3 Der Krankenhausmarkt in Deutschland. Zahlen, Daten, Fakten, Trends

Boris Augurzky und Adam Pilny

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen und Berlin

Auf Grundlage aktueller empirischer Untersuchungen gibt dieser Beitrag einen Überblick über den Status quo und Trends im deutschen Krankenhausmarkt. In Zukunft dürfte weiterhin mit einem Anstieg der Zahl der Krankenhausfälle, einem Rückgang der Verweildauer und der Bettenkapazität zu rechnen sein. Im internationalen Vergleich weist Deutschland nach wie vor eine überdurchschnittliche hohe Krankenhausdichte auf. Eine Annäherung an den europäischen OECD-Durchschnitt würde einer Schließung von bis zu 14 % aller Krankenhausstandorte gleichkommen. Mehrere Regionen Deutschlands wiesen dabei ungünstige Krankenhausstrukturen auf, die sich negativ auf die wirtschaftliche Situation niederschlagen können. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist in den vergangenen Jahren weitgehend unverändert geblieben. Im Jahr 2014 wiesen 11 % aller Einrichtungen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. Hingegen zeigte sich seit 2013 eine Verbesserung der Ertragslage. Eine Auflistung der Top 30 der umsatzstärksten Klinikunternehmen bietet einen Überblick zu den größten Akteuren im deutschen Krankenhausmarkt.

3.1 Markt und Leistung

Im Jahr 2014 erreichte der deutsche Gesundheitsmarkt ein Volumen von rund 328 Mrd. € bzw. 11,2 % des Bruttoinlandsprodukts, wovon über ein Viertel – rund 86 Mrd. € – auf den Krankenhaussektor entfiel. Dieser hohe Anteil verdeutlicht die beachtliche Größe und Bedeutung des Krankenhauswesens im deutschen Gesundheitssystem. Von 2005 bis 2014 nahm die Anzahl stationärer Fälle um 16 % und der Case Mix, d. h. die mit dem Schweregrad gewichtete Leistungsmenge, um 23 % zu. Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser fiel dabei zwischen den Bundesländern unterschiedlich aus. Abbildung 1 zeigt die Zahl der Krankenhausfälle bezogen auf die Einwohnerzahl, bereinigt um regionale Unterschiede in der Altersstruktur und dem Geschlechtsverhältnis. Die geringste Zahl an stationären Krankenhausfällen je Einwohner wiesen demnach Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin auf. Ebenso wiesen Schleswig-Holstein, Sachsen und Niedersachsen relativ geringe Fallzahlen auf. Am höchsten fielen die Fallzahlen je Einwohner dagegen im Saarland, in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und in Thüringen aus. Überdurchschnittliche Werte lagen außerdem in Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz vor.

Wird die Fallzahlentwicklung rein auf Basis der demografischen Entwicklung fortgeschrieben, ist im Vergleich zu 2014 bundesweit mit 3 % mehr Fällen bis 2020 bzw. mit 5 % mehr Fällen bis zum Jahr 2030 zu rechnen. Werden ferner vergan-

