

# Gute Besserung! 2

Deutschlands Krankenhäuser sind gut und werden immer besser.

Doch Qualität hat ihren Preis.

Um sich davon auch in Zukunft möglichst viel leisten zu können, müssen die Kliniken effizienter und transparenter werden. [Eine McKinsey-Studie zeigt, was möglich ist.](#)

⊗ Jede Revolution hat einmal klein angefangen. Für die Krankenschwestern des Dortmunder St.-Johannes-Hospitals war sie zunächst kaum größer als ein Handy, hatte ein Display, 25 Tasten und einen Clip für die Kitteltasche. Doculine hieß das Gerät, mit dem die Klinikleitung die Schwestern vier Wochen lang ihre Arbeit erfassen ließ. Vom Schichtbeginn bis zum Feierabend mussten sie jede Tätigkeit zunächst mit einem Klick auf den entsprechenden Menüpunkt anmelden: Medikamente geben, Bettpfanne ausleeren, Fieber messen, Blut abnehmen, Proben ins Labor bringen – Handgriff für Handgriff wurde der Zeitaufwand sekundengenau gemessen. Auch das Warten auf →

den Fahrstuhl, Mitarbeiterbesprechungen oder Pausen begannen stets mit einem Tastendruck, wobei die Schwestern sich untereinander rasch darauf verständigten, statt Leerlauf lieber Aufräumen anzumelden. Obwohl die Vorgesetzten zugesichert hatten, die Daten nur anonym auszuwerten, war Doculine vielen nicht geheuer. Unterbeschäftigt wollten sie auf keinen Fall wirken.

Das kleine Gerät, entwickelt von dem Mittelstandsbetrieb Documix im hessischen Bermuthshain, signalisiert in deutschen Kliniken seit einigen Jahren, dass vieles, was „bisher immer so war“, bald anders sein wird. Selbst wenn manche Schwestern beim Aufräumbedarf ein wenig übertreiben – ↩

von entsprechender Software aufbereitet, ermöglichen die Daten eine präzise Analyse, wie gut die Arbeit auf den Stationen organisiert ist und wo sich die Effizienz verbessern lässt.

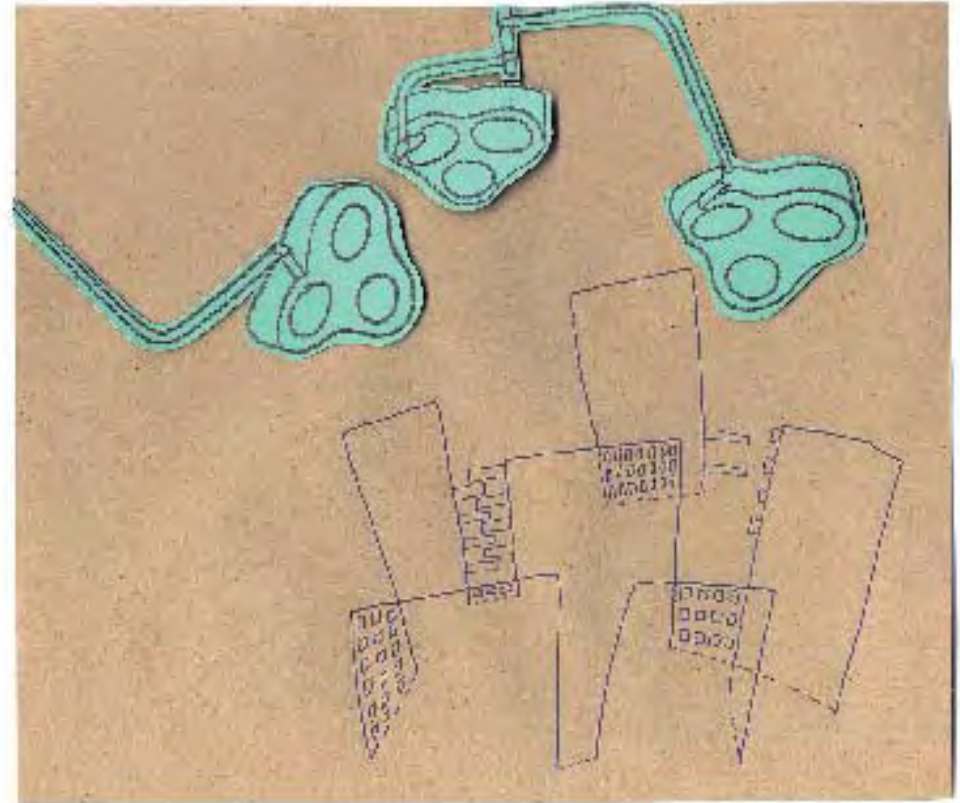
Sätze, in denen das Wort Effizienz vorkommt, sind in deutschen Krankenhäusern inzwischen fast genauso häufig zu hören wie „Gute Besserung!“ oder „Der Arzt kommt dann gleich.“ Denn die Kliniken spielen eine Schlüsselrolle bei der Reform des deutschen Gesundheitswesens, in dessen Budget sie mit etwa 26 Prozent den größten Kostenblock bilden. Weil dem System der finanzielle Kollaps droht, stehen die Krankenhäuser seit Jahren unter gewaltigem Druck, ihre Patienten billiger zu versorgen – bei gleichbleibender, nein, bei steigender Behandlungsqualität.

