

Modernes Krankenhausmanagement

R. Salfeld · S. Hehner · R. Wichels

Modernes Krankenhaus- management

Konzepte und Lösungen

Mit 42 Abbildungen

 Springer

Prof. Dr. Rainer Salfeld
McKinsey & Company, Inc.
Sophienstr. 26
80333 München
Rainer_Salfeld@mckinsey.com

Dr. Steffen Hehner
McKinsey & Company, Inc.
Königsallee 60C
40027 Düsseldorf
Steffen_Hehner@mckinsey.com

Dr. Reinhard Wichels
McKinsey & Company, Inc.
Sophienstr. 26
80333 München
Reinhard_Wichels@mckinsey.com

ISBN 978-3-540-72940-2 Springer Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.
Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funk- sendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Gren- zen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

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.

Sollte in diesem Werk direkt oder indirekt auf Gesetze, Vorschriften oder Richtlinien (z. B. DIN, VDI, VDE) Bezug genommen oder aus ihnen zitiert worden sein, so kann der Verlag keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität übernehmen. Es empfiehlt sich, gegebenenfalls für die eigenen Arbeiten die vollständigen Vorschriften oder Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung hinzuziehen.

Satz: LE- \TeX Jelonek, Schmidt & Vöckler GbR, Leipzig
Herstellung: LE- \TeX Jelonek, Schmidt & Vöckler GbR, Leipzig
Einbandgestaltung: deblik, Berlin

SPIN 12073351 43/3180YL - 5 4 3 2 1 0 Gedruckt auf säurefreiem Papier

Das deutsche Krankenhauswesen ist in Bewegung geraten. Steigende Kosten, wachsender Unmut bei Ärzten und Pflegekräften, gekoppelt mit dem Wunsch der Menschen nach mehr Gesundheitsdienstleistungen, bewirken einen Paradigmenwechsel in der Organisation der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland. Der Staat greift bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zunehmend auf wirtschaftliche Marktmechanismen zurück und erhöht damit die Eigenverantwortlichkeit der Bürger sowie die Effizienz der Krankenhäuser. Diesbezüglich sind die Einführung der deutschen DRGs (Diagnosis Related Groups), die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) enthaltenen Ansätze von sektorübergreifender Medizin und die Veröffentlichungspflicht von Qualitätsberichten für deutsche Krankenhausträger als gesetzgeberischer Meilenstein zu werten. Diese Ansätze wurden im Wettbewerbsstärkungsgesetz des Jahres 2007 weiterentwickelt. Transparenz in der Preisgestaltung und der medizinischen Qualität sowie die Überwindung der artifiziellen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Medizin sind somit zu zentralen Eckpunkten in der Transformation von staatlicher Krankenhausplanung zu einem funktionierenden Krankenhausmarkt geworden.

Für das einzelne Krankenhaus sind die mit dieser Transformation verbundenen Veränderungen in ihrer Grundsätzlichkeit nicht zu unterschätzen. An vielen Orten machen sie den betroffenen Leitungskräften und Mitarbeitern auch Angst. Beinahe im Wochentakt werden Studien von selbsternannten Gesundheitsexperten veröffentlicht, die den Tod einer Vielzahl von Krankenhäusern prognostizieren. Auch wenn diese Untergangsszenarien überzogen sind, bleibt es doch richtig, dass es in der deutschen Krankenhauslandschaft zu einem Verdrängungswettbewerb gekommen ist. In Stein gemeißelte Existenzgarantien scheinen über Nacht gegenstandslos geworden zu sein. Um in der Zukunft als Krankenhaus zu überleben, müssen Effizienz und Qualität der medizinischen Dienstleistungen stimmen. Damit entwickelt sich das Krankenhauswesen zusehends zu einem tatsächlichen Krankenhausmarkt, ähnlich wie wir ihn in den meisten anderen Wirtschaftsbereichen kennen. Effizienz und Qualität stellen sich allerdings nicht von allein ein, sondern bedürfen, wiederum in Analogie zu allen anderen Wirtschaftsbranchen, eines kompetenten Managements. Genau hier setzt das vorliegende Buch „Modernes Krankenhausmanagement – Konzepte und Lösungen“ an.

Klar und übersichtlich gegliedert in sieben Kapitel fassen die drei Autoren des vorgelegten Buches Herausforderungen und Lösungskonzepte auf flüssig ge-

schriebenen rund 170 Seiten zusammen. Nach einer kurzen Beschreibung des Ist-Zustandes der deutschen Krankenhäuser, der erfreulicherweise auf deren Leistungsfähigkeit abhebt, gehen die Autoren zunächst auf das Phänomen des Wettbewerbs um Patienten ein. Es folgen Hinweise auf notwendige Veränderungen von Verwaltungsstrukturen in Managementstrukturen. Dabei wird der Vorstellung übersichtlicher Controllingfunktionen breiter Raum gegeben. Als Herzstück des Buches beschäftigen sich die Autoren mit patientenzentrierten Behandlungsabläufen, die sie zu Recht als Schlüssel zu Wirtschaftlichkeit und Qualität herausheben. Es folgen Abhandlungen über die Organisation tertiärer Dienstleistungsbereiche und die Organisation der transsektoralen Versorgung aus Sicht des Krankenhauses sowie eine überaus interessante Diskussion über Produktportfoliostrukturierung innerhalb des Krankenhauswesens.