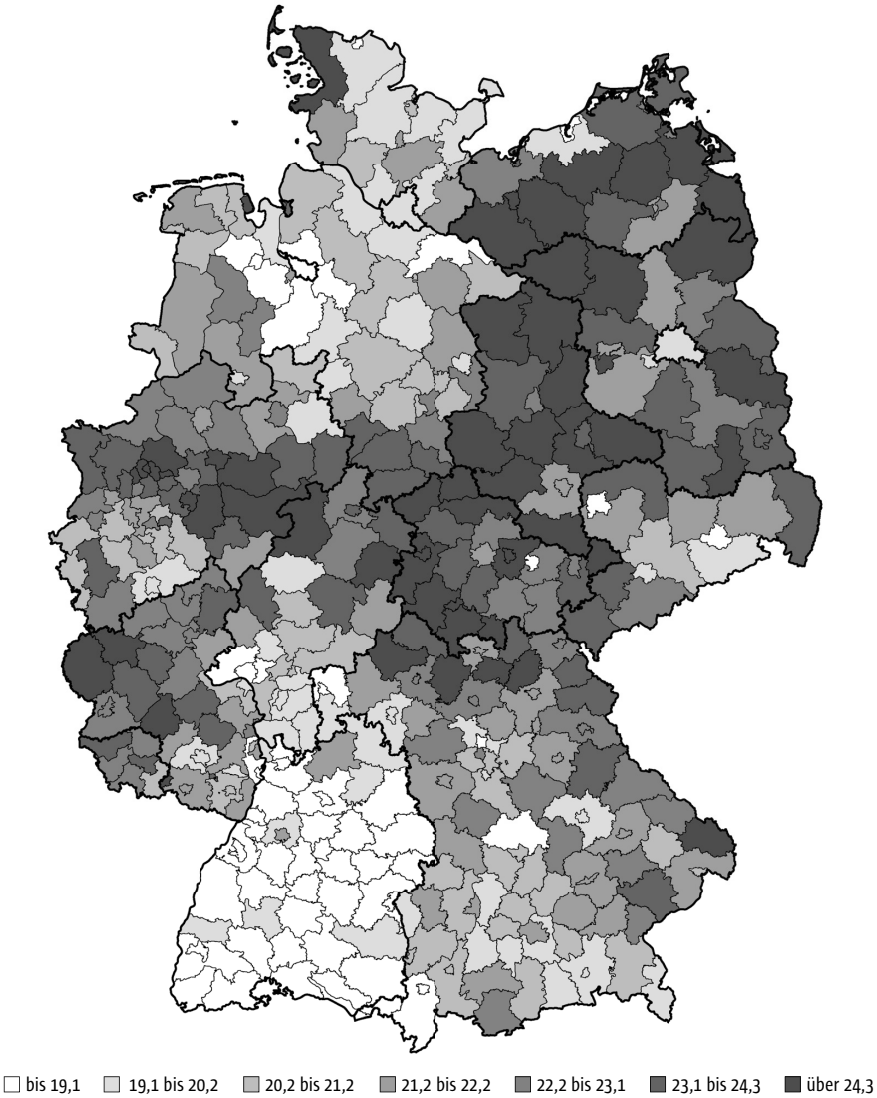
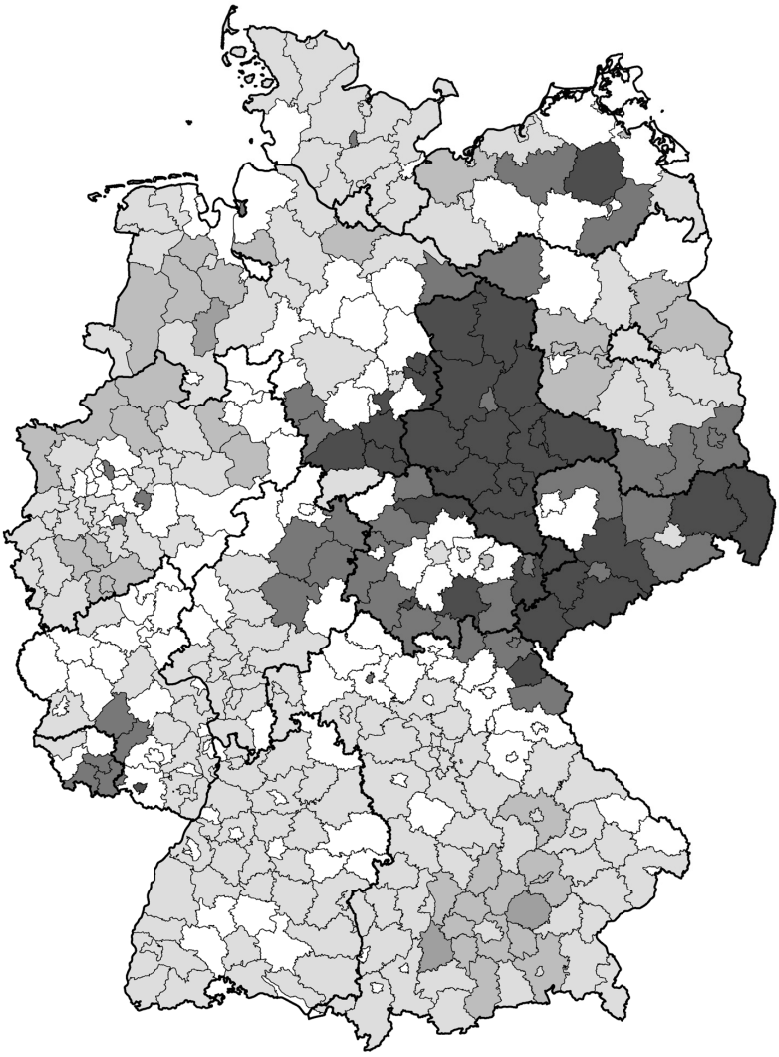