Für die Kliniken und ihr Personal bedeutet das nichts Geringeres als die größte Umstellung seit Bestehen der Bundesrepublik. Jahrzehntlang waren die Krankenhäuser öffentliche Versorgungsämter, geleitet von Ärzten, die sich ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet fühlten. Und weil es an Geld nicht mangelte, machten die Ärzte das deutsche Gesundheitssystem zu einem der besten der Welt. Bei jeder medizinischen Revolution gehörten die Deutschen stets zu den Ersten, die davon profitierten, nicht zuletzt, weil viele Innovationen hierzulande entwickelt wurden. Laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO wird die Qualität der in Deutschland üblichen medizinischen Leistungen nur in den Vereinigten Staaten, der Schweiz und Luxemburg übertroffen. Und wie in kaum einem anderen Land steht dieser hohe Behandlungsstandard allen Bürgern gleichermaßen zur Verfügung. Die körperliche Instandhaltung ist in Deutschland quasi ein Grundrecht, das die Gemeinschaft jedem garantiert wie das Recht auf Leben oder Bildung.

### Chancen und Risiken des medizinischen Fortschritts

14,3 Prozent seines Einkommens zahlt deshalb jeder deutsche Arbeitnehmer (mit Ausnahme der Privatversicherten) in einen gemeinsamen Gesundheitstopf, aus dem die Behandlungskosten aller Bürger gedeckt werden, inklusive derjenigen, die selbst nichts einzahlen können, weil sie zu jung, zu alt oder zu arm sind. Das ist sozial gedacht und war es auch, solange sich Einnahmen und Ausgaben die Waage hielten. Inzwischen macht die deutsche Gemeinschaftskasse Schulden: Auf der einen Seite sinken die Einnahmen, weil der Anteil der arbeitenden Bevölkerung kontinuierlich abnimmt. Schuld daran sind Arbeitslosigkeit und die zunehmende Alterung der Gesellschaft.

Auf der anderen Seite steigen die Ausgaben, was zwei sehr unterschiedliche Gründe hat. Zunächst führt die demografische Entwicklung zu höheren Belastungen, weil alte Menschen mehr Behandlung in Anspruch nehmen als junge. Bis zu 80 Prozent der medizinischen Kosten eines Menschenlebens fallen in den letzten beiden Lebensjahren an. Der weitaus größere Kostentreiber sind allerdings die medizinischen Innovationen. Jede Neuerung führt zu einem Kostenschub. Schließlich können Krankenhäuser mit dem Kauf eines modernen Computertomografen nicht warten, bis ihre alten Röntgenapparate den Geist aufgeben haben; ebenso wenig lassen sich Patienten mit Restposten aus dem Apothekerschrank behandeln. Doch weil die Entwicklung neuer Geräte oder ↵



Die körperliche Instandhaltung ist in Deutschland quasi ein Grundrecht, das die Gemeinschaft jedem garantiert wie das Recht auf Leben oder Bildung. Nur: Wie viel Medizin wollen und können wir uns leisten?