Das Buch wird den Qualitätsansprüchen der Beratungsfirma McKinsey, zu deren Partnern alle drei Autoren gehören, zweifelsfrei gerecht. Die drei Autoren gehen dabei allerdings weit über die Beschreibung trockener betriebswirtschaftlicher Zusammenhänge und Konzeptionen hinaus. Geholfen hat ihnen dabei sicher ihr persönlicher Hintergrund als Arzt, Pharmazeut und Rechtsanwalt. Das Buch wird dazu beitragen, die Effizienz und Qualität innerhalb des deutschen Krankenhauswesens zu verbessern. Den drei Autoren sei dafür herzlich gedankt. Der Veröffentlichung wünsche ich weite Verbreitung.

Prof. Dr. med. Jörg F. Debatin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Vorwort

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 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 bezüglich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. 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 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 dieses Buches 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 uns an dieser Stelle ganz herzlich für die Zusammenarbeit mit den Führungskräften und Mitarbeitern unserer Klienten bedanken – 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 Benjamin Behar, Dr. Clemens Guth, Dr. Christian Kloss, Dr. Thomas Kowallik, Dr. Tobias Möhlmann, Dr. Christian Pawlu, Dr. Thomas Rudolph, Sebastian Sieler 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

¹ Behar, B.I. (2008)

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.

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 landläufigen Meinung gehört er zu den Top 3 im internationalen Vergleich – was die Wirtschaftlichkeit anbelangt. Auch unter Qualitätsgesichtspunkten schneidet er erstaunlich gut ab. Wenn es einen Makel gibt, dann ist es nicht seine Leistungsfähigkeit insgesamt, sondern die 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 ganzen Breite! – an die Weltspitze kaum noch etwas im Weg.

München/Düsseldorf, im Sommer 2007

Prof. Dr. Rainer Salfeld
Dr. Steffen Hehner
Dr. Reinhard Wichels

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	v
Vorwort	vii
Abkürzungsverzeichnis	xiii
1 Die deutschen Krankenhäuser – international auf dem Weg an die Spitze	1
1.1 Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig	2
1.2 Zugänglichkeit und Angebotsbreite sind aus Patientensicht hervorragend	8
1.2.1 Uneingeschränkter Zugang zu Krankenhausleistungen	8
1.2.2 Volles Leistungsspektrum	10
1.2.3 Qualität der Behandlung im Durchschnitt auf angemessen hohem Niveau	11
1.3 Fazit: Der deutsche Krankenhaussektor ist auf dem Weg zur Weltspitze	14
2 Herausforderungen und Handlungsfelder für die Krankenhausführung	17
2.1 Sicherstellung der künftigen Wirtschaftlichkeit	19
2.2 Zunahme des Wettbewerbs um Patienten	20
2.3 Erneuerung der Infrastruktur	22
2.4 Komplexität der Krankenhausführung	23
2.5 Fazit: Noch nie standen die Krankenhäuser vor größeren Herausforderungen	23
3 Von der Verwaltung zum Management von Krankenhäusern	25
3.1 Führen über Ziele und Zielvereinbarungen	26
3.1.1 Definition strategischer Ziele	26
3.1.2 Ableitung von Verbesserungspotenzialen und Zielwerten für das operative Geschäft	27

3.1.3	Konsentierung und Vereinbarung verbindlicher Ziele	32
3.2	Mit dezentralen Organisationsstrukturen zum Erfolg	33
3.2.1	Das traditionelle „Dreigestirn“ als Auslaufmodell	34
3.2.2	Gestaltungskriterien für eine unternehmerisch handelnde Führungsorganisation	35
3.2.3	Auswahl der jeweils geeignetsten Organisationsoption	38
3.3	Mit Kennzahlen steuern	40
3.3.1	Anforderungen an nutzerorientierte Kennzahlensysteme	40
3.3.2	Kriterien für die Definition adressatengerechter Kennzahlen	42
3.4	Fazit: Schwachstellen in der Organisation frühzeitig auszuräumen, schafft Vorteile im Wettbewerb	44
4	Patientenzentrierte Behandlungsabläufe – Schlüssel zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität	47
4.1	Ausrichtung auf Abläufe und Prozesse hilft, „Silodenken“ zu überwinden	48
4.1.1	„Klinischer Behandlungspfad“ – zur Definition und Relevanz des Begriffs	48
4.1.2	Funktion und Nutzen von Pfaden	49
4.1.3	Von der Konzeption zur Implementierung von Pfaden	51
4.1.4	Erfolgsbeispiele	54
4.1.5	Fazit: Bis zum „papierlosen“, transsektoralen Versorgungspfad ist es noch ein weiter Weg	58
4.2	Im OP-Bereich: Behandlungspfade ermöglichen eine Gesamtsteuerung der Abläufe und Interaktionen – mit kontinuierlichen Produktivitätsverbesserungen	61
4.2.1	Erhebliche Schwachstellen im OP-Betrieb	61
4.2.2	Stoßrichtungen zur Prozessoptimierung im OP-Bereich	62
4.2.3	Fazit: Um nachhaltige Verbesserungen im OP-Bereich zu erreichen, bedarf es einer Gesamtsicht auf Abläufe und Schnittstellen	70
4.3	Auf der Intensivstation: Etablierung fester Standards ermöglicht eine patientenzentrierte und zugleich wirtschaftliche Betreuung	71
4.3.1	Funktion und Einsatzspektrum von Intensivstationen	71
4.3.2	Dringlichkeit eines effizienteren Ressourceneinsatzes	72
4.3.3	Organisatorische Anpassungen bei Bettenkapazitäten und Personalbedarf	76
4.3.4	Fazit: Optimierung erfordert Transparenz	80
4.4	In der Radiologie: Leitlinien erhöhen die Leistungsfähigkeit der Abteilung und treiben die technologische Weiterentwicklung voran	80
4.4.1	Durchgängige Prozessoptimierung – von der Anmeldung bis zur Befundung	82
4.4.2	Flankierende Maßnahmen zur Prozessunterstützung	84
4.4.3	Effizienter und flexibler Personaleinsatz	86

