

Zukunft deutsches Krankenhaus

Wer gewinnt das Rennen?

Penter · Breuer · Friedrich · Janßen · Karwetzky

3. wesentlich überarbeitete Auflage

LESE-
PROBE

KPMG

KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT

Zukunft deutsches Krankenhaus

Wer gewinnt das Rennen?

Prof. Dr. Volker Pentz · Prof. Dr. Nils Breuer · Stefan Friedrich ·
Prof. Dr. Udo Janßen · Christopher Karwetzky

3. wesentlich überarbeitete Auflage 2020

© 2020 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © rcfotostock – stock.adobe.com

ISBN (Buch): 978-3-96474-188-2

ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-190-5

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Vorwort	13
Dank	14
Kapitel 1 – Einleitung	15
Kapitel 2 – Thesen	25
2.1 Demografische und wissenschaftlich-technische Entwicklung zwingen alle Krankenhäuser dazu, ihre Strategie neu zu durchdenken	27
2.1.1 Der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser steigt weiter	27
2.1.2 Krankenhäuser müssen ihre Leistungsfähigkeit strategisch verbessern	30
2.2 Bei der strategischen Ausrichtung muss sich das Krankenhaus entscheiden zwischen hochspezialisiertem Kompetenzzentrum und vertikal integriertem Gesundheitsdienstleister	39
2.2.1 Das hochspezialisierte Kompetenzzentrum	40
2.2.2 Der vertikal integrierte Gesundheitsdienstleister	42
2.3 Kooperationen zwischen Krankenhaus und Industrie gewinnen an Bedeutung und ermöglichen neue Geschäftsmodelle	43
2.3.1 Chancen der Kooperation zwischen Krankenhaus und Industrie	43
2.3.2 Grenzen der Kooperation zwischen Krankenhaus und Industrie	45
2.3.3 Vordringen von Krankenhauskonzernen in die Medizintechnik	46
2.4 Das Verhalten der Patienten wandelt sich; das Krankenhaus muss sich auf den mündigen Patienten einstellen	47
2.4.1 Informationsasymmetrie und Regulierung	47
2.4.2 Die Verschiebung der Informationsasymmetrie	49
2.4.3 Mündiger Patient und Krankenhaus	53
2.5 Gesetzgeber und Markt erfordern eine weitere Professionalisierung von Qualitätsmessung, -steuerung und -berichterstattung	55
2.5.1 Der Qualitätsbegriff	55
2.5.2 Die steigende Bedeutung der Qualität für das deutsche Krankenhaus	56
2.6 Gut ausgebildetes Personal wird zum Dauerengpass; Krankenhäuser müssen als Arbeitgeber attraktiver werden	62
2.6.1 Der Personalmangel im Krankenhaus wird zunehmen	62
2.6.2 Erhöhung der Arbeitgeberattraktivität von Krankenhäusern erforderlich	69

2.7	Die Fähigkeit zur Investitionsfinanzierung außerhalb des KHG wird dauerhaft zum Wettbewerbsfaktor	71
2.7.1	Die unzureichende öffentliche Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Regelfall und Dauerthema	71
2.7.2	Möglichkeiten der alternativen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	75
2.7.3	Steigende Informationsanforderungen durch externe Kapitalgeber.	80
2.8	Die Digitalisierung beschleunigt den Zwang zur strategischen Veränderung von Geschäftsmodellen, -strukturen und -prozessen	82
2.8.1	Der Einfluss der Digitalisierung auf das deutsche Gesundheitswesen	82
2.8.2	Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen.	83
2.8.3	Gesetzliche Vorhaben zur Einführung von eHealth in Deutschland – Inhalt und Umsetzungsstand.	87
2.8.4	Handlungsoptionen für das deutsche Krankenhaus	90
2.9	Die personalisierte Medizin gewinnt an Bedeutung und hat zunehmend Einfluss auf die Behandlungsprozesse im Krankenhaus	94
2.10	Internationale Marktaktivitäten werden für das Krankenhaus zur wichtigen Strategieoption	98
2.10.1	Der Gesundheitsmarkt wird international	98
2.10.2	Ausländische Investoren drängen auf den deutschen Gesundheitsmarkt	101
2.10.3	Ausländische Anbieter werden zum Partner deutscher Häuser im Sekundär- und Tertiärbereich	102
	Kapitel 3 – Analysen	103
3.1	Was zeichnet die erfolgreichsten Krankenhäuser aus?	105
3.1.1	Wer bestimmt wirtschaftlichen Erfolg?	105
3.1.2	Wie stark lässt sich wirtschaftlicher Erfolg beeinflussen?	107
3.1.3	Welche Kennzahlen sind bei den wirtschaftlich erfolgreichsten Krankenhäuser anders?	108
3.2	Benchmarking im Krankenhaus.	112
3.2.1	Möglichkeiten und Grenzen von Benchmarking	112
3.2.2	Grundlagen der Analyse und Vorgehen	114
3.3	Betriebswirtschaftliche Benchmarks	117
3.3.1	Vermögenslage	118
3.3.2	Finanzlage	132
3.3.3	Ertragslage	135