Arzneien Milliarden kostet und den Konzernen in der Regel nur wenig Zeit bleibt, bevor Konkurrenzprodukte auf den Markt kommen, sind neue Behandlungsmethoden grundsätzlich teuer. „Der medizinische Fortschritt schafft ungeahnte Perspektiven“, sagt Professor Rainer Salfeld, Director bei McKinsey & Company in München. „Aber die therapeutischen Möglichkeiten wachsen schneller als unsere Fähigkeit, sie zu finanzieren.“

### **Zu wenig Einnahmen + steigende Ausgaben = Systemzusammenbruch**

Wie sich die Kluft zwischen Einnahmen und Ausgaben entwickelt, zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes. In den vergangenen Jahren ist die Differenz jährlich um rund 1,7 Prozent gestiegen. Rechnet man diesen Trend ein Vierteljahrhundert hoch – aus Sicht jedes Einzelnen ein langer, für das Gesundheitssystem ein äußerst kurzer Zeitraum – werden im Jahr 2030 rund 62 Milliarden Euro fehlen. Das entspricht gut einem Viertel des benötigten Geldes. Wo soll es herkommen?

Sollte das bisherige staatlich finanzierte Versorgungssystem eine Zukunft haben, müsste das Bruttoinlandsprodukt jährlich um durchschnittlich 2,7 Prozent steigen. Nur zur Einordnung: Im vergangenen Jahr legte die Konjunktur gerade um 0,9 Prozent zu. Wollte der Staat für den Fehlbetrag aufkommen, müsste er die Steuern erhöhen oder Schulden machen – die Neuverschuldung läge bei rund 24 Prozent, den heutigen Bundeshaushalt von 263 Milliarden Euro zugrunde gelegt. Eine andere Option wäre die Erhöhung der Beitragssätze von derzeit 14,3 Prozent des Einkommens auf 19,9 Prozent. Das würde bedeuten, dass jeder Arbeitnehmer bei einer Fünftagewoche am Montag zunächst einmal voll für die Gesundheit arbeitet. Alternativ könnte man auch eine einmalige Praxisgebühr von rund 800 Euro einführen, vorausgesetzt jeder Bundesbürger ginge einmal im Jahr zum Arzt. Ohne jede Intervention jedenfalls müsste das System Ende September dichtmachen, weil das Geld für Gehälter, Medikamente und Strom restlos aufgebraucht wäre.

Ein Horrorszenario? Tatsächlich sind die Zahlen eher schön als schwarz gerechnet. Dass es nicht so weit kommen wird, liegt dennoch auf der Hand – allerdings nicht, weil sich die Probleme schon irgendwie von selbst lösen werden, sondern weil das System schon lange vor 2030 kollabiert, wenn es nicht rechtzeitig restrukturiert wird. Seit Jahren ist die Gesundheitsreform eines der brennendsten Themen der Berliner Politik – das wird wohl auch so bleiben, der im Oktober vom Kabinett verabschiedete schwarz-rote Kompromiss ist nur ein provisorischer Minimalkonsens. Denn die entscheidende Frage nach einem grundlegenden Umbau der Finanzierung – weg vom demografisch untragbaren großen Topf, hin zu individueller Vorsorge und größerer Selbstbeteiligung – ist noch immer unbeantwortet. „Im nächsten Jahrzehnt werden wir einen gesellschaftlichen Dialog führen müssen, wie viel Medizin wir uns leisten wollen und können“, meint Rainer Salfeld.

Doch während um ein zukunftsfähiges Beitragsmodell noch gerungen wird, ist die Krankenhausreform bereits seit dem Jahr 2000 in vollem Gange. Obwohl die gesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausfinanzierung fast jährlich verändert und ergänzt werden, ist das Grundprinzip inzwischen klar: Kliniken können ihre Kosten künftig nicht mehr einfach an die Krankenkassen weiterrei- →

chen, sondern sind selbst dafür verantwortlich, dass Einnahmen und Ausgaben ausgeglichen sind. Pro forma war das zwar auch in der Vergangenheit der Fall, wegen des einstigen Kostenerstattungsprinzips gab es für die Krankenhäuser jedoch kaum einen Grund zum Sparen – stattdessen aber reichlich Anreize und Möglichkeiten, die Einnahmen durch unnötige Übernachtungen, Untersuchungen oder Medikamente zu erhöhen.

