Erfolg verbindet	307
9.1	Qualität ist als Faktor im Wettbewerb um Patienten und Zuweiser immer wichtiger	308
9.1.1	Qualität als Auswahlkriterium für Einweiser und Patienten	308
9.1.2	Qualität als Steuerungskriterium für Krankenkassen.	311
9.1.3	Qualität als neues Leitmotiv der Gesundheitspolitik.	314
9.2	Messbarkeitsprobleme: von der Erhebung der Patientenzufriedenheit zur Ermittlung der Ergebnisqualität	316
9.2.1	Bestehende Systeme zur Messung von Ergebnisqualität.	317
9.2.2	Notwendige Weiterentwicklungen im Bereich der Ergebnismessung	319
9.3	Kulturwandel: Dreh- und Angelpunkt für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement.	320
10	Der Weg zur erfolgreichen Vermarktung von Krankenhausleistungen.	327
10.1	Eigene Stärken setzen und Marktchancen ausnutzen.	328
10.2	Zielgruppenspezifische Vermarktung medizinischer Versorgungsqualität	331
10.2.1	An Patienten.	333
10.2.2	An Partner	338
10.2.3	An das Personal	343
11	Wirtschaftlichkeit – kein hehrer Wunsch, sondern ein Resultat der medizinischen Qualität	349
11.1	Bereitstellung relevanter, handlungsorientierter Kennzahlen für den Klinikbetrieb	350
11.1.1	Kennzahlen primär für Kliniker.	350
11.1.2	Kennzahlen primär für Manager	356
11.2	Gestaltung des betrieblichen Planungsprozesses.	358
11.2.1	Abwägung von Aufwand und Nutzen	358
11.2.2	Top-down- vs. Bottom-up-Planerstellung	359
11.2.3	Einstellung der Planungsergebnisse in die Planungs- und Steuerungssysteme des Krankenhauses	361

11.2.4	Prognose der Preis- und Kostenentwicklung bei externen Faktoren.....	365
11.2.5	Festlegung des Planungsturnus	366
11.3	Sicherstellung der Liquidität	367
11.3.1	Ermittlung des Cashflows	367
11.3.2	Finanzierung des Klinikbetriebs aus dem Cashflow	369
Literatur		377
Stichwortverzeichnis		395

Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis

Autoren

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 der Deutschen Wirtschaft und Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg (UHH), der Freien Universität Berlin und der Hochschule Neubrandenburg.

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

Dr. Kerstin Eisenbeiß studierte Wirtschaftspsychologie an der Universität Mannheim und promovierte im Anschluss als Stipendiatin der Deutschen Forschungsgesellschaft in Jena und Groningen (NL) zur Entwicklung von Identifikation mit Unternehmen.

Nach sechs Jahren als Beraterin und Projektmanagerin bei der Siemens Strategieberatung wechselte sie 2011 in die Gesundheitsbranche zu Siemens Healthcare. 2013 übernahm sie die Verantwortung als Klinikleiterin für eine orthopädische Fachklinik bei den Schön Kliniken. In den darauffolgenden Jahren folgte die Verantwortung für weitere Häuser und zu Beginn 2019 die Berufung in die Konzerngeschäftsführung. Zum Mai 2020 wechselte Dr. Kerstin Eisenbeiß als Geschäftsführende Direktorin zur Artemed SE.

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 begleitete Frank Löscher dort insbesondere wirtschaftlich angeschlagene Kliniken bei der strategischen sowie leistungs- und finanzwirtschaftlichen Neuausrichtung.

2016 wechselte er zur Artemed SE und ist seit 2020 Geschäftsführender Direktor.

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. Als Lehrbeauftragter für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Augsburg wurde er 2004 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

Maximilian Ebrecht absolvierte nach seiner Ausbildung zum Rettungsassistenten ein Studium in Gesundheitsökonomie an der Hochschule RheinMain. Während des Studiums arbeitete er in einer führenden, internationalen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Nach dem Studium stieg er im gleichen Unternehmen als Berater im Krankenhaussektor ein, wo er u. a. in Restrukturierungsprojekten und Wettbewerbs- und Leistungsanalysen tätig war.

Ende 2020 wechselte Maximilian Ebrecht zur Artemed SE und ist aktuell als Projektleiter der Geschäftsführung im St. Josefskrankenhaus und im Loretto-Krankenhaus in Freiburg tätig.