Kapitel 4 – Potenziale	147
4.1 Modernes Krankenhausmanagement	149
4.1.1 Strategieentwicklung	149
4.1.2 Nachhaltige Marktpositionierung durch Einweiserbindung und Marketing	157
4.1.3 Business Intelligence für Krankenhäuser	168
4.1.4 Modernes Personalmanagement im Krankenhaus	183
4.1.5 Projektorganisation und -management im Krankenhaus	189
4.2 Optimierung der medizinischen Kernprozesse	196
4.2.1 Stationäre Leistungserbringung	196
4.2.2 Optimierung der Stationsprozesse und Reduktion externer Konsilleistungen	197
4.2.3 Chirurgische Abteilungen und OP-Optimierung	198
4.2.4 Optimierung der Intensivstationen	200
4.2.5 Optimierung Notaufnahmen	201
4.2.6 Personalbedarfsplanung und Flexibilisierung des Personaleinsatzes	202
4.3 Ambulante Leistungserbringung	206
4.3.1 Trends in der ambulanten Leistungserbringung	206
4.3.2 Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus	207
4.3.3 Aufbau und Steuerung ambulanter Strukturen	212
4.3.4 Compliance-Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung	214
4.4 Optimierung der Sekundär- und Tertiärprozesse	216
4.4.1 Hotelleistungen	216
4.4.2 Einkauf im Krankenhaus	220
4.4.3 Medizincontrolling	224
Autoren	231
Kapitelbearbeitung/Informationen zum Unternehmen der Autoren	234
Literaturverzeichnis	235

Mehr als zehn Jahre sind vergangen, seitdem die erste Auflage des Buches „Zukunft deutsches Krankenhaus“ erschienen ist.

Beobachtet man die Diskussionen in diesem Zeitraum rund um das deutsche Krankenhaus, dann kann man feststellen, dass manche der damaligen Themen als Dauerbrenner auch heute noch nicht an Bedeutung verloren haben. Ganz vorn steht die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder, gefolgt von der Bedeutung der Qualität und dem zunehmenden Mangel an qualifiziertem Personal.

Nur werden die Schwerpunkte in der Diskussion auch bei diesen Themen inzwischen anders gesetzt. Auch vor zehn Jahren gab es kaum Optimismus, dass die Investitionsfinanzierung nach dem KHG in naher Zukunft ausreichend erfolgen wird. Heute aber beschäftigen sich die Krankenhäuser ganz praktisch mit der Frage, wie die alternative Finanzierung aussehen muss und wie sich die Zusammenarbeit mit Eigen- und Fremdkapitalgebern gestaltet. Es gibt inzwischen viele Beispiele für erfolgreiche alternative Finanzierungen bei Krankenhäusern aller Trägerschaften. Um es aber an dieser Stelle nochmals deutlich zu sagen: Die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder ist eine nicht hinzunehmende Tatsache und es wäre an der Zeit, dass die Politik dieses Thema anfasst. Denn die alternative Investitionsfinanzierung bringt im bestehenden dualen Finanzierungssystem zunehmend Disproportionen auf den Markt. Der neu aufgelegte Strukturfonds ist zwar anzuerkennen, er kann aber eine ausreichende kontinuierliche Investitionsförderung nicht ersetzen.

Wurde vor zehn Jahren langsam erkannt, dass die Bedeutung der Qualität als Wettbewerbsfaktor zunehmen wird, muss man sich heute mit einer Vielzahl von neuen und tief in den Alltag der Krankenhäuser eingreifenden Regularien des Gesetzgebers zur Verbesserung der Qualität in deutschen Krankenhäusern auseinandersetzen. Stichworte sind: Mindestmengen, Qualitätszu- und -abschläge, Qualitätsverträge, qualitätsorientierte Krankenhausplanung, Qualitätskontrolle durch den MDK, patientenfreundliche Qualitätsberichte und vieles andere mehr. Qualität wird zur Existenzfrage, insbesondere für die kleinen und wirtschaftlich schwachen Krankenhäuser.

Mangel an Personal war auch vor zehn Jahren schon ein Thema, jedoch hat die Dramatik erheblich zugenommen. Heute gibt es im Krankenhaus kaum eine Beschäftigtengruppe, bei der kein Mangel herrscht. Vor zehn Jahren hat man vor allem an Ärztemangel gedacht, der Mangel an Pflegepersonal zeichnete sich ab. An IT-Personal, Küchenpersonal oder Handwerker haben damals in diesem Zusammenhang wenige gedacht. Weiter zugespitzt hat sich die regionale Differenziertheit des Personalmangels. Während Krankenhäuser in Ballungszentren oft kaum Probleme mit der Besetzung offener Stellen

haben, ist die Personallage in strukturschwachen Regionen nicht selten dramatisch. Auch qualifiziertes ausländisches Personal wird dort knapp. Knappes Personal erhöht die Personalkosten. Knappes Personal bringt Unruhe in die Belegschaft. Abwerbungen sind an der Tagesordnung. Das spüren alle Krankenhäuser. Umso wichtiger wird es, Instrumente der strategischen Personalführung zu kennen und konsequent anzuwenden. Krankenhäuser müssen um das Personal werben. Das Krankenhaus muss für Arbeitnehmer attraktiv sein.