Abb. 1 Zahl der stationären Fälle nach Wohnort (2010, je 100 Einwohner).
Anmerkung: Bereinigung nach Alter Geschlecht der Patienten; Fälle nach Wohnort [Augurzky et al. 2016b]

gene Trends in den Prävalenzraten fortgeschrieben und darüber hinaus ein ambulantes Potenzial im derzeitigen stationären Leistungsspektrum berücksichtigt, wäre mit einem Wachstum der Zahl der Fälle bis 2020 um 7 % und bis 2030 sogar um 18 % zu rechnen. Ohne Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte die Fallzahlentwicklung mit 9 % bis 2020 und mit 24 % bis 2030 noch stärker ausfallen [Augurzky et al. 2016b].

Außerdem ist bei der Veränderung der Zahl der Krankenhausfälle von einer starken regionalen Heterogenität auszugehen. Abbildung 2 veranschaulicht die erwartete Veränderung von 2014 bis 2025 auf Kreisebene, wobei ausschließlich der demografische Effekt zugrunde gelegt wird. In diesem Szenario verzeichnen die meisten Regionen eine Zunahme der Zahl der Fälle. Hingegen kann es in einigen Regionen Ostdeutschlands zu einem



über 25 | 15 bis 25 | 10 bis 15 | 4 bis 10 | 0 bis 4 | -4 bis 0 | unter -4

Abb. 2 Veränderung der Zahl der Fälle ohne ambulantes Potenzial. 2014–2025 (Angaben in %) [Augurzky et al. 2016b]

Rückgang der Fallzahl um mehr als 4 % kommen. Ebenso ist ein kleiner Rückgang in einigen Regionen Westdeutschlands zu erwarten, z. B. in Nordhessen, im südöstlichen Niedersachsen sowie in wenigen Kreisen des Ruhrgebiets, Rheinland-Pfalz' und des Saarlands. In Südbayern um die Region München, in Teilen Nordrhein-Westfalens (ohne das Ruhrgebiet), im westlichen Niedersachsen und in Brandenburg ist dagegen mit einem überproportionalen Wachstum bis 2025 zu rechnen [Augurzky et al. 2016b].

3.2 Kapazitäten

Einige Jahre lang war bundesweit ein Abbau der Bettenkapazität zu beobachten. 2009 kam dieser Abbau zu einem Ende, die Zahl der Betten ist seit-

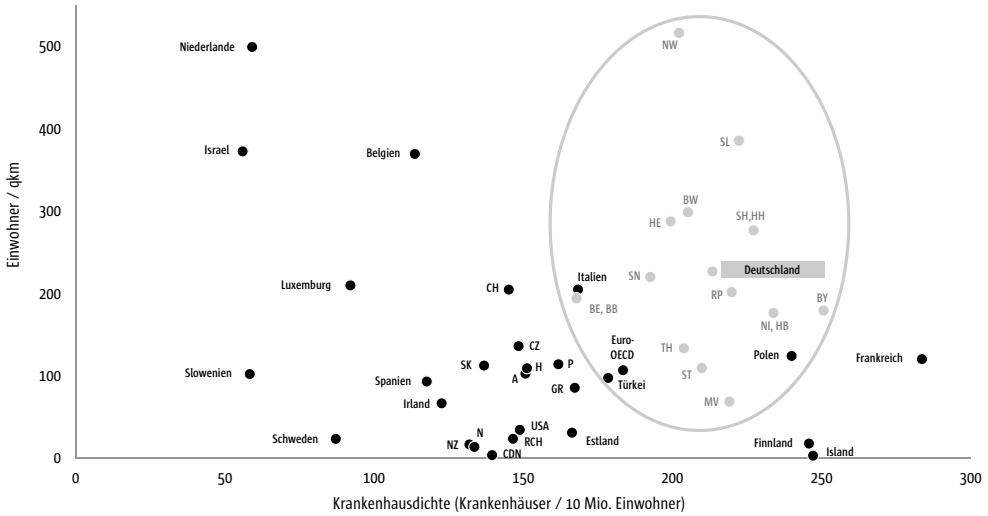


Abb. 3 Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten 2014.
Anmerkung: Grundlage der OECD-Länder: „general hospitals"; Australien, Japan und Korea ausgeblendet, weil Werte weit außerhalb des Diagrammbereichs. Jeweils aktuellstes Jahr (2012 bis 2014). Daten zu Deutschland aus 2014 beziehen sich auf Versorgungs-KH (Unikliniken, Plan-KH und KH mit Versorgungsvertrag) und psychiatrische Kliniken, Daten zu Schweden aus 2003 und zu Norwegen aus 2000 [Augurzky et al. 2016b].