4.4.4	Fazit: Eine leistungsstarke Radiologie ist wesentlich zur Differenzierung im Wettbewerb	87
4.5	In der Notaufnahme: Am Startpunkt der Pfade werden die Akzente gesetzt – für die Behandlung wie auch für den Dialog mit Einweisern und Patienten	88
4.5.1	Sehr unterschiedliche Typen von Notaufnahmen – teils differenziert nach fachlicher Ausrichtung, teils nach dem Grad der Integration	89
4.5.2	Gleiche Herausforderungen für den operativen Betrieb von Notaufnahmen	91
4.5.3	Fazit: Der klinische Behandlungspfad beginnt in der Notaufnahme	96
5	Neue Ideen zur Optimierung nicht klinischer Teilfunktionen	99
5.1	Leistungserhebung und -messung sollten sich gleichermaßen an Kosten und Produktivität orientieren	100
5.2	Operative Exzellenz erlaubt die systematische Erschließung von Leistungsreserven	102
5.2.1	OE-Ansätze in der Speiseversorgung	105
5.2.2	OE-Ansätze in der Textilversorgung und Wäscherei	109
5.2.3	OE-Ansätze bei Reinigung/Hygiene	110
5.3	Für die Optimierung der Betriebsform gibt es unterschiedliche Modelle	112
5.3.1	Option 1: Interne Erbringung sämtlicher nicht klinischer Dienstleistungen	112
5.3.2	Option 2: Managementvertrag mit externem Dienstleister .	113
5.3.3	Option 3: Gemeinsame Servicegesellschaft mit externem Dienstleister	114
5.3.4	Option 4: Vollständiges Outsourcing	115
5.4	Fazit: Mit OE-Ansätzen lassen sich in den nicht klinischen Diensten auch künftig nachhaltige Leistungssteigerungen erzielen .	118
6	Anpassung der Angebotsstrukturen	119
6.1	Auf Abteilungs-/Stationsebene gewinnen Größen- und Verbundvorteile zunehmend an Bedeutung	120
6.1.1	Ausweitung der Abteilungsgrößen	120
6.1.2	Vergrößerung und flexiblere Nutzung von Stationen	123
6.1.3	Fazit: Schwerpunkte ausbauen und alternative Stationskonzepte nutzen	124
6.2	Die Zukunft dürfte drei deutlich abgrenzbaren Krankenhaustypen gehören	125
6.2.1	Kleinere Allgemeinkrankenhäuser zur Versorgung in der Fläche	125
6.2.2	Fachkliniken in der Rolle von Spezialisten	129

6.2.3	Große Maximalversorger als regionaler Anlaufpunkt zur Behandlung komplexer Erkrankungen	133
6.2.4	Fazit: Zukunftschancen bieten sich gerade für kleine Häuser, Fachkliniken und Maximalversorger	134
6.3	Verbundstrukturen ermöglichen den Zusammenschluss von Krankenhäusern	135
6.3.1	Überregionale Verbände als erster Schritt zur Erschließung von Synergien	136
6.3.2	Regionale Verbände als Treiber von Integration und Konsolidierung	137
6.3.3	Wege zum Erfolg im Verbund	141
6.3.4	Fazit: Verbundstrukturen erweitern die operativen und strategischen Spielräume der Krankenhäuser	144
7	Wege zur transsektoralen Versorgung	147
7.1	Was heute schon möglich ist	148
7.1.1	Konsequente Einbindung von Einweisern und Nachbetreuern	149
7.1.2	Aufbau von MVZs	150
7.1.3	Selektive Durchführung ambulanter Operationen bei nachgewiesener Wirtschaftlichkeit	153
7.1.4	Selektive und frühzeitige Teilnahme an IV-Vertragsmodellen	154
7.2	Was künftig erforderlich ist	158
7.2.1	Orchestrierung der Integration	158
7.2.2	Aufbau der begleitenden Infrastruktur	159
7.2.3	Begleitende finanzielle Anreize und Vergütungssysteme ...	159
7.3	Fazit: IV bietet bereits heute vielfältige Optionen, künftig wird sie über die Positionierung im Wettbewerb entscheiden	160
	Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis	163
	Literaturverzeichnis	167
	Sachverzeichnis	173

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	Ärztlicher Dienst
AG	Aktiengesellschaft
AHB	Anschluss-Heilbehandlung
AN	Anästhesie
AOP	Ambulante Operation
ASA	American Society of Anesthesiologists, Standards für Patientensicherheit
BAT	Bundesangestellten-Tarif
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, gGmbH
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CC	Komplikationen und Komorbiditäten
CHOP	Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia
CMI	Institut für zertifizierte medizinische Information, Index für Fallschwere
CP	Clinical Pathway
CT	Computer Tomograph
DB	Deckungsbeitrag
Destatis	Statistisches Bundesamt online
DIN	Deutsche Industrie-Norm
DRG	Disease Related Group, Diagnose-basierte Fallgruppe
EBM	Einheitlicher Bemessungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	Elektro-Kardiogramm
FA	Fachabteilung
FD	Funktionsdienst
FTE	Full-Time Equivalent, Vollzeitkraft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, 2004
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz, 1994
HCG	Humanes Chorion Gonatropin
HKZ	Herz-Kreislauf-Zentrum, Freiburg

HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Statistics of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, gGmbH
INI	International Neuroscience Institute, Hannover
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
IV	Integrierte Versorgung
KBS	Knappschaft Bahn-See
KIS	Krankenhaus-Informationssystem
KMA	Magazin für die Gesundheitswirtschaft
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
M&A	Mergers and Acquisitions, Fusionen und Aufkäufe
MIS	Management-Informationssystem
MRT	Magnet-Resonanz-Tomographie
MTD	Medizinisch-Technischer Dienst
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NGG	Nahrungsmittel-Gaststätten-Genussmittel
NYHA	New York Heart Association, Klassifikation für Herzinsuffizienz
OE	Operative Exzellenz
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel, DIMDI, seit 1994
PACS	Picture Archiving and Communication System
PDA	Personal Digital Assistant
PC	Personal Computer
PD	Pflegedienst
PPP	Purchase Power Parity, Adjustierung nach Kaufkraft
PTCA	Perkutane, Transluminale Coronare Angioplastie, Herzkranzgefäß- Erweiterung
RIS	Radiologie-Informationssystem
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SGB	Sozialgesetzbuch
TEP	Total-Endo-Prothese
TEMPiS	„Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung“, Bayern
TVöD	Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes
VK	Vollzeitkraft
VLBW	Very Low Birth Weight, Maßzahl für Risiko-Neugeburten
VWD	Verweildauer
WHO	World Health Organization
WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenver- sicherung

1 Die deutschen Krankenhäuser – international auf dem Weg an die Spitze

„Viel zu viele Betten“, „überlange Verweildauern“, „unhaltbare duale Finanzierung“, „Relikt der Bismarck-Zeit“ – Schlagworte wie diese beherrschen die öffentliche Diskussion, wenn der Krankenhaussektor und seine Leistungen in einen internationalen Kontext gerückt werden. Das deutsche System gilt gemeinhin als unwirtschaftlich. Andere Länder werden dagegen als „Musterbeispiele“ gerühmt: Die hohe Versorgungsqualität in den USA und die exzellenten, patientenzentrierten Behandlungsabläufe in skandinavischen Krankenhäusern sind inzwischen zu Lieblingsthemen der deutschen Presse geworden.

Nur, stimmen die Vorurteile? Wo stehen die deutschen Krankenhäuser wirklich im internationalen Vergleich? Wie sehen eigentlich relevante, international nutzbare Leistungsindikatoren für die verschiedenen nationalen Krankenhaussysteme aus? Wie lässt sich Wirtschaftlichkeit verlässlich messen? Wo besteht objektiver Verbesserungsbedarf gegenüber den Krankenhaussystemen anderer Länder?

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse eines internationalen Vergleichs lassen die Leistungen des deutschen Krankenhaussektors in einem deutlich anderen Licht erscheinen. Denn vergleicht man die verschiedenen nationalen Krankenhaussysteme hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen, so schneidet das deutsche System insgesamt erstaunlich gut ab.

Bei *Wirtschaftlichkeit* und *Kostengünstigkeit* nimmt das deutsche System – selbst wenn es von Haus zu Haus noch erhebliche Unterschiede geben mag – bereits heute einen Spitzenplatz ein. Auch hinsichtlich *Angebotsbreite* und *Zugänglichkeit* erzielt das deutsche Krankenhaussystem im Ländervergleich – aus Sicht der Patienten – Bestnoten. Allein das Urteil über die *Qualität* fällt weniger eindeutig und positiv aus. Die Datenlage ist wenig transparent und die Einschätzungen divergieren stark, je nachdem welche Sichtweisen man sich zu eigen macht. Zudem legen Praxiserfahrungen die Vermutung nahe, dass es durchaus fraglich ist, ob in jedem Einzelfall tatsächlich eine gleich hohe klinische Behandlungsqualität erreicht wird.

International betrachtet ist der deutsche Krankenhaussektor mithin weit besser als sein Ruf. Vor allem der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit lässt sich pauschal nicht länger aufrechterhalten. Bislang ist allerdings noch ungeklärt, wie der Sektor zukunftssicher finanziert werden kann. Darüber hinaus müssen sich die Betreiber jedes einzelnen Krankenhauses fragen, ob ihr Krankenhaus ähnlich wirtschaftlich arbeiten kann wie das beste Drittel der Vergleichskrankenhäuser.

1.1 Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig

Mit Gesamtausgaben von ca. 240 Mrd. EUR und einem Anteil von 10,8% am Bruttoinlandsprodukt (2003) gilt das deutsche Gesundheitssystem nach allgemeiner Einschätzung als unwirtschaftlich und zunehmend unfinanzierbar. Nur die USA und die Schweiz liegen, was den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt anbelangt, mit Werten von 15,2% und 11,5% noch vor Deutschland.¹ Wichtigster Kostenblock innerhalb des Systems ist der Krankenhausesektor: Auf diesen entfallen rund 25% aller Kosten – bei einem Gesamtausgabenvolumen von jährlich ca. 60 Mrd. EUR.² Unbestreitbar sind insbesondere die vielfältigen Finanzierungsprobleme der öffentlich-rechtlich geführten Krankenhäuser und die seit Jahren anhaltende Privatisierungswelle.