Inzwischen gelten dagegen für alle Behandlungen Pauschalpreise. Mit der Einführung der DRG, der Diagnosis Related Groups, sollen Krankenhäuser gezwungen werden, ihre Ausgaben erheblich zu senken. Kliniken erhalten demnach beispielsweise für eine Blinddarmoperation nur noch eine fixe Summe, eine Fallpauschale. Ab 2009 soll jedes deutsche Krankenhaus dasselbe Geld für die gleiche Leistung erhalten, unabhängig davon, wie viele Nächte der Patient auf einer Station verbringt, welche Untersuchungen durchgeführt werden und welche Medikamente er einnimmt.

Um sicherzustellen, dass die Deckelung der Preise nicht zulasten der Qualität geht, gelten strikte Behandlungsstandards. Die Höhe der Basisfallwerte wird dabei mit einem Marktmechanismus festgelegt. Alle Kliniken müssen ihre Kosten offenlegen. Aus den jeweiligen Daten werden Mittelwerte errechnet, nach denen jedes einzelne Haus anschließend bezahlt wird. Überdurchschnittlich effiziente Häuser machen damit Gewinne, unterdurchschnittliche Verluste. Ein dynamischer Prozess: Denn je besser sich Kliniken auf den Konkurrenzdruck einstellen, desto tiefer dürften die Kosten sinken. Sanierungsnachzüglern, die da nicht mithalten können oder wollen, droht die Schließung.

### **Fallpauschalen sorgen für niedrigere Kosten und mehr Transparenz**

Tatsächlich sind die DRG nicht nur ein Kostensenkungsinstrument. Sie helfen dem Krankenhaus auch, die eigenen Prozesse zu optimieren. Denn die Fallpauschalen bilden die Grundlage für Qualitätskontrolle, Leistungsberechnung der Krankenkassen und Benchmarking: Anhand der Klassifizierung lässt sich aufschlüsseln und vergleichen, wie sich die medizinischen Kosten zusammensetzen – und wie das jeweilige Klinikum im Verhältnis zu den Wettbewerbern abschneidet. Ein Beispiel. Angenommen, eine Klinik erhält für eine Blinddarmoperation 3050 Euro. Dann könnte die Kalkulation dahinter so aussehen: Personalkosten machen rund die Hälfte der Summe aus, wovon die Pflege der größte Posten ist (634 Euro), gefolgt von den Ärzten (566 Euro) und den sogenannten ↵

Funktionsdiensten, zu denen etwa Laborassistenten oder Ernährungsplaner gehören (447 Euro). Die Infrastruktur, also die Bereitstellung von Patientenzimmern, Behandlungsräumen, Operationssälen, schlägt mit 972 Euro, also etwa einem Drittel der Kosten zu Buche. Der Rest entfällt auf Sachkosten wie Medikamente, Operationsmaterial oder Essen.

Klinikmanager können anhand dieser Zahlen erkennen, wie gut ihr Haus im Branchenvergleich dasteht. Liegen die Kosten für Medikamente deutlich über dem Durchschnitt, können sie etwa mit den Pharmazulieferern nachverhandeln. Hohe Ausgaben für die Infrastruktur könnten darauf hindeuten, dass die Räumlichkeiten zu groß sind, was mit zusätzlichen Heiz-, Reinigungs- und Renovierungsaufwendungen einhergeht. Moderne Kliniken kalkulieren pro Krankenbett mit rund 45 bis 50 Quadratmetern, bislang sind in Deutschland noch ungefähr 80 Quadratmeter üblich. Ist das Personal deutlich teurer als anderswo, kann das ein Hinweis sein, dass die Arbeit auf den Stationen nicht optimal verteilt ist. In den effizientesten Kliniken kommen auf jeden Mitarbeiter 80 behandelte Fälle, in den schlechtesten sind es nur 21. „Die Unterschiede zwischen Deutschlands produktivsten und unproduktivsten Krankenhäusern sind sehr groß“, erklärt Rainer Salfeld.