dem weitgehend konstant bei knapp über 500.000 geblieben. 2014 betrug die Zahl der Krankenhäuser gemessen anhand der Zahl der Institutionskennziffern 1.980. Der Marktanteil privater Krankenhäuser gemessen an der Bettenzahl erreichte 16,8 %. Deutlich höhere Marktanteile wiesen öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser mit 49,0 % bzw. 34,2 % auf. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten ist zwischen 1999 und 2014 um 25 % auf 7,4 Tage gesunken. Die Bettenauslastung war von 1999 bis 2005 von 81,1 % auf 74,9 % rückläufig, stieg jedoch bis 2007 wieder auf 77,2 %, wo sie seitdem verharrte. Bezogen auf eine maximal mögliche Auslastung von 85 % kann die Bettenüberkapazität für 2014 auf etwa 9 % des aktuellen Bettenbestands geschätzt werden. Augurzky et al. [2016b] rechnen mit einem weiteren Rückgang der Verweildauer auf 6 Tage und damit trotz Steigerung der Fallzahlen mit einem weiteren Rückgang des Bettenbedarfs. Die Überkapazitäten dürften von 9 % im Jahr 2014 auf 10 % bis 2020 bzw. 13 % im Jahr 2030 steigen, wenn weitere Anpassungen unterblieben und die demografische Entwicklung, weiter wachsende Prävalenzraten und das ambulante Potenzial berücksichtigt werden.

Im internationalen Vergleich ist Deutschland insbesondere durch seine hohe Krankenhausdichte auffallend. Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Krankenhausdichte je 10 Mio. Einwohner und der Einwohnerdichte je qkm. So kamen 2014 in Deutschland auf 10 Mio. Einwohner rund 213 Krankenhäuser. In einem Großteil der anderen OECD-Staaten liegt die Krankenhausdichte deutlich niedriger. In Ländern mit geringerer Bevölkerungsdichte ist zwar eine höhere Krankenhausdichte zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nötig. Abbildung 3 gibt auf die Frage, ob mit der Bevölkerungsdichte die beobachteten Unterschiede in der Krankenhausdichte erklärt werden kann, jedoch eine negative Antwort. Sowohl im internationalen als auch im innerdeutschen Vergleich kann die Bevölkerungsdichte der Bundesländer nicht die Heterogenität in der Krankenhausdichte erklären. Würde für Deutschland die Krankenhausdichte Sachsens oder der Durchschnitt aller europäischen OECD-Staaten zugrunde gelegt werden, so könnte auf 10–14 % der Krankenhausstandorte im Bundesgebiet verzichtet werden.

3.3 Wirtschaftliche Situation

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser wird jährlich im Krankenhaus Rating Report analysiert [Augurzky et al. 2016b]. Die aktuellsten empirischen Analysen auf Grundlage von 517 Jahresabschlüssen aus dem Jahr 2013 und 333 Stück aus dem Jahr 2014 – insgesamt 871 Krankenhäuser umfassend – zeigen, dass die Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser 2014 gegenüber 2012 und 2013 weitgehend unverändert blieb. Insgesamt wiesen 11 % aller Krankenhäuser eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. Eine Verbesserung war 2014 bei der der Ertragslage festzustellen. Die Umsatzrendite stieg 2014 auf 1,8 % an, während sie 2012 und 2013 mit 0,7 % bzw. 1,3 % ein geringeres Niveau verzeichnete. Aufgrund der leicht verbesserten Ertragslage ist daher mittelfristig von einer sinkenden Insolvenzwahrscheinlichkeit auszugehen.

Grundsätzlich war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in den ostdeutschen Bundesländern im Jahr 2014 am besten. Hingegen war sie in Niedersachsen/Bremen, Baden-Württemberg und Hessen am schwierigsten. Eine, aber nicht die alleinige Erklärung für diese regionalen Unterschiede waren in manchen Regionen ungünstige Krankenhausstrukturen, was sich besonders an zu vielen kleinen Einheiten, einer zu hohen Krankenhausdichte und einem geringen Spezialisierungsgrad zeigte.