Für einen internationalen Vergleich sowohl der Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems als auch explizit des Krankenhausbereichs bieten sich die OECD Health Data 2005 an: Dieser Datensatz basiert auf den Kostendaten des Jahres 2003 und wurde standardisiert innerhalb der einzelnen Länder erhoben, um die Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.³ Adjustiert nach der jeweiligen Kaufkraft, bilden die OECD Health Data 2005 eine aussagekräftige Grundlage für den Vergleich der Leistungsausgaben innerhalb der einzelnen Länder.

Auf Basis der vorliegenden Daten ergibt sich ein unerwartet positives Bild (Abb. 1.1). Bei den absoluten – und um die Kaufkraftunterschiede in den einzelnen Ländern bereinigten – Leistungsausgaben liegt Deutschland mit jährlichen

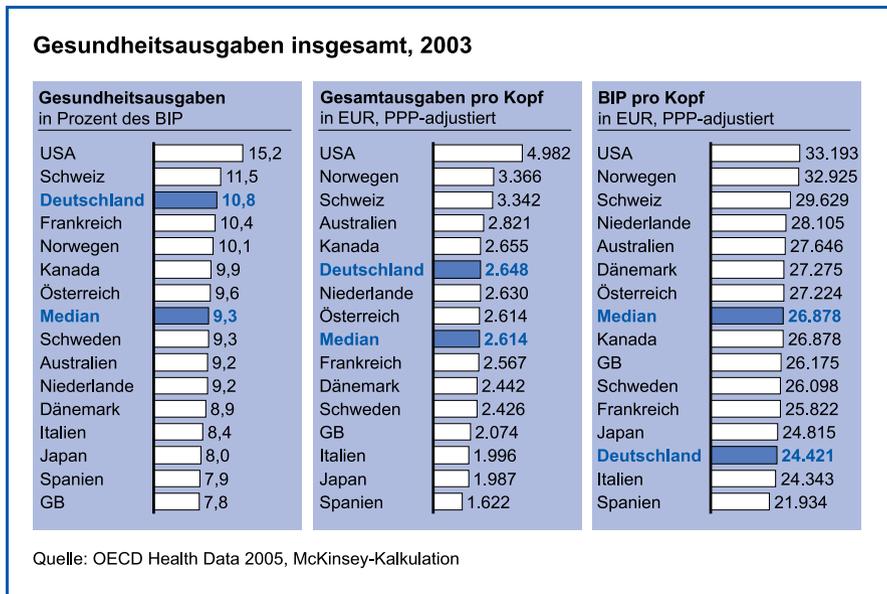


Abb. 1.1. Die Gesundheitsausgaben liegen in Deutschland absolut über denen der Vergleichsländer, kaufbereinigt allerdings darunter

Gesamtgesundheitsausgaben von 2.648 EUR je Einwohner nur unwesentlich über dem Median der OECD-Vergleichsländer von 2.614 EUR je Einwohner. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt liegen allerdings die Gesundheitsausgaben in Deutschland mit einem Anteil von 10,8% deutlich über dem Median der Vergleichsländer von 9,3%. Dieser Unterschied ergibt sich aus der schwachen Pro-Kopf-Quote in Deutschland: Mit einem BIP von 24.421 EUR je Einwohner liegt Deutschland abgeschlagen auf dem drittletzten Platz vor Italien und Spanien.

Die OECD Health Data erlauben eine weitere Differenzierung der Gesamtausgaben im Hinblick auf die einzelnen Leistungsbereiche (Abb. 1.2). So entfallen in Deutschland etwa von den zuletzt jährlich 2.648 EUR Gesamtgesundheitsausgaben je Einwohner 787 EUR auf den Krankenhausbereich; damit sind die Ausgaben zur stationären Versorgung der größte Kostenblock vor den Ausgaben für die ambulante Versorgung (720 EUR p.a.).

Gemessen an den Ausgaben anderer Länder für die stationäre Versorgung sind die Ausgaben in Deutschland jedoch vergleichsweise niedrig (Abb. 1.3). Nur Kanada und Spanien weisen im OECD-Vergleich noch niedrigere Werte auf. Daher steht – auch wenn dies überraschen mag – eines fest: Die überproportional hohen deutschen Gesundheitsausgaben sind *nicht* dem deutschen Krankenhaussek-