Andreas Grbic absolvierte nach seiner verkürzten Ausbildung zum Kaufmann im Gesundheitswesen im Luisenhospital Aachen ein berufsbegleitendes Studium in Betriebswirtschaft mit Schwerpunkt Controlling und Personalmanagement an der Hochschule Niederrhein. Von 2012 bis 2018 war er bei einem evangelischen Krankenhaus Träger zuletzt als stellvertretender Leiter Controlling und Vertretung des Vorstandreferenten tätig. Seit 2018 ist er als Klinikleiter und seit 2020 als Geschäftsführer für die Eifelklinik St. Brigida verantwortlich.

Nina Häcker absolvierte nach ihrer Ausbildung zur Bankkauffrau ein Studium der Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen an der Hochschule in Neu-Ulm. Sie war während des Studiums bei einer Krankenkasse, einem der führenden Generikahersteller und einem Klinikverbund tätig. In dieser Zeit sammelte sie verschiedene Erfahrungen im Krankenhaus-, Prozess- und Qualitätsmanagement. Seit 2020 ist sie bei der Artemed in der Klinik Vincentinum als Projektleitung der Geschäftsführung tätig.

Dr. 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). Zurück in Deutschland arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und promovierte am Lehrstuhl für Wirtschaftsprüfung und Controlling, Prof. W. Schultze, Universität Augsburg. Seit 2017 ist er als Leiter Finanzen und Konzerncontrolling für die Artemed SE tätig.

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 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 ab 2012 die kaufmännische Leitung der Artemed Fachklinik in München. Seit 2015 ist er als Geschäftsführer für die Fachklinik München und seit 2018 für die Klinik Vincentinum in Augsburg verantwortlich. Zudem war er für den Aufbau der neuen Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen am Ammersee zuständig.

Milena Kolb studierte Gesundheitsökonomie an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Im Anschluss an das Studium arbeitete sie als Referentin bei einer Krankenkasse und an einem Universitätsklinikum.

Von 2020 bis 2022 war Milena Kolb als Klinikleiterin im Heilig-Geist Hospital in Bensheim, einer Klinik der Grund- und Regelversorgung, tätig.

Andreas Kramm war nach seinem Studium der Medizinischen Dokumentation und Informatik an der Hochschule Ulm bei der All for One AG als Entwickler und Berater für Gesundheitswesen-Anwendungen tätig. Ab 2006 arbeitete er bis zur Übernahme durch die Artemed Gruppe als IT-Leiter des Krankenhauses der Missions-Benediktinerinnen in Tutzing. Seit 2008 ist er bei der Artemed als Leiter für die Konzern-IT verantwortlich.

Maria Krings absolvierte ihr Bachelorstudium Gesundheitsökonomie und -management an der Bergischen Universität Wuppertal. Anschließend arbeitete sie als Projektleitung im Gesundheitsmanagement und war im Qualitätsmanagement eines Knappschaftskrankenhauses tätig. Parallel schloss sie ihr berufsbegleitendes Masterstudium in Gesundheitsökonomie an der APOLLON Hochschule für Gesundheitswirtschaft in Bremen ab. Seit 2019 arbeitet sie bei der Artemed SE in der Eifelklinik St. Brigida in Simmerath als Projektleitung der Geschäftsführung.

Dominik Lünstroth absolvierte nach seinem Bachelorstudium ein Masterstudium der Wirtschaftsingenieurwissenschaften an der Beuth Hochschule für Technik in Berlin.

Bevor er 2020 Klinikleiter des St. Elisabethen Krankenhauses in Frankfurt wurde, war er dort zunächst seit der Übernahme als Projektleiter der Geschäftsführung tätig.

Seit 2022 ist er als Geschäftsführer für das St. Josefskrankenhaus in Heidelberg verantwortlich.

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.

Er war über zehn Jahre lang in verschiedenen Bereichen der Artemed SE tätig. Dabei verantwortete er u. a. die Bereiche Controlling und Finanzen für mehrere Klinikstandorte und im Anschluss als Geschäftsführer die beiden Benedictus Krankenhäuser in Tutzing und Feldafing. Anfang 2020 hat er sich als Berater und Interimsmanager im Krankenhauswesen selbstständig gemacht und arbeitet als Senior Manager bei der Oberender AG.