Einige Erkenntnisse, die vor zehn Jahren noch interessant waren, sind heute alte Hüte. Hat man damals noch über die Verschiebung der Trägerstruktur zugunsten der privaten Träger, den steigenden Wettbewerbsdruck unter den Krankenhäusern, die Bedeutung der Wirtschaftlichkeit, die sich zu schnell erhöhenden Personal- und Sachkosten und die Regelungsflut diskutiert, dominieren heute ganz andere Themen die Foren der Branche.

Stichworte sind: Bildung von Konzernstrukturen, eigene strategische Ausrichtung, neue Formen der Kooperation des Krankenhauses mit der Industrie, Umgang des Krankenhauses mit dem mündigen Patienten, personalisierte Medizin, Digitalisierung und sogar Internationalisierung. Themen, die vor zehn Jahren eher von nachrangigem Interesse waren.

Das zweite Kapitel dieses Buches beschäftigt sich in der gewohnten Thesenform mit den noch interessanten traditionellen Themen, widmet sich aber verstärkt den neuen Fragestellungen.

Am Anfang stehen Strategie, Spezialisierung und Kooperation. Die Entwicklung ist so dynamisch, dass sich alle Krankenhäuser die Frage stellen sollten, ob ihre gegenwärtige Strategie noch den zukünftigen Herausforderungen – ausgelöst durch die demografische Entwicklung und den wissenschaftlich-technischen Fortschritt – standhält. Was vor zehn Jahren richtig war, muss heute nicht mehr passen. Auch fünf Jahre alte Strategiepapiere können bereits überholt sein. Die Welt bewegt sich schnell. Konzernstrukturen entstehen in allen Trägerschaften. Das Einzelkrankenhaus ist bald der Ausnahmefall. Krankenhäuser spezialisieren sich. Heraus kommen einerseits hochspezialisierte Kompetenzzentren und andererseits vertikal integrierte Gesundheitsdienstleister. Dazwischen als Alleskönner zu überleben, wird schwierig. Die aktuelle Mindestmengendiskussion beschleunigt den Prozess. Die Industrie lernt seit Jahren, wie Krankenhäuser funktionieren. Konnte man vor zehn Jahren auch die großen Hersteller der Medizintechnik mit Fachwissen zum Aufbau des DRG-Systems beeindrucken, wissen diese heute bestens Bescheid und haben teils sogar eigene Beratungssparten gegründet.

Strategie	Demografische und wissenschaftlich-technische Entwicklungen zwingen alle Krankenhäuser dazu, ihre Strategie neu zu durchdenken
Spezialisierung	Bei der strategischen Ausrichtung muss sich das Krankenhaus entscheiden zwischen hochspezialisiertem Kompetenzzentrum und vertikal integriertem Gesundheitsdienstleister
Kooperation	Kooperationen zwischen Krankenhaus und Industrie gewinnen an Bedeutung und ermöglichen neue Geschäftsmodelle
Patient	Das Verhalten der Patienten wandelt sich; das Krankenhaus muss sich auf den mündigen Patienten einstellen
Qualität	Gesetzgeber und Markt erfordern eine weitere Professionalisierung von Qualitätsmessung, -steuerung und -berichterstattung
Personal	Gut ausgebildetes Personal wird zum Dauerengpass; Krankenhäuser müssen als Arbeitgeber attraktiver werden
Investitionsfinanzierung	Die Fähigkeit zur Investitionsfinanzierung außerhalb des KHG wird dauerhaft zum Wettbewerbsfaktor
Digitalisierung	Die Digitalisierung beschleunigt den Zwang zur strategischen Veränderung von Geschäftsmodellen, -strukturen und -prozessen
Medizin	Die personalisierte Medizin gewinnt an Bedeutung und hat zunehmend Einfluss auf die Behandlungsprozesse im Krankenhaus
Internationalisierung	Internationale Marktaktivitäten werden für das Krankenhaus zur wichtigen Strategieoption

Abb. 1a: Zehn Thesen zur Zukunft des deutschen Krankenhauses

Wichtiger wird das Thema mündiger Patient. Hierzu setzt sich die betreffende These mit dem aktuellen Rechtsstand und den daraus entstehenden Folgen auseinander. Am 26. Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Lange ist dies bereits her. Seitdem hat sich viel getan im Bereich Patientenrecht. Heute gibt es mehr als 1.700 Fachanwälte für Medizinrecht; im Jahr 2006 waren es lediglich 125. Ganz praktisch stellt sich die Frage, wie die Krankenhäuser auf diesen neuen Patiententyp reagieren sollen. Beliebt ist dieser mündige Patient noch lange nicht bei allen Handelnden. Man sollte ihn aber als Chance begreifen.

