

AUSGABE WINTER 2020

HealthCare Magazin



Gesundheits-
standort
Deutschland

83 Mio. 1.900
Bürgerinnen und Bürger Krankenhäuser

Dass das deutsche Gesundheitssystem so stark ist, hat sich insbesondere in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie gezeigt. Der Ausbruch des Coronavirus stellt weltweit Regierungen, Gesundheits- und Wirtschaftssysteme sowie Bevölkerungen vor ungekannte Herausforderungen.

Mehr Infos: ab Seite 6

53%

Unter 200 befragten Humanmedizinerinnen gehen 53 Prozent davon aus, dass es immer weniger freiberuflich tätige Ärzte geben wird. Denn neben dem bürokratischen Aufwand, dem finanziellen Risiko und der unternehmerischen Verantwortung empfinden viele auch die Arbeitsbelastung als zu hoch.

Mehr Infos: ab Seite 16

5.000 neue Stellen

5.000 neue Stellen sollen bis Ende 2022 geschaffen werden. Das ist gut gemeint. Allerdings fehlen diejenigen, die sie besetzen.

Mehr Infos: ab Seite 38

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



was man unter normalen Umständen als selbstverständlich hinnimmt, weiß man erst in Krisensituationen zu schätzen. Das gilt auch für unser Gesundheitssystem: Die Pandemie führt uns vor Augen, wie stark die medizinische Versorgung in Deutschland grundsätzlich aufgestellt ist.

Dennoch ist die Pandemie auch für den Gesundheitsstandort Deutschland ein echter Belastungstest und bringt alle an ihre Grenzen: Mediziner, Pflegekräfte, Patienten, Angehörige, Krankenhäuser, Gesundheitsämter etc. Wie unter einem Brennglas werden dabei Schwachstellen im Gesundheitssystem zutage gefördert. Dabei handelt es sich nicht nur um akute Schwächen, die die Pandemie direkt betreffen, wie z. B. die anfängliche Knappheit an Schutzmasken und -kleidung; vielmehr offenbaren sich ganz grundlegende, chronische Schwächen, die langfristig und nachhaltig angegangen werden müssen.

Darauf möchten wir uns in diesem Heft fokussieren: **den Gesundheitsstandort Deutschland unter die Lupe nehmen und aufzeigen, wie er sich stärken kann.**

Wir werfen zunächst einen Blick auf die europäischen Nachbarländer und schauen uns an, was wir von ihnen lernen können, um die drängendsten Herausforderungen zu meistern (Seite 6). Ein wichtiger Schwerpunkt ist in der aktuellen Ausgabe die Frage: Wie können Leistungserbringer mit dem steigenden wirtschaftlichen Druck umgehen? Antworten darauf geben unsere Beiträge zu strategischen Zusammenschlüssen von Krankenhäusern (Seite 12), zum Zukunftsmodell medizinisches Versorgungszentrum (Seite 16), zu Strategien gegen den Investitionsstau (Seite 20) und zu innovativen Modellen der Finanzierung (Seite 24). Aus Sicht der Krankenkassen nehmen wir das strategische Immobilien-Portfoliomanagement in den Fokus und zeigen, wie sie das Potenzial ihres Anlagevermögens besser ausschöpfen können (Seite 44).

Des Weiteren hat die Pandemie einen Schub für die Digitalisierung des Gesundheitssystems gebracht. Viele Entwicklungen, die normalerweise Jahre gebraucht hätten, vollziehen sich nun im Zeitraffer. Das eröffnet Chancen, zeigt aber auch die Hürden – regulatorische, finanzielle, technische und menschliche. Wir erläutern, was das für Krankenhäuser (Seite 26) und Krankenkassen bedeutet (Seite 40) und wie die Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes gestaltet werden kann (Seite 38). Wir blicken in die Zukunft auf die Revolution durch den Mobilfunkstandard 5G – ohne dabei die aktuelle Wirklichkeit aus den Augen zu verlieren (Seite 28). Und in regulatorischer Hinsicht erhalten Sie eine Übersicht über alle wichtigen Gesetze und Regelungen zur Digitalisierung (Seite 32).

Ich hoffe, die Lektüre bietet Ihnen Orientierung und stärkt Ihre Motivation zum Veränderungsimpuls. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie gerne mich, die Autoren und unsere Ansprechpartner (Seite 46).

Mit den besten Grüßen

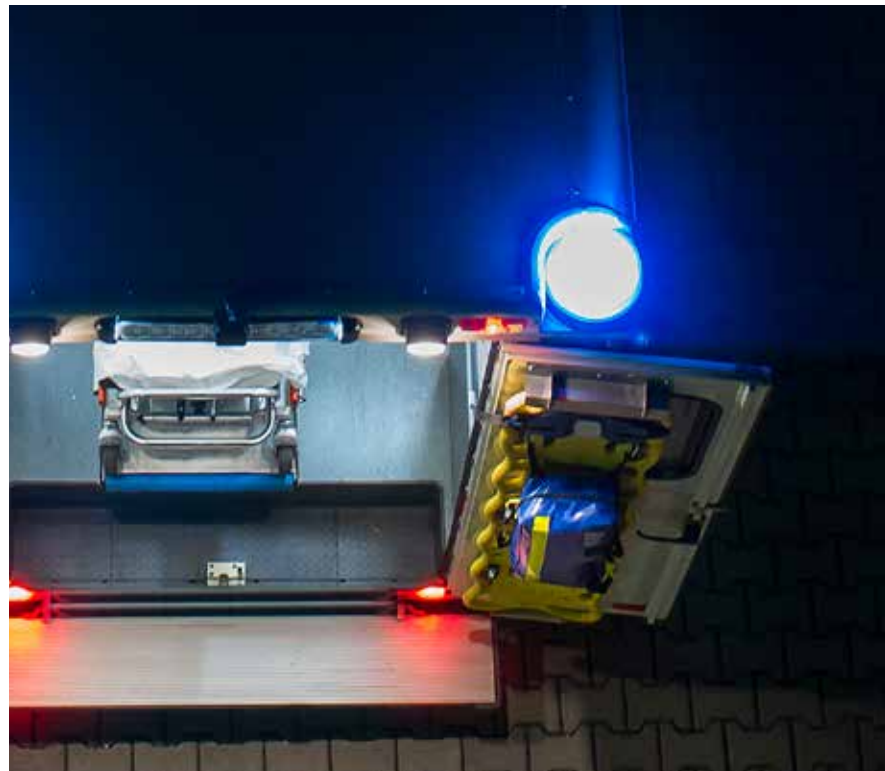


Christian Egle
Leiter EY Gesundheitswirtschaft
Deutschland, Österreich und Schweiz



16

Der ambulante Markt boomt. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Investoren drängen in diesen Bereich. Doch in dem Spannungsfeld aus Herausforderungen, Chancen und Risiken wird eines immer relevanter: eine zielorientierte strategische Ausrichtung.



28

Im Notfall ist schnelles Handeln gefragt. Der Mobilfunkstandard 5G ermöglicht den Austausch enormer Datenmengen in Echtzeit – und bietet das Potenzial für eine Revolution. Doch diese ist noch weit entfernt. Was jetzt zählt, sind innovative Ideen und Pragmatismus.



20

Oftmals wird beim Bau von Krankenhäusern unnötig Geld verschwendet. Was dagegen hilft? Eine vorausschauende Planung von Kapazitäten und Ressourcen – nicht nur im eigenen Haus, sondern auch bei Bauunternehmen, Ämtern und Prüfstellen sowie Wissens- und Entscheidungsträgern.

HealthCare

Winter 2020

- 03 Vorwort
- 46 Ansprechpartner
- 47 Impressum

FOCUS

06 Gesundheitsstandort Deutschland

Die drängendsten Herausforderungen und Best-Practice-Strategien europäischer Nachbarn

PROVIDER

12 Gemeinsam zu neuer Stärke

Wie strategische Zusammenschlüsse die deutsche Krankenhauslandschaft verbessern können

16 Zukunftsmodell MVZ

Symbiose von Krankenhäusern, Einzelpraxen und privaten Investoren als neue Chance und Strategien der Zusammenarbeit

20 Mehr Geld allein reicht nicht

Um den Investitionsstau aufzulösen, braucht es auch ein ganzheitliches Management der Bauprojekte

24 Innovative Modelle der Finanzierung

So können Krankenhäuser Factoring, Fundraising und Crowdfunding für Investitionen nutzen

DIGITAL HEALTH

26 Die Pandemie als Katalysator

Chancen und Grenzen der Digitalisierung in Krankenhäusern

28 Science-Fiction trifft Realität

Wie die 5G-Technologie die Notfallversorgung revolutionieren wird – und was bis dahin zu tun ist

32 Reformen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens

Ein Überblick über neue Gesetze, Regelungen und Fristen

38 Vernetzt, digital – und dennoch individuell und persönlich

Warum Investitionen in die IT des öffentlichen Gesundheitsdienstes allein nicht reichen

PAYER

40 Vom Payer zum Player – und irgendwann zum Pacemaker

Wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherungen verändert

44 Strategisches Portfoliomanagement

Wie Krankenkassen das Potenzial ihrer Immobilien besser ausschöpfen

32 Seit 2018, als Jens Spahn Bundesminister für Gesundheit wurde, wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens mit Hochdruck vorangetrieben. Nun jagt ein Reformgesetz das nächste. Wir geben eine Übersicht.



40 Technologischer Fortschritt, regulatorische Reformen, veränderte Erwartungen der Versicherten – dadurch steigt der Druck auf Krankenkassen, sich zu transformieren.



Gesundheits- standort Deutschland

Der Gesundheitsstandort Deutschland zeichnet sich vor allem durch eine hohe medizinische Behandlungsqualität und eine ausgeprägte Versorgungsdichte mit mehr als 1.900 Krankenhäusern aus.¹ Hierdurch stellt das deutsche Gesundheitssystem eine funktionierende, umfassende medizinische Versorgung der ca. 83 Millionen Bürgerinnen und Bürger sicher.

Dass das deutsche Gesundheitssystem so stark ist, hat sich insbesondere in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie gezeigt. Der Ausbruch des Coronavirus stellt weltweit Regierungen, Gesundheits- und Wirtschaftssysteme sowie Bevölkerungen vor ungekannte Herausforderungen. Dank eines stabilen, leistungsfähigen Gesundheitssystems und der frühzeitigen Maßnahmen seitens der Regierung sind die medizinischen Auswirkungen in Deutschland im europäischen und internationalen Vergleich bisher moderat gewesen. Selbst Länder in direkter europäischer Nachbarschaft waren und sind mit wesentlich höheren Infektionszahlen, Todesfällen und phasenweise mit stark überlasteten Versorgungskapazitäten konfrontiert. Ein Blick auf Deutschland zeigt, dass es bisher ausreichend Intensivkapazitäten gab und medizinisch notwendige Behandlungen jederzeit durchgeführt werden konnten. Trotz stellenweiser Lieferengpässe, insbesondere bei kritischen Arznei- und Hilfsmitteln, war die Gesundheitsversorgung in Deutschland sichergestellt.

¹ Statistisches Bundesamt, „Grunddaten der Krankenhäuser“, 2020

_Was sind die aktuellen und künftigen Herausforderungen?

_Wie lassen sich diese meistern?

_Und was können wir dabei von anderen Ländern lernen?



Ineffizienzen gegensteuern

Doch auch dieses anscheinend so belastbare System steht im Wandel und wird mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert:

Hier spielen insbesondere gegenläufige Kosten- und Erlösentwicklungen eine Rolle. Im internationalen Vergleich liegt die Krankenhausedichte in Deutschland deutlich über dem Durchschnitt, sowohl im Bereich der Regel- und Schwerpunktversorger als auch – gebietsweise – der Maximalversorger. Dieses flächendeckende Angebot, das ein umfassendes Spektrum medizinischer Leistungen enthält, wird insbesondere in bevölkerungsärmeren Gebieten nicht vollumfänglich ausgeschöpft. Die vorgehaltenen Kapazitäten und Ressourcen sind daher nur gering ausgelastet und die Leistungserbringung ist ineffizient. Darunter leidet die finanzielle Stabilität. Dies ist ein Grund dafür, dass 40 Prozent der Krankenhäuser Verluste verzeichnen und für rund ein Zehntel erhöhte Insolvenzgefahr besteht.²

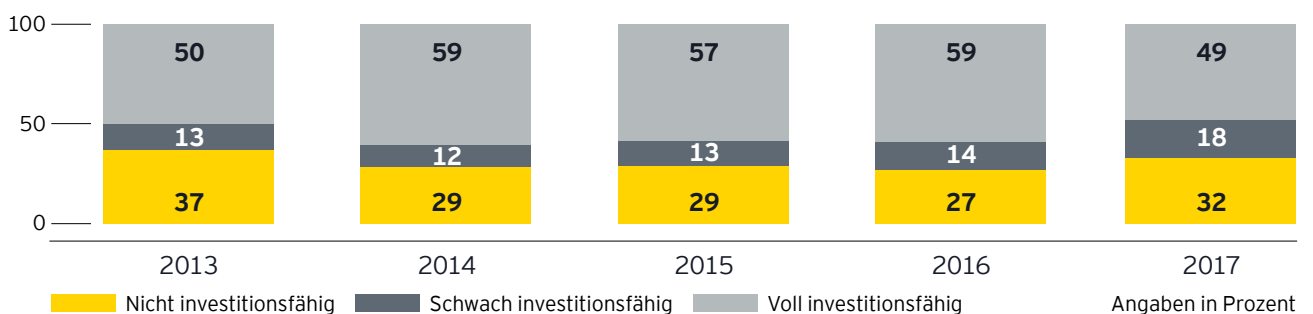
Um die Effizienz zu steigern und Kosten zu reduzieren, will man die Digitalisierung stärker forcieren, die Verweildauern reduzieren und mehr auf ambulante Behandlungen setzen. Diese Maßnahmen treffen jedoch aufgrund langfristiger Trends wie etwa der demografischen Entwicklung auf gegenläufige Anforderungen bezüglich der Versorgung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen. In Kombination mit wirtschaftlich instabilen, unzureichend ausgelasteten und nicht investitionsfähigen Häusern treffen somit immer komplexere Krankheitsbilder auf immer veraltete Strukturen – zulasten des gesamten Systems: Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten.

Darüber hinaus führen ebenjene Maßnahmen zu einer Verstärkung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Neue Gesetze und der Personal- und Fachkräftemangel machen einen weiteren Wandel unumgänglich – von der Notwendigkeit der Digitalisierung ganz zu schweigen. Und auch die ambulante Versorgung sieht sich mit zukünftigen Herausforderungen konfrontiert – unbesetzte Arztstühle, lange Wartezeiten, hohe Investitionsvolumina für den medizinisch-technischen Fortschritt. Die Kostenträger stehen vor allem unter politischem Druck, beispielsweise durch die Gesetzgebung rund um die Telematikinfrastruktur und durch die Verschiebungen von Heilung zu Prävention.