Was sich wo, wie und warum in den vergangenen Jahren in der deutschen Krankenhauslandschaft bereits verändert hat und was für die Zukunft zu erwarten ist, hat McKinsey in einer groß angelegten Analyse von mehr als 1600 deutschen Kliniken untersucht. Eines der Resultate: Rund ein Drittel der deutschen Krankenhäuser ist von Zusammenlegung oder Schließung bedroht, weil sie dem neuen Wettbewerb nicht gewachsen sind. Knapp 600 Kliniken, auf die im Moment rund 41 Prozent aller Behandlungsfälle, aber mehr als 45 Prozent der Gesamtkosten des Sektors entfallen, könnten also zu Verlierern des neuen Preissystems werden. Diese Häuser, so die Prognose der Berater, werden trotz intensiver Sanierungsanstrengungen, massivem Bettenabbau und verbesserten Arbeitsabläufen auch in Zukunft nicht kostendeckend arbeiten können. „Damit steht der deutschen Krankenhauslandschaft ein drastischer Umbau bevor“, sagt McKinsey-Director Salfeld.

Dieser Umbau wird von ganz neuen Erfolgsfaktoren bestimmt sein. Die alte Regel, nach der ein Krankenhaus besser arbeitet, je größer es ist, hat ausgedient, meinen die Berater. Tatsächlich haben gerade die großen Universitätskliniken zunehmend Probleme, Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zu vereinen. Weil sie als Maximalversorger stets Equipment für schwere Fälle vorhalten müssen, werden sie durch die einheitlichen Fallpauschalen benachteiligt.

### **Der Ausweg: mehr Produktivität, Struktur und Integration**

So manches kleine Haus hingegen wirtschaftet schon heute mit einer begrenzten Zahl von Fachabteilungen erfolgreicher als viele große. Nach Einschätzung von McKinsey werden in Zukunft drei Krankentypen besonders gute Chancen haben: Häuser mit bis zu 150 Betten und maximal drei Fachabteilungen, Häuser mit 200 bis 400 Betten, die ein breiteres medizinisches Spektrum anbieten, und außerdem Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, die Spezialleistungen erbringen. →

Dabei gilt für die Vertreter jeder Kategorie: Gemeinsam geht noch einiges, allein geht künftig fast gar nichts mehr. So werden etwa die auf maximal drei Fachabteilungen spezialisierten kleineren Kliniken in Zukunft Teile ihrer Infrastruktur wie Labore und Geräte intern zwischen den Fachabteilungen, aber auch extern mit andern Kliniken teilen müssen. Oder aber sie legen ihre Verwaltung und den Einkauf von Medikamenten zusammen. Auch Häuser der mittleren Größe mit bis zu 400 Betten haben die besten Chancen, wenn sie Verbundstrukturen eingehen.

Integrierte Versorgung heißt das Stichwort, ohne das es in einem modernen Gesundheitssystem nicht mehr gehen wird. Dazu gehört die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten oder Rehabilitationszentren, an die beispielsweise die ambulante Behandlung leichter Fälle übergeben oder die Nachversorgung von Patienten ausgelagert werden kann, um sich voll auf die stationäre Behandlung konzentrieren zu können. Dazu gehört aber auch eine strukturierte Aufgabenteilung mit Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

Sie werden in Zukunft vor allem als Zentren derartiger Verbundstrukturen bestehen – und dennoch mit deutlich weniger Betten auskommen als in der Vergangenheit üblich. Sinkende Verweildauern machen es möglich: 1995 verbrachte der Kranke im Schnitt noch 11,4 Tage auf Station, 2004 waren es nur noch 8,7 Tage. 2009 soll die Verweildauer im Krankenhaus bei nur noch sechs Tagen liegen. Wer seine Patienten weniger lange beherbergt, braucht naturgemäß weniger Betten, um dieselbe Zahl von Kranken zu versorgen – auch dieser Zusammenhang lässt sich inzwischen mit Zahlen belegen. Waren früher noch rund 1000 Betten für die Behandlung von 30 000 bis 40 000 Patienten jährlich nötig, braucht eine Klinik heute dafür nur noch 700 Betten. Allein zwischen 2000 und 2004 wurden in Deutschland rund fünf Prozent aller Krankenhausbetten – insgesamt etwa 28 000 – abgebaut, ohne die medizinische Leistung zu schmälern.