Ausführlich wird auf die Digitalisierung und deren Auswirkungen auf das Krankenhaus eingegangen. Die Analyseergebnisse des Status quo sind durchaus ernüchternd. Besonderes Augenmerk wird auf den Stand der E-Health-Aktivitäten, ausgelöst durch den deutschen Gesetzgeber, gelegt. Das Stichwort ist Telematikinfrastruktur. Ein langweiliges Dauerthema, meinen Sie? Schauen Sie in die These acht. Sie werden staunen, was da alles auf das Krankenhaus zukommt. Und sorgen Sie schon einmal für ausreichend qualifizierte IT-Experten.

In der neunten These geht es um personalisierte Medizin. Spannend, aber in der Umsetzung vielleicht doch komplizierter als gedacht. Dennoch sollte man sich mit dem Thema heute schon beschäftigen. Denn wenn die Personalisierung kommt, ist sie mindestens so bahnbrechend wie die Digitalisierung. Haben Sie schon mal vom 3D-Drucker für Medikamente gehört? So was gibt es heute schon. Stellen Sie sich vor, ein solcher Drucker steht bald in Ihrer Krankenhausapotheke.

Das zweite Kapitel endet mit dem Thema Internationalisierung. Da gibt es zwei Richtungen, die die deutschen Krankenhausmanager beschäftigen werden. Zum einen haben ausländische Investoren den deutschen Krankenhausmarkt entdeckt. Man sollte sich nicht wundern, wenn plötzlich eine ausländische Krankenhausgruppe oder ein Private Equity Fonds Anteilseigner des Krankenhauses ist, in dem man behandelt wird. Eine solche Entwicklung muss nicht schlecht sein, aber sie wird Auswirkungen auf Kommunikations- und Sichtweisen sowie die Kultur des Unternehmens mit sich bringen. Aber auch deutsche Krankenhäuser investieren im Ausland. Es könnte sein, dass diese Häuser gegenüber rein national tätigen Anbietern bald Wettbewerbsvorteile genießen, vor allem wenn man an Investitionsmittel, Personal, Digitalisierung, Spezialisierung denkt – alles Themen, die in diesem Buch behandelt werden.

Im dritten Kapitel geht es wieder um Benchmarking. Das Kapitel steigt – anders als in der ersten und zweiten Auflage – ein mit der unbequemen Frage: Was macht die 30 wirtschaftlich erfolgreichsten Krankenhäuser Deutschlands so erfolgreich?

2.6 Gut ausgebildetes Personal wird zum Dauerengpass; Krankenhäuser müssen als Arbeitgeber attraktiver werden

2.6.1 Der Personalmangel im Krankenhaus wird zunehmen

Die demografische Entwicklung wird dazu führen, dass es weniger Menschen geben wird, die den Arzt- und Pflegeberuf ergreifen. Gleichzeitig wird es immer mehr Menschen geben, die ärztliche und pflegerische Hilfe benötigen. In Summe werden sich also immer weniger um immer mehr Menschen kümmern müssen. Die Ressource Arbeitskraft wird knapper. Das hat in der Marktwirtschaft zur Folge, dass diese Ressource teurer wird. Die Löhne und Gehälter werden im Gesundheitswesen überproportional steigen. Auf dem Markt verstärkt sich bereits heute der Wettbewerb um Ärzte, Pfleger aber auch anderes qualifiziertes Personal. Im ärztlichen aber auch zunehmend pflegerischen Bereich wird dies noch dadurch verstärkt, dass die Personalknappheit in anderen Ländern ebenfalls zunimmt. Wir haben hier einen internationalen Arbeitsmarkt. Ähnliches gilt für IT-Fachpersonal und andere Spezialisten.

Die Gesundheitswirtschaft berichtet folgerichtig wie kaum eine andere Branche vom akuten Fachkräftemangel und erheblichen Problemen, Krankenhausstellen im ärztlichen und pflegerischen Dienst mit geeigneten Bewerbern zu besetzen. Oft könnten offene Stellen, wenn überhaupt, durch Bewerber aus dem Ausland besetzt werden. Dies jedoch ist nicht nur mit erheblichen bürokratischen Hürden verbunden (u. a. Approbation, Anerkennung von Leistungen), sondern bedeutet für viele Leistungserbringer auch erheblich in Vorleistung treten zu müssen, beispielsweise in Form von spezialisierten Deutschkursen, Unterstützung bei der Wohnungssuche und kulturellen Angeboten.

Personalmangel im Pflegebereich

Die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit belegen, dass es in Deutschland bereits heute nahezu flächendeckend einen Mangel an Pflegekräften gibt und dass sich dieser Mangel ausweitete. Interessant ist die Gegenüberstellung von Arbeitslosen und gemeldeten Stellen (sog. Arbeitslosen-Stellen-Relation) für den Pflegebereich.

Sowohl in der Kranken- als auch Altenpflege ist das Potenzial an Arbeitslosen, das den gemeldeten Stellen gegenübersteht, gering und weiter abnehmend. Standen im Jahr 2001 in der Krankenpflege noch 86 Fachkräfte pro gemeldete Stelle und in der Altenpflege 38, so sind das im Jahr 2018 in der Krankenpflege gerade mal 41 und in der Altenpflege 19.