Um das deutsche Gesundheitssystem nicht an die Grenzen seiner Strukturen zu bringen, ohne Optimierungspotenziale nutzenstiftend heben zu können, bedarf es flankierender Innovationen und die bestehenden Paradigmen müssen hinterfragt werden. Angesichts der vielfältigen Anforderungen und des sich rapide wandelnden Marktes ist eine Neuorientierung notwendig. Hierbei kann und müssen sich die Verantwortlichen wegweisende Fragen stellen:

- ▶ Wie kann eine hochqualitative und gleichzeitig ökonomisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung aussehen?
- ▶ Wie müssen Krankenhäuser und Krankenkassen agieren, um sich innovativ und zukunftssicher aufzustellen?
- ▶ Wie können die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung effizienter gestaltet werden?
- ▶ Was können wir von unseren Nachbarländern lernen?

Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser³



² Bundesrechnungshof, 2020

³ RWI, Krankenhaus Rating Report 2019

Best-Practice-Beispiele unserer europäischen Nachbarn

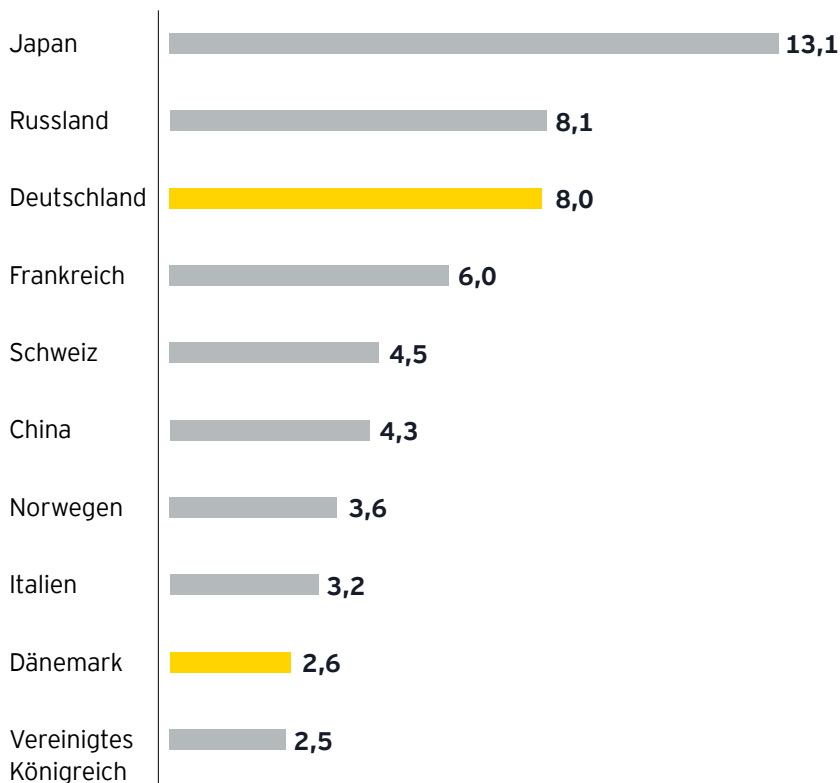
Heute schon sinken in Deutschland durch die Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Markt und stellenweise geringere Versorgungsbedarfe die Fallzahlen kontinuierlich. Der Trend hin zur ambulanten Behandlung wird beschleunigt durch die Reform des AOP-Katalogs mit der Aufnahme weiterer Leistungen, die künftig verpflichtend ambulant erbracht werden müssen. Sofern diese Entwicklung mit einer sinnvoll gestalteten Leistungskonzentration insbesondere schwerer Fälle und entsprechenden Vorgaben zu Mindestmengen einhergeht, kann sie durchaus die Qualität der stationären Patientenversorgung steigern. Reduziert man das Leistungsportfolio in den jeweiligen Fachbereichen, kann sich eine gebündelte Expertise und Routine an insgesamt weniger Standorten etablieren.

Bündelung von Expertise – Beispiel Dänemark

Wie eine landesweite Bündelung von Expertise an wenigen Standorten eine Versorgung von ca. 5,8 Millionen Bürgern sichern kann, zeigt ein Blick nach Dänemark – und auch, welche Folgen dies für die Qualität der Gesundheitsversorgung haben kann.

In einer Region im westlichen Jütland (West-Dänemark) entsteht derzeit ein Krankenhausneubau mit 400 Betten, der ab Anfang 2021 fünf Krankenhäuser der Region mit insgesamt 1.000 Betten ersetzen soll. Die Planungen gehen weit über das Krankenhaus hinaus. Sie berücksichtigen auch die Infrastruktur, inklusive Neubau von Autobahnen und Regionalbahnhöfen. Das Gesamtkonzept soll die Versorgung von 300.000 Einwohnern in einer Region sicherstellen, die doppelt so groß ist wie das Saarland. Dies ist kein Einzelfall: In ganz Dänemark soll es langfristig einzelne Super-Versorger geben, die hocheffizient modernste Hochleistungsmedizin unter minimalem Kosteneinsatz betreiben, um dem enormen Investitionsaufwand gerecht zu werden – und gleichzeitig die Patientensicherheit und die medizinische Versorgungsqualität zu erhöhen. Erste Analysen und Untersuchungen bestätigen

Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner in ausgewählten Ländern⁴



den Erfolg dieser Strategie: Die durchschnittliche Lebenserwartung der Dänen ist von 2005 bis heute um drei Jahre gestiegen, während im gleichen Zeitraum die Anzahl der Krankenhausbetten um 35 Prozent gesunken ist. Darüber hinaus ist die Zahl der Todesfälle bei Herzkrankheiten um 25 Prozent und die Wartezeit für chirurgische Eingriffe um 20 Prozent gesunken. Die Verweildauer nach stationären Eingriffen hat sich dabei verkürzt. Und trotz der Reduktionen der Kliniken (Bettenkapazitäten, Anzahl stationärer Patienten etc.) ist mehr ärztliches und pflegerisches Personal angestellt als zuvor.⁵

Auch im Bereich Digitalisierung und Versorgung ländlicher Regionen ist Dänemark ein Vorreiter, der die Chance zur Neustrukturierung genutzt hat. Beispielsweise bietet Odense, eine Region mit Krankenhausneubau, eine telemedizinische Betreuung Frühgeborener an.

⁴ OECD, „Health at a Glance 2019“, 2019

⁵ OECD.Stat, „Health Care Resources“, 2020

Hier wird Eltern, die außerhalb von Ballungsgebieten wohnen, eine digitale Betreuung mittels Tablets angeboten. Zweimal wöchentlich spricht eine Krankenschwester per Videotelefonie mit der betroffenen Familie, während Untersuchungswerte wie beispielsweise das Gewicht mittels einer digitalen Waage direkt an das Krankenhaus übertragen werden.



Ein Best-Practice-Beispiel aus den Niederlanden: Lernen Sie das Smart Hospital im Medical Center in Rotterdam im Video kennen.

Digitalisierung – Beispiel Niederlande

Auch andere Nachbarn im europäischen Ausland setzen auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen: Ein Beispiel ist das Smart Hospital im Medical Center Rotterdam. Von der digitalen Terminvergabe bis hin zur telemedizinischen Nachsorge hat sich das Krankenhaus umfänglich digital aufgestellt. Dies führt zu einer nachweislich höheren Patientensicherheit, zu geringeren Wartezeiten und zu zufriedeneren Patienten.⁶

Digitalisierung – Beispiel Estland

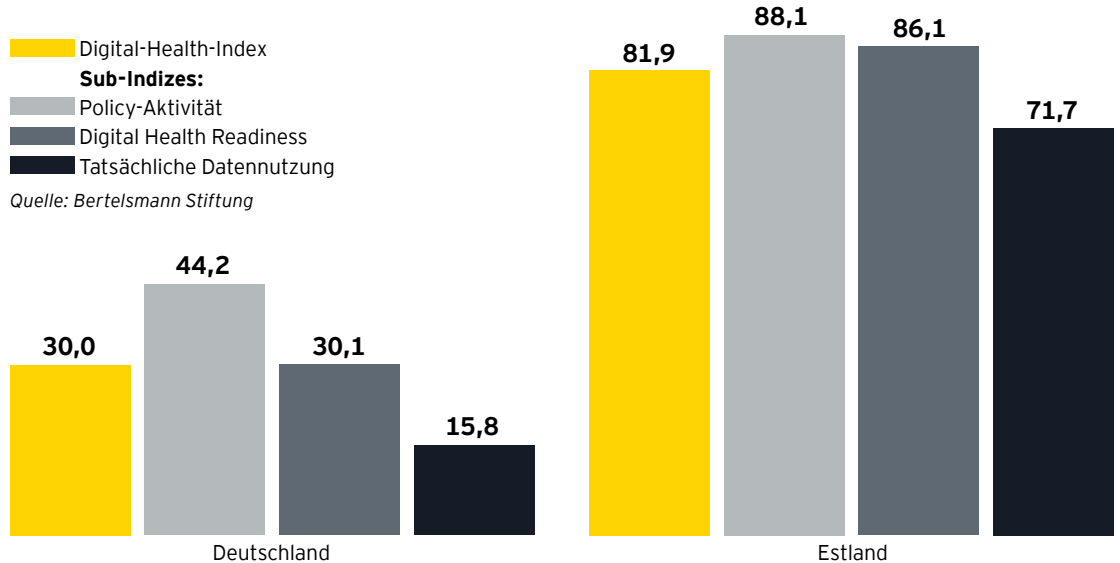
Auch ein Blick nach Estland lohnt sich: Neben dem E-Rezept und der elektronischen Patientenakte gehören auch Videosprechstunden und Ferndiagnosen seit 2012 zum Alltag der Bevölkerung. Sämtliche Krankenhäuser, Ärzte, Fachärzte und Apotheken sind an das etablierte Netzwerk (ENHIS) zum Austausch von Gesund-

heitsinformationen angeschlossen. Dieses System dient primär dem Abruf und Austausch von Daten und der Nutzung telemedizinischer Dienste. Innerhalb des Netzwerks wird der individuelle Krankheitsverlauf eines jeden Bürgers festgehalten. Theoretisch kann jeder Arzt auf die individuellen Patientendaten zugreifen – sofern der Patient dies zulässt. Denn er ist Eigentümer seiner Daten und hat die Möglichkeit, Eintragungen für einen gewählten Bereich unzugänglich zu machen. So gewinnt Estland eindeutig den Digital-Health-Index⁷ im Ländervergleich der Bertelsmann Stiftung.⁸

Verbesserung der Versorgungsstrukturen – Beispiel Niederlande

Ein Blick in die Nachbarländer lohnt sich auch, wenn es um die Verbesserung der Versorgungsstrukturen geht, insbesondere um die Verzahnung ambulanter und stationärer Strukturen. Während in Deutschland vergleichsweise freie Arztwahl herrscht, fungieren in den Niederlanden niedergelassene Allgemeinmediziner als Gatekeeper. Sie sind in einer bedeutenden Schlüsselposition, da sie erste Anlaufstelle für die medizinische Versorgung sind und über den Behandlungsweg der Patienten entscheiden. Ohne Überweisung des Hausarztes kann keine

Vergleich des Digital-Health-Index und der Sub-Indizes zwischen Deutschland und Estland
in Prozent der maximal zu erreichenden Punktzahl



6 www.ey.com/en_gl/health/as-technology-become-smarter-is-your-hospital-keeping-up
 7 Der DHI legt das Augenmerk auf die Strategien, die technische Readiness und die tatsächliche Datennutzung in den einzelnen Ländern (n = 17) und führt anhand von drei entsprechenden Sub-Indizes zu einer Bewertung jedes Landes und einem entsprechenden Platz im Digital-Health-Ranking: „Policy-Aktivität“: das politisch-strategische Vorgehen der Länder, der gegebene Rechtsrahmen, die institutionelle Verankerung und Zuständigkeiten; „Digital Health Readiness“: die technische Implementierung und der digitale Reifegrad; tatsächliche Datennutzung: der vernetzte Austausch von Gesundheitsdaten
 8 Bertelsmann Stiftung, #SmartHealthSystems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, 2018

fachärztliche Behandlung erfolgen. Letztere wird meist im Krankenhaus vorgenommen – stationär oder ambulant. Davon profitiert der einzelne Patient, da er einen festen Ansprechpartner hat, genauso wie das gesamte Gesundheitssystem, da es nicht zu unabgestimmten Untersuchungen oder redundanten Arztbesuchen kommt und demzufolge Kosten gespart werden.⁹

Auch die Finanzierung dieses Systems ist anders als in Deutschland: Mit der Krankenversicherungsreform 2006 wurde ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt eingeführt, der über eine Basisversicherung für alle verpflichtend ist und allen das gleiche Versicherungsniveau bietet. So wird unabhängig von Geschlecht, Alter oder Einkommen ein Pauschalbeitrag gezahlt.

Verbesserung der Versorgungsstrukturen – Beispiel Großbritannien

Eine ähnliche Versorgungsstruktur wie das niederländische System gibt es in Großbritannien durch den National Health Service (NHS). Das staatlich finanzierte Gesundheitssystem unterteilt die medizinische Versorgung in primäre (Hausarzt) und sekundäre Bereiche (Krankenhaus). Auch ist der Allgemeinmediziner (General Practitioner [GP]) in einer Schlüsselposition (Gatekeeper): Die Bürger können ihren GP zwar frei wählen, dies bedarf jedoch der Zustimmung des jeweiligen GP. Ein direkter Zugang zu Krankenhausleistungen, ob ambulant-fachärztlich oder stationär, setzt eine Überweisung des GP voraus. Eine direkte

Krankenhausversorgung ist nur in Notfällen möglich. Doch die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung öffnen sich mit einer zunehmenden Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich. Zum Beispiel können kleinere Operationen und spezialisierte Diagnoseverfahren über den GP oder in Tages- und Polikliniken durchgeführt werden.¹⁰

Und in Deutschland?

Mit zunehmender Ambulantisierung verkürzen sich auch die Kontaktzeiten zwischen Arzt und Patient. Um eine patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten, gilt es, einen Informationsaustausch zwischen den einzelnen Sektoren zu optimieren. Soll in Deutschland eine weitere Leistungsverschiebung in den ambulanten Sektor mit einer strukturierten, bedarfsgerechten Informationsübermittlung einhergehen, braucht es die Digitalisierung als treibenden Faktor im Gesundheitssystem. Ein möglicher Hebel ist die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), die perspektivisch die einfache Übermittlung von Informationen zwischen Leistungserbringern entlang der gesamten Patientenreise ermöglicht. Dabei steht eine sichere, vertrauensvolle und nutzerfreundliche digitale Kommunikation im Vordergrund. Ab 1. Januar 2021 müssen gesetzliche Krankenversicherungen ihren Versicherten eine ePA bereitstellen. Dies stellt nicht nur Krankenversicherungen vor große Herausforderungen, sondern auch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken.¹¹

Das deutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor eines der leistungsstärksten weltweit. Damit dies jedoch so bleibt, lohnt ein Blick ins Ausland. Insbesondere unsere europäischen Nachbarländer zeigen Ansätze, die aufgrund ähnlicher Bevölkerungsstrukturen, ähnlicher infrastruktureller Voraussetzungen, ähnlicher gesellschaftlicher Orientierung und ähnlichem medizinischen Wissensstand zumindest in Grundzügen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Bei allen internationalen Vergleichen müssen jedoch stets Besonderheiten und die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden, insbesondere die solidarisch aufgebaute Versorgungsversicherung, die duale Finanzierung oder der Digitalisierungsstand in Deutschland.

