

# Das Krankenhaus der Zukunft

Healthcare Systems and Services 2016



**Autoren:**  
Sören Eichhorst  
Jonathan Jenkins  
Natasha Stern

---

“Wie wird das Krankenhaus der Zukunft 2030 aussehen? Unsere Analyse neuer Trends zeigt, dass viele Modelle parallel in einer dynamischen Netzstruktur bestehen werden. Das kleine unabhängige Rundum-Service-Krankenhaus ist jedoch ein Auslaufmodell.”

---

Bisher haben Krankenhäuser als “One-Stop Shop” fungiert und eine breite Servicepalette angeboten – nicht nur medizinische Behandlungen und chirurgische Eingriffe, sondern auch Pflegeleistungen für kranke und verletzte Patienten. Da jede lokale Kommune auf das komplette Servicespektrum vor Ort zugreifen wollte, hat die Anzahl von Services in nahezu allen Krankenhäusern im Laufe der Zeit zugenommen. In den letzten zehn Jahren ist dieses Modell allerdings zunehmend hinfällig geworden. Finanzielle Einschränkungen, zunehmende Teilspezialisierung und ein immer besseres Verständnis der Korrelation zwischen Größe und klinischer Qualität zwingen die Anbieter dazu, ihre Versorgungsansätze zu überdenken. Gleichzeitig eröffnen neue Behandlungen und Technologien neue Chancen.

Kostenträger und Patienten erhalten zunehmend mehr Einblick in die Kosten und Ergebnisse – Unterschiede zwischen einzelnen Anbietern werden zunehmend weniger toleriert. Diese Transparenz erhöht zusätzlich den Druck auf die Krankenhäuser, bessere Qualität und Services zu erbringen – und das zu noch niedrigeren Preisen.

Hinzu kommt die längere Lebenserwartung von Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und COPD. Sie benötigen zunehmend ambulante Versorgung, die in Zeiten, in denen die Krankheit akut ist, eng mit Krankenhausaufenthalten koordiniert werden muss.

Daher müssen die Krankenhäuser ihren Versorgungsansatz überdenken und grundlegend ändern. In den kommenden 15 Jahren werden sie eine Reihe flexibler Netzstrukturen aufbauen, um nebeneinander zu bestehen, zu kooperieren und dynamisch zu intera-

gieren. Jedes Krankenhaus spielt bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine tragende Rolle.

Exzellenzzentren mit Spezialisten werden für besondere oder komplexe Bedürfnisse genutzt, während Tageschirurgien für Routineeingriffe zuständig sind; regionale Krankenhäuser mit nur einem Standort bestehen parallel zu Ketten mit mehreren Standorten und lokalen Partnerschaften.

Die Verlagerung der Versorgung in die Gemeinschaft durch mobile Behandlung zu Hause oder Telehealth-Lösungen bedingt das Wachstum spezialisierter Versorgung. Die erfolgreichsten Anbieter werden Technologien nutzen, um Versorgung und Effizienz in großen Einrichtungen und verschiedenen Umgebungen besser aufeinander abzustimmen. Das einzige Modell, das rückläufig ist, sind die kleinen unabhängigen Krankenhäuser mit einem breiten Servicespektrum.

Unsere Analyse weist darauf hin, dass diese Trends vier wesentliche Auswirkungen haben:

1. Rückgang der stationären Behandlung
2. Verstärktes Outsourcing spezialisierter klinischer Services wie z.B. Radiologie an spezielle Anbieter in verschiedenen Einrichtungen und Regionen
3. Mehr Ketten oder Anbieternetze, die Skalenvorteile in puncto Qualität und Effizienz ausschöpfen
4. Vermehrte vertikale Integration zwischen Anbietern, die unterschiedlichste Services, von Fitnessstudios bis hin zu Akutversorgung und Pflegelösungen, anbieten.