Nur über die Hälfte (54 %) der Krankenhäuser galten im Jahr 2014 als voll investitionsfähig. Die Kapitalausstattung der Einrichtungen war nach wie vor als unzureichend zu bezeichnen. Ein beträchtlicher Anteil des Sachanlagevermögens der Krankenhäuser war bereits stark abgeschrieben, was sich negativ auf die Wirtschaftlichkeit auswirken kann. Seit Jahren ist ein Rückgang der Investitionsfördermittel seitens der Bundesländer zu beobachten. 2014 stellten sie rund 2,78 Mrd. € zur Verfügung, was im Verhältnis zu den Erlösen aus dem Krankenhausbetrieb nur noch einen Anteil von 3,4 % ausmachte. 2000 lag dieser Wert noch bei 6,8 %. Mithin lag der Anteil des geförderten Anlagevermögens am gesamten Anlagevermögen („Förderquote„) 2014 bei 51 %.

Unter der Annahme, dass das derzeit vorhandene Sachanlagevermögen der Krankenhäuser langfristig gehalten werden soll, beziffert sich der geschätzte jährliche Investitionsbedarf dafür auf rund 5,5 Mrd. €. Universitätskliniken sind dabei ausgenommen. Wird hingegen das höhere Sachanlagevermögen der Neuen Bundesländer als erstrebenswerte Benchmark angesetzt, so beläuft sich der jährliche Investitionsbedarf sogar auf 6,6 Mrd. €. Folglich lag 2014 die Förderlücke der Bundesländer bei 2,8 bzw. bis zu 3,9 Mrd. €, was circa 34 bzw. 48 € je Einwohner entsprach. Diese Förderlücke schlossen die Krankenhäuser 2014 zum Teil mit eigenfinanzierten Investitionen in Höhe von etwa 1,9 Mrd. €. Weil jedoch notwendige Investitionen bereits in der Vergangenheit nicht in ausreichendem Maße getätigt werden konnten, ist es inzwischen zu einem Investitionsstau gekommen. Wird dabei der Kapitaleinsatz der Neuen Länder als Benchmark angesetzt, ergibt sich ein kumulierter Investitionsstau zu Restbuchwerten von 16 Mrd. €. Hochgerechnet auf Anschaffungs- und Herstellungskosten wären es 26 Mrd. €. Die relativ höchsten Investitionsstaus weisen Niedersachsen/Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz/Saarland auf.

3.4 Die 30 umsatzstärksten Klinikunternehmen

Eine Übersicht über die 30 Klinikunternehmen mit den höchsten Umsatzerlösen wird in Tabelle 1 gezeigt. Dabei werden die jeweils aktuellsten verfügbaren Geschäftsberichte aus den Jahren 2014 und 2015 herangezogen. Universitätskliniken sind aufgrund unzureichender Daten zu ihren Umsatzerlösen nicht mit einbezogen worden. Möglich ist auch, dass weitere große Klinikunternehmen mangels verfügbarer Daten nicht berücksichtigt werden konnten. Es zeigt sich, dass alle Trägerarten in der Aufstellung mit nahezu gleichen Anteilen von rund einem Drittel vertreten sind. Jedes Klinikunternehmen, das den Top 30 angehört, erwirtschaftet jährlich Umsatzerlöse von mindestens 300 Mio. €. Von den sechs Unternehmen, die über eine Milliarde Euro umsetzen, sind mit Helios (über 5,5 Mrd. €), Asklepios (3,1 Mrd. €), Sana (2,2 Mrd. €) und Rhön (1,1 Mrd. €) vier in privater Hand, die die Top 30 Auflistung zugleich anführen. Vivantes ist davon das einzige öffentlich-rechtliche Klinikunternehmen (1,1 Mrd. €), gefolgt vom umsatzstärksten freigemeinnützigen Akteur Agaplesion (1 Mrd. €).