Autorinnen

Lisa Mezger

lisa.mezger@parthenon.ey.com

Eva-Lotta Hinzpeter

eva-lotta.hinzpeter@parthenon.ey.com

Sarah Putzke

sarah.putzke@parthenon.ey.com

⁹ Schölkopf, Martin, *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik*, MWV 10 www.nhs.uk

¹¹ Bundesministerium für Gesundheit, 2019



Gemeinsam zu neuer Stärke

Wie strategische Zusammenschlüsse die deutsche Krankenhauslandschaft verbessern können

Seit Jahren schreitet die Konsolidierung der deutschen Krankenhauslandschaft voran – durch Betriebsschließungen und Fusionen bzw. Übernahmen. Diese Entwicklung resultiert aus dem stetig steigenden politischen und wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser. Laut Statistik des Bundesrechnungshofs waren im September 2020 rund 40 Prozent der Krankenhäuser defizitär und rund 10 Prozent insolvenzgefährdet.

Doch Konsolidierung muss per se nicht negativ sein. Schließlich lassen sich so auch Kräfte bündeln, was nicht nur wirtschaftliche, sondern auch qualitative Potenziale birgt. Denn eine Vielzahl der Krankenhäuser verfügt nicht über

die nötige infrastrukturelle Ausstattung, die personellen Kapazitäten und die Erfahrung, um Patienten bei allen Krankheitsbildern bestmöglich zu behandeln.¹² Allgemeine volkswirtschaftliche Leistungsindikatoren wie das Verhältnis von medizinischem Personal zur Gesamtbevölkerung und die Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Versorgung sind in Deutschland zwar im internationalen Vergleich auf einem hohen Niveau; gleichzeitig ist jedoch die Betreuungsquote in den Krankenhäusern vergleichsweise niedrig und die Anzahl vermeidbarer Sterbefälle hoch.¹³ Die Zusammenlegung von Kapazitäten kann hier Synergiepotenziale und Effizienzen heben und die Qualität der deutschen Krankenhauslandschaft stärken.

¹² Bertelsmann Stiftung, „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung“, 2019

¹³ Barmer, „Barmer Krankenhausreport 2020“, 2020

Die Trends der Branche begünstigen die Konsolidierung

Der wirtschaftliche Druck, Ineffizienzen in den organisatorischen und prozessualen Strukturen zu beseitigen, ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Die Betriebskostenfinanzierung ist seit der Einführung des wettbewerbsorientierten DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) deutlich enger kalkuliert. In der Investitionskostenfinanzierung besteht eine große Lücke. Die Bundesregierung hat bereits im Jahr 2016 den Krankenhausstrukturfonds aufgesetzt, der den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration stationärer Versorgungsangebote und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen fördert. Durch den Trend hin zur Ambulantisierung und den medizinisch-technischen Fortschritt sinkt bereits heute das stationäre Fallaufkommen, die Verweildauer ist kürzer und der Kapazitätsbedarf verschiebt sich.



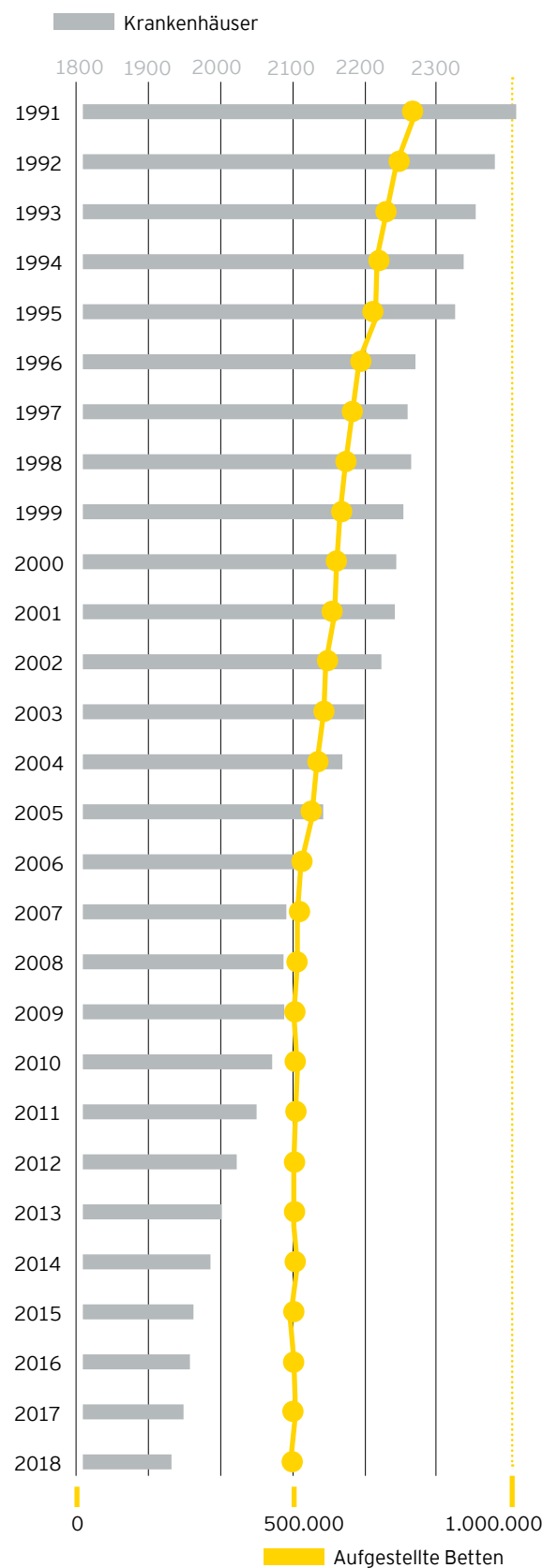
Durch den Trend hin zur Ambulantisierung und den medizinisch-technischen Fortschritt sinkt bereits heute das stationäre Fallaufkommen, die Verweildauer ist kürzer und der Kapazitätsbedarf verschiebt sich.

Vorteile für Wirtschaftlichkeit, regionale Versorgung und medizinische Qualität

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind Fusionen und Übernahmen in vielerlei Hinsicht attraktiv: Das Leistungsangebot lässt sich verbessern, das Know-how erweitern und Synergie- und Skaleneffekte lassen sich heben. Mit steigender Unternehmensgröße kann die bestehende Infrastruktur effizienter genutzt, Aufgaben in den Sekundär- und Tertiärbereichen zentralisiert, ein Personalpooling aufgebaut und die Bereiche Verwaltung und Einkauf verschlankt werden.

Einen strategischen Zusammenschluss streben typischerweise jene Krankenhäuser an, die das Leistungsangebot horizontal und/oder vertikal erweitern wollen. Doppelvorhaltungen sind dabei in der Regel nicht nötig. Im Zuge der Zusammenlegung sollte die Medizinstrategie auf heutige Standards (z. B. Interdisziplinarität in Zentrenstrukturen) und im Hinblick auf den Versorgungsbedarf an die Gegebenheiten des Marktes angepasst werden. So lassen sich mit der Neuaufstellung deutliche Vorteile hinsichtlich medizinischer Qualität, regionaler Versorgung und Wirtschaftlichkeit erzielen.

Entwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft 1991-2018¹⁴



¹⁴ Statistisches Bundesamt, „Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung“, 2020

Die Risiken von Fusionen werden häufig unterschätzt

Die Praxis zeigt jedoch, dass Zusammenschlüsse und Übernahmen nicht immer zum gewünschten Ziel führen. Die erwarteten Synergien und Effizienzen werden häufig über- und die Komplexität, die mit der Unternehmensgröße zunimmt, unterschätzt. Die Herausforderungen sind vielfältig. Das fängt damit an, dass IT-Systeme und das Berichtswesen vereinheitlicht werden müssen. Des Weiteren sollten die Mitarbeiter in den Prozess des Zusammenwachsens eingebunden werden. Und schließlich müssen auch die Unternehmenskulturen angeglichen werden. Um das Potenzial eines Bündnisses richtig einschätzen und mögliche Risiken frühzeitig erkennen zu können, braucht es vor allem eines: eine gute Planung, die medizinstrategische, finanzwirtschaftliche, strukturelle, personelle und unternehmenskulturelle Aspekte berücksichtigt.

Fazit

In den kommenden Jahren dürfte sich der Konsolidierungsprozess deutscher Krankenhäuser fortsetzen. Die Branchentrends und politischen Beschlüsse befeuern den Abbau des Angebotsüberhangs. Strategische Vorüberlegungen, kalkulatorische Analysen und eine fundierte, nachfrageorientierte Medizinstrategie sind dabei wesentlich für den Umsetzungserfolg. Ein strategischer Zusammenschluss kann die Güte der Häuser in Bezug auf Wirtschaftlichkeit, regionale Versorgung und medizinische Qualität erhöhen. Voraussetzung dafür bleiben ein umfassendes Integrationskonzept und dessen konsequente Umsetzung.

Autor

Marvin Wedemeyer

marvin.d.wedemeyer@parthenon.ey.com







Zukunftsmodell MVZ

Symbiose von Krankenhäusern, Einzelpraxen und privaten Investoren als neue Chance und Strategien der Zusammenarbeit

Der ambulante Markt erfährt im deutschen Gesundheitswesen einen regelrechten Boom: Krankenhäuser drängen immer weiter in diesen Bereich – nicht nur weil sie wollen, sondern auch weil sie aus finanziellen Gründen müssen. Parallel dazu sind die klassischen ambulanten Leistungserbringer, die Ärzte in den Praxen, mit Versorgungsengpässen konfrontiert. Private Investoren gewinnen immer mehr Interesse und investieren in den sich langsam öffnenden Markt. Traditionelle Versorgungskonzepte passen nicht mehr zu den gestiegenen Anforderungen im Gesundheitswesen.

Im Zentrum steht die Frage, wie sich die ambulante Versorgung künftig besser aufstellen kann. Was sind Konzepte für eine stabile Gesundheitsversorgung im ambulanten Markt? Wie sieht das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) der Zukunft aus?

Trend: mehr ambulant als stationär

Krankenhäuser stehen derzeit unter Druck, stationäre Fälle in die ambulante Versorgung zu verschieben, wo Erlöse dringend benötigt werden. Andererseits fehlen diese Erlöse dann wieder im stationären Bereich. Daher ist eine neue strategische Ausrichtung im Hinblick auf das Leistungsportfolio der Krankenhäuser unabdingbar.

Dafür haben Krankenhäuser im vorherrschenden System bekannterweise nicht viele Möglichkeiten. Ambulantes Operieren ist dabei eine Option, die sich zumindest in der Leistungserbringung relativ schnell umsetzen lässt. Sie ist aber erst dann sinnvoll, wenn die Strukturen im Krankenhaus auch auf ein ambulantes Setting ausgerichtet sind. Ermächtigungen für Ärzte im Krankenhaus sind wiederum genehmigungsbedürftig und kommen nur in seltenen Fällen, beispielsweise bei einer regionalen Unterversorgung, zum Tragen.

Ein weiterer Zugang zum ambulanten Markt ist die Gründung eines MVZ. Nach der aktuellen Rechtsprechung können auch Krankenhäuser ein MVZ gründen – sofern ein entsprechender Kassensitz frei ist. Krankenhäuser können dort Ärzte einsetzen und leistungsabhängig vergüten, das unternehmerische Risiko und der administrative Aufwand verbleiben beim Krankenhaus. Der Vorteil des Krankenhauses liegt dabei auf der Hand: Durch einen Zugang zum ambulanten Markt kann es zusätzliche Patienten gewinnen und dort versorgen, wo die Leistungen auch entsprechend vergütet werden.

Öffnung des Marktes steigert Investoreninteresse

Um den Trend hin zur ambulanten Versorgung zu unterstützen, wurde der bis dato stark regulierte medizinische Markt in den letzten Jahren durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 und das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2019 geöffnet, wodurch MVZ-Strukturen als Kooperationsplattformen entstanden sind. Einhergehend mit der Öffnung des Gesundheitsmarktes ist auch das Interesse privater Investoren daran stetig gestiegen. Denn der stark diversifizierte Markt mit mehrheitlich inhabergeführten Praxen oder MVZ bietet ein hohes Konsolidierungspotenzial. Mittlerweile haben sich verschiedene Investoren am Markt platziert und bauen im Zuge einer Buy-and-Build-Strategie ihr Portfolio kontinuierlich aus.

Dabei erwerben Privatinvestoren zunächst Trägerorganisationen (vornehmlich Plan-Krankenhäuser) und bauen sie durch den Ankauf von Einzel- und Gemeinschaftspraxen zu einer Unternehmensgruppe auf. Dies soll nicht nur dem wirtschaftlichen Wachstum dienen, sondern Ziel ist es auch, Fachkompetenzen auszubauen, die Versorgung – vor allem in ländlichen Regionen – sicherzustellen und dem Praxissterben entgegenzuwirken. Außerdem sollen Praxen in kaufmännischen, administrativen und regulatorischen Themen beraten werden.

Einzelpraxen: Erzielen von Skaleneffekten durch Anschluss an eine Gruppe

Die Einzelpraxen sind mit steigendem Kostendruck (zum Beispiel für Material, Personal und Verwaltungskosten) und zunehmendem Administrationsaufwand konfrontiert, dem vornehmlich durch Skaleneffekte entgegengewirkt werden kann. Bei einer nahezu gleich bleibenden Erstattungsstruktur (GOP, GOÄ/GOZ und EBM) gilt es insbesondere für Einzelpraxen, Kosten zu minimieren. Durch eine Angliederung an eine Unternehmensgruppe könnten sie am Skalierungspotenzial partizipieren und kurzfristig Einsparungen erzielen. Die Potenziale lassen sich in drei Kategorien einteilen:

► Flexibilisierungspotenzial

Größere Unternehmensgruppen ermöglichen häufig flexiblere Arbeitszeitmodelle. Hiervon profitieren insbesondere Praxen in ländlichen Räumen. Eine Flexibilisierung der Arbeitszeit und das Angebot von Teilzeitbeschäftigung tragen zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei und kommen somit dem Wunsch jüngerer Ärzte und Ärztinnen entgegen, ihren Beruf in Anstellung auszuüben (siehe Infokasten). Gleichzeitig bietet dies den Praxen die Möglichkeit, verlängerte Öffnungszeiten anzubieten und somit das Kundensegment der Berufstätigen (Höherverdiener) anzusprechen.



► **Optimierungspotenzial**

Die Anforderungen steigen nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch in der Verwaltung. Skaleneffekte lassen sich durch Optimierungen in den Bereichen Einkauf, IT, Administration und Abrechnungswesen erzielen, insbesondere mit Blick auf die Digitalisierung verschiedener Prozesse (digitale Abrechnung, Online-Gesundheitsakte, computergestützte Diagnostik). Denn der Patient muss stets im Mittelpunkt stehen, auch wenn die Verwaltungsaufgaben zunehmen. Daher sind digitalisierte Prozesse zur Unterstützung der Ärzte dringend notwendig. Zudem ist ein strukturiertes und professionales Qualitätsmanagement gefordert, dessen Umsetzung nur durch Innovationen gestärkt werden kann.