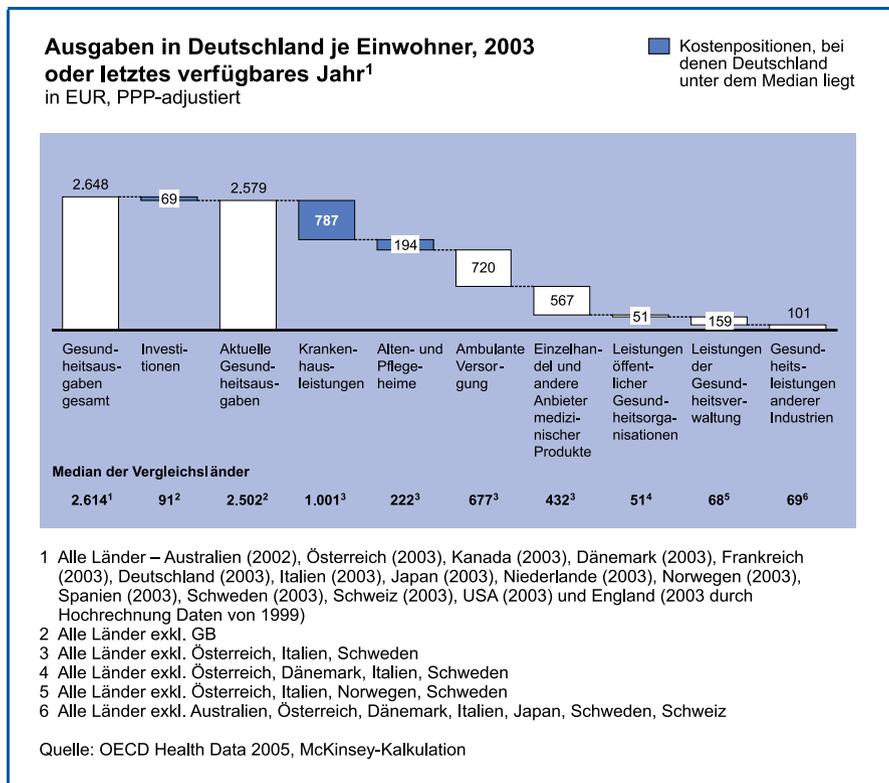


Abb. 1.2. Die stationäre Versorgung ist der größte Kostenblock des deutschen Gesundheitswesens

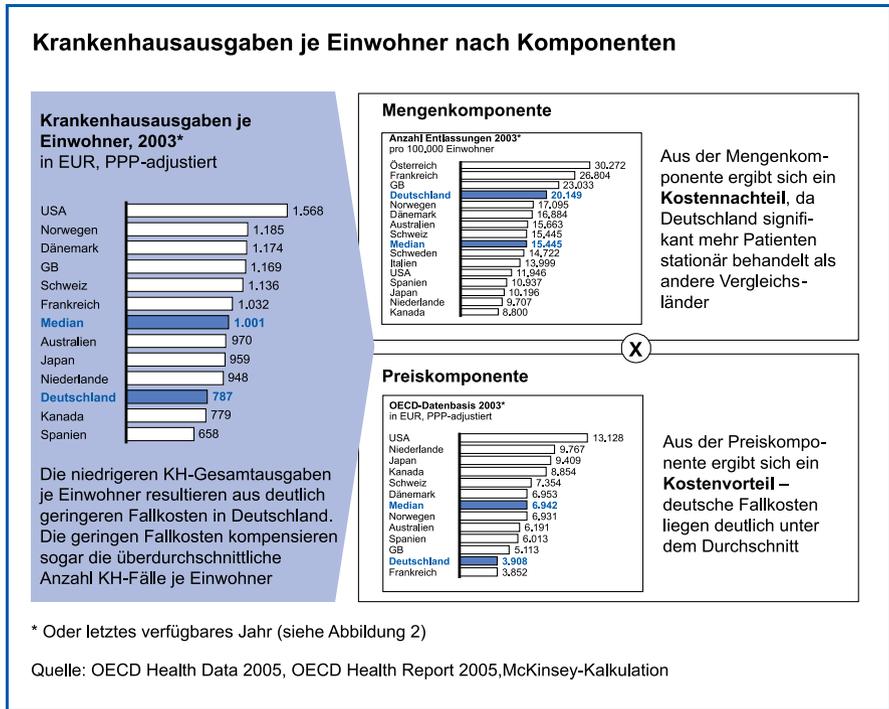


Abb. 1.3. Krankenhauskosten je Einwohner, stationäre Fallzahlen und Krankenhausfallkosten im internationalen Vergleich

tor anzulasten. Im Gegenteil: Die deutschen Krankenhäuser erweisen sich – als Gruppe – im internationalen Vergleich als sehr wirtschaftlich und äußerst effizient.

Besonders beeindruckend sind die geringen Krankenhausausgaben je Einwohner angesichts der starken Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in Deutschland.

Um die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen verlässlich zu erheben, bieten sich zwei Indikatoren an: Verweildauer und jährliche Anzahl der stationären Entlassungen. Für das deutsche System weisen die OECD Health Data 2005 lange, aber kontinuierlich *sinkende Verweildauern* sowie eine *hohe Anzahl stationärer Entlassungen* aus. Mit 20.149 Entlassungen je 100.000 Einwohner übertrifft die Bundesrepublik den Median der Vergleichsländer um fast 30%; dieser liegt bei lediglich 15.445 Entlassungen je 100.000 Einwohner.

Erstaunlich ist, dass die überdurchschnittlich starke Inanspruchnahme stationärer Leistungen einhergeht mit einer im internationalen Vergleich ebenfalls starken Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (Abb. 1.4). Augenscheinlich besteht im deutschen System eine überdurchschnittlich hohe Nachfrage nach Versorgungsleistungen. Und bemerkenswerterweise vermögen die niedrigen Krankenhauskosten sogar die überdurchschnittlichen Ausgaben im ambulanten Bereich zu kompensieren, die mit jährlich 720 EUR je Einwohner über dem Median der Ver-