3.5 Pflege am Bett

Qualität nimmt im Krankenhausmarkt eine zunehmend wichtigere Rolle ein. Das Krankenhausstrukturgesetz wird diesen Trend mit seiner

Tab. 1 Top 30 Klinikunternehmen (ohne Universitätskliniken) [Augurzky et al. 2016b; HPS Research]

Ranking	Name	Träger	Umsatzerlöse	Bilanzjahr
1	Helios	Privat	> 5,5 Mrd. €	2015
2	Asklepios	Privat	3,1 Mrd. €	2015
3	Sana	Privat	2,3 Mrd. €	2015
4	Rhön	Privat	1,1 Mrd. €	2015
4	Vivantes	Öff.	1,1 Mrd. €	2015
6	Agaplesion	Fgn.	1,0 Mrd. €	2014
7	Ameos	Privat	700–800 Mio. €	2015
7	Schön-Kliniken	Privat	700–800 Mio. €	2015
7	Johanniter	Fgn.	700–800 Mio. €	2015
10	St. Franziskus Stiftung	Fgn.	600–700 Mio. €	2014
10	Barmherzige Brüder Trier (BBT-Gruppe)	Fgn.	600–700 Mio. €	2015
10	Alexianer	Fgn.	600–700 Mio. €	2014
10	SRH Kliniken	Privat	600–700 Mio. €	2015
14	Städtisches Klinikum München	Öff.	500–600 Mio. €	2015
14	Gesundheit Nord	Öff.	500–600 Mio. €	2015
14	MediClin	Privat	500–600 Mio. €	2015
14	KRH Klinikum Region Hannover	Öff.	500–600 Mio. €	2015
14	Barmherzige Brüder München	Fgn.	500–600 Mio. €	2014
14	Marienhaus Kliniken	Fgn.	500–600 Mio. €	2014
20	Deutsche Malteser	Fgn.	400–500 Mio. €	2014
20	Franziskanerinnen zu Olpe	Fgn.	400–500 Mio. €	2014
20	Regionale Klinik Holding RKH	Öff.	400–500 Mio. €	2014
23	Klinikum Chemnitz	Öff.	300–400 Mio. €	2015
23	Paracelsus-Kliniken Deutschland	Privat	300–400 Mio. €	2014
23	Barmherzige Brüder Regensburg	Fgn.	300–400 Mio. €	2014
23	SLK-Kliniken Heilbronn	Öff.	300–400 Mio. €	2014
23	Paul Gerhardt Diakonie	Fgn.	300–400 Mio. €	2015
23	KBO Kliniken des Bezirks Oberbayern	Öff.	300–400 Mio. €	2014
23	Gesundheit Nordhessen	Öff.	300–400 Mio. €	2014
23	Kliniken der Stadt Köln	Öff.	300–400 Mio. €	2014

Qualitätsorientierung noch verstärken. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Krankenhäuser genügend Pflegekräfte einsetzen, um eine ausreichend gute pflegerische Versorgung für die Patienten zu gewährleisten. Eine aktuelle Studie des RWI hat gezeigt, dass im Zeitraum von 2002 bis 2014 die Zahl der Pflegekräfte um insgesamt 4 % gesunken und in dem kürzeren Zeitraum von 2006 bis 2014 um 5 % gestiegen ist [Augurzky et al. 2016a]. Im gleichen Zeitraum ist außerdem

die Zahl der Belegungstage gesunken und die Fallzahl gestiegen. Damit ist zunächst unklar, ob die Zahl der Pflegekräfte je pflegerelevanter Leistungsmenge gestiegen oder gefallen ist.

Detaillierte Analysen zeigten, dass die pflegebezogene Leistungsmenge in der Vergangenheit zu etwa 60 % von der Fallzahl und zu 40 % von der Verweildauer abhing. Somit ergab sich für den Zeitraum von 2002 bis 2014 ein Rückgang der Zahl der Vollkräfte in der Pflege je pflegerelevanter Leistungsmenge von 3,6 %. Für den kürzeren Zeitraum von 2006–2014 war dagegen ein Anstieg um 1,9 % zu beobachten. Jedoch haben sich auch die Tätigkeiten des Pflegedienstes während dieses Zeitraums gewandelt. Eine zunehmende Digitalisierung sowie ein verändertes Aufgabenspektrum können entlastend gewirkt haben. Steigende Anforderungen an die Patientensicherheit und Hygiene, ein steigendes Durchschnittsalter der Patienten und wachsende Bürokratieanforderungen dürften dagegen belastend gewirkt haben. Darüber hinaus ist es zu einer Verlagerung der Pflege aus dem Krankenhaus heraus in die Altenpflege gekommen. Eine exakte Quantifizierung dieser verschiedenen Einflüsse ist jedoch nicht möglich.