## 1. Rückgang der stationären Behandlung

Insgesamt ist die Anzahl von Akutkrankenhausbetten<sup>1</sup> in Industrieländern rückläufig.<sup>2</sup> Es gibt große Unterschiede: In Großbritannien und den USA gibt es drei Akutbetten je 1.000 Einwohner, während es in Deutschland durchschnittlich acht sind (Schaubild 1). Wir gehen davon aus, dass sich dieser Trend aus zwei Gründen beschleunigen wird: immer kürzere Krankenhausaufenthalte und eine stete Verlagerung der Versorgung in ambulante Alternativen. Akutkrankenhäuser werden hauptsächlich Kernservices anbieten – Traumaversorgung, Notfälle und OPs, hochspezialisierte Behandlung komplexer Fälle und Intensivpflege. Daher wurde auch das neue Karolinska-Krankenhaus in Solna bei Stockholm, das derzeit gebaut wird, im Hinblick auf 50.000 weniger Akutbesuche p.a.<sup>3</sup> konzipiert.

Die Reduzierung stationärer Betten ist zum Großteil auf eine bessere Steuerung der Patientenflüsse und neue technische Ausrüstung zurückzuführen, die

eine schnellere, effizientere Behandlung bestimmter Erkrankungen ermöglichen. Beispielsweise wird die verstärkte Inanspruchnahme ambulanter Versorgung die durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte verkürzen, da Nachuntersuchungen nach Eingriffen verstärkt in einem ambulanten Rahmen oder durch Allgemeinärzte durchgeführt werden. Auch Telehealth-Lösungen von Zuhause aus werden die Anzahl von Routineuntersuchungen in Kliniken reduzieren und Vorsorgeuntersuchungen verbessern. Unnötige Krankenseinweisungen können so vermieden werden.

## 2. Verstärktes Outsourcing spezialisierter klinischer Services

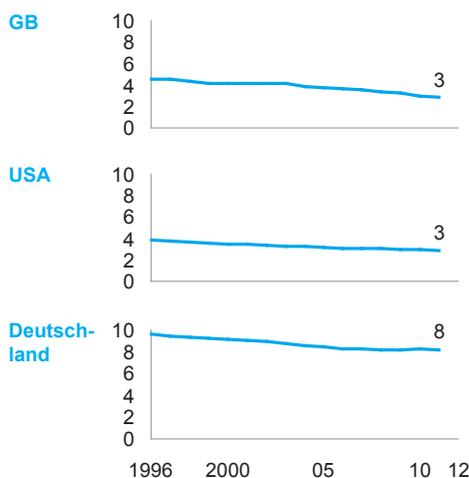
Viele Krankenhäuser lagern Unterstützungsservices wie Reinigung, Catering und Wäscherei aus, aber deutlich weniger von ihnen sind bisher bereit, den gleichen Ansatz auf die klinischen Services auszudehnen. Wir sind der Ansicht, dass diese Vorbehalte mit der Überwindung von Kosten- und Qualitätsbedenken allmählich wegfallen werden.

Schaubild 1: Wo werden die Patienten versorgt? Beschleunigter Rückgang der Krankenhausbetten

Trotz alternder Bevölkerung geht die Anzahl der Krankenhausbetten zurück

Akutkrankenhausbetten/1.000 Einwohner

Beschreibung



Warum?

Verbesserte Krankenhausprozesse

- Verkürzte Verweildauer in Krankenhäusern in allen klinischen Bereichen

Ambulante Dienste

- Immer mehr Behandlungen und chirurgische Eingriffe in Tageskliniken
- Ambulante Tests im Anschluss an Behandlungen

Überwachung von Zuhause aus

- Aufnahme von weniger Notfällen
- Telehealth-Optionen statt Routine-Krankenhausbesuchen

QUELLE: The World Bank, World DataBank

<sup>1</sup> Betten für Patienten, die über Nacht bleiben, da sie sich einer medizinischen Untersuchung oder einem chirurgischen Eingriff unterziehen

<sup>2</sup> The World Bank, World DataBank

<sup>3</sup> Angabe von Melvin Samsom, CEO des Karolinska University Hospital, Oktober 2015

Bereits heute bietet z.B. die in Großbritannien angesiedelte Medica Group über 90 Organisationen ganzjährige Teleradiologie-Reportingservices, und das rund um die Uhr und an sieben Tagen pro Woche. Die Kosten dafür sind halb so hoch wie die Überwachung durch interne beratende Radiologen, und das, obwohl Medica nur sehr erfahrene, speziell ausgebildete Radiologen beschäftigt.