► **Spezialisierungspotenzial**

Spezialisierung ist ein bedeutender Erfolgsfaktor. Im Vordergrund stehen dabei neben dem unternehmensübergreifenden Wissensaustausch die Digitalisierung und Professionalisierung der Praxen. Im Zuge der voranschreitenden Verschmelzung von ambulanten und stationären Angeboten können und müssen MVZ wie auch Krankenhäuser durch eine klare Arbeitsteilung dem erhöhten Innovations- und Optimierungsdruck begegnen. Und die Praxen müssen medizinisch wie auch technisch auf den neuesten Stand der Behandlungsanforderungen gebracht werden.

Zielorientierte strategische Ausrichtung

In diesem Spannungsfeld von Herausforderungen, Chancen und Risiken wird eine für alle Parteien abgestimmte, zielorientierte strategische Ausrichtung immer relevanter. Neben fundierten Bewertungen der anvisierten Investitionsobjekte – sowohl für Krankenhäuser als auch für private Investoren – bedarf es einer medizinstrategisch durchdachten Ausrichtung im Leistungsangebot. Dabei sind neben dem Leistungsportfolio der Fachrichtungen auch die Ergänzungen entlang der Wertschöpfungskette, beispielsweise in den Bereichen Rehabilitation oder Medizinprodukte, zu bewerten, um die möglichen Wettbewerbsvorteile umfassend zu nutzen.

Die eigene Praxis verliert an Reiz

Der Zusammenschluss zu größeren Unternehmensgruppen bietet auch für Ärzte ein zunehmend attraktives Arbeitsumfeld, da es eine größere finanzielle Sicherheit und flexiblere Arbeitszeitmodelle ermöglicht:

Denn vor allem junge Ärzte stehen dem Risiko der Selbstständigkeit skeptisch gegenüber. Sie präferieren eine feste Anstellung. Niedergelassene Ärzte wollen keine großen Belastungen für einen eigenen Praxisbetrieb auf sich nehmen und bevorzugen ein relativ fixes Gehalt. Immerhin hat sich das Finanzierungsvolumen bei einer Praxisneugründung von 2008 bis 2017 von 396.000 Euro auf 504.000 Euro erhöht, bei Praxisübernahmen von 280.000 Euro auf 367.000 Euro.¹⁵ Für bestehende Praxisinhaber wird es daher immer schwieriger, eine nachhaltige Nachfolgeregelung zu finden und den Praxissitz zu verkaufen.

Einschlägige Studien wie auch Expertenstimmen aus dem Markt belegen, dass die Freiberuflichkeit immer unattraktiver wird – in allen medizinischen Bereichen. Unter 200 befragten Humanmedizinern gehen 53 Prozent davon aus, dass es immer weniger freiberuflich tätige Ärzte geben wird. Denn neben dem bürokratischen Aufwand, dem finanziellen Risiko und der unternehmerischen Verantwortung empfinden viele auch die Arbeitsbelastung als zu hoch. Der Wunsch wächst, mehr Zeit für die Familie zu haben, weshalb Teilzeitmodelle für junge Ärzte immer relevanter werden.¹⁶ Frauen wünschen sich eine Teilzeitbeschäftigung von idealerweise 32 Stunden pro Woche. Heute sind es in der Regel noch 36,3 Stunden pro Woche.¹⁷

Autoren

Sandra Krusch

sandra.krusch@de.ey.com

Susanne Dangir

susanne.dangir@de.ey.com

Christoph Blattner

christoph.blattner@de.ey.com

Rebekka Reckel

rebekka.reckel@parthenon.ey.com

Juliane Mack

juliane.mack@de.ey.com

Lisa Mezger

lisa.mezger@parthenon.ey.com

15 KZBV Jahrbuch 2019

16 apoView I/17 „Zukunftsbild Heilberufe 2030“; KZBV Jahrbuch 2018; Apo Bank, „Generationswechsel in den Heilberufen“, 2020

17 apoView I/17 „Zukunftsbild Heilberufe 2030“



Mehr Geld allein reicht nicht

Um den Investitionsstau in Krankenhausgebäuden aufzulösen, braucht es auch ein ganzheitliches Management der Bauprojekte

30 Milliarden Euro – auf diese stattliche Summe beziffert sich insgesamt der Investitionsstau in den Bundesländern für Krankenhäuser. Das geht aus der fortgeschriebenen Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Stand Dezember 2019, hervor. Der Betrag klingt enorm. Dem gegenüber stehen mehr als 1.000 aktuelle Bauprojekte an deutschen Krankenhäusern, die ein Budget in vergleichbarer Größenordnung haben dürften. Es wird also gebaut, nur eben gemessen am Bedarf nicht genug.

Die Ressourcen wirken limitierend

Die Bereitstellung der finanziellen Mittel ist jedoch nur eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite stehen die personellen Ressourcen. Wir haben in den letzten Jahren beobachten können, dass die Ressourcen im Baugewerbe limitiert sind. Dies zeigt sich darin, dass in zahllosen Vergabeverfahren Bauunternehmen keine oder preislich überzogene Angebote abgegeben haben. In der Folge mussten Ausschreibungen wiederholt, Terminpläne gestreckt und Budgets erhöht werden. Allein die Baupreissteigerung kann ein lang laufendes Millionenprojekt in Schieflage bringen, denn seit 2015 ist der Baupreisindex um mehr als 18 Prozent gestiegen.

Ebenso wie die Ressourcen im Baugewerbe sind die Kapazitäten der Bau- und Facility-Management-Abteilungen der Krankenhäuser begrenzt und wären oft nicht in der Lage, mehr Projekte umzusetzen. Natürlich könnte

man das Personal aufstocken, jedoch braucht es oft auch mehrere Anläufe, um Stellen qualifiziert zu besetzen. Solange kein branchenfremdes Personal akquiriert wird, stehen die Krankenhäuser hier untereinander im Wettkampf um die besten Fachleute.

Der nächste Engpass zeigt sich dann meist in der Zuarbeit aus Zentralabteilungen und dem Medizinbetrieb: Um ein Krankenhausprojekt erfolgreich umzusetzen, müssen viele ihre Expertise und Zeit einfließen lassen, um Planungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen bzw. die erarbeitete Planung zu prüfen. Dies betrifft unter anderem die Geschäftsführung und den Vorstand, Medizinstrategen, Chefärzte, Pflegeexperten, Logistiker, Einkäufer, die Buchhaltung und die IT. Sie alle müssen diesen Zeitaufwand zusätzlich zum Tagesgeschäft erbringen, was häufig bei der Kapazitätsplanung der Fachabteilungen nicht oder nicht hinreichend berücksichtigt wird.

Nicht zuletzt haben wir zahlreiche Projekte gesehen, die mit mangelnden Ressourcen in Prüfinstanzen bei Kommunen und Ländern zu kämpfen hatten, sodass die Freigaben zum Fortführen der Projekte nicht in der vorgesehenen Frist vorlagen und sich die Projekte verzögerten.

Alles in allem erscheint es daher kaum möglich, mit den gegenwärtig vorhandenen Ressourcen und Strukturen aller Projektbeteiligten ein größeres Investitionsvolumen umzusetzen.

30

30 Milliarden Euro – auf diese stattliche Summe beziffert sich insgesamt der Investitionsstau in den Bundesländern für Krankenhäuser.

Ressourcen- und Stakeholder-Management

Im Umgang mit den Ressourcen liegen Risiken und Chancen zugleich. Ressourcen- und Stakeholder-Management sind hier die Schlüssel für eine erfolgreiche Projektumsetzung und damit ein wesentlicher Faktor, um die Infrastruktur im Gesundheitswesen zu sichern und adäquat weiterzuentwickeln. Kosten und Fertigstellungstermin hängen zu einem Großteil davon ab, wie gut die Projektbeteiligten und die Stakeholder zusammenarbeiten.



Ein Beispiel: Ein Projekt ist mit 100 Millionen Euro Baukosten budgetiert und es wird mit einer Baupreissteigerung von 3 Prozent p. a. gerechnet. Ausgehend von einer zweijährigen Planungszeit und einer 2,5-jährigen Bauzeit kostet dann jeder Monat Verzögerung, beispielsweise durch einen späteren Baustart, allein aus der Baupreissteigerung rund eine Viertelmillion Euro. Das heißt, nach vier Monaten Projektverzögerung haben sich in diesem Beispiel bereits eine Million Euro Mehrkosten aufsummiert – ohne dass man dafür mehr bekäme. Weitere Konsequenzen ergeben sich aus der verspäteten Betriebsaufnahme, obsoleten Vertragsterminen, laufenden Projektkosten etc.

Vier Monate sind schnell verloren, wenn wiederholt Änderungen zu berücksichtigen und einzuarbeiten sind, sich Gremienläufe verzögern oder Ehrenrunden vor finalen Freigaben zu absolvieren sind.

Häufig wird auch vergessen, Feiertage, Brückentage und die Weihnachtszeit zu berücksichtigen. In Bayern und Baden-Württemberg kommt man hier schnell auf 20 Arbeitstage. Insofern hat das Jahr nur elf statt zwölf wirklich zur Verfügung stehende Monate – unter Berücksichtigung von Urlaubszeiten sogar nur zehn. Es gilt, sich dessen bewusst zu sein, um diese nicht nutzbare Zeit weitgehend zu kompensieren und auszugleichen.

Kommt es zu Verzögerungen und wird mit Projektänderungen unstrukturiert umgegangen, kommt es zu Fehlentwicklungen im Bestand, die bis zu einer drohenden Schließung führen können.

Wie zuvor ausgeführt, reicht es für Bauherren und Auftraggeber nicht aus, die eigenen Ressourcen im Blick zu haben. Kapazitäten müssen sie sich auch im direkten und indirekten Projektumfeld sichern, also bei Planern, Projektsteuern, bei Wissens- und Entscheidungsträgern im eigenen Haus sowie bei zustimmungspflichtigen Stakeholdern.

Es gilt, den Projektterminplan mit den Sitzungsterminen der Gremien abzugleichen und zu synchronisieren. So lässt sich beispielsweise vermeiden, dass Projektfreigaben in eine sitzungsfreie Periode fallen oder Entscheidungsvorläufe nicht adäquat berücksichtigt sind. Mit Ämtern



und Prüfstellen sollte frühzeitig und fortlaufend kommuniziert werden, wann große Prüfungen wie der Hauptbuantrag übergeben werden sollen, um Prüfkapazitäten so weit wie möglich auf das eigene Projekt zu lenken.

Ab Projektstart empfiehlt sich daher ein umfassendes Projektmanagement, das neben Kosten, Terminen und Projektumfang auch die Kommunikation und das Management von Stakeholdern, Risiken und Ressourcen aktiv vorantreibt.

Sinnvoller Umgang mit dem Bestand

Die Entscheidung, kein Geld mehr in die alte Bausubstanz zu pumpen, wenn ein Neubau ansteht, liegt für viele nahe. Doch häufig wird dabei vergessen, dass einem dringend benötigten Neubau bereits ein Investitionsstau im Altbau vorangeht und ein größeres Neubauprojekt von der ersten Idee bis zur Betriebsaufnahme rund fünf Jahre in Anspruch nimmt. In diesem Zeitraum können moderate Instandhaltungs- oder Instandsetzungsmaßnahmen durchaus erforderlich und angezeigt sein.

Um hier sinnvolle Entscheidungen zu treffen, lohnt sich eine Gebäudeanalyse, die beispielsweise in einem kurzen Steckbrief abgebildet werden kann. So lässt sich bei Veränderungen im Bauprojekt leicht nachvollziehen, ob die Entscheidungen hinsichtlich der Maßnahmen im Bestand ebenfalls anzupassen sind. Werden

hierbei auch die wesentlichen Großgeräte mit erfasst, bietet dies auch eine gute Grundlage für die Neubauüberlegungen.

Fazit

Der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern ist allein über finanzielle Mittel nicht auflösbar. Ein größerer Hebel liegt in einem verbesserten, ganzheitlichen Management der Bauprojekte. Wenn es gelingt, die Stakeholder auf das Projekt einzuschwören, Schnittstellen sauber zu bedienen und Ressourcen sinnvoll und zielorientiert einzusetzen, könnten viele Millionen Euro gespart und in weitere Projekte investiert werden. Zeitgemäße Planungs- und Kollaborationsmethoden und Tools wie BIM sowie Projektkommunikations- und Projektmanagementplattformen helfen hierbei.

Nur weil neu gebaut wird, darf der Bestand nicht vernachlässigt werden. Verschiebungen im Bauprojekt müssen immer ein Anstoß dafür sein, die Entscheidungen bezüglich des Bestands zu überprüfen.

Autoren

Katrin Thies

katrin.thies@de.ey.com

Fabian Schuster

fabian.schuster@de.ey.com

Innovative Modelle der Finanzierung

So können Krankenhäuser Factoring, Fundraising und Crowdfunding für Investitionen nutzen

Jahr für Jahr müssen die Leistungserbringer im deutschen Krankenhauswesen mit Ernüchterung feststellen, dass der Investitionsbedarf um ein Vielfaches höher liegt als die zur Verfügung stehenden Mittel. Diese Situation hat sich über die letzten 30 Jahre sukzessive verschärft und zu einem Investitionstau in zweistelliger Milliardenhöhe geführt. Der Grund für diese Problematik liegt primär in der Systematik der Krankenhausfinanzierung. Die duale Krankenhausfinanzierung sieht vor, dass die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser über die Benutzerentgelte finanziert werden. Die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser ist hingegen nach § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) originäre Aufgabe der Länder. Die Investitionsförderung durch die Länder ist seit 1993 tendenziell rückläufig und betrug 2017 rund 2,76 Milliarden Euro. Der tatsächliche Investitionsbedarf zur Instandhaltung und zum Ausbau bestehender Strukturen wird auf jährlich rund 6 Milliarden Euro beziffert. Und die Schere zwischen dem Investitionsbedarf und der Investitionsförderung wird sich noch weiter öffnen. Da zudem die Innenfinanzierungskraft der Krankenhäuser meist schwach ist, müssen sie alternative Finanzierungsquellen erschließen, um weiteres Fremdkapital zu beschaffen.

Finanzspritzen für den kurz- bis mittelfristigen Bedarf

In diesem Zusammenhang rücken neben den klassischen Optionen der Finanzbedarfsdeckung (Eigenkapital, Trägerzuschüsse, Bankdarlehen, Cashpooling etc.) vermehrt die bereits in anderen Branchen etablierten Instrumente Factoring, Fundraising oder Crowdfunding in den Vordergrund. Diese Optionen können als ergänzende Finanzierungsquellen betrachtet werden und dienen primär der Deckung des kurz- bis mittelfristigen Finanzbedarfs.