Die Arbeitszufriedenheit in der Pflege scheint in dem Beobachtungszeitraum allerdings abgenommen zu haben, während keine Verschlechterung in der Versorgungsqualität zu beobachten war. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Zahl der Pflegekräfte und der Mortalitätsrate, der Patientenzufriedenheit und den QSR-Indikatoren – Indikatoren nach der Qualitätssicherung mit Routinedaten der AOKen – konnte nicht nachgewiesen werden. Die Dekubitusrate hat sogar abgenommen.

Eine dramatische Unterbesetzung in der Pflege konnte damit nicht nachgewiesen werden. In Zukunft ist aber damit zu rechnen, dass ein weiter wachsender Bedarf an Pflegekräften am Arbeitsmarkt nur unzureichend gedeckt werden kann. Insofern ist davon auszugehen, dass sich eine bedrohliche Lücke im Pflegebereich auftut. Es wird daher künftig darum gehen, wie erstens die Zahl der Pflegekräfte am Arbeitsmarkt erhöht werden kann, z. B. durch verstärkte Ausbildungsaktivitäten, Erhöhung der Attraktivität des Berufs und qualifizierte Zuwanderung. Zweitens ist auch in der Pflege ein arbeitssparender technologischer Fortschritt zu realisieren, z. B. durch Pflegeassistenzsysteme und Robotik – flankiert durch eine Flexibilisierung der gesetzlichen Vorgaben und einer Steigerung der Innovationsfreudigkeit.

Literatur

Augurzky B, Bünnings C, Dördelmann S, Greiner W, L. Hein, Scholz S, Wübker A (2016a) Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI Materialien 104. RWI, Essen

Augurzky B, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C (2016b) Krankenhaus Rating Report 2016: Mit Rückenwind in die Zukunft? medhochzwei, Heidelberg

4 EXKURS: Krankenhaus 4.0

Heinz Lohmann
LOHMANN konzept GmbH, Hamburg

Soviel vorweg

Die Realität ist vielerorts ernüchternd. Es gibt kein flächendeckendes WLAN in etlichen deutschen Krankenhäusern. Und auf den Fluren stehen nach wie vor immer noch allzu häufig die Visitenwagen mit den Patientenakten auf Papier, stapelweise. Die zumeist vielfältigen Möglichkeiten des fast immer teuren Krankenhausinformationssystems werden mäßig genutzt und das Marketing plant den nächsten Flyer. Hoffnungsvoll ist aber, dass das Thema „Optimierung der Behandlungsprozesse" fast überall ganz oben auf der Agenda der Strategiepapiere bei den Führungskräftetagungen der Kliniken steht. Das ist gut so, denn damit fängt eigentlich alles an. Digitalisierung ist nämlich kein technisches Thema. Es geht vielmehr um den Kopf. Ein tiefgreifender Kulturwandel ist vonnöten. Und so etwas ist ja bekanntlich schwer, sehr schwer. Warum sollte dieser Umbruch deshalb gelingen? Die Skeptiker sind doch allgegenwärtig.

Kulturwandel tut not

Weil Treiber für den Wandel des Gesundheitssystems nicht länger ausschließlich die Akteure selbst sind, könnte er jetzt gelingen. „Zuweisen, einweisen, überweisen" war gestern. Die bisher Entmündigten lassen sich schon längst nicht mehr alles gefallen. Sie wirken häufiger als früher schon mal bei den sie betreffenden medizinischen Entscheidungen mit. Hintergrund dazu sind vermehrte Informationen, die den Patienten im Zeitalter des Internet viel leichter zugänglich sind. Patienten, die zu Konsumenten werden, erwarten dann zunehmend ganzheitliche Gesundheitsangebote, die auf einem strukturierten Prozess beruhen. Diese tiefgreifenden Veränderungen bringen für die Anbieter der Gesundheitswirtschaft die Verpflichtung, sich positiv auf die neuen Herausforderungen einzustellen. Für die Akteure der Branche steht bisher „ihre" Institution im Zentrum. Für die Nutzer, also die Patienten, ist hingegen fast ausschließlich die Behandlungslösung von Interesse. Der Medizinprozess rückt somit ins Zentrum des Gesundheitsmarktes.