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 Benjamin Mahlo – mittlerweile als Geschäftsführer – die Havelklinik in Berlin und seit 2020 zusätzlich das Krankenhaus Tabea in Hamburg. Gleichfalls übernimmt er seit mehreren Jahren Projektaufgaben bei Klinikübernahmen durch die Artemed SE.

Leonie Ottmer studierte Diplom-Kulturwirtschaft (Sprachen-, Wirtschafts- und Kulturraumstudien) mit Schwerpunkt Spanien und Lateinamerika an der Universität Passau.

Nach verschiedenen Stationen in Rundfunk und Presse arbeitete sie ab 2007 in einer Münchner Kommunikationsagentur, bevor sie 2010 zur Artemed wechselte. Seit 2017 verantwortet sie die Leitung der Unternehmenskommunikation der Artemed Gruppe.

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.

Melanie Sander ist Gesundheitsökonomin und hat ihren Master of Science für „International Health Management“ am Imperial College London absolviert. Von 2015 bis 2020 war sie für das Stadtpital Zürich als Leiterin Betriebsbuchhaltung sowie im Healthcare Sektor der KPMG AG als Unternehmensberaterin tätig. Seit 2020 ist sie als Klinikleiterin für die Klinik Lilienthal verantwortlich.

Andreas Schöpfer absolvierte nach seiner rettungsdienstlichen Ausbildung ein Bachelorstudium der Medizin-Ökonomie an der Rheinischen Fachhochschule Köln sowie ein Masterstudium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Anschließend war er mehrere Jahre für eine Unternehmensberatung im Gesundheitswesen tätig. Von 2019 bis 2022 war Andreas Schöpfer bei der Artemed SE und übernahm zunächst die Position des Projektleiters der Geschäftsführung im Hospital zum Heiligen Geist in Kempen und danach der beiden Artemed-Kliniken in Freiburg. Im Jahr 2021 wurde er Klinikleiter im Loretto-Krankenhaus in Freiburg.

Jan Stawski absolvierte eine Ausbildung zum Koch im Hotel „Norderheide“ in Schleswig-Holstein an der Nordsee. Danach war er in verschiedenen Hotels – unter anderem als Küchenchef und später als Betriebsleiter – und District Manager bei Aramark tätig.

Seit 1996 arbeitete er in verschiedenen Führungspositionen im Care-Catering – u. a. als Wirtschaftsleiter im Krankenhaus St. Joseph-Stift, Bremen und Geschäftsbereichsleiter der Jade Weser Catering. Er ist Prüfungsmitglied bei der Handelskammer Bremen für den Ausbildungsberuf Koch und seit 2020 als Leiter der zentralen Speiseversorgung bei der Artemed SE.

Maik Tomuschat war von 2011 bis 2020 für die Amper Kliniken AG u. a. als Kaufmännischer Leiter und Referent der Geschäftsführung tätig. Im Zeitraum von 2014 bis 2017 absolvierte der Diplom Sportwissenschaftler berufsbegleitend erst einen Master in Management (MIM) und anschließend einen International Master in Business Administration in Healthcare Management.

Von 2021 bis 2022 verantwortete er das Benedictus Krankenhaus Feldafing als Klinikleiter. Seit 2022 ist er Kaufmännischer Direktor und stellvertretender Vorstand im Klinikum Landsberg am Lech.

Marius Trabert absolvierte seinen Master in Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth im Jahr 2016. Anschließend war er für eine führende Unternehmens- und Wirtschaftsprüfungsgesellschaft im Bereich Healthcare tätig.

Im Jahr 2019 wechselte Marius Trabert in die Artemed SE. Dort war er als Projektleiter der Geschäftsführung sowohl für das Heilig-Geist Hospital in Bensheim als auch für die Artemed Kliniken Freiburg tätig.

Seit 2022 ist er als Klinikleiter für das St. Elisabethen Krankenhaus in Frankfurt verantwortlich.

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/Einkauf im Benedictus Krankenhaus Tutzing. Von 2014 bis 2016 verantwortete er als Kaufmännischer Leiter das Benedictus Krankenhaus in Feldafing. Seit 2016 ist er als Geschäftsführer im Artemed Klinikum München Süd tätig.