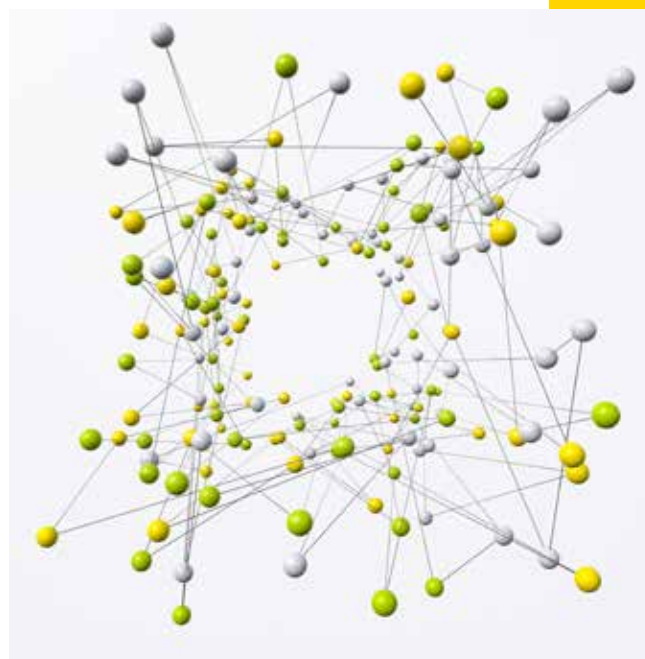
Unter **Factoring** versteht man den fortlaufenden Verkauf kurzfristiger Forderungen an einen Factor bzw. eine Factoring-Gesellschaft. In diesem Zuge werden die Debitorenbuchhaltung, die Einziehung der Forderungen und das Mahnwesen ausgelagert. Infrage kommen hier beispielsweise Forderungen aus Dienstleistungen gegenüber den Patienten beziehungsweise deren Krankenkassen. Dieses Vorgehen zielt darauf ab, die Dienstleistungen, deren Abrechnung aufgrund der gegebenen Zahlungsziele zu kurzfristig fälligen Forderungen führt, gegenüber den Kostenträgern geltend zu machen. Der wesentliche Vorteil des Factorings für das Krankenhaus besteht darin, dass es zügig Liquidität und damit verbunden Planungssicherheit erhält. Es muss nicht den Ablauf des Zahlungsziels oder ggf. Zahlungsverzögerungen durch die Kostenträger abwarten, sondern erhält sofort den angepassten Gegenwert der fakturierten Leistungen, abzüglich eines vereinbarten Einbehalts. Sobald die Krankenkassen die offenen Forderungen beglichen haben, zahlt die Factoring-Gesellschaft den Restbetrag abzüglich der Gebühren an das Krankenhaus zurück.

Unter **Fundraising** fallen alle Einnahmen, die eine gemeinnützige Organisation bzw. ein Krankenhaus außerhalb der Regelfinanzierung erwirbt. Hierbei handelt es sich insbesondere um Spenden, Stiftungen und Sponsoringgelder. Die Personen und Institutionen, die hinter den Spenden stehen, sind meist sehr vielfältig und mit dem Krankenhaus regional verbunden. Damit die Spender erreicht werden, ist ein adressatengerechtes Fundraising, beispielsweise über „Capital Campaign“ (Spenden für bestimmte Projekte), zwingend erforderlich. Die generierten Spendengelder können frei eingesetzt werden und eignen sich für Anschubfinanzierungen, Innovationen und Verbesserungen, die noch nicht

vollständig von den Ländern bzw. Kostenträgern finanziert werden. In der Praxis betreiben bereits über 60 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland ein aktives Fundraising und messen dieser Thematik einen derart hohen Stellenwert bei, dass das Fundraising oftmals organisatorisch eigenständig und nahe der Geschäftsführung angesiedelt ist.

Beim **Crowdinvesting** werden beispielsweise über ein Online-Portal verhältnismäßig kleine Einzelbeträge von zahlreichen „Unterstützern“ (sogenannte Crowd) für bestimmte Innovationen und Geschäftsideen gesammelt, wobei die gesammelten Beträge an eine Renditeerwartung der Crowd geknüpft sind. Die Geschäftsideen, die mit Crowdinvesting gefördert werden sollen, stammen meist aus Erfahrungen der täglichen Praxis der Anwender. Aufgrund einer intensiven Beziehung zwischen Kapitalgebern und -nehmern kann Crowdinvesting für Innovationen begeistern und sie umsetzen helfen. Insbesondere die Gesundheitswirtschaft ist ein Wachstumsmarkt mit hohem Innovationspotenzial, das Investoren anzieht und Innovationstreibern beste Chancen verspricht.

Die Bundesregierung hat zwar im Zuge der COVID-19-Pandemie erkannt, wie notwendig zusätzliche Investitionen in die Krankenhausstruktur sind, und versucht, diese mit neuen, temporären Finanzspritzen (u. a. Krankenhauszukunftsgesetz) zu ermöglichen; dennoch bleibt die strukturelle Unterfinanzierung im Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestehen. Daher ist damit zu rechnen, dass sich die Bandbreite geeigneter Finanzierungsalternativen wie Factoring, Fundraising oder Crowdfunding vergrößern wird.




”
Der tatsächliche Investitionsbedarf zur Instandhaltung und zum Ausbau bestehender Strukturen wird auf jährlich rund 6 Milliarden Euro beziffert.

Autor

Patrick Buß

patrick.buss@parthenon.ey.com

The background of the page features two blue surgical masks, one positioned above the other, against a solid pink background. The masks are slightly out of focus, with the top one appearing more prominent. The white elastic straps of the masks are visible on the right side.

Die Pandemie als Katalysator

Chancen und Grenzen der Digitalisierung in Krankenhäusern

Das Corona-Virus stellt viele Branchen in Deutschland vor große Herausforderungen. Alltägliche Prozesse und seit Jahren etablierte Strukturen werden auf den Kopf gestellt – systematisch, gesellschaftlich, arbeitstechnisch und auch individuell. Nahezu sämtliche Aggregationsebenen müssen sich innerhalb kürzester Zeit agiler aufstellen und sich den veränderten Ansprüchen im Zeitalter einer Pandemie anpassen.

Besonders betroffen sind die Leistungserbringer im Gesundheitssystem im Kampf gegen das Virus. Im Epizentrum der Pandemie werden sie täglich mit neuen Herausforderungen konfrontiert. In der ersten Jahreshälfte 2020 führte dies dazu, dass bestehende Defizite in dieser Krisensituation besonders sichtbar wurden, zum Beispiel Ineffizienzen, die Trägheit des Systems und die mangelnde Vernetzung einzelner Leistungserbringer. Die technischen Systeme, die teils noch analog funktionieren, sind sehr heterogen, was zu Brüchen in der Übermittlung von Informationen führt und den Fortschritt in Krankenhäusern in besonderer Weise bremst. Es mangelt an Interoperabilität. Die Infrastruktur der Informations- und Kommunikationstechnik ist unzureichend. Investitionsmittel fehlen. Die physische Interaktion von Mensch zu Mensch erschien vor Corona unüberwindbar. Die Vorbehalte gegenüber digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen waren groß – sowohl bei Patienten als auch beim Personal.

Wandel im Zeitraffer

Nun, nach den bisherigen Erfahrungen in der Pandemie, sind sich Experten jedoch sicher: Die Digitalisierung hat im Gesundheitswesen einen enormen Schub erfahren und Grenzen teils überwunden. Dies lässt sich an verschiedenen Aspekten beobachten:

1 Bereits vorhandene Technologien haben den Sprung von der Theorie in die Praxis geschafft. Telemedizinische Lösungen wie Videosprechstunden schützen das medizinische Personal vor einer Ansteckung, während der zusätzliche Einsatz von Chatbots das System entlastet. Trotz des Verlustes des physisch-zwischenmenschlichen Kontakts stieg die Nutzung telemedizinischer Lösungen – von 2 Prozent im Jahr 2017 auf rund 50 Prozent 2020. In vereinzelt Kliniken kamen digitale Visiten und vermehrt Wearables zum Einsatz. Zudem wurden Apps als einheitliche Kommunikationsplattform zwischen Kliniken im Verbund implementiert.

Dennoch zeigen diese Beispiele ein unverändertes Bild von vielen kleinteiligen Insel-Lösungen auf. Es fehlt eine Gesamtstrategie.

2 Zudem nahm während der Pandemie der verhältnismäßig starke Widerstand des medizinischen und pflegerischen Personals gegenüber Digitalisierungslösungen ab. Hielt man zuvor die individuellen Fähigkeiten für entscheidend für ein gutes Ergebnis, sehen sich die medizinischen Fachkräfte nun als Experten in einem vernetzten System.

Kritik gibt es weiterhin, nun allerdings in der Regel von den Datenschützern. Natürlich ist es wichtig, Risiken zu identifizieren und Daten vor potenziellem Missbrauch zu schützen. Aber die Hürden sind in Deutschland besonders hoch. Immerhin ist es gelungen, die schwer einzuhaltenden Auflagen zu Datenschutz und Datensicherheit durch den bundesweiten Einsatz der Corona-App erstmals flächendeckend zu überwinden.

3 Auch bei den Anwendern stieg innerhalb kürzester Zeit das Vertrauen in digitale Lösungen. Laut einer repräsentativen Umfrage von EY im Juni 2020 sagen knapp 30 Prozent der gesetzlich Versicherten, dass digitale Interaktionsmöglichkeiten mit dem Arzt aufgrund der Erfahrungen während der Corona-Pandemie für sie attraktiver geworden sind.

Ganz oben auf der Wunschliste: das digitale Rezept, das sich 68 Prozent der Versicherten mit Interesse an digitalen Angeboten wünschen. 48 Prozent finden eine Videosprechstunde als Ersatz für reguläre Hausarztbesuche attraktiv und 42 Prozent eine direkte Chatfunktion mit dem Arzt. Zudem sind die Menschen nun eher bereit, als sensibel geltende Gesundheitsdaten auf freiwilliger Basis zu teilen. So würden 57 Prozent ein Corona-Attest auf dem Smartphone mit sich führen, um es bei eventuellen Arzt- und Krankenhausbesuchen vorzeigen zu können.

4 Die politischen Entscheider haben erkannt, dass für die beschleunigte Transformation nun die finanziellen Mittel bereitgestellt werden müssen. Denn zur Implementierung einer ITK-Infrastruktur in den Kliniken sind pro Jahr Investitionen von rund 2 Milliarden Euro notwendig. Das im September 2020 beschlossene Krankenhauszukunftsgesetz soll den nötigen Investitionsschub bringen, um diese Herausforderung zu stemmen.

Momentum jetzt nutzen

Obwohl die Digitalisierung nach wie vor an Grenzen stößt – seien sie regulatorischer, finanzieller, technischer oder aber menschlicher Art –, sollten Krankenhäuser das Momentum nutzen. Die Chance, die Medizin durch die Digitalisierung zu stärken, gilt es zu ergreifen. Strukturelle Defizite wurden erkannt – und sie sind lösbar. Viele Digitalisierungslösungen wie z. B. das E-Rezept, die digitale Facharztüberweisung oder die elektronische Patientenakte stehen in den Startlöchern.

Wichtig ist, dass digitale Entwicklungsprozesse nicht nur von der Politik durch Gesetzesentwürfe getrieben werden. Für die notwendige Veränderung bedarf es der Unterstützung und Umsetzung aller Akteure im Gesundheitswesen. Dafür ist es unabdingbar, die infrastrukturellen und technischen Grundvoraussetzungen in Form einer IKT-Infrastruktur zu schaffen. Zudem gilt es, die derzeit hohe Bereitschaft zu Veränderungen zu nutzen, um schnellstmöglich einen organisatorischen Change-Prozess zu starten, eventuell auch mithilfe externer Unterstützung.

Autor

Sebastian Lehrke

sebastian.lehrke@parthenon.ey.com



48 Prozent der Versicherten finden eine Videosprechstunde als Ersatz für reguläre Hausarztbesuche attraktiv und 42 Prozent eine direkte Chatfunktion mit dem Arzt.



Science-Fiction trifft Realität

Wie die 5G-Technologie die Notfallversorgung revolutionieren wird – und was bis dahin zu tun ist

Mitternacht – Blaulicht erhellt die Dunkelheit, besorgte Rufe hallen durch die Nacht, Sanitäter legen einen Patienten auf eine Trage und bringen ihn zum Krankenwagen. Ein tragbares Ultraschallgerät, so groß wie ein Smartphone, wird von den Notfallsanitätern – den eParamedics (ePacs) – eingeschaltet. Ärztliche Spezialisten verfolgen aus dem Kontrollzentrum das gestochen scharfe, farbige Live-Video auf einem großen Bildschirm und überwachen das eingehende Ultraschallbild, während die Sanitäter den Bauch-Ultraschall durchführen. Zur Identifikation des Patienten und seiner Krankengeschichte nutzen die ePacs einen Scanner mit Gesichtserkennungstechnologie. Innerhalb von Sekunden erhalten sie Zugang zur digitalen Akte und zum Notfalldatensatz. Die Vitaldaten des Patienten werden in Echtzeit an das Krankenhaus übertragen – das hochauflösende EKG, Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung des Blutes und Körpertemperatur werden via 5G gesendet und auf dem Bildschirm der Kommandozentrale angezeigt. Parallel erfolgt die Videoüberwachung des Patienten über die Datenbrille des ePac. Die Bauchblutung indiziert eine dringliche Operation. Das Notfallteam im Krankenhaus plant alle Schritte für die sofortige Versorgung. Das OP-Team steht bereit. Die bereits entnommene Mikro-Blutprobe des Patienten wurde mit einer Notfalldrohne ins Krankenhaus gebracht, wodurch die analysierten Werte schon vor Eintreffen des Patienten vorliegen.

Nahezu unbegrenzte Möglichkeiten – in der Theorie

Was heute noch wie Science-Fiction klingt, kann in der medizinischen Notfallversorgung die neue Realität werden. Überall dringen neue Technologien in unser Leben, verändern es nachhaltig.

5G als revolutionäre Technologieentwicklung birgt viele Vorteile und eröffnet nahezu unbegrenzte Möglichkeiten für die rettungsdienstliche Gesundheitsversorgung. In China beispielsweise werden erste 5G-fähige medizinische Notfall-Fernwartungssysteme in Betrieb genommen. Durch die Nutzung von 5G-Hochgeschwindigkeitsnetzwerken mit geringer Latenzzeit sind die Systeme in der Lage, mehrere Subsysteme wie 5G-fähigen Ultraschall aus der Ferne, Kommandozentralen für die Notfallversorgung und VR-Diagnose- und Behandlungs-Subsysteme zu integrieren. Der 5G-Einsatz ermöglicht ein zuverlässiges und aus der Entfernung steuerbares medizinisches Notfallreaktionssystem in Echtzeit.

Verglichen mit bisherigen Entwicklungsstufen im Mobilfunk ist 5G eine Revolution. Der neue Standard ist für das Internet of Things (IoT) optimiert und für maschinelle Massendaten ausgelegt. Tausende von Geräten innerhalb einer Funkzelle können dadurch zuverlässig und energieeffizient Daten miteinander austauschen.