Digitalisierung macht vor Medizin nicht halt

Diese Anforderungen stellen ganz neue Herausforderungen an die Art und Weise, wie Medizin künftig gemacht wird. Dynamik gerät nun in die Entwicklung durch die rasanten Verände-

rungen, die die Digitalisierung mit sich bringt. Widerspruchslos bleiben diese Veränderungen aber nicht. „Menschen sind keine Autos!“ Dieser Schlachtruf begegnet ganz häufig innovativen Akteuren, die Methoden und Technologien aus anderen Branchen versuchen, auf die Behandlungsprozesse zu übertragen. Damit wollen die Kritiker deutlichen machen, dass die Individualität der Patienten ein standardisiertes Vorgehen weitgehend unmöglich macht und deshalb die Nutzung eines modernen Workflow-Managements in der Medizin nicht greift. Ist aber überhaupt die individuelle Behandlung an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten ausgerichtet? Wenn das so wäre, müsste doch derselbe Kranke bei der Konsultation von mehreren Ärzten eine weitgehend identische Behandlung erfahren. Da er aber in der Realität von dem jeweiligen Therapeuten durchweg anders behandelt wird, bezieht sich der Terminus „individuelle Versorgung“ doch wohl eher auf die Besonderheiten des Arztes als auf die des Patienten. Die Ergebnisse der Medizin sind deshalb auch überwiegend ressourcenabhängig. Was jeweils verfügbar ist, kommt zum Einsatz. Das gilt für das Personal genauso wie für die Sachmittel, für die baulichen Gegebenheiten ebenso wie für die „gewachsenen“ Strukturen und Prozesse. Folglich ist die Behandlung genau der gleichen Erkrankung am Samstag durchweg anders als am Dienstag. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind am Samstag halt andere als am Dienstag. In der Folge ist das Leistungsversprechen, das Gesundheitsunternehmen ihren Kunden, den Patienten, geben können, in aller Regel äußerst vage. Genau hier setzt Medizin 4.0 an, indem der Behandlungsprozess auf einen indikationsbezogenen digitalen Workflow gestellt wird.

Alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen sowie alle administrativen und technischen Einzelschritte werden dazu umfassend analysiert und in eine Struktur gebracht, die digital abgebildet werden kann. Die Akteure arbeiten auf dieser Basis und werden durch den hinterlegten Workflow nachhaltig unterstützt. Das gilt für den Primärprozess, in dem die einzelnen Arbeitsschritte systematisch „abgefordert“, die Dokumentation und die Abrechnung integriert sowie die notwendigen logistischen Maßnahmen „automatisch“ abgerufen werden. Medizin 4.0 passt den realen Behandlungsablauf ständig an den geplanten an und schafft damit die Voraussetzung, die Ablauforganisation insgesamt zu stabilisieren sowie mittels Internetmedizin und „Big Data“ zu optimieren. Die Anwendung solcher Methoden und Technologien steckt noch in den „Kinderschuhen“, wird aber in den nächsten Jahren zum Standard bei den Gesundheitsanbietern werden. Die Medizin ist massiv im Umbruch.

„Markenmedizin“ als Gemeinschaftsaufgabe

Die skizzierte Digitalisierung der Medizin sichert eine gleichbleibende Qualität und ermöglicht damit die Abgabe eines Leistungsversprechens. Nicht mehr die Institution, das Krankenhaus oder die Arztpersönlichkeit sind für Patienten die präferierten Auswahlkriterien. Die Behandlungslösung rückt vielmehr ins Zentrum des Gesundheitsmarktes. Sie kann sich damit mittelfristig zur Marke weiterentwickeln. Strukturierte Behandlungsprozesse werden nachhaltig dann funktionieren, wenn alle Beteiligten diese Art der Leistungserbringung als persönlich entlastend, mehr noch als Optimierung des eigenen Tuns erleben. „Markenmedizin“ ist zwar zunächst auf die Nachfrage gerichtet, hat aber zugleich eine wichtige, nach innen, auf die Leistungserbringer selbst, gerichtete Funktion beim Umbau des Systems. Sie ermöglicht den Konsens der Beteiligten, da die Optimierung der Behandlung der Patienten die gemeinsame Verständigungsebene bildet. Die kaufmännischen Manager sind in diesen medizinischen Veränderungsprozess in der Vergangenheit nur „am Rande“ einbezogen worden. Die Manager haben sich bisher im Wesentlichen um das „Drumherum“ und nicht so sehr um das Optimum des „Eigentlichen“ gekümmert. Nur wenn Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam mit dem Management die Zukunft gestalten, wird sich der Erfolg von Medizin 4.0 einstellen, denn die Aufgabe ist gewaltig.