Dies spiegelt sich in der Vakanzzeit für gemeldete Stellenangebote für examinierte Krankenpflegefachkräfte und -spezialisten wider. Im Bundesdurchschnitt vergehen 154 Tage zwischen Meldung einer freien Stelle und deren Besetzung. Das sind 36 Prozent mehr als die durchschnittliche Vakanzzeit über alle Berufe. Zwischen 2018 und 2017 ist die Vakanzzeit um acht Tage gestiegen.

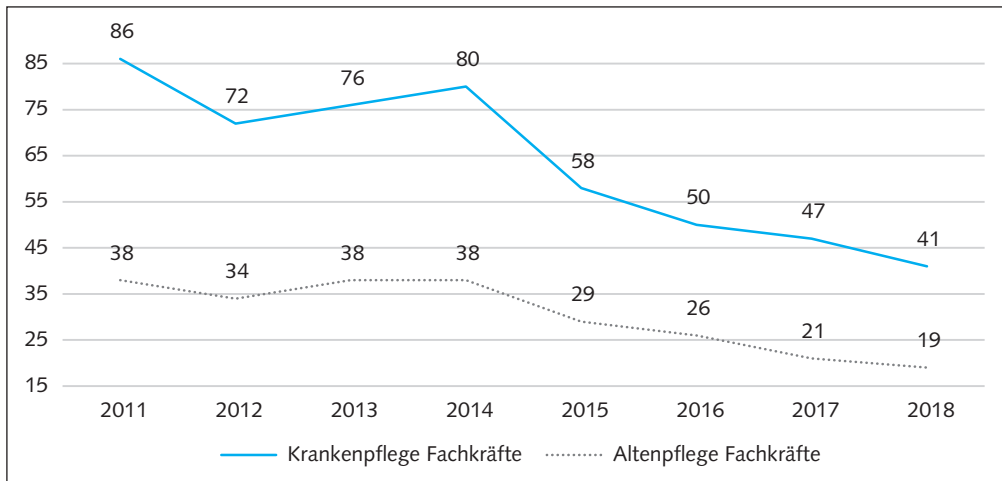


Abb. 2.6.1a: Arbeitslosen-Stellen-Relation im Pflegebereich, Arbeitslose je 100 gemeldete Arbeitsstellen
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, 2019

Der Mangel an Pflegefachkräften besteht inzwischen bundesweit. In allen Bundesländern werden von der Bundesagentur für Arbeit in der Fachkräfteengpassanalyse vom Dezember 2018¹⁸ für alle Bundesländer Fachkräftemangel bzw. Fachkräfteengpässe festgestellt. Allgemein spricht man inzwischen vom Pflegenotstand.

Der Bekämpfung dieses Pflegenotstandes wird in der aktuellen 19. Legislaturperiode zurecht große Aufmerksamkeit zuteil. Wesentliche neue gesetzliche Regelungen sind die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen.

¹⁸ Bundesagentur für Arbeit: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Bundesagentur für Arbeit, Mai 2019, S. 14.

Pflegepersonaluntergrenzen

Bereits zum 1. Januar 2019 wurden auf der Grundlage der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) für ausgewählte Krankenhausbereiche Personaluntergrenzen für das vorzuhaltende Pflegepersonal eingeführt. Dies betraf zunächst die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie. Weitere Fachbereiche werden folgen.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (kurz PpSG), das im Wesentlichen am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, wird die Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 1. Januar 2020 festgelegt. Einzelheiten finden sich im § 137i des SGB V. Die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen ist sanktioniert.

Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen

In der Begründung des Referentenentwurfes des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist zu lesen, dass die Pflege im Krankenhaus verbessert werden soll, indem jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird, zukünftig die krankenhausespezifischen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet und Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden. Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde dementsprechend festgelegt, dass zukünftig die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus den Fallpauschalen ausgegliedert werden und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung entwickelt wird. Hierzu wurde im Herbst 2019 ein Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag vorgeschlagen. Einzelheiten finden sich im § 17b Absatz 4 KHG.

Mit beiden gesetzlichen Neuerungen versucht der Gesetzgeber, die Krankenhäuser zur Beschäftigung von ausreichend vielen Pflegekräften zu zwingen, ihnen hierfür aber andererseits auch dauerhaft die notwendigen finanziellen Mittel bereitzustellen. Die Regelungen zielen neben der Verbesserung der Patientenversorgung auf eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes und damit der Verminderung des Pflegenotstandes ab. Während eine Erhöhung der Bezahlung für Pflegekräfte relativ kurzfristig geschehen wird, werden die Ausbildung des erforderlichen zusätzlichen qualifizierten Pflegepersonals und die Verbesserung von Arbeitszeitenregelungen zur Herstellung einer attraktiven Work-Life Balance auch bei konsequenter Umsetzung mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Krankenhäuser werden also zumindest mittelfristig mit einem zu geringen Angebot an qualifizierten Pflegekräften rechnen müssen.