Betrug die Latenzzeit – der Zeitraum zwischen Aktion und tatsächlichem Eintreten – mit den bisherigen Telekommunikationstechnologien noch 40 bis 100 Millisekunden, reduziert sich diese durch 5G auf unter 1 Millisekunde. Damit ergibt sich die Grundlage für Übertragung von Live-Videos mit mindestens 1080p und 30FPS und die Übertragung von Fern-Ultraschall ohne Paket- oder Frameverlust. Durch diese technologische Evolution und die damit verbundene Möglichkeit der Übertragung riesiger Datenmengen wird erstmals Echtzeitkommunikation real. Dies revolutioniert die Patientenversorgung und ermöglicht die Notfallbehandlung für jeden, überall in höchster medizinischer Qualität.

Lücken in der Breitband- und Mobilfunkabdeckung schließen

Doch das liegt in weiter Ferne. Derzeit schöpfen die Anwender selbst die vorhandenen technologischen Möglichkeiten zur Digitalisierung noch nicht annähernd aus. Dies liegt nicht nur an knappen finanziellen Ressourcen, sondern

auch daran, dass es in Deutschland noch immer Orte ohne durchgängige Breitband- und Mobilfunkabdeckung gibt. Insbesondere ländlich geprägte Regionen sind noch nicht ausreichend an ein stabiles Mobilfunknetz angebunden.

Genau jene Regionen sind es aber, die häufig unter Herausforderungen wie einem (drohenden) Fachärztemangel, einer geringen Arztdichte oder langen Anfahrtswegen in Krankenhäuser und weitere Gesundheitseinrichtungen leiden. Auch die Opportunitätskosten für Ärzte sind hoch. Denn da eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung nicht sichergestellt wird, fallen zahlreiche Visiten im häuslichen Umfeld an. Daher gilt es, diese Regionen zu stärken und Ressourcen zu schonen, z. B. durch eine Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte oder durch eine Entlastung der Akteure. Diese Regionen profitieren von digitalen Anwendungen und können sich so auch auf die Bedürfnisse der alternden Gesellschaft einstellen.



Derzeit ist ein Großteil der deutschen Krankenhäuser an das IVENA-Zuweisungssystem angebunden, das eine Zuordnung von Notfallpatienten des Rettungsdienstes an Krankenhäuser ermöglicht und Notaufnahmen entlastet. Darüber hinausgehende Kooperationen und telemedizinische Anwendungen zwischen Rettungsdienst und Gesundheitseinrichtungen gibt es jedoch kaum.

Bekannt sind Projekte, in denen Notfallsanitäter auf telefonische Unterstützung von Fachärzten zurückgreifen können, oder Apps mit pharmazeutischen Informationen für Rettungssanitäter. Diese Angebote werden jedoch u. a. aufgrund der lückenhaften Breitband- und Mobilfunkanbindung nur selten genutzt. Wenn schon Telefonate und App-Anwendungen an der IT-Infrastruktur scheitern, sind Anwendungen, die 5G als Mobilfunkstandard benötigen, nicht durchsetzbar.

Artikel und Produktvorstellungen über die nahezu grenzenlos anmutenden Möglichkeiten der digitalen Anwendungen lesen sich faszinierend – aber umgesetzt wird nur ein geringer Anteil.

Das Gesundheitswesen für die Zukunft wappnen

Das potenziell Mögliche zu bewerben und anzusteuern ist wichtig, um Innovationen voranzutreiben und unser Gesundheitswesen für die Zukunft zu wappnen. Doch viele Ideen und Projekte neigen dazu, den übernächsten Schritt vorwegzunehmen und das Umsetzbare aus den Augen zu verlieren. So entstehen zahlreiche spannende Konzepte, die letztlich aber genau das bleiben: Konzepte. AR-Brillen für Notfallsanitäter, die live vor Ort Fachärzte hinzuschalten können, sind ohne Frage sinnvoll und mit ausreichender 5G-Mobilfunkversorgung technologisch möglich – aber unter objektiver Betrachtung des Status quo in weiter zeitlicher Ferne. Es ist unwahrscheinlich, dass in den kommenden Jahren Gesichtserkennungstechnologien und Drohnen der Standard in der deutschen Notfallversorgung werden, wenn Laborbefunde immer noch per Fax verschickt werden. Wenn heute immer noch die Mehrheit der ländlichen Bevölkerung ohne flächendeckendes Mobilfunknetz und mit Funklöchern auskommen muss, ist es wenig zweckdienlich, dort digitale Anwen-

dungen vorzuschlagen, die ohne 5G-Anbindung nicht nutzbar sind. Hier sind innovative, aber auch praktikable Mittel gefragt.

Damit im Zukunftsszenario ein weit entfernter Experte virtuell beispielsweise ein Herz-Echo durchführen kann, ist eine hohe Bandbreite für hochauflösende Echtzeitübertragung von komplexen Inhalten wie Bild und Ton, aber auch eine geringe Latenz von unter 100 Millisekunden für Echtzeit-Datenleitungen über große Distanzen vonnöten. Zuverlässige Fernbeurteilung ohne Zeitverzögerung wird in naher Zukunft zunächst eher räumlich begrenzt und in stationären Einrichtungen mit sogenannten „private slices“ genutzt werden, statt dass direkt mobile Lösungen implementiert werden. Baut man sukzessive die IT-Infrastruktur aus und errichtet eine ausreichende Anzahl 5G-Mobilfunkmasten, können auch Echtzeit-Videoübertragungen möglich werden – aber nur dann. Beispielsweise könnten sich in den kommenden Jahren vermehrt kleinere, aber klar definierte „Testumgebungen“ mit idealen organisationalen und technischen Bedingungen entwickeln. Darin könnten dann die entsprechenden 5G-Anwendungen pilotiert werden und man könnte sich den dargestellten, teilweise futuristischen Anwendungsfällen annähern.

Im Gesundheitswesen befinden wir uns am Anfang eines kontinuierlichen Lern- und Entwicklungsprozesses: 5G hat das Potenzial, Sektorengrenzen zu überwinden, und wird bei alledem nicht einfach eine weitere technologische Entwicklung sein, sondern zu einer signifikanten Verbesserung in unserer Lebensweise führen.

Autoren

Philipp Schneider

philipp.b.schneider@parthenon.ey.com

Claudia Köppen

claudia.koepfen@parthenon.ey.com



Der Startschuss für das Mammutprojekt der Digitalisierung des Gesundheitswesens fiel im Jahr 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Nach einem zunächst schleppenden Anlauf nahm die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen vom 21.12.2015 („E-Health-Gesetz“) an Fahrt auf. Seit 2018, als Jens Spahn Bundesminister für Gesundheit wurde, wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens mit Hochdruck vorangetrieben und nun jagt ein Reformgesetz das andere. Wir geben eine Übersicht.

Reformen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens

Ein Überblick über neue Gesetze, Regelungen und Fristen

Bis 2019

Aufbau der Telematikinfrastruktur anhand der elektronischen Gesundheitskarte

Bis zum Jahr 2019 stand der technische Aufbau einer einheitlichen, sicheren und vertrauenswürdigen Telematikinfrastruktur als Rückgrat und „Arbeitspferd“¹⁸ der Digitalisierung des Gesundheitswesens im Vordergrund. Durch die Telematikinfrastruktur wird das gesamte Gesundheitswesen in Deutschland vernetzt. Sie wird zentral als quasi „amtliches“, öffentlich-rechtliches „Virtual Private Network“ (VPN) von der gematik GmbH betrieben. Ihre Komponenten wurden schrittweise und im Wesentlichen anhand der elektronischen Gesundheitskarte als Informationsträger etabliert, mit Versicherungsnachweis und Abrechnungsfunktionen sowie mit Kartenterminals als sicheren, aber relativ unflexiblen Zugangsgeschäften. Die Telematikinfrastruktur befindet sich seit Juni 2017 im Online-Betrieb.¹⁹

Ab 2019

Ausbau der Applikationen und Weiterentwicklung der Digitalisierung

Ab dem Jahr 2019 forcierte der Gesetzgeber mit zahlreichen Reformen die tatsächliche Verfügbarkeit der schon zuvor angelegten Applikationen. Zugleich entwickelte er das Projekt der Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter. Von besonderem Interesse sind insoweit die folgenden Reformpakete:

1. das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019
2. das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019
3. das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) vom 14.10.2020
4. das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) vom 23.10.2020

¹⁸ Vgl. Dettling, in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, Kommentar, 2. Aufl. 2018, § 291a SGB V Rn. 2.
¹⁹ Vgl. gematik, Grünes Licht für den Online-Produktivbetrieb, Pressemitteilung vom 02.06.2017.

1. Das TSVG 2019 und die elektronische Patientenakte

Das TSVG brachte zunächst eine grundlegende Organisationsreform für die gematik GmbH als zentrale Institution der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Um die Digitalisierung voranzutreiben und die Entscheidungsprozesse effektiver zu gestalten, übernahm die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, mit 51 Prozent die Mehrheit an der gematik GmbH (§ 291b Abs. 2 SGB V). Außerdem wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 01.01.2021 die elektronische Patientenakte (ePA) als freiwillige Anwendung anzubieten (§ 291a Abs. 5c SGB V). Patienten müssen künftig auch ohne elektronische Gesundheitskarte über mobile Endgeräte wie etwa Smartphone oder Tablet auf ihre Daten zugreifen können (§ 291a Abs. 5 Satz 9 SGB V).

Zusätzlich zu den Terminservicestellen ist auch ein bundesweites Online-System zur Information über Sprechstunden vorgesehen (§ 75 Abs. 1a SGB V). Ab 2021 sollen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nur noch digital über die Telematikinfrastruktur übermittelt werden (§ 295 Abs. 1 Satz 2 i. d. F. ab 01.01.2021). Um chronisch Kranken im Alltag zu helfen, dürfen die Krankenkassen in den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) digitale Anwendungen nutzen (§ 137f Abs. 8 SGB V).

2. Das DVG 2019 und die digitalen Gesundheitsanwendungen („DiGA“, „App auf Rezept“)

Zentraler Gegenstand des DVG war die Aufnahme sogenannter digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), etwa E-Tagebücher für Diabetiker oder Apps für Menschen mit Bluthochdruck, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung („App auf Rezept“, §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33a, 140a Abs. 4a SGB V). Verordnungsfähige Gesundheits-Apps werden nach entsprechender Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einem „Fast-Track-Verfahren“ in das Verzeichnis für erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen („DiGA-Verzeichnis“, § 139e SGB V). DiGA-verordnende Vertragsärzte und der DiGA-

Anbieter werden vergütet (§§ 87 Abs. 5c, 134 SGB V). Die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) vom 08.04.2020 und ein Leitfaden des BfArM²⁰ konkretisieren die Anforderungen an DiGAs.

Weitere Regelungen des DVG betreffen

- ▶ die Förderung von Versorgungsinnovationen (§ 68b SGB V),
- ▶ die Fördersummen des Innovationsfonds für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung (§ 92a Abs. 3 SGB V),
- ▶ die Abrechenbarkeit von Konsilien in der vertragsärztlichen und der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung (§ 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V) und
- ▶ die weitere Erleichterung von Videosprechstunden (§ 291g SGB V).

Nachdem Ärzte durch den Beschluss des 121. Deutschen Ärztetages zu § 7 Abs. 4 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) nun Fernbehandlungen durchführen können, wurde das Verbot der Werbung für Fernbehandlungen weitgehend aufgehoben (§ 9 HWG).

Schließlich sollen die Krankenkassen ganz allgemein die digitale Gesundheitskompetenz der Versicherten fördern (§ 20k SGB V). Die Neuregelung der Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz (§§ 303a bis 303f SGB V) und neue Datenbanken wie etwa

- ▶ der elektronische Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur u. a. mit den Adressen von Leistungserbringern (§ 291h SGB V) oder
- ▶ die Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel (§ 31b SGB V)

erhöhen die Verfügbarkeit von „real world data“. Richtlinien zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 75b SGB V) erhöhen die IT-Sicherheit.

Im Übrigen forcierte das DVG durch verbindliche gesetzliche Termine den Anschluss an die Telematikinfrastruktur für Apotheken bis Ende September 2020 und für Krankenhäuser bis Anfang Januar 2021 (§§ 31a Abs. 3, 291



Ab 2021 sollen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nur noch digital über die Telematikinfrastruktur übermittelt werden.

²⁰ Vgl. BfArM, Das Fast Track Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender, 31.07.2020.



”

Apotheken sind ab Januar 2022 verpflichtet, durch E-Rezepte verordnete Arzneimittel an die Versicherten abzugeben.

Abs. 2c SGB V). Für Vertragsärzte, die noch nicht angeschlossen sind, wurde der Honorarabzug ab 01.03.2020 auf 2,5 Prozent heraufgesetzt (§ 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V n. F.). Bis 31.12.2020 müssen für alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Leistungen die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen auch in elektronischer Form vorliegen (§ 86 SGB V).

3. Das PDSG 2020, E-Rezept und E-Rezept-App

Trotz seines Titels dient der Großteil der Bestimmungen des von Bundestag und Bundesrat verabschiedeten und im Oktober 2020 in Kraft getretenen Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) weniger dem Datenschutz als der umfassenden Neustrukturierung der Regelungen zur Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen. Der grundsätzlich durch die Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 gewährleistete Schutz der Patientendaten wird allerdings als Teilaspekt mitgeregelt. Ein inhaltlicher Schwerpunkt des PDSG ist die Umsetzung des E-Rezepts und der E-Rezept-App, des Grünen Rezepts und des digitalen Überweisungsscheins.

Die Bestimmungen zur Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen umfassen nach dem PDSG fast 100 Paragraphen und sind in den beiden neuen Kapiteln „Telematikinfrastruktur“ (Elftes Kapitel, §§ 306 bis 383 SGB V n. F.) und

„Interoperabilitätsverzeichnis“ (Zwölftes Kapitel, §§ 384 bis 393 SGB V n. F.) des SGB V normiert – neben wenigen, im Zehnten Kapitel verbleibenden Bestimmungen zur elektronischen Gesundheitskarte.

Das Elfte Kapitel „Telematikinfrastruktur“ enthält in seinen ersten vier Abschnitten eher „technische“ Regelungen

- ▶ zur Telematikinfrastruktur (§§ 306 bis 309 SGB V),
- ▶ zur gematik (§§ 310 bis 322 SGB V n. F.),
- ▶ zum Betrieb der Telematikinfrastruktur einschließlich der Zulassung von Komponenten und Diensten (§§ 323 bis 328 SGB V n. F.) sowie
- ▶ zur Überwachung von Funktionsfähigkeit und Sicherheit einschließlich der Überprüfung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (§§ 329 bis 333 SGB V n. F.).

Die Abschnitte 6 bis 8 regeln nun

- ▶ die telemedizinischen Verfahren (§§ 364 bis 370 SGB V n. F.),
- ▶ die Anforderungen an Schnittstellen in informationstechnischen Systemen (§§ 371 bis 375 SGB V n. F.) sowie
- ▶ die Finanzierung und Kostenerstattung (§§ 376 bis 383 SGB V n. F.).