### **Vorbild Automobilindustrie: Standardisierung sorgt für effiziente Prozesse**

Um ihre Strukturen und Kosten den neuen Umständen anzupassen, haben viele Kliniken bereits große Anstrengungen unternommen. Doch selbst bei den als Hoffnungsträger gehandelten Häusern sind auch in Zukunft weitere Kraftakte nötig. „Wer künftig im Wettbewerb bestehen will, muss alle drei Handlungsfelder konsequent und konzentriert angehen“, sagt Rainer Salfeld, „Produktivität, Struktur und Integration.“

Das entscheidende Element ist die Organisation der Arbeitsabläufe. Bisher drehten sich die Krankenhäuser in erster Linie um die Ärzte, was ungefähr so effizient ist, als würde man in der Fabrik ein Auto zusammenbauen, dabei aber nicht die Komponenten an die Montagestraße liefern, sondern das Fahrzeug während der Produktion von Zulieferer zu Zulieferer transportieren. So dauerte es für die Patienten in der Vergangenheit meist Stunden, oft genug Tage, bevor alle Voruntersuchungen abgeschlossen waren und die eigentliche Behandlung beginnen konnte. Nicht, dass Ärzte und Schwestern in der Zwischenzeit pausiert hätten: Sie mussten mit Terminkalendern jonglieren, ↵

die sich in Echtzeit veränderten, und zwar permanent, weil schwer vorhersehbar war, wann ihre Patienten kommen, die angeforderten Röntgen- oder Laborbefunde eintreffen oder die Fach-Kollegen Zeit für die Besprechung eines schwierigen Falles haben würden.

In modernen Kliniken stehen heute die Patienten im Mittelpunkt. Schon vor ihrer Ankunft wird ihr Weg von einer Station zur nächsten geplant – und zwar in der Regel nicht von den behandelnden Ärzten, sondern von Managern, die sich am Vorbild industrieller Produktionsstraßen, etwa in der Auto- oder Elektronikbranche, orientieren. Jeder Patient wird auf einem sogenannten klinischen Behandlungspfad, der auf seine Krankheit abgestimmt ist, durchs Krankenhaus geleitet. Diese standardisierten Routen legen fachabteilungs- und berufsgruppenübergreifend Prozesse für den Ablauf des stationären Aufenthalts fest und dienen Ärzten, Schwestern und allen anderen an der Behandlung Beteiligten als Leitfaden für die optimale Versorgung. „Der klinische Pfad führt zu einer schnelleren Behandlung, besserer Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche, einem geringeren Dokumentationsaufwand und weniger internem Leistungskonsum“, sagt Rainer Salfeld. An seinem Ende steht also eine erhebliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

Auf viele Patienten hingegen wirkt die Vorstellung eines Krankenhauses, das sich die Fließbänder der Industrie zum Vorbild nimmt, nicht selten bedrohlich. Schließlich empfindet jeder das eigene Leiden als einzigartig und will es deshalb auch individuell behandelt wissen. Doch die populären Mensch-Maschinen-Assoziationen führen in die Irre: In Wirklichkeit ist die Standardisierung ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Denn Menschen machen Fehler, das gilt auch in der Medizin. Zudem entwickelt sich die Disziplin so schnell, dass selbst die gewissenhaftesten Ärzte Mühe haben, mit ihrem Wissen auf der Höhe der Zeit zu bleiben. Hinter den standardisierten Behandlungspfaden steht die gesammelte Erfahrung der medizinischen Fachgesellschaften. Und deren Erkenntnisse stützen sich auf eine ausgefeilte aktuelle Empirie.

„Insgesamt hat der Krankenhaussektor ein Einsparpotenzial von rund fünf Milliarden Euro pro Jahr“, fasst McKinsey-Director Rainer Salfeld die Ergebnisse seiner Studie zusammen. Fünf Milliarden, die das System dringend braucht. Zwar reicht die Summe bei weitem nicht aus, um das Gesundheitswesen als Ganzes zu sanieren. Aber gerade weil es unausweichlich scheint, dass in Deutschland bald grundsätzliche Versorgungsstandards auf den Prüfstand kommen, ist es entscheidend, die knappen Mittel so gezielt wie möglich einzusetzen. „Ineffizienz“, sagt Rainer Salfeld, „können wir uns einfach nicht mehr leisten.“ ☒

Was sich wo, wie und warum in den vergangenen Jahren in der deutschen Krankheitslandschaft bereits verändert hat und was für die Zukunft zu erwarten ist, hat McKinsey in einer groß angelegten Analyse untersucht. Eines der Resultate: Rund ein Drittel der deutschen Krankenhäuser ist von Zusammenlegung oder Schließung bedroht, weil sie dem neuen Wettbewerb nicht gewachsen sind.