Personalmangel im ärztlichen Bereich

Die Zahlenlage zum Ärztemangel in Deutschland ist nicht eindeutig. Neben dem Pflege-Notstand wird ebenso energisch von einem Ärztemangel im deutschen Gesundheitssystem gesprochen. Verschiedene Studien und Untersuchungen scheinen die Befürchtung, es gäbe zu wenige Ärzte in Deutschland, auf den ersten Blick zu bestätigen. Bei genauerer Analyse wird offenkundig, dass die konkreten Ergebnisse in Abhängigkeit der verwendeten Erhebungsmethodik und der befragten Häuser voneinander abweichen.

Ein Forschungsgutachten des DKI kam bereits im Jahr 2010 zu dem Ergebnis, dass 74,2 Prozent der Krankenhäuser Probleme damit haben, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen¹⁹. Entsprechend einer durch das Forsa-Institut durchgeführten Erhebung sehen sich etwa 25 Prozent der Krankenhäuser „nur bedingt oder gar nicht mehr in der Lage, dem Mangel an Ärzten und Pflegekräften noch zu begegnen“. Jedes zehnte Krankenhaus hätte einen „Personalnotstand“²⁰. Im Umkehrschluss würde dies aber auch bedeuten, dass neun von zehn Krankenhäusern eben keinen Personalnotstand hätten.

Eine andere Untersuchung aus dem Jahr 2010 kommt zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2020 bereits 56.000 Ärzte und bis zum Jahr 2030 eine Million Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung fehlen dürften. Es drohe, so die Autoren der Studie, ein „Kollaps des Gesundheitswesens“²¹.

Fakt ist: Die Arztdichte Deutschlands gehört weiterhin zur höchsten der Welt.

Nach unserer Einschätzung, die auf der täglichen Projektarbeit im Krankenhaus und einer Vielzahl an Gesprächen mit Entscheidern der Gesundheitswirtschaft beruht, ist es weder richtig noch zielführend, einen allgemeinen Ärztemangel im deutschen Gesundheitssystem auszurufen oder zu bekämpfen. Versachlichung täte der Debatte gut.

Tatsächlich ist die Anzahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland zwischen 1990 und 2017 von 237.700 um mehr als die Hälfte auf 392.400 angestiegen²². Die Arztdichte Deutschlands liegt mit etwa 217 Einwohnern je berufstätigen Arzt im oberen Drittel des OECD-Vergleichs²³.

19 Deutsches Krankenhausinstitut: „Ärztemangel im Krankenhaus“, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 2010.

20 Rochus Mummert, Ärzteblatt, 2015.

21 PWC: Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, 2010, S. 72.

22 Statista: „Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 2018“, 2019.

23 Bertelsmann Stiftung: „Arztdichte – Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei“, Faktencheck-Gesundheit, 2015. AOK: Ärzteatlas, 2017.

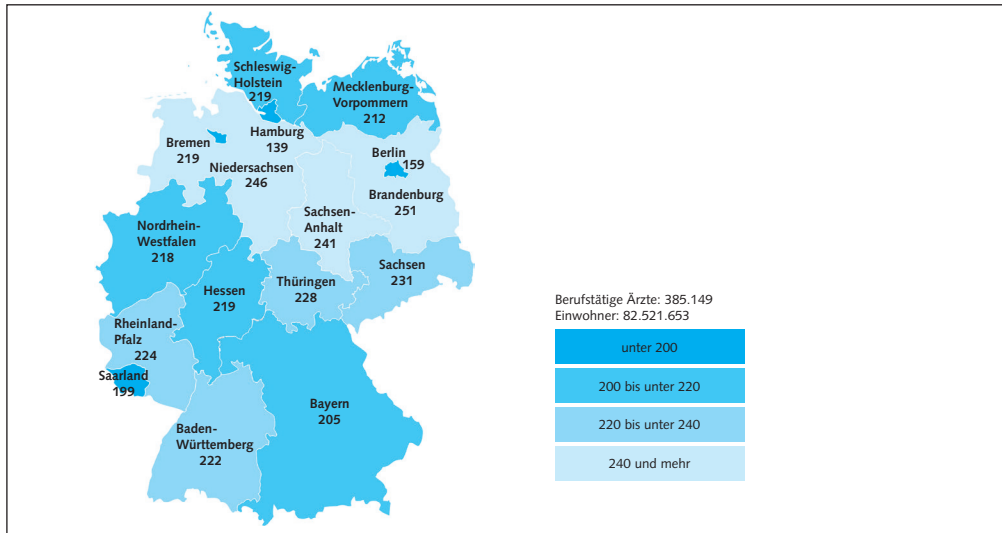


Abb. 2.6.1b: Anzahl der Einwohner je berufsständigen Arzt nach Bundesländern zum 31. Dezember 2017

Quelle: Statistik der Bundesärztekammer, Statistisches Bundesamt, 2020

Was ist also dran am sogenannten Ärztemangel? Die Antwort ist: Es kommt – wie so oft – darauf an.