Von besonderem Interesse ist der fünfte Abschnitt zu den Anwendungen der Telematikinfrastruktur (§§ 334 bis 363 SGB V n. F.). Er enthält

- ▶ allgemeine Vorschriften zu den Anwendungen der Telematikinfrastruktur, u. a. die Zugriffsrechte der Patienten und vor allem die Regelungen zu den freiwilligen Anwendungen der elektronischen Patientenakte (Zweiter Titel, §§ 341 bis 355 SGB V n. F.),
- ▶ Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (Dritter Titel, § 356 SGB V n. F.),
- ▶ Hinweise zu Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen (Vierter Titel, § 357 SGB V n. F.),
- ▶ Hinweise zum elektronischen Medikationsplan und zu elektronischen Notfalldaten (Fünfter Titel, §§ 358 und 359 SGB n. F.),
- ▶ Hinweise zum E-Rezept (Sechster Titel, §§ 360 und 361 SGB V n. F.) sowie
- ▶ Hinweise zur „Datenspende“ (Achter Titel, § 363 SGB V n. F.).

Die gesetzlichen Umsetzungsfristen für die elektronische Patientenakte werden erweitert. So müssen ab dem 01.01.2021 folgende Daten in die ePA eingestellt werden können:

- ▶ Befunde, Diagnosen
- ▶ durchgeführte und geplante Therapiemaßnahmen
- ▶ Früherkennungsuntersuchungen
- ▶ Behandlungsberichte und sonstige untersuchungs- und behandlungsbezogene medizinische Informationen
- ▶ Daten des elektronischen Medikationsplans
- ▶ die elektronischen Notfalldaten
- ▶ elektronische Arztbriefe
- ▶ Gesundheitsdaten, die durch den Versicherten zur Verfügung gestellt werden

Zum 01.01.2022 muss darüber hinaus u. a. die Möglichkeit zur Einstellung des elektronischen Zahn-Bonushefts, des elektronischen Untersuchungshefts für Kinder, des elektronischen Mutterpasses, der elektronischen Impfdokumentation und der E-Rezept-Daten verfügbar sein.

Ab 01.01.2023 müssen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und sonstige von den Leistungserbringern für den Versicherten bereitgestellte Daten in der ePA gespeichert werden können. Neu im Zusammenhang mit den freiwilligen Anwendungen der Telematikinfrastruktur sind vor allem die Regelungen zum E-Rezept und zur E-Rezept-App (§ 360 SGB V n. F.). Ab 01.01.2022 sind Ärzte verpflichtet, auf Wunsch der Versicherten Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in elektronischer Form auszustellen und für die Übermittlung dieser E-Rezepte an die Versicherten die Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur zu nutzen. Die Apotheken sind ab 01.01.2022 verpflichtet, durch E-Rezepte verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel an die Versicherten abzugeben. Zur elektronischen Übermittlung von Rezepten und zur Wahrung der freien Apothekenwahl der Versicherten entwickelt die gematik eine – quasi „amtliche“ – E-Rezept-App als integralen Teil der Telematikinfrastruktur (§ 360 SGB V n. F.). Über die E-Rezept-App leiten die Ärzte das jeweilige E-Rezept ihren Versicherten zu, die ihrerseits das Rezept etwa über ein mobiles Endgerät elektronisch bei ihrer Apotheke ein-



reichen. Die Versicherten haben allerdings auch weiterhin Anspruch auf die Ausstellung eines Papierrezepts.

Über die Regelungen des neuen Elften und Zwölften Kapitels des SGB V hinaus enthält das PDSG Regelungen

- ▶ zu digitalen Überweisungsscheinen (§ 86a SGB V),
- ▶ zur vertragsärztlichen Vergütung im Zusammenhang mit Digitalleistungen (§ 87 SGB V),
- ▶ zur Förderung digitaler Innovationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 68c SGB V) und
- ▶ zur IT-Sicherheit in Krankenhäusern (§ 75c SGB V).

4. Das KHZG 2020 und die Digitalisierung der Krankenhäuser

Um die Digitalisierung der Krankenhäuser zu fördern und die IT-Sicherheit zu erhöhen, hat der Bundestag im September das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) beschlossen, das am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist. Er sieht u. a. die Schaffung eines „Krankenhauszukunftsfonds“ in Höhe von insgesamt 3 Milliarden Euro zur Förderung von Investitionen der Krankenhäuser in ihre digitale Infrastruktur und Informationssicherheit vor (§ 14a KHG n. F.). Einzelheiten werden in einem neuen Teil 3 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt. § 19 dieser Verordnung listet elf Arten von förderfähigen Vorhaben insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten auf, darunter die folgenden:

- ▶ Anpassung der informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses an den jeweils aktuellen Stand der Technik
- ▶ Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlass-Management
- ▶ Einrichtung einer durchgehenden, strukturierten elektronischen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen
- ▶ Beschaffung teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme

Fazit

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland hat durch das E-Health-Gesetz 2015 und die weiteren Reformgesetze der Jahre 2019 und 2020 (TSVG, DVG, PDSG, KHGZ) deutlich an Kontur gewonnen. Nachdem zunächst die Telematikinfrastruktur als einheitliches, sicheres und vertrauenswürdigen Rückgrat für den Zugang und Austausch von Gesundheitsdaten aufgebaut wurde, sind die nächsten Jahre von deren Anwendungen und hier insbesondere von E-Rezepten, digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), der elektronischen Patientenakte (ePA) und telemedizinischen Diensten wie etwa der Videosprechstunde geprägt.

Die Bedeutung der Digitalisierung des Gesundheitswesens für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem wird in der gegenwärtigen Corona-Pandemie besonders deutlich.

Zur Digitalisierung gehört im Übrigen auch die weitere Verbesserung des Umfeldes durch die Förderung digitaler Kompetenz und innovativer Versorgungsprogramme, durch die Existenz von immer mehr Datenbanken, durch die Erhöhung der IT-Sicherheit und durch die Verfügbarkeit von „real world data“ in anonymisierter oder zumindest pseudonymisierter Form (Datentransparenz) etc. Auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz zur Unterstützung von Entscheidungen im Gesundheitswesen dürfte nicht mehr allzu lange auf sich warten lassen. Bei aller Digitalisierungseuphorie darf allerdings das Wesentliche nicht aus dem Blick verloren werden: Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Sie muss stets dem Patienten und seiner Gesundheit dienen. Und dazu gehört vielfach auch der persönliche Kontakt.

Autoren

Prof. Dr. Heinz-Uwe Dettling
heinz-uwe.dettling@de.ey.com

Carmen Rösch-Mock
carmen.roesch-mock@de.ey.com

Vernetzt, digital – und dennoch individuell und persönlich

Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Warum Investitionen in die IT allein nicht reichen



Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) leistet als tragende Säule des Gesundheitswesens bedeutende Beiträge in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz. Doch das Fundament dieser tragenden Säule bröckelt. Seit Jahrzehnten leidet der ÖGD unter Nachwuchsschwierigkeiten. Eine Modernisierung ist überfällig. Extreme Belastungen wie die aktuelle COVID-19-Pandemie offenbaren die Defizite in den deutschen Gesundheitsämtern als Organe des ÖGD. So kann die Krise wie ein Katalysator für eine Reform wirken.

Keine Insellösungen

Denn um solche Situationen in Zukunft besser bewältigen zu können und um der steigenden Bedeutung der Gesundheitsaufklärung und Prävention in einer zunehmend digitalen Gesellschaft Rechnung zu tragen, müssen Maßnahmen effektiv, sicher und transparent koordiniert und kommuniziert werden. Institutionelle, sektorenübergreifende Vernetzung ist wichtiger denn je – Insellösungen unerwünscht.

Damit dies gelingt, ist der verantwortungsvolle Umgang mit Patientendaten unabdingbar. Interoperabilität zwischen den verschiedenen Playern des Gesundheitssystems muss sichergestellt werden. Damit wahre Konnektivität nachhaltig funktioniert, bedarf es internationaler Standards wie DICOM oder HL7. Auch auf semantischer Ebene muss die Interoperabilität hergestellt werden. So müssen medizinische Terminologien in maschinenlesbare Sprache, z. B. Snomed CT, übersetzt werden, damit alle Computersysteme miteinander kommunizieren können. Der ÖGD braucht also eine andere Struktur und muss umfassend digitalisiert werden.



Dies haben auch Bund und Länder erkannt und fördern daher im Rahmen des Konjunkturpakets die Gesundheitsämter mit 4 Milliarden Euro – eine entscheidende Weichenstellung.

Um den ÖGD fit für die Zukunft zu machen, reicht es jedoch nicht, nur in die IT-Infrastruktur zu investieren. Regionale Disparitäten und soziale Ungleichheit in der ärztlichen Versorgungslandschaft bestehen weiterhin und wohnortnahe Versorgung ist noch immer ein priorisiertes Ziel. Um dies zu erreichen und Maßnahmen gezielt dort einzusetzen, wo tatsächlich ein Defizit vorliegt, müssen die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene eng eingebunden werden, z. B. in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Darüber hinaus gilt es auch, die Personalkapazitäten auszubauen. Denn die Mitarbeiter der Gesundheitsämter sollen unser Gesundheitssystem künftig nicht nur in Krisenzeiten wie diesen unterstützen, sondern auch in der Prävention einen größeren Beitrag leisten – persönlich und nahbar.

Stellen werden geschaffen – und bleiben unbesetzt?

5.000 neue Stellen sollen bis Ende 2022 geschaffen werden. Das ist gut gemeint. Allerdings fehlen diejenigen, die sie besetzen. Eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen gilt unter Ärzten aus diversen Gründen als nicht besonders attraktiv. Eine stärkere Integration in die ärztliche Ausbildung oder das Praktische Jahr in einem Gesundheitsamt sind vielversprechende Ansätze zur Nachwuchsförderung. Langfristig braucht es aber auch ein neues Rollenverständnis, eine Anpassung der Organisationsstruktur mithilfe eines nachhaltigen Change-Managements, das die Bedürfnisse der Angestellten berücksichtigt.

Fazit

Bund und Länder haben die Weichen für ein robusteres Präventions- und Versorgungssystem gestellt, das mittels digitaler Vernetzung und verbesserter Koordination Herausforderungen gestärkt meistern kann. Richtig angelegt lassen sich Lösungen etablieren, die langfristig zu einer neuen Qualität der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsprävention führen werden.

Autoren

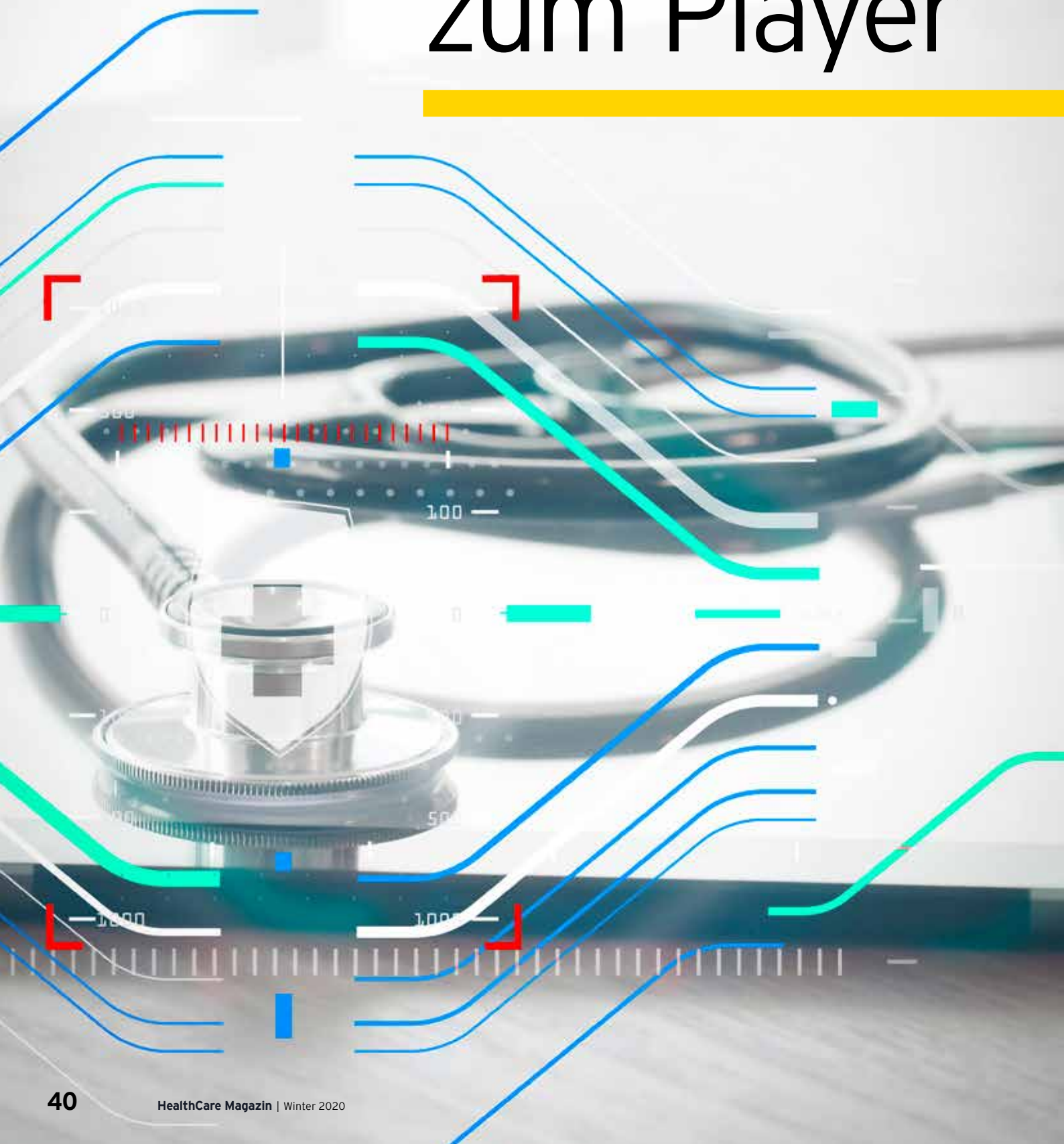
Peter Horn

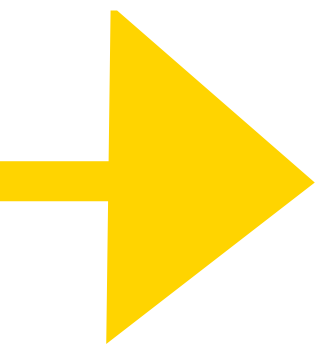
peter.horn@parthenon.ey.com

Claudia Köppen

claudia.koepfen@parthenon.ey.com

Vom Payer zum Player





und irgendwann zum Pacemaker

Wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherungen verändert

Während andere Branchen von den disruptiven Kräften der Digitalisierung regelrecht überrollt wurden, ließ der digitale Wandel im deutschen Gesundheitssystem auf sich warten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) befanden sich in einem innovationshemmenden Raum aus stark reguliertem gesetzlichen Auftrag und hohen Eintrittsbarrieren, der wenig Anreiz und gleichzeitig hohe Einschränkungen für digitalen Wandel bot.