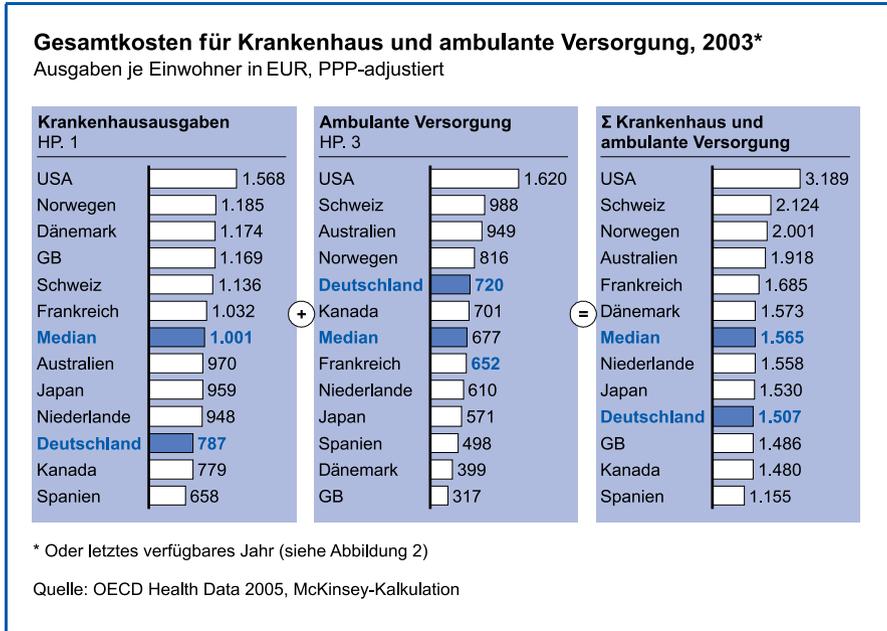


Abb. 1.4. Die ärztliche Versorgung ist in Deutschland kostengünstiger als in vielen anderen Ländern

gleichsländer von 677 EUR liegen.⁴ Damit liegt auch in der Gesamtbetrachtung der jährlichen ambulanten und stationären Ausgaben je Einwohner Deutschland mit 1.507 EUR noch unter dem Median von 1.565 EUR. Nur in Spanien mit 1.155 EUR, Kanada mit 1.480 EUR und Großbritannien mit 1.486 EUR sind diese Ausgaben noch niedriger.⁵

Weitgehend unstrittig ist, dass es in Deutschland eine Reihe stationärer Fälle gibt, die in anderen Ländern ambulant behandelt werden. Dies mag erklären, warum Deutschland aktuell mit die höchsten stationären Fallzahlen im OECD-Vergleich aufweist. Dennoch sind die Krankenhausaussgaben je Einwohner gering. Der Grund dafür liegt in den sehr *niedrigen Fallkosten im internationalen Vergleich*. In Deutschland belaufen sich die durchschnittlichen Krankenhauskosten je Fall für das OECD-Vergleichsjahr 2003 auf rund 3.908 EUR. Mit diesem Wert gehört das deutsche System zu den kostengünstigsten im OECD-Vergleich. Der Median der durchschnittlichen Krankenhausfallkosten der OECD-Vergleichsländer liegt hier bei 6.942 EUR je Fall.

Die vergleichsweise niedrigen Fallkosten beruhen auf einer sehr hohen Produktivität in der Leistungserbringung, aber auch auf einer vergleichsweise geringen Entlohnung der Mitarbeiter. Insgesamt machen die Personalkosten rund 64% der Gesamtkosten eines durchschnittlichen Krankenhauses aus. Schlüsselt man die Personalkosten auf, so entfallen in einem Durchschnittskrankenhaus rund 25% auf die Ärzteschaft, 34% auf das Pflegepersonal, 24% auf den medizinisch-technischen Dienst bzw. den Funktionsdienst und die restlichen 17% auf Verwaltung und sonstige Bereiche.⁶

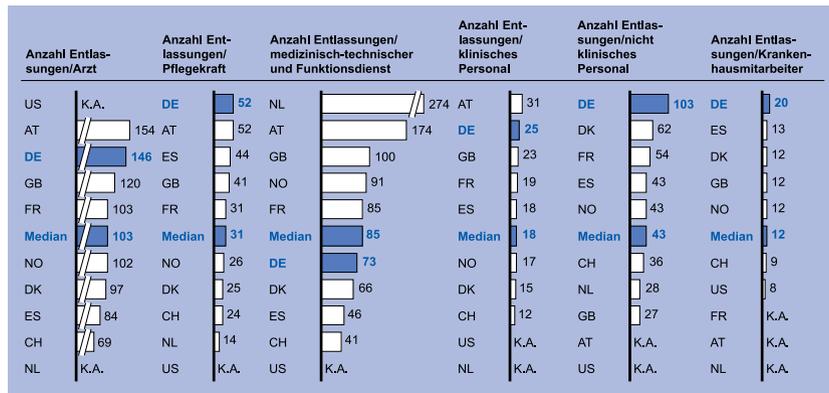
Über alle Funktionen und Einzelbereiche nehmen die Kliniken in Deutschland Spitzenpositionen bei der Personalproduktivität ein (Abb. 1.5). Insgesamt liegt Deutschland bei den klinischen Diensten auf Platz 2 hinter Österreich und steht bei den nicht klinischen Diensten sogar unangefochten an erster Stelle:

- Im *Ärztlichen Dienst* kommen auf jeden Krankenhausarzt in Deutschland im Durchschnitt 146 Entlassungen; der Median der Vergleichsländer liegt bei 103 Entlassungen je Arzt. Nur Österreich schneidet hier mit 154 Entlassungen je Arzt noch besser ab.
- Beim *Pflegepersonal* weisen Deutschland und Österreich mit 52 Entlassungen je Pflegekraft gemeinsam die höchste Personalproduktivität auf.
- Beim *medizinisch-technischen Dienst* und *Funktionsdienst* liegen die deutschen Krankenhäuser international eher auf Durchschnittsniveau: Beide Dienste zusammen repräsentieren jedoch die mit Abstand kleinste Berufsgruppe im klinischen Bereich und fallen daher kostenmäßig kaum ins Gewicht. Damit behält auch die Feststellung, dass die „weiße Berufsgruppe“ in Deutschland – in ihrer Gesamtheit betrachtet – ein hohes Produktivitätsniveau aufweist, ihre Gültigkeit.