Regional sowie zwischen den Fachrichtungen bestehen erhebliche Unterschiede

In der Tat ist die Personalsituation sowohl regional als auch fachspezifisch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Krankenhäuser im ländlichen Raum haben in der Regel größere Probleme, qualifiziertes Personal zu finden, als Kliniken in Städten oder Metropolregionen. Und auch innerhalb von großen Städten können sich hochspezialisierte Zentren oder Universitätskliniken teilweise nicht vor Bewerbern aus dem In- und Ausland retten, während benachbarte Häuser mit niedrigem Spezialisierungsgrad oder veralteter Infrastruktur ihre Stellen trotz Toplage nicht besetzen können.

Allein in Berlin gibt es über 50 Krankenhäuser (Stand 2019), in denen die Personalsituation unterschiedlicher nicht sein könnte. Auch bleibt in der reinen Betrachtung der Arztdichte die zunehmende Feminisierung des Arztberufs und das allgemeine Streben nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance unberücksichtigt.

Da die für den krankenhausesärztlichen Bereich zur Verfügung stehenden Zahlen uneinheitlich und mitunter widersprüchlich sind, soll an dieser Stelle kurz auf die vertragsärztliche Versorgungslage abgestellt werden. Sie zeigt sehr anschaulich, wie regionale und fach-

spezifische Gegebenheiten eine Differenzierung des „Fachkräftemangels im Gesundheitswesen“ erforderlich machen.

Vergleicht man im niedergelassenen Bereich die Bedarfsplanung mit den tatsächlich tätigen Ärzten, wird das Plansoll insgesamt um beinahe ein Drittel (etwa 33.000 Ärzte) übertroffen. Es gibt (Stand 2017) keine Arztgruppe im niedergelassenen Bereich, bei der das Soll bundesweit unerfüllt bleibt, ebenso wie es kein Bundesland gibt, in welchem der Bedarf an Ärzten (insgesamt) ungedeckt bliebe.

Gemessen an der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen besitzt Brandenburg mit 20 Prozent die niedrigste Überversorgung, während die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen mit 38,1 bis 38,2 Prozent die höchste Überversorgung im Bundesvergleich aufweisen.

Die regionalen Unterschiede sind jedoch erheblich. Einer (drohenden) Unterversorgung in vielen ländlichen Gebieten steht eine Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten gegenüber. So besitzt beispielsweise im Bereich der Augenheilkunde der Stadtkreis Würzburg einen Versorgungsgrad von 259,6 Prozent, während der Odenwaldkreis in Hessen lediglich einen Versorgungsgrad von 44,2 Prozent aufweist.

Es sei an dieser Stelle ergänzt, dass zwar in den letzten Jahren mitunter die Versorgungsgrößen angepasst worden sind, aber die medizinische Versorgung in den letzten Jahrzehnten auch erhebliche Effizienzgewinne erreichen konnte.

KV-Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden (Augenheilkunde)	Versorgungsgrad (in %)
SK Würzburg	259,6
Dessau-Roßlau, Stadt	211,6
Neubrandenburg	193,5
KV-Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden(Augenheilkunde)	Versorgungsgrad (in %)
Gotha	70,8
LK Kronach	57,1
Odenwaldkreis	44,2

Abb. 2.6.1c: Planungsbereiche mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsgraden 2016 (Fachbereich Augenheilkunde) Quelle: Meldungen der KVen, eigene Darstellung auf Basis von AOK (2017)

Die dargelegten Zahlen zeigen, dass in Deutschland in erster Linie ein Verteilungsproblem vorliegt. Es sind aktuell ausreichend Ärzte vorhanden, jedoch muss es gelingen, diese Ärzte für jene Fachrichtungen, Einrichtungen und Regionen zu motivieren, in denen ein Mangel an Ärzten besteht.

Medizinische Versorgungszentren als attraktive Alternative zur Krankenhausanstellung

Nicht jeder Arzt bzw. jede Ärztin kann sich vorstellen, mit viel Kapital und Energie eine eigene Praxis zu gründen, Geräte anzuschaffen und das wirtschaftliche Risiko der Selbstständigkeit zu tragen. Für diese Personen lag es bislang auf der Hand, ein Anstellungsverhältnis im Krankenhaus einzugehen. Dies wird sich in Zukunft grundsätzlich ändern, da private Investoren und Krankenhäuser massiv in den ambulanten Markt eintreten, Praxen aufkaufen, diese als MVZ betreiben und Ärzte anstellen.