GKV förderten digitale regionale Pilotprojekte wie z. B. den Einsatz telemedizinischer Konsultationen oder die digitale Begleitung von Chronikern, z. B. in der Behandlung von Diabetes. Doch von der wirksamen Integration digitaler Leistungen in die flächendeckende Regelversorgung kann noch nicht die Rede sein, was große Potenziale bisher ungenutzt lässt: Beispielsweise könnten sich die Akteure über medizinische Disziplinen und Organisationsgrenzen hinweg stärker digital vernetzen und Informa-

tionen reibungsloser weitergeben. So ließen sich sowohl unnötige Doppeluntersuchungen vermeiden als auch notwendige Therapiemaßnahmen schneller und gezielter einleiten. Als weiteres Beispiel ist die datenbasierte analytische Intelligenz zu nennen, die dazu beitragen könnte, Behandlungen individueller und effektiver zu gestalten.

Doch nun erhöhen die Regulatoren den Druck und eröffnen gleichzeitig neue Innovationsmöglichkeiten. Bereits vier neue Gesetze sind in der aktuellen Legislaturperiode in Kraft getreten, mit denen die Politik die digitale Transformation des Gesundheitswesens forciert. Die elektronische Patientenakte (ePA), die ab 1. Januar 2021 allen gesetzlich Versicherten in der ersten Ausbaustufe zur Verfügung gestellt werden muss, und die „App auf Rezept“ sind prominente digitale Initiativen, die auf diese Gesetzgebung zurückgehen.



Die Akzeptanz für digitale Anwendungen steigt

Seitens der Versicherten wirkt die Corona-Pandemie wie ein Katalysator auf ihre Erwartungen. Laut einer repräsentativen Umfrage von EY²¹ unter 1.053 gesetzlich Versicherten im Juni 2020 sagen knapp 30 Prozent, dass aufgrund der Corona-Erfahrungen digitale Interaktionsmöglichkeiten mit dem Arzt für sie attraktiver geworden sind. 68 Prozent der Versicherten mit Interesse an digitalen Angeboten wünschen sich das E-Rezept. Auch Angebote, die die Diagnostik unterstützen und echte Verhaltensänderungen implizieren, stoßen auf beträchtliche Akzeptanz: 48 Prozent finden eine Videosprechstunde als Ersatz für reguläre Hausarztbesuche attraktiv, 42 Prozent eine direkte Chatfunktion mit dem Arzt und 39 Prozent sogar den digital unterstützten „Symptom-Checker“ als ersten Self-Service-Schritt der Diagnostik.

Auch gegenüber ihrer Krankenkasse zeigen Versicherte klare Prioritäten: Aus einer Liste möglicher digitaler Services wählen die Befragten am häufigsten den persönlichen E-Notfallpass aus, der bereits im Rettungswagen wichtige Informationen zur Behandlung liefert. Hoch im Kurs stehen auch die Unterstützung bei der Identifikation von Fachärzten für die individuelle Folgebehandlung oder ein Online-Buchungstool für Arzttermine.

Aber nicht nur die Erwartungen der Versicherten und die regulatorischen Rahmenbedingungen machen den GKV spürbar Druck, auch der technologische Fortschritt: Bisherige Kernfunktionen, wie Ansprüche auf medizinische Behandlungen zu genehmigen und berechnete Leistungen zu vergüten, oder das Management von Arzneimittelverträgen mit Pharmaunternehmen werden zunehmend automatisiert. Ebenso lösen viele digitale Self-Service-Optionen Standardinteraktionen mit Versicherten ab. Wenn die GKV nicht an Bedeutung verlieren wollen, müssen sie sich wandeln, neue, digital unterstützte Wertschöpfungsmodelle erschließen und ihr Rollenverständnis ändern: vom passiven „Payer“ zum aktiven „Player“.

Dafür sollten die GKV den Versicherten in ihren Digitalisierungsstrategien stärker in den Mittelpunkt rücken und sich am Bild des einzelnen, souveränen Kunden orientieren. Dieser erwartet kontextsensitive, personalisierte Angebote, also Angebote, die helfen, die medizinische Behandlung an den individuellen Erfordernissen auszurichten und situativ durch mögliche Therapiepfade zu navigieren. Das Ziel: den Einzelnen in seiner persönlichen Situation spürbar unterstützen und ihm so eine auf ihn zugeschnittene Versorgung ermöglichen. Ein Beispiel für ein solches Angebot könnte ein digitales Interface sein, mit dessen Hilfe der Versicherte eine geeignete Reha-Einrichtung auswählt – basierend auf einem Matching der individuellen Therapieerfordernisse und der Spezialisierung von Kliniken. Über dieses Tool könnte der Versicherte den Platz online buchen

21 www.ey.com/de_de/news/2020/08/ey-digitale-angebote-werden-fuer-versicherte-durch-die-corona-pandemie-attractiver

und per Klick relevante Entlassungsdokumente an die Reha-Einrichtung übermitteln. Die effektive Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems ist nicht alleinige Aufgabe der GKV. Dazu haben sie auch gar nicht das Mandat. Aber als zentrale Akteure mit Schnittstellen zu allen wichtigen Teilnehmern – Patienten, Ärzten, Apotheken, Pharmaunternehmen, Politik, Therapeuten, Arbeitgebern – sind die GKV einzigartig positioniert, um den Takt der Digitalisierung mitzubestimmen: als Pacemaker. Dazu sollten sie als ersten Schritt eine sichtbare Rolle gegenüber dem Versicherten einnehmen. Die Einwilligung des Versicherten vorausgesetzt, können sie ihm helfen, Informationen zu finden und zu vernetzen, und ihm so als aktiver Gesundheitspartner zur Seite stehen.

Autoren

Sophie Charlott Krause-Hassenstein

sophie.charlott.krause-hassenstein
@parthenon.ey.com

Matthias Frey

matthias.frey@de.ey.com

Fotos: Gettyimages



68%

68 Prozent der Versicherten mit Interesse an digitalen Angeboten wünschen sich das E-Rezept.

48%

48 Prozent finden eine Videosprechstunde als Ersatz für reguläre Hausarztbesuche attraktiv.

39%

39 Prozent finden den digital unterstützten „Symptom-Checker“ als ersten Self-Service-Schritt der Diagnostik attraktiv.

Strategisches Portfoliomanagement

Wie Krankenkassen das Potenzial ihrer Immobilien besser ausschöpfen

Zugegeben, Immobilien spielen im Geschäftsmodell von Krankenkassen erst einmal eine untergeordnete Rolle. Falsch wäre jedoch der Rückschluss, dass sie nicht wichtig wären. Denn Filialen, Kundencenter und Verwaltungsbauten sind im Wettbewerb um Kunden und Mitarbeiter neben den digitalen Angeboten ein wichtiges Aushängeschild.

Immobilien als Teil der Unternehmensstrategie

Das Geschäftsmodell der Krankenkassen befindet sich aufgrund der zunehmenden Digitalisierung in einem Transformationsprozess und führt oft zu einer strategischen Neuausrichtung. Entscheidend ist es nun, neben den IT-Systemen auch das Immobilienportfolio einem kritischen Blick zu unterziehen und es im Zweifel neu auszurichten. Ziel muss es sein, die Portfoliostrategie mit der Unternehmensstrategie zu synchronisieren. Deren Ausrichtung hat enorme Auswirkungen darauf, welche Immobilien dafür erforderlich sind. Ein Unternehmen, das beispielsweise seine Kunden überwiegend digital erreicht, braucht ein völlig anderes Konzept als eines, das den Kontakt zu seinen Kunden vor allem über die Filialen steuert.

Es sollten jedoch nicht nur die Kunden im Fokus stehen. Genauso wichtig ist es, den Mitarbeitern ein Arbeitsumfeld anzubieten, das Kollaboration, Innovation und effizientes Arbeiten sowie eine gute öffentliche Erreichbarkeit gleichermaßen ermöglicht. Die Folgen der aktuellen Pandemie rücken noch einmal ganz neue Aspekte der Gestaltung von Arbeitswelten in den Mittelpunkt. Hier ist ein verzahntes Konzept aus digitaler und physischer Infrastruktur wichtiger denn je.

Einstieg ins Portfoliomanagement

Wir sehen immer noch überraschend oft, dass die Potenziale des immobilienwirtschaftlichen Portfoliomanagements ungenutzt bleiben. Die Gesundheitsbranche ist hier keine Ausnahme. Dabei lassen sich diese Potenziale über einige wenige Workshop-Sessions leicht aufzeigen und eruieren.

Für das Portfoliomanagement haben sich generell folgende Schritte bewährt, die immer wieder durchlaufen werden sollten:

1. Ausrichtung auf die Unternehmensstrategie
2. Ist-Erhebung und Analyse des Immobilienbestandes
3. Erarbeitung eines Zielbildes inkl. der Abwägung zwischen Eigentum und Miete
4. Verwertung der nicht betriebsnotwendigen Immobilien (Verkauf/Sale and Leaseback)
5. Optimierung der betriebsnotwendigen Immobilien

Um sich nicht in der Bestandsanalyse zu verlieren, sollte man sich neben Stammdaten auf Key Performance Indicators (KPIs) fokussieren, die für die Unternehmens- und Portfoliostrategie relevant sind. Es gibt zahlreiche Tools, die die Datenerfassung und -auswertung deutlich erleichtern und schnell visuell aufbereitete Ergebnisse liefern.



Bei der Optimierung des Immobilienportfolios sind Lage und Nutzungsmix besonders wichtig. Ein Kundencenter kombiniert mit Verwaltungsflächen erscheint zunächst als betriebsnotwendige Immobilie. Schaut man jedoch genauer hin, dürfte eine Unwucht in Bezug auf die Lage für mindestens eine Nutzungsart erkennbar werden. Entweder ist es ein gut erreichbares Kundencenter – dann sind die Büroflächen vermutlich in einer teuren Lage. Oder die Büroflächen sind wirtschaftlich – dann liegt jedoch die Filiale nicht optimal. Es ist Aufgabe des Portfoliomanagements, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen und passende Strategien zu entwickeln. In die Gesamtbetrachtung sollte auch einfließen, welche Investitionen nötig sind, um den teilweise in die Jahre gekommenen Bestand zu modernisieren. Hier kann es unter Umständen günstiger sein, neue Räumlichkeiten anzumieten, als das Eigentum mit eigenen Mitteln auf den neuesten Stand zu bringen.

Mit strategischer Neuausrichtung Schritt halten

Im Vergleich zu vielen anderen Geschäftsprozessen sind Immobilienprojekte eher schwerfällige Tanker als wendige Speed-Boote. Langfristige Mietverträge und fällige Umbaukosten machen es schwer, auf Strategieänderungen kurzfristig zu reagieren. Ein Schlüssel, um diese Diskrepanz abzumildern, liegt in der fortlaufenden Kommunikation

zwischen der Immobilienabteilung und der Unternehmensleitung bzw. Strategieabteilung. Denn nur wenn die Leitplanken und Ziele transparent sind, können Fehlentwicklungen vermieden und Alternativen gefunden werden. Man würde beispielsweise keinen 5-Jahres-Mietvertrag für klassische Büroflächen abschließen, wenn die Unternehmensleitung über innovative Arbeitsplatzkonzepte nachdenkt.

Fazit

Für die Immobilienabteilungen der Krankenkassen ist es wichtig, das Portfoliomanagement auf die Unternehmensstrategie abzustimmen und fortlaufend zu prüfen, ob dafür Anpassungen notwendig sind. Um mit der Transformationsgeschwindigkeit Schritt zu halten, ist eine enge, offene Kommunikation zwischen Unternehmensleitung und Portfoliomanagement zielführend. Ist noch kein Portfolio-management etabliert, lässt sich das Potenzial über Workshops ermitteln und mögliche erste Ziele sowie ein Fahrplan zur Implementierung herausarbeiten.

Autoren

Katrin Thies

katrin.thies@de.ey.com

Fabian Schuster

fabian.schuster@de.ey.com

Peter Rulle

peter.rulle@de.ey.com

Sie haben Fragen? Rufen Sie uns gerne an.

Leiter EY Gesundheitswirtschaft Deutschland, Österreich und Schweiz



Christian Egle
Partner EY
+49 6196 996 21226
+49 160 939 21226
christian.egle
@parthenon.ey.com

Immobilienberatung



Fabian Schuster
Partner EY
+49 711 9881 21975
+49 160 939 21975
fabian.schuster@de.ey.com

Public Health



Prof. Dr. Peter Horn
Associate Partner EY
+49 30 25471 13579
+49 160 939 13579
peter.horn
@parthenon.ey.com

Steuerberatung



Peter Dörrfuß
Partner EY
+49 711 9881 15276
+49 160 939 15276
peter.doerrfuss@de.ey.com

Krankenhausberatung



Rebekka Reckel
Associate Partner EY
+49 6196 996 28918
+49 160 939 28918
rebekka.reckel
@parthenon.ey.com

Wirtschaftsprüfung



Dr. Frank Jungblut
Partner EY
+49 711 9881 19517
+49 160 939 19517
frank.jungblut@de.ey.com

Krankenkassenberatung



Dr. Karen Neuhaus
Partner EY
+49 221 2779 14413
+49 160 939 14413
karen.neuhaus@de.ey.com

Gesundheitsmarkt Österreich



Erich Lehner
Partner EY
+43 1 21170 1152
+43 664 60003 1152
erich.lehner@at.ey.com

Rechtsberatung



Dr. Christian Bosse
Partner EY
+49 711 9881 25772
+49 160 939 25772
christian.f.bosse@de.ey.com

Gesundheitsmarkt Schweiz



Andreas Traxler
Associate Partner EY
+41 58 286 41 93
+41 79 389 2667
andreas.traxler@ch.ey.com

IMPRESSUM

Inhalte und Redaktion

Christian Egle
Leiter EY Gesundheitswirtschaft
Deutschland, Österreich und Schweiz

Sophie Charlott Krause-Hassenstein
Strategy and Transactions
Healthcare

Bettina Neises
Brand, Market & Communications
Health Sciences & Wellness

Konzept, Design und Layout

Sabine Reissner
CPoffice: Redaktionsbüro
für Corporate Publishing und
Grafik-Design
www.cp-office.com

Lektorat

Text+Design Jutta Cram
www.textplusdesign.de



EY exists to build a better working world, helping to create long-term value for clients, people and society and build trust in the capital markets.

Enabled by data and technology, diverse EY teams in over 150 countries provide trust through assurance and help clients grow, transform and operate.

Working across assurance, consulting, law, strategy, tax and transactions, EY teams ask better questions to find new answers for the complex issues facing our world today.

EY refers to the global organization, and may refer to one or more, of the member firms of Ernst & Young Global Limited, each of which is a separate legal entity. Ernst & Young Global Limited, a UK company limited by guarantee, does not provide services to clients. Information about how EY collects and uses personal data and a description of the rights individuals have under data protection legislation are available via ey.com/privacy. EY member firms do not practice law where prohibited by local laws. For more information about our organization, please visit ey.com.

© 2020 EYGM Limited.
All Rights Reserved.

GSA Agency
SRE 2011-063
ED None



In line with EY's commitment to minimize its environmental impact this document has been printed on FSC®-certified paper that consists of 60% recycled fibers.

This material has been prepared for general informational purposes only and is not intended to be relied upon as accounting, tax, legal or other professional advice. Please refer to your advisors for specific advice.