In den nicht klinischen Bereichen der Serviceleistungen, z.B. Speiseversorgung, Reinigung und Wäsche, sowie in der Verwaltung sind die deutschen Krankenhäuser sogar auffallend produktiv: Bei gleichem Personalstand weisen sie eine um

Personalproduktivität über Funktionen und Einzelbereiche, 2003

in VK



Quelle: Deutschland – Statistisches Bundesamt, GB – Office of National Statistics and Department of Health UK, USA – 2005 AMA Physician Characteristics 2003 Data, AHA 2003 Data, Spanien – Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado 2003, Schweiz – Swiss Federal Statistical Office, Österreich – Statistik Austria, Norwegen – Samdata Somatikk 2004, Sintef Health Research, Norway; Statistics Norway, Dänemark – Sundhedssektoren i tal 2005 (The Health Sector in Numbers, 2006), The Danish Ministry of the Interior and Health; Statistics Denmark, Niederlande – RIVM, Dutch Central Bureau of Statistics

Abb. 1.5. Deutsche Krankenhäuser arbeiten vergleichsweise sehr produktiv

mindestens 50% höhere Produktivität auf als das nächstbeste Land (Dänemark). Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass in deutschen Krankenhäusern viele Serviceleistungen fremdvergeben sind, während sie in anderen Ländern (noch) durch eigene Mitarbeiter erbracht werden. Statistisch lässt sich dieser Effekt leider nicht befriedigend eliminieren. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass im internationalen Vergleich insgesamt ein ordentliches Produktivitätsniveau erreicht wird – auch wenn die Zahlen selbst mit einem gewissen Maß an Vorsicht zu betrachten sind.

Wenngleich die Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern sehr viel leisten, verdienen sie keineswegs mehr als ihre Kollegen im Ausland. Im Gegenteil: Die höchste Produktivität geht einher mit dem niedrigsten Gehaltsniveau. Dies lässt sich aus einer Studie entnehmen, die das britische Department of Health im Jahr 2004 zum Vergleich der Vergütungsstrukturen von Ärzten in Auftrag gegeben hat.⁷

Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, liegt das Durchschnittseinkommen der deutschen Krankenhausärzte im internationalen Vergleich an letzter Stelle (Abb. 1.6). Die höchsten Schätzwerte kommen für Krankenhausärzte auf ein Durchschnittseinkommen von 59.000 EUR in Deutschland und von 283.000 EUR in den USA, der Median der Vergleichsländer liegt bei 123.000 EUR. Die niedrigsten Schätzwerte ergeben für die Bundesrepublik Deutschland ein Durchschnittsein-

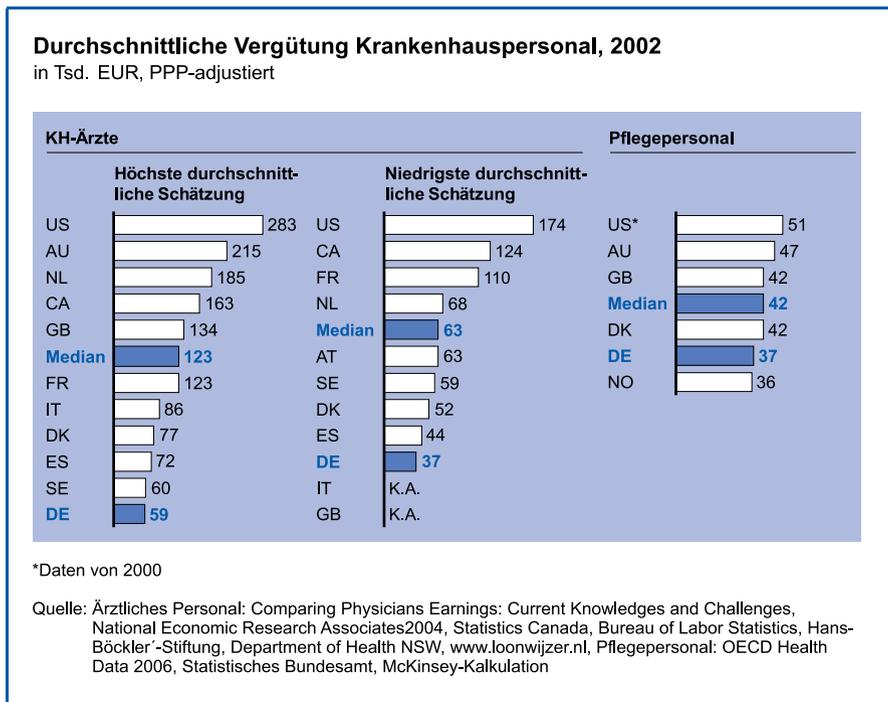


Abb. 1.6. Das Einkommen von Ärzten und Pflegepersonal ist in deutschen Krankenhäusern vergleichsweise gering