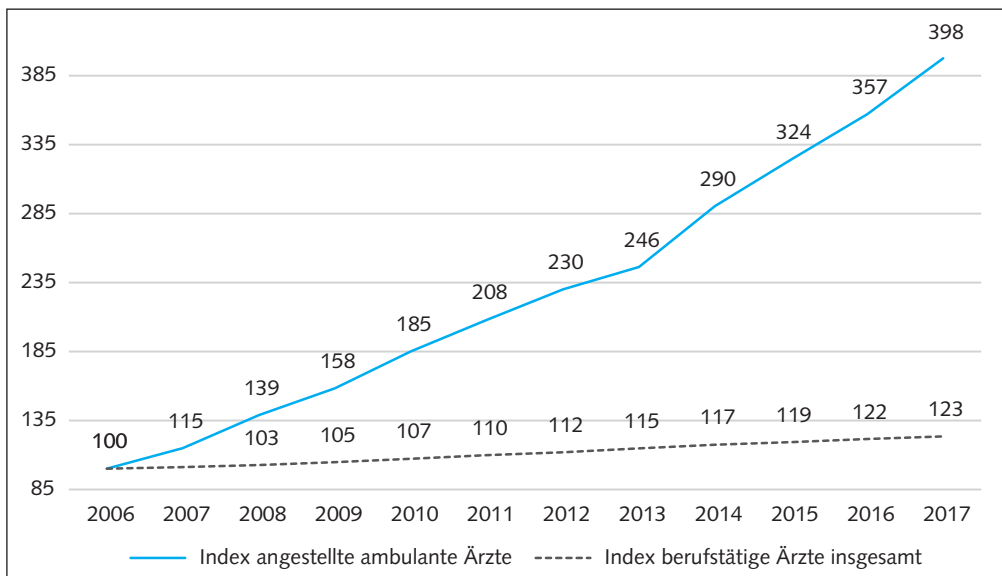


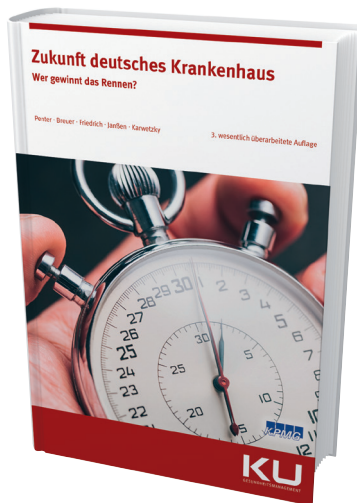
Abb. 2.6.1d: Entwicklung der angestellten ambulanten Ärzte im Vergleich zu den berufstätigen Ärzten insgesamt im Zeitraum 2006 bis 2017
Quelle: Bundesärztekammer, Stand 2017

Diese Anbieter sind in der Regel nicht an das tarifliche Gehaltsgefüge von öffentlichen Krankenhäusern gebunden und bieten darüber hinaus attraktive Arbeitszeitmodelle und weitgehende Befreiung von administrativen Tätigkeiten. Laut einer aktuellen Studie, in der die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer sowie das Meinungsforschungsinstitut Forsa rund 400 junge Heilberufler zu ihren Zukunftsperspektiven befragt haben, antizipieren 63 Prozent der Befragten, dass sich die Arbeitgeberattraktivität von Krankenhäusern für sie in den nächsten Jahren weiter verschlechtern wird. Lediglich jeder fünfte Nachwuchs-

BESTELLEN SIE JETZT

Ja, ich bestelle

___ Expl. Zukunft deutsches Krankenhaus
– Wer gewinnt das Rennen?,
Hardcover, 2020, 240 Seiten
ISBN 978-3-96474-188-2
49,95 Euro



Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz>

Unser Bestellservice



09221 / 949-389



09221 / 949-377



www.ku-gesundheitsmanagement.de



oder Bestellung einfach rechts
eintragen und abschicken.

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Datum / Unterschrift



Prof. Dr. Volker Penter

Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Gesundheitsexperte, Professor an der TU Dresden

Prof. Dr. Nils Breuer

Arzt, Gesundheitsökonom, Professor an der HS Fresenius

Stefan Friedrich

Betriebswirt, national und international anerkannter Gesundheitsexperte

Prof. Dr. Udo Janßen

Arzt, Betriebswirt, Wirtschaftsjurist, Professor an der FOM

Christopher Karwetzky

Betriebswirt, Gesundheitsökonom, selbständiger Berater

„Zukunft Deutsches Krankenhaus – Wer macht das Rennen?“ erscheint im Corona Jahr 2020. In der Not zeigt sich der Gesetzgeber auch gegenüber den Krankenhäusern großzügig. Beschlossen werden Zuschüsse für Investitionen, erhöhte Leistungsentgelte, die Aufhebung von Mengenbeschränkungen, der Abbau von Bürokratie und vieles mehr.

Natürlich können wir uns diese Mehrausgaben nicht dauerhaft leisten. Sehr schnell wird der Sparschwang den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern erneut entfachen. Und davon handelt dieses Buch.

Die Autoren stellen zunächst zehn – wiederum komplett überarbeitete – Thesen zu den drängenden Zukunftsfragen des deutschen Krankenhauses auf. Danach erfolgt ein spannendes Benchmarking zu der Frage: Wo steht in diesem Umfeld das deutsche Durchschnitts Krankenhaus und was machen die Besten anders? Schließlich erhält der Krankenhausmanager ganz praktische Hinweise, wie er sein Krankenhaus auf diese Zukunft vorbereitet.