Autoren der Voraufgaben

Dr. Clemens Guth, Dr. Steffen Hehner, Dr. Reinhard Wichels

Mitarbeiter der Voraufgaben

Jan R. Ascher, Aline Becker, Benjamin Broda, Peter Berlin, Nikolas Derwahl, PD Dr. Sören Eichhorst, Dr. Harald Engelke, Dr. Jan Hartmann, Dr. Christian Kloss, Hannah Kochs, Heinz Kölking, Tim Kolwitz, Dr. Thomas Kowallik, Frederic Lazar, Dr. Sophia Lichtenberg, Florian Löhlein, Dr. Karl Miserok, Dr. Tobias Möhlmann, Johannes Ohlraun, Dr. Christian Pawlu, David Reinhardt, Maximilian Riehl, Dr. Maren Rowold, Dr. Thomas Rudolph, Dr. Sebastian Sieler, Dr. Julia M. Sperling, Dr. Florian Then, Bianca Trenz, Alexander Weisser

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Ambulante Operationen
AQUA	Ehemals BQS
ASV	Ambulante spezialärztliche Versorgung
AU	Arbeitsunfähigkeit
AT-Bereich	Außertariflicher Bereich
BARC	Bhabha Atomic Research Centre
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BLS	Bundeslebensmittelschlüssel
BMÄ	Bewertungsmaßstab Ärzte
BQS	Bundesgesellschaft Qualitätssicherung gGmbH
BSG	Bundessozialgericht
BWA	Betriebswirtschaftliche Auswertung
CAD	Computer Aided Diagnosis
CAGR	Compound Annual Growth Rate
CEO	Chief Executive Officer
CHOP	Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia
CIRS	Critical Incident Reporting System
CM	Casemix
CMI	Casemix Index (Fallschwere-Index im DRG-System)
CR	Konventionelles Röntgen
CT	Computertomografie
CTA	Chirurgisch-technischer Assistent
DB-Rechnungen	Deckungsbeitragsrechnungen
DIN	Deutsche Industrienorm
DIVI	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DKI	Deutsches Klinisches Institut

DM	Deutsche Mark
DRG	Disease Related Group, diagnosebasierte Fallgruppe
DSA	Digitale Subtraktionsangiografie
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
eFA	Elektronische Fallakte
EKG	Elektrokardiogramm
EMRAM	Electronic Medical Records Adoption Model
ePA	Elektronische Patientenakte
EQ-5D	European Quality of Life 5 Dimensions
ESI	Emergency Severity Index
FD	Funktionsdienst
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GCS	Glasgow Coma Scale
GEBERA	Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
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
IVENA	Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
IV-Vertrag	Integrierter Versorgungs-Vertrag

KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSFV	Krankenhausstrukturfonds-Verordnung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KHZF	Krankenhauszukunftsfonds
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
KIS	Krankenhaus-Informationssystem
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAF	Laminar Air Flow
LAN	Local Area Network
LBFW	Landesbasisfallwert
LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
LUB	Lob- und Beschwerdemanagement
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LSTM	Leistungsstellenmanagement
MA	Mitarbeiter
MDC	Major Diagnostic Categories, Hauptdiagnosegruppen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDM	Mobile-Device-Management
MKG	Mund, Kiefer, Gesicht
MLA	Mehrleistungsabschlag
MRE	Multiresistente Erreger
MRT	Kernspintomografie (Magnetresonanztomografie)
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
MTRA	Medizinisch-technischer Radiologieassistent
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NGG	Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten
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
P4Q	Pay-for-Quality
PA	Physician Assistant
PACS	Picture Archiving and Communication System
PCI	Perkutane koronare Intervention
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PDL	Pflegedienstleitung

PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PEQ	Patient Experience Questionnaire
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherungen
PLZ	Postleitzahl
PPP	Purchasing Power Parity (dt. Kaufkraftparität)
PpQ	Pflegepersonalquotient
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PPR 2.0	Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument
PR	Public Relations
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
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
RÖV	Röntgenverordnung
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SDM	Shared Decision Making
SE	Europäische Aktiengesellschaft (lat. Societas europaea)
SEA	Search Engine Advertising
SEO	Search Engine Optimization
SERPS	Search Engine Result Pages
SGB	Sozialgesetzbuch
SMR	Standardized Morbidity/Mortality Ratio
Steri	Sterilisationsabteilung
TEMPiS Bayern	Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung
TEP	Totalendoprothese
TI	Telematik-Infrastruktur
TK	Techniker Krankenkasse
URL	Uniform Resource Locator
US	Ultraschall
VÄG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VAS Score	Visuelle Analogskala
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VIP	Very Important Person (dt. sehr wichtige Persönlichkeit)
VK	Vollzeitkraft
VPN	Virtual Private Network
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