Viele Faktoren beeinflussen die Make-or-buy-Entscheidung der Krankenhausgeschäftsführer. Die mangelnde Kostentransparenz kann die Bestimmung der wahren Kosten für die interne Serviceerbringung oder die Einholung genauer Marktinformationen zu Wettbewerbern erschweren. Krankenhausdirektoren haben häufig das Gefühl, dass sie bessere Qualität erbringen können, wenn sie die Mitarbeiter und die Serviceerbringung kontrollieren. Durch die bessere Sichtbarkeit von Ergebnissen und neue Technologien, die Innovationen und Automatisierung vorantreiben, erwarten wir eine signifikante Verlagerung der Services hin zu qualitativ hochwertigen, kostengünstigen Spezialisten. In Zukunft können Krankenhäuser einfach nur Orte sein, an denen verschiedene Dienstleister das gesamte Versorgungsspektrum abdecken – ähnlich wie beispielsweise an Flughäfen.

### 3. Mehr Ketten oder Anbieternetze, die Skaleneffekte ausschöpfen

Die klinischen Ergebnisse verbessern sich deutlich, je mehr Patienten Ärzte in ihrem Fachgebiet annehmen und behandeln. Durch Konsolidierung der Fähigkeiten in Exzellenzzentren erzielen Krankenhäuser ständig bessere Ergebnisse als Anbieter mit unterkritischer Größe. Und auch für das Management machen sich die Vorteile von Skaleneffekten bemerkbar: niedrigere Overhead-Kosten, eine höhere Einkaufskraft und die Fähigkeit, stärker in Kompetenzen, Innovationen und Technologien zu investieren. Die damit verbundenen Fixkosten lassen sich auf mehr Patienten verteilen.

Aus diesen Gründen wird Größe bei der Gesundheitsversorgung ein immer wichtigerer Faktor werden. Kom-

plexe Notfallversorgung rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche wird in den größten und am besten ausgestatteten Abteilungen konsolidiert. Die Patienten werden von ambulanten Teams behandelt und stabilisiert und dann zum richtigen Ort transportiert, an dem sie gezielt behandelt werden können. So wurde zum Beispiel in London die Notfallbehandlung von Schlaganfallpatienten transformiert, und zwar durch acht Stroke Units für hyperakute Fälle (statt der zuvor 31 Allgemeinkrankenhäuser), in denen Patienten in den ersten 72 Stunden nach einem Schlaganfall versorgt werden. Die Anzahl von Thrombolyse-, Behandlungen, die unmittelbar nach einem Schlaganfall eingeleitet werden können, ist in London im Jahr 2009 von 3,5 Prozent auf 14 Prozent im Jahr 2012 gestiegen, verglichen mit dem nationalen Durchschnitt von 7 Prozent<sup>4</sup>. Durch diese Umstellung konnte die Anzahl von Todesfällen durch Schlaganfälle um 96 Fälle pro Jahr gesenkt werden; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus wurde um 1,5 Tage<sup>5</sup> verkürzt.

Auch in der elektiven Versorgung machen sich Skaleneffekte bemerkbar. So betreibt beispielsweise die Capio Group 36 Krankenhäuser, die auf über 100 Standorte verteilt sind, und konzentriert sich auf einheitliche operative Exzellenz. Durch systematischen Vergleich der standortübergreifenden Ergebnisse und standardisierte Versorgungsprotokolle schafft die Gruppe Exzellenzzentren, senkt gleichzeitig die Kosten und reduziert klinische Abweichungen im gesamten Netz. Ein greifbares Ergebnis ist das Rapid-Recovery-Modell: Es ermöglicht 75 Prozent aller Patienten, die eine künstliche Hüfte erhalten haben, als Tagesfälle behandelt oder bereits am Tag nach dem Eingriff entlassen zu werden. Mit mehr Transparenz und einer engeren Zusammenarbeit könnten öffentliche Krankenhausnetze solche Verbesserungen sogar in noch größerem Stil umsetzen.