WAN	Wide Area Network
WLAN	Wireless Local Area Network
WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
ZSVA	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung



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 Horrorstorys 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 79 %, so die Ergebnisse einer Umfrage, würden ihre Klinik uneingeschränkt weiterempfehlen – für den Dienstleistungssektor eine ungewöhnlich gute Quote¹!

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 Beteiligten – 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 Krankenhaussystems 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 nach wie vor 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.

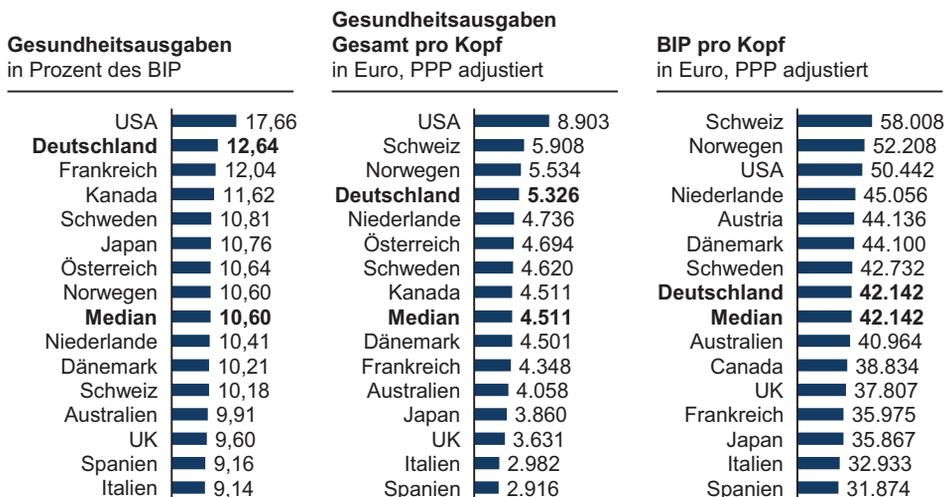
Insgesamt lässt sich festhalten: Das deutsche Krankenhaussystem ist, bei aller berechtigten Kritik, im internationalen Vergleich sehr wettbewerbsfähig und weitaus besser als sein Ruf! Gerade der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit erweist sich bei näherer Betrachtung als unhaltbar.

Gleichwohl stellt sich, wenn über 40 % der stationären Leistungserbringer ein negatives Jahresergebnis aufweisen, die Frage, wie das System zukunftssicher finanziert werden kann². 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 2018 in Deutschland auf 441,6 Mrd. Euro. Das entspricht 5.326 Euro je Einwohner oder einem Anteil von 12,6 % 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 achte Euro für die Gesundheit ausgegeben. Im Vergleich zum Vorjahr 2017 stiegen damit die Ausgaben um etwas mehr als 5,4 Mrd. Euro von 436,1 auf 441,6 Mrd. Euro oder 1,2 %. Auch für die kommenden Jahre ist von einem stärkeren Wachstum

Gesundheitsausgaben insgesamt, 2018



Quelle: OECD Health Data Zugriff am 21.12.2021

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

auszugehen³. Nur die USA liegen mit 17,66 % noch vor Deutschland. Damit ist Deutschland in den vergangenen Jahren im Ranking weiter nach oben gestiegen und hat mittlerweile ebenfalls die Schweiz überholt. Wichtigster Kostenblock innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist der Krankenhaussektor. In 2018 entfielen auf ihn Ausgaben von insgesamt 122,92 Mrd. Euro – oder etwas mehr als ein Viertel (28 %) aller Gesundheitsausgaben.

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. Im Jahr 2018, also mehr als fast 30 Jahre nach der Wiedervereinigung, erreichte Deutschland mit einem BIP von 42.142 Euro je Einwohner (Kaufkraft adjustiert) gerade einmal einen mittleren Rang unter den OECD-Vergleichsländern, 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 2018 mit jährlichen Gesamtgesundheitsausgaben von 5.326 Euro je Einwohner deutlich