### 4. Stärkere vertikale Integration

Für viele Gesundheitssysteme, Patienten und Politiker stellt sich die Frage, was mit den Krankenhäusern

<sup>4</sup> <http://www.hsj.co.uk/resource-centre/best-practice/care-pathway-resources/the-six-steps-to-delivering-better-stroke-care/5044173.article> <http://www.theguardian.com/healthcare-network/2012/jul/03/stroke-care-success-london-nhs>

<sup>5</sup> S Morris et al., "Impact of centralising acute stroke services in English metropolitan areas on mortality and length of hospital stay: difference-in-differences analysis" BMJ 2014; 349

mit unterkritischer Größe geschehen soll. Die in den vorherigen drei Punkten geschilderten Trends machen sie zunehmend unrentabler. Aus unserer Sicht liegt ihre Zukunft darin, dass sie echte lokale Krankenhäuser werden, die den Patienten in ihrem Einzugsgebiet ein stärker vertikal integriertes Angebot offerieren und sich mit größeren Zentren vernetzen. Dabei werden häufig technologische Lösungen für eine verbesserte Spezialistenversorgung genutzt. Da viele Netzwerke für Primärversorgung und gemeindenaher Versorgung klein und fragmentiert sind, sind sie derzeit nur begrenzt in der Lage, effiziente, ganzheitliche Services zu erbringen oder in Diagnostiktechnologien und neue Spezialistenfähigkeiten zu investieren. Sie können die nötige Größe erreichen, indem sie ihre Services mit denen eines lokalen Krankenhauses bündeln – und für dieses einen Rettungsanker bedeuten.

Daher gehen wir von einer zunehmenden lokalen vertikalen Integration aus, die zum Aufbau äußerst funktionstüchtiger Gesundheitsnetze beiträgt. In einer Region Deutschlands wurde das Netzwerk „Gesundes Kinzigtal“ ins Leben gerufen, das sechs Krankenhäuser, 67 Fachärzte und Therapeuten für die ambulante Versorgung, 11 Pflegeheime, fünf Fitnessstudios, fünf

ambulante Pflegedienste und einen Reha-Spezialisten umfasst. Die Teilnehmerzahl ist von nur 875 im Jahr 2006 auf nahezu 10.200 im Jahr 2014 angestiegen, Umfragen zeigen eine hohe Zufriedenheit und Mitwirkung der Patienten. Ergebnis dieser Integration sind Kosten, die 7 Prozent unter dem nationalen Durchschnitt liegen. Die klinischen Ergebnisse sind sehr gut – es gibt 7 Prozent weniger Frakturen bei Patienten mit Osteoporose als in Nachbarbundesländern – und Gesundes Kinzigtal gibt an, dass die Lebenserwartung durch die Initiative im Durchschnitt um 1,4 Jahre gesteigert werden kann und damit über dem bundesdeutschen Wert liegt.<sup>6</sup>

Ein vertikal integriertes System erfordert keinen übergreifenden Verantwortlichen, obwohl dies die Entscheidungen in Bereichen wie Investitionen, Vergütung, Personalbesetzung, Fähigkeiten und Informationssysteme vereinfacht. Während durch lokale Partnerschaften und Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Anbietern integrierte Netze geknüpft werden können, von denen beide Seiten profitieren, sind die Herausforderungen für das Management in der Regel größer.

...

Das Krankenhaus der Zukunft wird verschiedene Formen annehmen. Der Fokus wird vermehrt auf der Bereitstellung umfassender spezialisierter Dienste durch dynamische lokale bzw. regionale Netze liegen und der Zugang zu allen möglichen Services unter einem Dach wird an Bedeutung verlieren. Erfolgreiche Netzwerke können in ihrem Einzugsbereich das volle Servicespektrum hochqualitativer Versorgung

bieten und flexibel genug sein, um schnell auf die sich verändernden Gesundheitsbedürfnisse der lokalen Bevölkerung einzugehen. Erst im Laufe der Zeit wird sich zeigen, welche Modelle am effektivsten sind. Eines ist jedoch klar: Das traditionelle Krankenhauskonzept als zentrales Gebäude, das das gesamte Servicespektrum aus einer Hand anbietet, wird immer seltener zu finden sein.

#### Kontaktdaten:

[soeren\\_eichhorst@mckinsey.com](mailto:soeren_eichhorst@mckinsey.com)  
[jonathan\\_jenkins@mckinsey.com](mailto:jonathan_jenkins@mckinsey.com)  
[natasha\\_stern@mckinsey.com](mailto:natasha_stern@mckinsey.com)

---

<sup>6</sup> Von der Website Gesundes Kinzigtal (gesehen am 10.12.2015); Jahresbericht Gesundes Kinzigtal 2014; auch OptiMedis-Bericht 2014 „Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen“