



***Das deutsche Gesundheits-
wesen auf dem Prüfstand
Entwicklung eines Therapieplans***

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

kennen Sie Wolfgang? Er ist 67 Jahre alt und hat 45 Jahre seines Lebens gearbeitet. Seine zwei erwachsenen Kinder sind bereits ausgezogen. Wolfgang leidet an Altersdiabetes und Herzrhythmusstörungen. Jan hingegen ist mit 24 Jahren noch bester Gesundheit. Er hat kürzlich seinen Bachelor in Wirtschaftsinformatik absolviert. Daher besitzt der junge Mann ein ausgeprägtes Technikverständnis. Vor wenigen Monaten ist er ins Berufsleben gestartet. Flexibilität hat für ihn beruflich und privat einen hohen Stellenwert. Und die 43-jährige Sandra lebt mit ihrem Mann und zwei Kindern in Tübingen. Gesundheitliche Vorsorge ist ihr angesichts der vielen Viren und Infekte, die gerade im Winter in Kindergarten und Schule vorkommen, aber auch wegen ihrer Schlafstörungen sehr wichtig.

Wolfgang, Jan und Sandra stehen in dieser Publikation stellvertretend für typische Gruppen innerhalb der deutschen Bevölkerung sowie deren Meinungen und Einstellungen zu zentralen Parametern des deutschen Gesundheitswesens, mit denen wir uns auf den folgenden Seiten auseinandersetzen werden. Dabei geht es uns speziell um folgende Fragen: Wie bewerten die Deutschen einzelne Bereiche des Gesundheitswesens, welche Schwachstellen identifizieren sie und welchen Trends stehen sie offen gegenüber? Um auf diese Fragen Antworten zu finden, haben wir unsere Bevölkerungsumfragen aus den letzten fünf Jahren noch einmal betrachtet und die Aussagen von knapp 15.000 Deutschen in einem neuen Zusammenhang zu aktuellen politischen Entscheidungen und gesellschafts- und branchenrelevanten Themen ausgewertet.

Dabei wurde deutlich: Die vielfach geäußerte Systemkritik in Bezug auf das Gesundheitswesen ist meist nicht auf Unzufriedenheit mit einer individuellen Behandlung, sondern vielmehr auf wesentlich tiefer greifende Veränderungen zurückzuführen, die Wolfgang, Jan, Sandra und uns alle gleichermaßen treffen. Es sind die Veränderungen, die die vier Megatrends demografischer Wandel, Digitalisierung, Individualisierung und Urbanisierung mit sich bringen. Sie stellen einerseits die Ursache für systemische Qualitätsdefizite dar, andererseits können sie aber durchaus zu deren Behebung beitragen, wenn sie als Ausgangspunkt für entsprechende Maßnahmen genutzt werden.

Über die Patientenebene hinaus wirken sich diese Megatrends auch nachhaltig auf die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmarkt aus. Entgegen den verbreiteten Einschätzungen trägt diese mit einer stetig wachsenden Bruttowertschöpfung stark zur gesamtwirtschaftlichen Leistung bei und ist auch für den Arbeitsmarkt überaus relevant. Umso wichtiger ist es, den Wandel dieser Branche im Auge zu behalten und auf drängende Fragen Antworten zu finden. Kann beispielsweise die Digitalisierung neue Wege in der Patientenkommunikation eröffnen und den fachübergreifenden Austausch erleichtern? Wie ist mit den zunehmend mündigen und informierten Patienten umzugehen, für die die eigene Gesundheit ein zentrales Thema ist? Bietet vielleicht auch die verstärkte Einbindung von Wearables wesentliche Vorteile?

Auf der Basis unserer Auswertungen haben wir die aus unserer Sicht entscheidenden Handlungsfelder abgeleitet. Diesen gilt es sich verstärkt zu widmen –, damit das deutsche Gesundheitswesen auch in Zukunft wettbewerbsfähig, innovativ und leistungsstark gestaltet werden kann.

Mit der vorliegenden Publikation möchten wir Ihnen eine Informationsgrundlage an die Hand geben, die Auskunft darüber gibt, wie es derzeit um zentrale Bereiche des Gesundheitswesens bestellt ist und wie diese in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Da wir branchenspezifische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Aspekte miteinander in Beziehung gesetzt haben, bietet sie Ihnen einen umfassenden Blick auf die aktuelle Situation.

Wir hoffen, dass Ihnen unsere Publikation dabei hilft, die richtigen und wegweisenden Entscheidungen für die Zukunft zu treffen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!

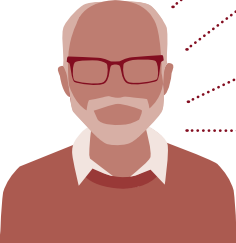


Michael Burkhardt

Leiter des Bereichs Gesundheitswirtschaft bei PwC Deutschland




Dürfen wir vorstellen? Wolfgang, Sandra und Jan



**Wolfgang,
67 Jahre**

- gesetzlich versichert
- verheiratet
- zwei erwachsene Kinder (ausgezogen)
- in Nordrhein-Westfalen wohnhaft
- lebt mit seiner Frau in einem Eigenheim in Bad Sassendorf
- jährliches Bruttohaushaltseinkommen von 50.000 Euro
- seit 2 Jahren in Rente nach 45 Arbeitsjahren
- leidet unter Herzrhythmusstörungen
- leidet an Altersdiabetes



**Sandra,
43 Jahre**

- gesetzlich versichert
- verheiratet
- zwei Kinder unter 18
- in Baden-Württemberg wohnhaft
- lebt mit ihrem Mann in einem Eigenheim in Tübingen
- jährliches Bruttohaushaltseinkommen von 60.000 Euro
- arbeitet in Teilzeit als Fremdsprachenkorrespondentin
- leidet unter Schlafstörungen
- verstärkte Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen



**Jan,
24 Jahre**

- gesetzlich versichert
- ledig
- hat keine Kinder
- in Bayern wohnhaft
- lebt in seiner ersten eigenen Wohnung in Nürnberg
- jährliches Bruttohaushaltseinkommen von 35.000 Euro
- hat ein abgeschlossenes Bachelor-Studium in Wirtschaftsinformatik
- schätzt seine flexiblen Arbeitszeiten und die Möglichkeit im Homeoffice zu arbeiten
- ist technikaffin

Inhaltsverzeichnis

**Der Gesundheitssektor
im Überblick**

S. 5



**Handlungsfelder und
Empfehlungen**

S. 40



**Ursachen für die Schwächen
im Gesundheitswesen**

S. 16



Ausblick

S. 45



**Erste Schritte zur
Bewältigung der Herausforderungen**

S. 21



Literaturverzeichnis

S. 50



Ihre Ansprechpartner

S. 53



Der Gesundheits- sektor im Überblick

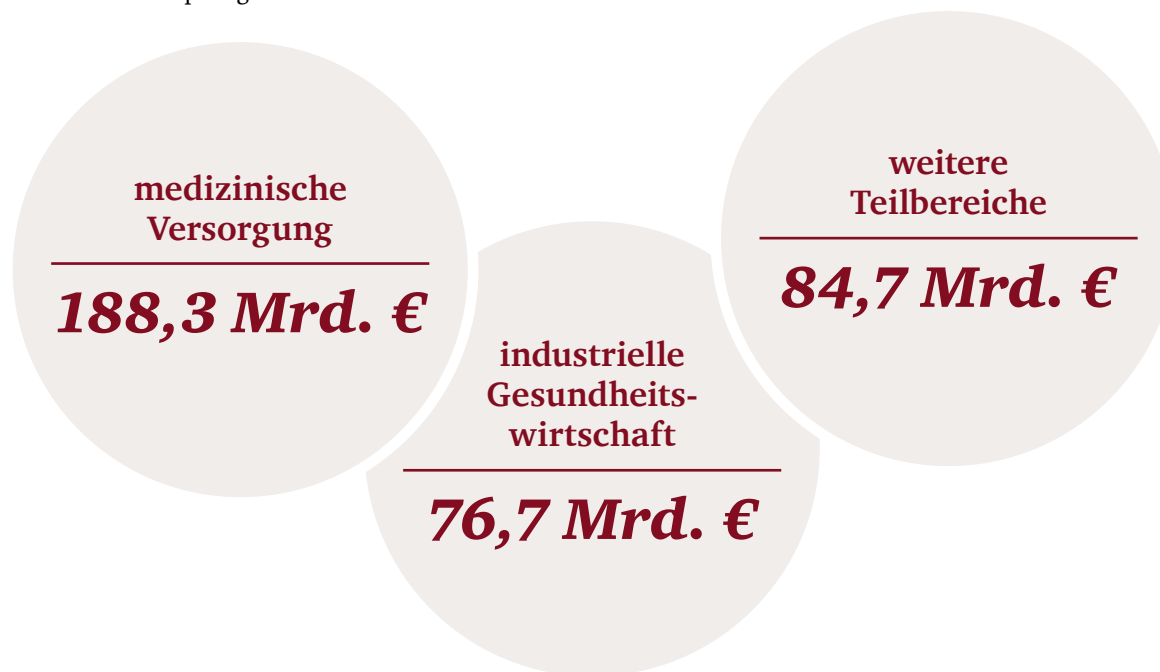


Die Gesundheitswirtschaft und ihre ökonomische Bedeutung

Dass das deutsche Gesundheitswesen heute vor vielen großen Herausforderungen, auch finanzieller Natur steht, ist hinlänglich bekannt. Gerade, wenn es ums Geld geht, wird oft darauf hingewiesen, dass die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung immens sind und die deutsche Wirtschaft mit hohen Kosten belasten. Diese Perspektive ist jedoch nur eine unter vielen.

Zieht man die Zahlen des Berichts *Gesundheitswirtschaft. Zahlen. Daten. Fakten* des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie von 2017 in Betracht, so ergibt sich ein anderes Bild: Das Wachstum der Gesundheitswirtschaft liegt in diesem Jahr rund 1 % über dem der Gesamtwirtschaft und trägt somit deutlich zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland bei.¹ Allein dieser Umstand verdeutlicht schon, dass eine volkswirtschaftliche Beurteilung der Gesundheitswirtschaft differenziert ausfallen muss. Darüber hinaus stellen Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung einen wichtigen Beitrag zum Wirtschaftswachstum und zur Beschäftigung dar, insbesondere im Hinblick auf eine effiziente Gesundheitsfürsorge, die Krankheitsprävention und die Unterstützung eines unabhängigen Lebens im Alter.

Der volkswirtschaftliche Nutzen der Gesundheitswirtschaft wird auch bei der Betrachtung ihrer Bruttowertschöpfung ersichtlich. Diese betrug 2017 insgesamt 349,8 Milliarden Euro und ist im Vergleich zum Vorjahr gewachsen (2016: 337 Mrd. Euro). Zudem zeigt sich, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung Treiber dieser Entwicklung ist und über die Hälfte der Bruttowertschöpfung ausmacht.²



¹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017): *Gesundheitswirtschaft. Zahlen. Daten. Fakten. Ergebnisse der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung*.

² Vgl. ebd.

2017 betrug der Anteil der Gesundheits- an der Gesamtwirtschaft 11,9% und ist seit 2007 (10,6%) kontinuierlich gestiegen. Dabei sind die Zuwachsraten stärker als beim Bruttoinlandsprodukt. Fast jeder achte Euro der Bruttowertschöpfung (BIP 2017: 3.264 Mrd. Euro) stammt aus der Gesundheitswirtschaft; zudem sprechen rund 7,3 Millionen Erwerbstätige für einen bedeutenden Anteil dieser Branche am Arbeitsmarkt:³



medizinische
Versorgung

**4,7 Mio.
Beschäftigte**

industrielle
Gesundheits-
wirtschaft

**1,0 Mio.
Beschäftigte**

weitere
Teilbereiche

**1,7 Mio.
Beschäftigte**

Die Ausführungen zeigen: Der ökonomische Nutzen der Gesundheitswirtschaft ist bei genauerer Betrachtung deutlich erkennbar und stellt, zusammen mit hervorragend ausgebildeten Fachkräften und einer guten Infrastruktur, einen wichtigen Treiber der deutschen Volkswirtschaft dar.

Für eine umfassende Bewertung des deutschen Gesundheitswesens ist neben der wirtschaftlichen Betrachtung aber vor allem auch die Perspektive der Bevölkerung entscheidend,

denn letztlich sind es die Bürger, denen die Leistungen zugutekommen sollen. Deren Einschätzungen werden wir im Folgenden darlegen. Die Studien von PwC aus den letzten fünf Jahren zeigen: Die Bundesbürger stellen ihrem Gesundheitswesen insgesamt ein gutes Zeugnis aus. Sie benennen aber auch Schwächen und Herausforderungen, für die Politik und Wirtschaft zeitnah Lösungen finden müssen, damit der gute Ruf des deutschen Gesundheitswesens bewahrt werden kann.

³ Vgl. ebd.

Das deutsche Gesundheitswesen bietet eine hochwertige Versorgung

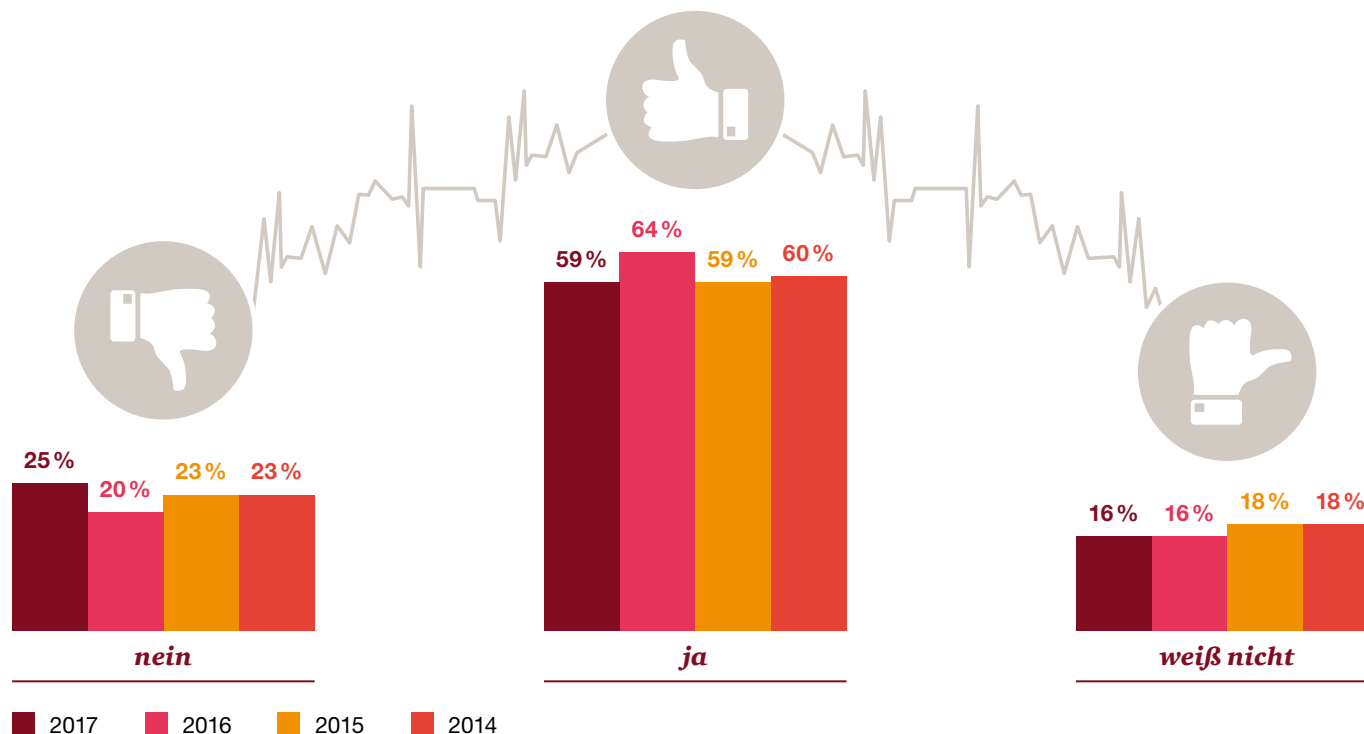
Für über die Hälfte der Bundesbürger (59%) zählt das deutsche Gesundheitssystem mehrheitlich zu den drei weltweit führenden (siehe Abb. 1).

Demzufolge schneidet Deutschland im internationalen Vergleich gut ab und das System wird alles in allem sehr geschätzt. Zugleich zeigt die Abbildung aber auch, dass die Zustimmungsrate im Vergleich zu 2016 gesunken ist. Damals sahen noch 64% das deutsche Gesundheitswesen unter den ersten drei.

Auch die klinische Versorgung im Allgemeinen wird von der Mehrheit der Deutschen durchaus positiv bewertet: Für 53% ist diese „gut“ oder sogar „sehr gut“. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich allerdings, dass zwischen den Geschlechtern eine Kluft existiert, die bereits in den vergangenen Jahren bestanden hat. Lediglich 46% der Frauen stellen der klinischen Versorgung eine mindestens gute Note aus. Bei den Männern sind es mit 61% deutlich mehr. Dass der Großteil der Deutschen nur wenig an der Qualität der medizinischen Versorgung zu bemängeln hat, wird auch dadurch belegt, dass vier von fünf Patienten ihren Arzt für kompetent halten und nicht an seiner Expertise zweifeln. Diese Einstellung hat sich unter privat Versicherten während der letzten vier Jahre sogar noch gefestigt.

Abb. 1 Deutsches Gesundheitssystem unter den Top 3?

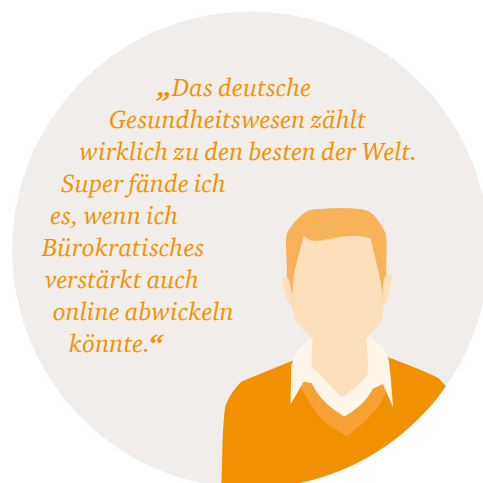
Die Mehrheit zählt das deutsche Gesundheitssystem zu den besten drei der Welt.



Basis: alle Befragten, n = 1.000 (2017, 2016), n = 1.035 (2015), n = 1.062 (2014)

Quelle: PwC (2018): Healthcare-Barometer 2018.

Grundsätzlich sind die Versicherten auch mit ihrer Krankenkasse zufrieden. 84 % bewerten diese als „gut“ oder „sehr gut“. Bei genauerer Betrachtung offenbart sich jedoch seit 2014 ein stetiger Rückgang dieser Zufriedenheit. Zwar fällt dieser mit 5 % bislang gering aus, jedoch kann eine wachsende Unzufriedenheit in den kommenden Jahren nicht ausgeschlossen werden.⁴



Unsere neueste Befragung *Future Health* hat zudem gezeigt, dass die Deutschen mit dem Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen mehrheitlich zufrieden sind. 61 % schätzen den Status quo als „sehr gut“ oder zumindest „eher gut“ ein, wobei sich die Frauen hier etwas zufriedener zeigen als die Männer. Im Umkehrschluss bleibt aber auch hier festzuhalten, dass 30 % mit dem derzeitigen Stand unzufrieden sind.⁵

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Bundesbürger derzeit noch an ihrer hohen Meinung vom deutschen Gesundheitswesen, der klinischen Versorgung sowie den Krankenkassen festhalten. Die hohen Zustimmungswerte der vergangenen Jahre sind jedoch zum Teil gesunken. Dass ein Umdenken und neue Lösungen gebraucht werden, um diesen Abwärtstrend aufzuhalten, steht bereits heute für einen Großteil der Akteure im Gesundheitswesen außer Frage.

Wo das Gesundheitswesen besser werden muss

Nach der generellen Einschätzung der Bürger gegenüber dem deutschen Gesundheitswesen geht es nun um zentrale Kritikpunkte. Hier wird deutlich, dass die Qualität der Gesundheitsleistungen nicht zur Diskussion steht. Vielmehr sind es institutionelle Schwächen oder organisatorische Mängel, die nach Meinung der Bevölkerung von Politik und Wirtschaft noch nicht entschieden genug in Angriff genommen werden.

Zu wenig Zeit für den Patienten

Das Patientengespräch – an sich unproblematisch – wird für die Ärzte zu einer immer größeren Herausforderung. Der „Halbgott in Weiß“ ist Geschichte: Patienten, vor allem jüngere, blicken heute durchaus kritisch auf ihren Arzt. Zwei Drittel der Deutschen sind mit der ärztlichen Behandlung unzufrieden und das nicht, weil sie die Kompetenz des Arztes anzweifeln, sondern weil nach ihrer Einschätzung das Patientengespräch zu kurz kommt. So bemängeln 45 %, dass der Arzt sich zu wenig Zeit für sie nimmt. Das äußern vor allem gesetzlich Versicherte mit 48 %, während es unter den privat Versicherten lediglich 26 % sind. Auffällig ist ebenfalls, dass besonders die unter 55-Jährigen über ein zu knappes Zeitbudget des Arztes klagen. Bei den 18- bis 34-Jährigen fällt diese Kritik mit 54 % am deutlichsten aus. In der Altersgruppe ab 55 Jahren sind es hingegen nur 33 % (siehe Abb. 2). Diese Datenlage verdeutlicht: Der mündige Patient, den das Gesundheitswesen lange gefordert hat, ist Realität. Die Patienten wünschen sich eine medizinische Beratung auf Augenhöhe. Die Zeit, die sich ein Arzt für seine Patienten nimmt, stellt heute einen entscheidenden Qualitätsfaktor im Gesundheitswesen dar.⁶

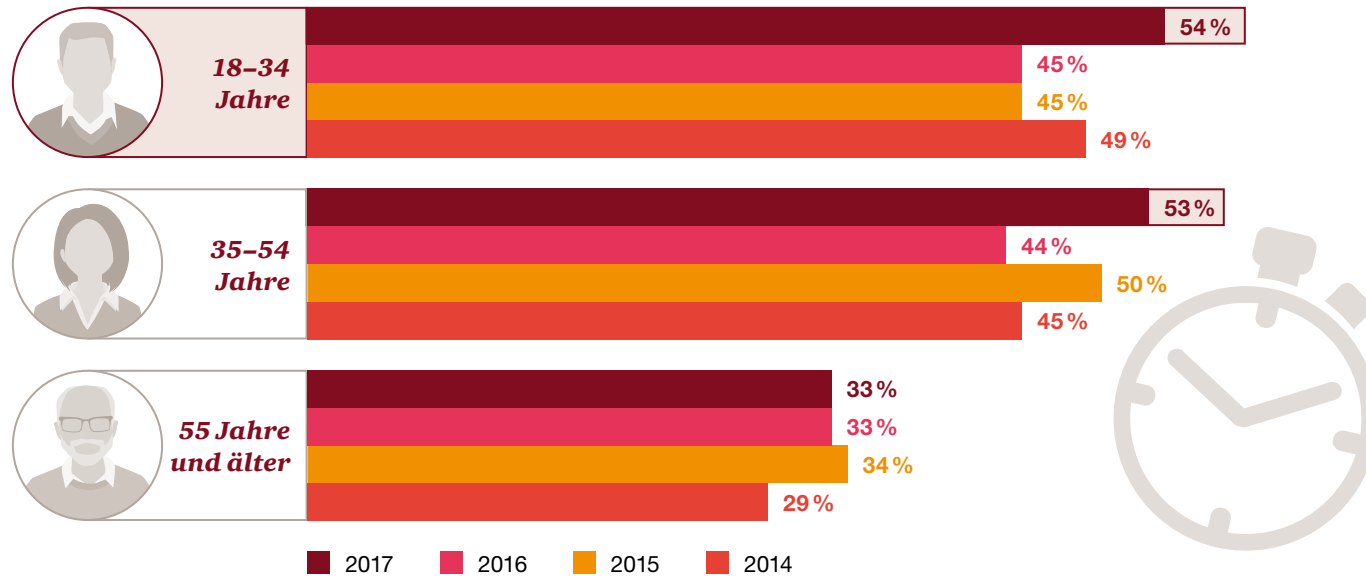
⁴ Vgl. PwC (2018): *Healthcare-Barometer 2018*.

⁵ Vgl. PwC (2018): *Future Health. Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen*.

⁶ Vgl. PwC (2018): *Healthcare-Barometer 2018*.

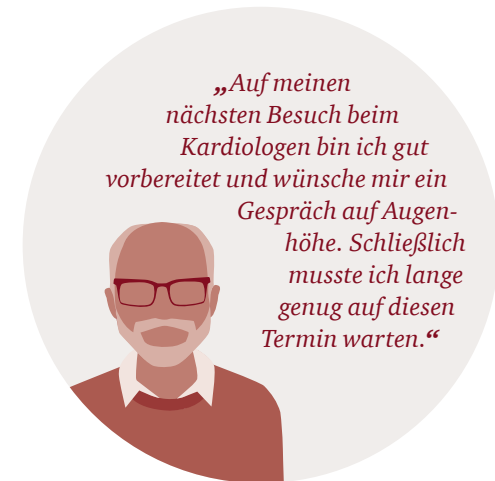
Abb. 2 Warum herrscht Unzufriedenheit mit Ärzten?

Besonders unter 55-Jährige klagen über zu wenig Zeit des Arztes. Die Unzufriedenheit ist im Vorjahresvergleich deutlich gestiegen.



Basis: alle Befragten, 2017: n=1.000 (18-34 Jahre: n=250, 35-54 Jahre: n=340, 55 Jahre+: n=410), 2016: n=1.000, 2015: n=1.035, 2014: n=1.062 (Mehrfachnennungen waren möglich)

Quelle: PwC (2018): *Healthcare-Barometer 2018*.



Natürlich wissen auch die Patienten, dass Hektik, Stress, Überlastung, der dringende Ruf zum Notfallpatienten oder lästige Verwaltungsaufgaben es dem Arzt nicht immer erlauben, sich für jeden Patienten die Zeit zu nehmen, die dieser sich wünscht. Umso wichtiger ist es daher, dass der Arzt in der verfügbaren Zeit respektvoll, empathisch und professionell mit dem Patienten umgeht.

Gerade in Zeiten von Dr. Google und der ständigen Verfügbarkeit medizinischer Fachinformationen im Netz bilden diese Faktoren den entscheidenden Mehrwert, den sich Patienten von einem persönlichen Arztgespräch erhoffen. Hier bietet die Einführung der elektronischen Patientenakte einige Vorteile. Zum einen lässt sich wertvolle Zeit sparen, da man schneller und flexibler

auf die Daten der Patienten zugreifen kann. Zum anderen wird die Kommunikation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterstützt. So wird beispielsweise die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern vereinfacht. Die elektronische Patientenakte wird an späterer Stelle ausführlich thematisiert.

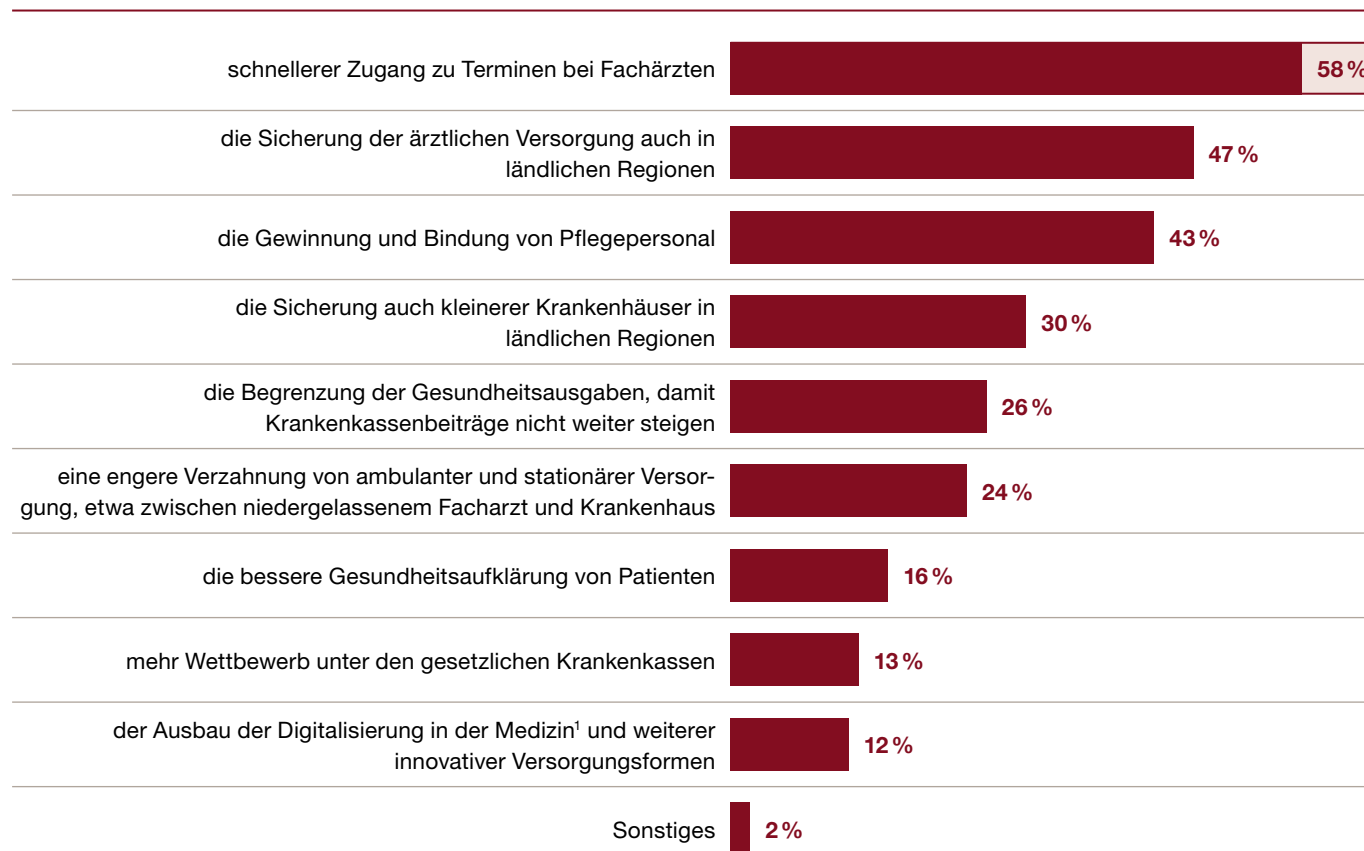
Langes Warten auf Termine

Mit der fehlenden Zeit der Ärzte geht einher, dass zu lange Wartezeiten auf Arzttermine ein wiederkehrendes Thema in der gesundheitspolitischen Debatte sind – und das trotz der hohen Arztdichte in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen OECD-Ländern. Auch die deutsche Bevölkerung bestätigt, dass bei der Vergabe von Facharztterminen dringend Verbesserungen nötig sind. 58% sehen hier einen zentralen Bereich mit Handlungsbedarf (siehe Abb. 3).⁷



Abb. 3 Wo ist der größte Handlungsbedarf?

Beim Ausbau der Digitalisierung besteht nur für jeden Achten größter Handlungsbedarf. Wichtiger: Der Zugang zur Versorgung für alle.



¹ z.B. Video-Sprechstunden per Internet, elektronischer Medikationsplan oder Telemonitoring chronisch Kranker.

Basis: alle Befragten, n=1.003 (Mehrfachnennung waren möglich, maximal drei Nennungen)

Quelle: PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

⁷ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Besser sieht es beim Hausarzt und im Krankenhaus aus: Hier erhalten immerhin 76 % der Patienten am selben Tag der Anfrage oder am nächsten Tag einen Termin.⁸ Bei genauerer Betrachtung zeigt sich zudem ein Unterschied in der Wahrnehmung zwischen privat und gesetzlich Versicherten. Bei Ersteren sind über drei Viertel (77%) mit dem Zugang zu Facharztterminen zufrieden, bei den gesetzlich Versicherten

sind es weniger als die Hälfte (48%). Somit fällt die Zufriedenheit der privat Versicherten hier sogar noch höher aus als bei der Terminfindung in deutschen Krankenhäusern (73%). Im Vergleich dazu fallen die Zufriedenheitswerte der gesetzlich Versicherten, mit Ausnahme der Terminfindung beim Hausarzt, deutlich geringer aus (siehe Abb. 4).⁹

Abb. 4 Wie gut ist der Zugang zu Leistungserbringern?

Privat Versicherte beurteilen den Zugang zu Krankenhäusern und Fachärzten erheblich besser als gesetzlich Versicherte.

Top 2: sehr zufrieden und einigermaßen zufrieden	Gesamt	Ortsgröße (Einwohner)					Krankenversicherung ¹	
		<5.000	5.000–<20.000	20.000–<100.000	100.000–<500.000	≥500.000	GKV	PKV
Basis	1.003	177	228	228	189	180	875	125
Was den Hausarzt betrifft	87%	89%	90%	86%	81%	86%	86%	92%
Was das Krankenhaus betrifft	59%	49%	65%	63%	56%	61%	57%	73%
Was Fachärzte betrifft	52%	44%	49%	52%	58%	57%	48%	77%
Bin mit keinem Zugang sehr/einigermaßen zufrieden	7%	8%	3%	7%	10%	7%	8%	3%

¹ Ohne „sonstige“.

Basis: alle Befragten, n=1.003 (skalierte Abfrage, Darstellung für Top 2: sehr zufrieden und eher zufrieden)

Quelle: PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

⁸ Vgl. WIP (2017): *Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte*.

⁹ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.



Stadt-Land-Gefälle

Zahlreiche Faktoren führen dazu, dass in Deutschland nicht nur die ländlichen Regionen unter einer schlechteren Gesundheitsversorgung leiden, sondern auch die Einzugsgebiete um die Metropolregionen herum. Das betrifft neben der wohnortnahen Versorgung mit Ärzten auch die Versorgung mit Pflegeeinrichtungen sowie kleineren Krankenhäusern.

Um in Zukunft eine gut erreichbare (wohnortnahe) medizinische Versorgung insbesondere in unterversorgten ländlichen Regionen sicherzustellen, wurde 2015 das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erlassen. Finanzielle Anreize und bessere Arbeitsbedingungen sollen den Beruf des Landarztes darüber hinaus attraktiver machen. Die Verantwortlichen sind sich der sich verschärfenden Situation durchaus bewusst.¹⁰

Auch die deutsche Bevölkerung sieht in der Sicherung der Versorgung in ländlichen Regionen ein wichtiges Handlungsfeld. Knapp die Hälfte (47%) spricht sich hier für einen verstärkten Einsatz der Verantwortlichen aus (siehe Abb. 5). Vor allem Bürger im Alter von 60 Jahren und älter sorgen sich um den Zugang zum Arzt in ländlichen Regionen (58%).¹¹

Analog zu diesem Befund zählt für knapp ein Drittel der Bundesbürger auch die Sicherung der kleinen Krankenhäuser auf dem Land zu den wichtigen Herausforderungen der deutschen Gesundheitspolitik (siehe Abb. 5). Dieser Aspekt ist für alle Altersklassen gleichermaßen zentral.¹²

Abb. 5 Wo ist der größte Handlungsbedarf?

Mit zunehmendem Alter wird die Sicherung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum immer mehr zur wichtigsten Aufgabe.

	Gesamt	Alter (Jahre)					Region	
		18–29	30–39	40–49	50–59	≤60	West	Ost
Basis	1.003	171	147	168	190	328	803	200
schnellerer Zugang zu Terminen bei Fachärzten	58 %	50 %	59 %	62 %	65 %	56 %	57 %	64 %
die Sicherung der ärztlichen Versorgung auch in ländlichen Regionen	47 %	35 %	39 %	44 %	45 %	58 %	46 %	50 %
die Gewinnung und Bindung von Pflegepersonal	43 %	35 %	39 %	44 %	43 %	48 %	44 %	39 %
die Sicherung auch kleinerer Krankenhäuser in ländlichen Regionen	30 %	28 %	32 %	34 %	29 %	29 %	31 %	28 %
die Begrenzung der Gesundheitsausgaben, damit Krankenkassenbeiträge nicht weiter steigen	26 %	20 %	27 %	27 %	25 %	28 %	26 %	25 %
eine engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, etwa zwischen niedergelassenem Facharzt und Krankenhaus	24 %	17 %	19 %	17 %	27 %	30 %	25 %	17 %
die bessere Gesundheitsaufklärung von Patienten	16 %	28 %	18 %	14 %	12 %	12 %	16 %	16 %
mehr Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen	13 %	14 %	15 %	16 %	11 %	11 %	14 %	9 %
der Ausbau der Digitalisierung in der Medizin und weiterer innovativer Versorgungsformen	12 %	20 %	15 %	10 %	13 %	7 %	11 %	14 %
Sonstiges	2 %	1 %	3 %	3 %	3 %	2 %	2 %	3 %

Basis: alle Befragten, n = 1.003 (Mehrfachnennungen waren möglich, maximal drei Nennungen)

Quelle: PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

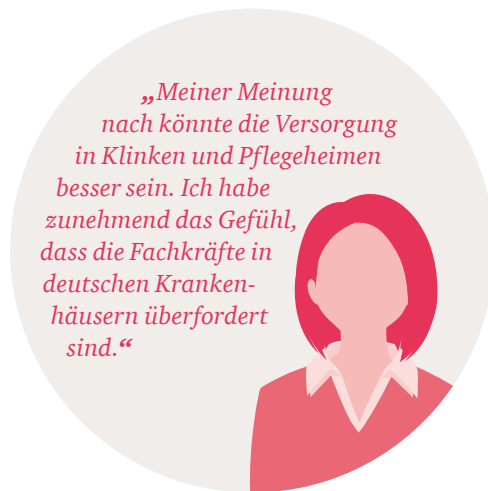
¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015): *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*.

¹¹ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

¹² Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Das knappe Gut im Gesundheitswesen: die Fachkräfte

Der Mangel an hoch spezialisierten Fachkräften spitzt sich auch im Gesundheitswesen zu. Dass der demografische Wandel als einer der gesellschaftlichen Megatrends hier gravierende Auswirkungen hat, steht außer Frage: Das Lebensalter der Patienten steigt stetig, zugleich fehlt der Nachwuchs bei medizinischen Fachkräften insbesondere in der Alten- und Intensivpflege. Das lange Warten auf (Fach-) Arzttermine sowie die von Patienten als zu kurz empfundene Zeit, die sich Ärzte für das Gespräch mit ihnen nehmen, deuten darauf hin, dass die Bevölkerung die Auswirkungen des Fachkräftemangels immer deutlicher spürt.



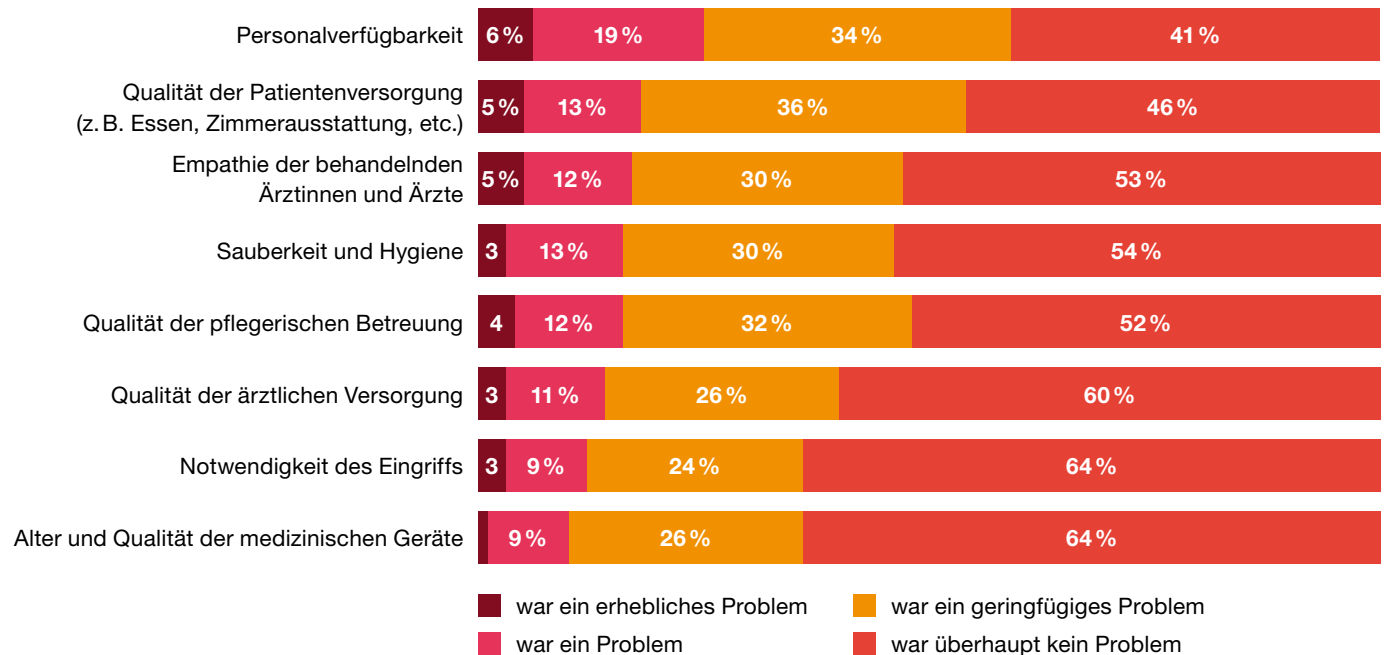
In Krankenhäusern

Auch wenn das Vertrauen der Patienten in das Krankenhaus relativ groß ist: Zunehmend fällt der dort herrschende Personalmangel auf. 25 % bemängeln dies (siehe Abb. 6).¹³ Da gerade die Gesundheitsbranche schon heute stark unter dem Fachkräftemangel leidet und dieser in den kommenden Jahren voraussichtlich noch zunehmen wird, müssen die

Krankenhäuser das Problem ernst nehmen. Steigende gesetzliche Anforderungen wie etwa die Festlegung von Fachkräfteschlüsseln für Perinatalzentren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verschärfen das Problem zusätzlich.

Abb. 6 Probleme im Krankenhaus

Die größten Probleme hatten die Befragten mit der Personalverfügbarkeit.



Basis: alle Befragten, n= 1.000 (skalierte Abfrage, sortiert nach: war ein erhebliches Problem und war ein Problem)

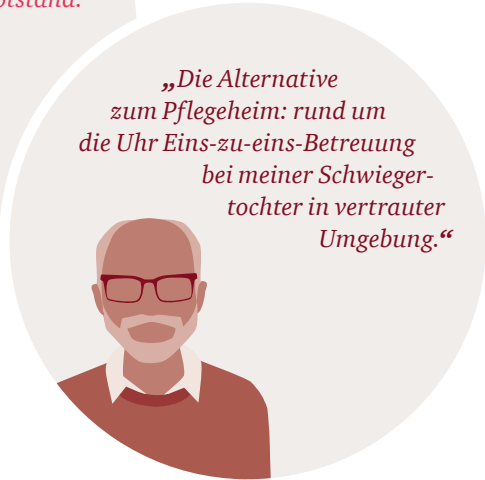
Quelle: PwC (2017): *Wenn der Patient sein Krankenhaus rettet. Bürger wollen die ortsnahe Versorgung stärken.*

¹³ Vgl. PwC (2017): *Wenn der Patient sein Krankenhaus rettet. Bürger wollen die ortsnahe Versorgung stärken.*

„Mir ist nicht wohl dabei, meine Eltern in ein Pflegeheim zu bringen. Da herrscht doch immer Personalnotstand.“



„Die Alternative zum Pflegeheim: rund um die Uhr Eins-zu-eins-Betreuung bei meiner Schwiegertochter in vertrauter Umgebung.“

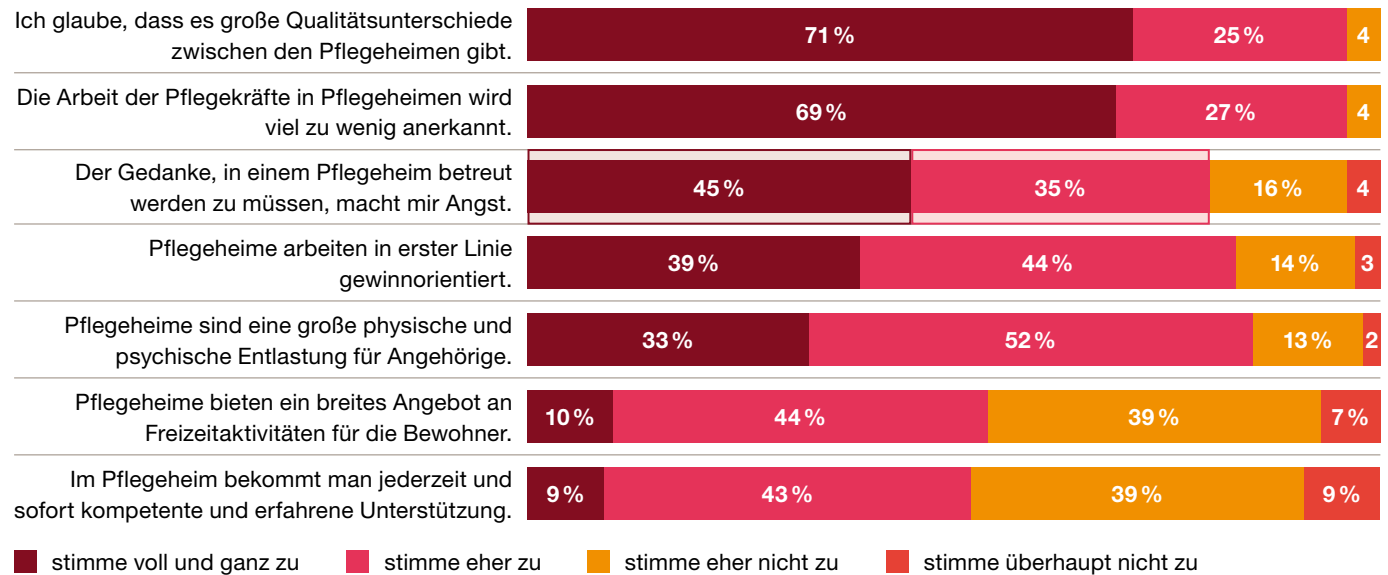


In Pflegeheimen

Die Verfügbarkeit von Fachkräften in Pflegeheimen spielt vor allem für privat Versicherte eine wichtige Rolle: Für 60% von ihnen ist die Gewinnung und Bindung von Pflegepersonal das Topthema und erzielt unter allen abgefragten Themen den häufigsten Zuspruch. Zudem steigt die Relevanz dieses Aspekts mit zunehmendem Alter: Während lediglich 35% der 18- bis 29-Jährigen hier großen Handlungsbedarf sehen, sind es bei den 40- bis 49-Jährigen schon 44% und bei den 60-Jährigen (und älter) sogar 48%.¹⁴ Selbst Opfer des Personalmangels und überforderter Pflegekräfte zu werden, ist daher auch die mit Abstand größte Angst der Bürger: 73% fürchten sich davor. Frauen sowie Menschen, die 60 Jahre und älter sind, sind hier mit 78 bzw. 79% die pessimistischsten Gruppen. Somit verwundert es nicht, dass der Gedanke, selbst in einem Pflegeheim betreut werden zu müssen, 80% der Deutschen Angst macht (siehe Abb. 7). Nur 6% würden sich im Falle einer Pflegebedürftigkeit freiwillig für einen stationären Aufenthalt in einem Pflegeheim entscheiden.¹⁵

Abb. 7 Wie denken die Deutschen über Pflegeheime?

80% der Deutschen macht der Gedanke, in einem Pflegeheim betreut werden zu müssen, Angst.



Basis: alle Befragten, n=1.000 (skalierte Abfrage, sortiert nach: stimme voll und ganz zu)

Quelle: PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Pflege in Deutschland*.

Fazit

Die Befragungsergebnisse zeigen: Weder die medizinischen Aspekte noch die Qualität der Behandlungen stehen im Zentrum der Kritik. Vielmehr geht es um die Organisation des Gesundheitswesens an sich und um den Zugang zu medizinischen Leistungen. Der Patient wird notgedrungen zum Manager seiner eigenen Gesundheit und übernimmt zunehmend Verantwortung für seine eigene aktive

Gesundheitsvorsorge. Dazu zählen unter anderem die Work-Life-Balance, Entschleunigung und Achtsamkeit, Sport und Fitness, Ernährung, Alternativmedizin und das Selftracking der eigenen Körperfunktionen.

Wo aber liegen die Ursachen für diese institutionellen Schwächen des deutschen Gesundheitswesens?

¹⁴ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

¹⁵ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Pflege in Deutschland*.

*Ursachen für die
Schwächen im
Gesundheitswesen*



Im vorherigen Kapitel wurde deutlich: Auch wenn viele Bürger mit dem Gesundheitswesen in Deutschland überwiegend zufrieden sind, existieren zentrale Kritikpunkte. Diese beziehen sich vor allem auf den institutionellen Rahmen des Gesundheitswesens. Um Ursachen für diese Schwachpunkte zu finden, widmen wir uns in diesem Kapitel den vier globalen Megatrends, die nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche – auch das Gesundheitswesen – maßgeblich beeinflussen: der demografische Wandel, die Digitalisierung, die Individualisierung und die Urbanisierung.

Abb. 8 Branchenübergreifende Megatrends



In den folgenden Darlegungen wird deutlich, dass die vier Megatrends zum Teil in einem ausgeprägten Spannungsverhältnis zum deutschen Gesundheitswesen stehen: Sie sind einerseits maßgeblicher Verursacher der – letztlich punktuellen – Einschränkungen innerhalb der hochwertigen Versorgung in der Bundesrepublik, andererseits eröffnen sie Chancen, die institutionellen Schwächen zu mildern oder gar vollständig zu beheben.



Demografischer Wandel

Deutschland altert und schrumpft – und das immer schneller. Ob die Einwohnerzahl in den kommenden Jahrzehnten von 81,58 Millionen (2016) auf 73,08 Millionen (2060) schrumpfen wird, hängt vor allem von den drei zentralen Determinanten Zu- und Abwanderung, Geburtenrate sowie Sterblichkeitsrate ab.¹⁶ Um den demografischen Wandel mit seinen gewaltigen Auswirkungen abzufedern, bedarf es in Deutschland eines ganzheitlichen, integrierten Strategiekonzepts über alle politisch-organisatorischen

Ebenen hinweg. Auch die Bereiche Sozialversicherung, Arbeitswelt, Infrastruktur und Familienpolitik müssen einbezogen werden. Die Zielrichtung lautet aus Sicht des Gesundheitswesens: Stabilisierung der Lebensqualität unter Berücksichtigung individueller Präventionsmaßnahmen und des persönlichen Umfelds.

Wie der demografische Wandel das Gesundheitswesen im Speziellen beeinflusst, zeigt die folgende Übersicht:

Abb. 9 Die Herausforderungen des demografischen Wandels im Überblick

Herausforderungen	Folgen für das Gesundheitswesen	konkrete Konsequenzen
Bevölkerung wird älter	Zunahme alterbezogener Erkrankungen und somit Überlastung des Ärzte- und Pflegepersonals	<ul style="list-style-type: none"> • zunehmender Fachkräftemangel • weniger Zeit des Arztes für Beratungsgespräche sowie mehr Arztkonsultationen
Bevölkerung wird vielfältiger	Zunahme der Konfliktbelastung	<ul style="list-style-type: none"> • längere Wartezeiten bei (Fach)arztterminen • zunehmend selbstbestimmte Patienten • Zunahme der Komplexität von Pflegesituationen • Anstieg krankheitsbedingter Arbeitsausfälle

¹⁶ Vgl. Krüger (2018): *Herausforderung Fachkräftemangel*.

Wenn die Verantwortlichen im deutschen Gesundheitswesen so weitermachen wie bisher und essenzielle Rahmenbedingungen wie die Voll- und Teilzeitquote, das Renteneintrittsalter und die Jahresarbeitszeit der Pflegekräfte unverändert bleiben, so werden im Jahr 2030 im Gesundheits- und Pflegewesen voraussichtlich rund 404.000 Fachkräfte fehlen. Nur unter erheblichen Anstrengungen, wie etwa einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Pflegewesen von 49 Stunden, könnte ein so großer Arbeitskräftemangel ausgeglichen werden. Im schlimmsten Fall, wenn sich die Rahmenbedingungen also weiter verschlechtern, droht 2030 eine Personallücke von 633.000 Vollzeitkräften. Mehr als jede vierte Stelle kann dann nicht mehr besetzt werden. Die steigende Arbeitsbelastung wird dazu führen, dass die vorhandenen Fachkräfte häufiger ausfallen und den Beruf früher aufgeben.¹⁷ Besonders kritisch ist die Situation bei den Assistenzberufen. Hier könnten 2030 mehr als eine Viertelmillionen Arbeitskräfte fehlen.¹⁸

Gerade für die betriebliche Gesundheitsvorsorge sind diese Befunde von Bedeutung, denn die Krankheitskosten in Unternehmen haben schon heute eine immense Dimension erreicht. Bereits 2009 fielen bedingt durch Absentismus und Präsentismus rund 129 Milliarden Euro an. Umgerechnet

macht dies 50% der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Mit einem Bruttowertschöpfungsausfall von 225 Milliarden Euro (9% des Bruttoinlandsprodukts) hat dies auch eine Auswirkung auf die Volkswirtschaft insgesamt.¹⁹ Nicht nur dieser Fakt, sondern auch ein einfacher Kosten-Nutzen-Vergleich zeigt, dass sich Investitionen in die betriebliche Vorsorge lohnen: In der Volkswirtschaft zahlt sich jeder Euro, den Unternehmen in gesundheitliche Prävention investieren, mit zwischen fünf und 16 Euro aus.²⁰

Digitalisierung

Smartphones, Sensoren, Software – sie beeinflussen das tägliche Leben immer mehr und sind letztlich nur ein kleiner Teil dessen, was die digitale Transformation ausmacht, die in sämtlichen Branchen Fahrt aufnimmt und ihren disruptiven Charakter entfaltet. Wie die Digitalisierung das Gesundheitswesen im Speziellen beeinflusst, zeigt die folgende Übersicht:

Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung:

Abb. 10 Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Bereich	Chancen	Herausforderungen
medizinisch	<ul style="list-style-type: none"> neue Behandlungsmöglichkeiten durch Vorhandensein großer Datensätze und deren Analyse (z. B. Genom Editing und personalisierte Medizin) neue Behandlungsmöglichkeiten durch neue Technologien (z. B. roboterassistierte Chirurgie und bildgebende Analyseverfahren) 	<ul style="list-style-type: none"> große Angst vor Cyberattacken und Datenmissbrauch in der deutschen Bevölkerung große Angst vor technischen Fehlern und falscher Diagnosen in der deutschen Bevölkerung Intransparenz beim Datenschutz und bei IT-Sicherheitsstandards
organisatorisch	<ul style="list-style-type: none"> neue sektorenübergreifende Kommunikationswege (z. B. durch eine elektronische Patientenakte) neue Kommunikationswege zwischen Arzt und Patient (z. B. durch Videosprechstunde) neue Tools und Softwarelösungen für Praxis- und Krankenhausmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlen umfassender Kommunikationstools und Austauschplattformen vermehrter Einzug von Insellösungen bürokratischer Aufwand bei Leistungserbringen nach wie vor hoch
patientenbezogen	<ul style="list-style-type: none"> Vielzahl an Möglichkeiten für den Patienten, die eigene Gesundheit selbst im Blick zu behalten (z. B. durch Wearables und Informationen im Internet) 	<ul style="list-style-type: none"> derzeit (noch) kein Durchbruch von Wearables bzw. Fitnesstrackern Nutzung von Internetquellen, die nicht qualitätsgesichert sind Patienten nehmen Verantwortung für eigene Gesundheit zunehmend in die eigene Hand

¹⁷ Vgl. PwC/WifOR (2012): 112 – und niemand hilft.

¹⁸ Vgl. PwC/WifOR (2016): *Demografischer Wandel: In Deutschland werden die Arbeitskräfte rar.*

¹⁹ Vgl. Booz & Company (2011): *Vorteil Vorsorge. Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland.*

²⁰ Vgl. ebd.

Individualisierung

Gerade im organisatorischen Bereich wird das Potenzial der Digitalisierung derzeit nicht ausgeschöpft. Viele Arztpraxen sind nach wie vor überwiegend analog organisiert oder nutzen digitale Insellösungen, die nicht mit den Systemen anderer Leistungserbringer oder der Krankenkassen kompatibel sind. Eine beachtliche Zahl von Krankenkassen hat zudem damit begonnen, elektronische Patientenakten in Eigenregie zu entwickeln. So bleiben viele Effekte und Prozesserleichterungen zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, die sich durch die Digitalisierung ergeben, ungenutzt. Die Herausforderung bei der flächendeckenden Einführung einer Telematikinfrastruktur besteht also darin, alle Akteure mitzunehmen und miteinander zu vernetzen, zugleich aber auch Lösungen für aktorspezifische Ansprüche zu integrieren und dabei alle datenschutzrechtlichen Anforderungen zu erfüllen.

Freiheiten und Wege, sich selbst zu verwirklichen, gibt es in der heutigen Zeit genug. Und dieser Raum für Individualität wird auch zunehmend genutzt. Einen Vorzeigelebenslauf im klassischen Sinne gibt es nicht mehr. Nach den eigenen Vorstellungen leben, alternative Wege gehen, den Fokus auf sich selbst richten; diese Werte sind zunehmend gefragt. Das gilt auch für den Umgang mit der eigenen Gesundheit und den Lebensstil. Apps, Fitnessarmbänder oder andere Wearables ermöglichen es heute, sich selbst genau unter

die Lupe zu nehmen, wichtige Körperfunktionen wie Puls oder Herz-Kreislauf-Funktionen im Blick zu behalten und auf Unregelmäßigkeiten zu reagieren. Kurzum: Die Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit mit all ihren individuellen Voraussetzungen und Lebensumständen ist heute größer denn je.

Wie der Trend hin zur Individualisierung das Gesundheitswesen im Speziellen beeinflusst, zeigt die folgende Übersicht:

Abb. 11 Was eine zunehmende Individualisierung im Gesundheitswesen mit sich bringt



Urbanisierung

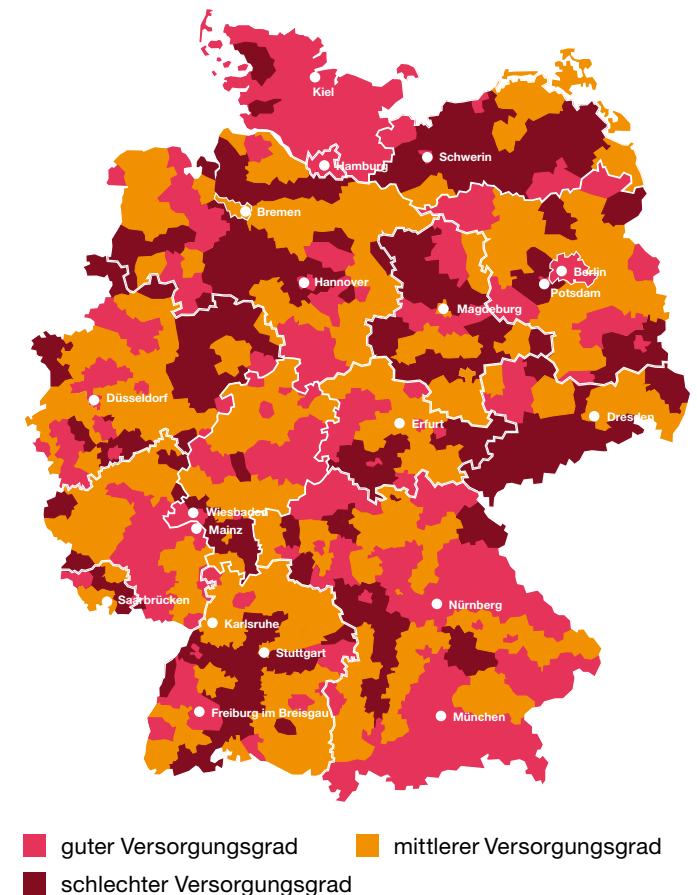
Die Übersicht verdeutlicht, dass der Trend hin zur Individualisierung nicht nur Herausforderungen für das Gesundheitswesen birgt, sondern auch Chancen. Infolge der zunehmenden Eigenverantwortung der Patienten, zum Beispiel für eine basale Kontrolle und Beobachtung seiner Vitalwerte durch Fitnessstracker, können Arztpraxen entlastet werden, da hierfür nicht mehr unbedingt ein Termin in der Praxis nötig ist. Diese Reduktion der Arztbesuche könnte als quantitative Entlastung bezeichnet werden. Zugleich ist aber davon auszugehen, dass für die eigene Gesundheit sensibilisierte Patienten, sollte ein Arztbesuch notwendig werden, eine gründliche und ausführliche Beratung durch den Arzt erwarten. Dieser Mehraufwand aufseiten der Leistungserbringer könnte hingegen als qualitative Belastung bezeichnet werden.

Zudem bringt insbesondere die zunehmende Individualisierung eine erhöhte Nachfrage nach Angeboten des zweiten Gesundheitsmarktes mit sich. Immer mehr Menschen sind bereit, für die eigene Gesundheit tiefer in die Tasche zu greifen und auch Leistungen in Anspruch zu nehmen, die nicht von ihrer Krankenkasse getragen werden. Allein von 2005 bis 2012 ist der zweite Gesundheitsmarkt mit rund 30 % stärker gewachsen als der erste. Insbesondere im Bereich der erweiterten Gesundheitswirtschaft, der Gesundheitsprodukte im weitesten Sinne umfasst (z. B. Sportbekleidung und Wellnessangebote), ist mit rund 40 % das größte Wachstum zu verzeichnen. Mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 4 % wächst der zweite Gesundheitsmarkt somit stärker als der erste. Der zweite Gesundheitsmarkt hat für Deutschland damit schon heute eine große volkswirtschaftliche Bedeutung und diese wird in den kommenden Jahren weiter steigen.²¹

Ein weiterer Megatrend der heutigen Zeit ist die Landflucht, eine Folge der zunehmenden Attraktivität des städtischen Lebens. Sie ist selbst in hoch entwickelten Flächenländern ungebrochen. Entsprechend fallen auch die Entscheidungen aus, wenn sich Mediziner die Frage stellen: Stadtarzt oder Landarzt? Der sogenannte Landärztemangel ist keine Fiktion, sondern für viele Menschen, die abseits der Metropolregionen leben, harte Realität. Um dieser Schieflage entgegenzuwirken, bieten ländliche Kommunen zahlreiche attraktive Hausarztmodelle an, bei denen die Ärzte beispielsweise selbst entscheiden können, ob sie in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder in Voll- oder Teilzeit tätig sein wollen. Doch damit allein lässt sich der Versorgungsnotstand kaum beheben. Denn die Ärzte wollen sich nicht dort niederlassen, wo man sie braucht. Junge Assistenz- und Fachärzte, die keine Familie haben, bevorzugen die Metropolregionen. Erst in den späteren Berufsjahren kehrt sich dieser Trend um.

Die folgende Übersicht zeigt, wie sich die Urbanisierung auf die flächendeckende Versorgung mit Hausärzten auswirkt:

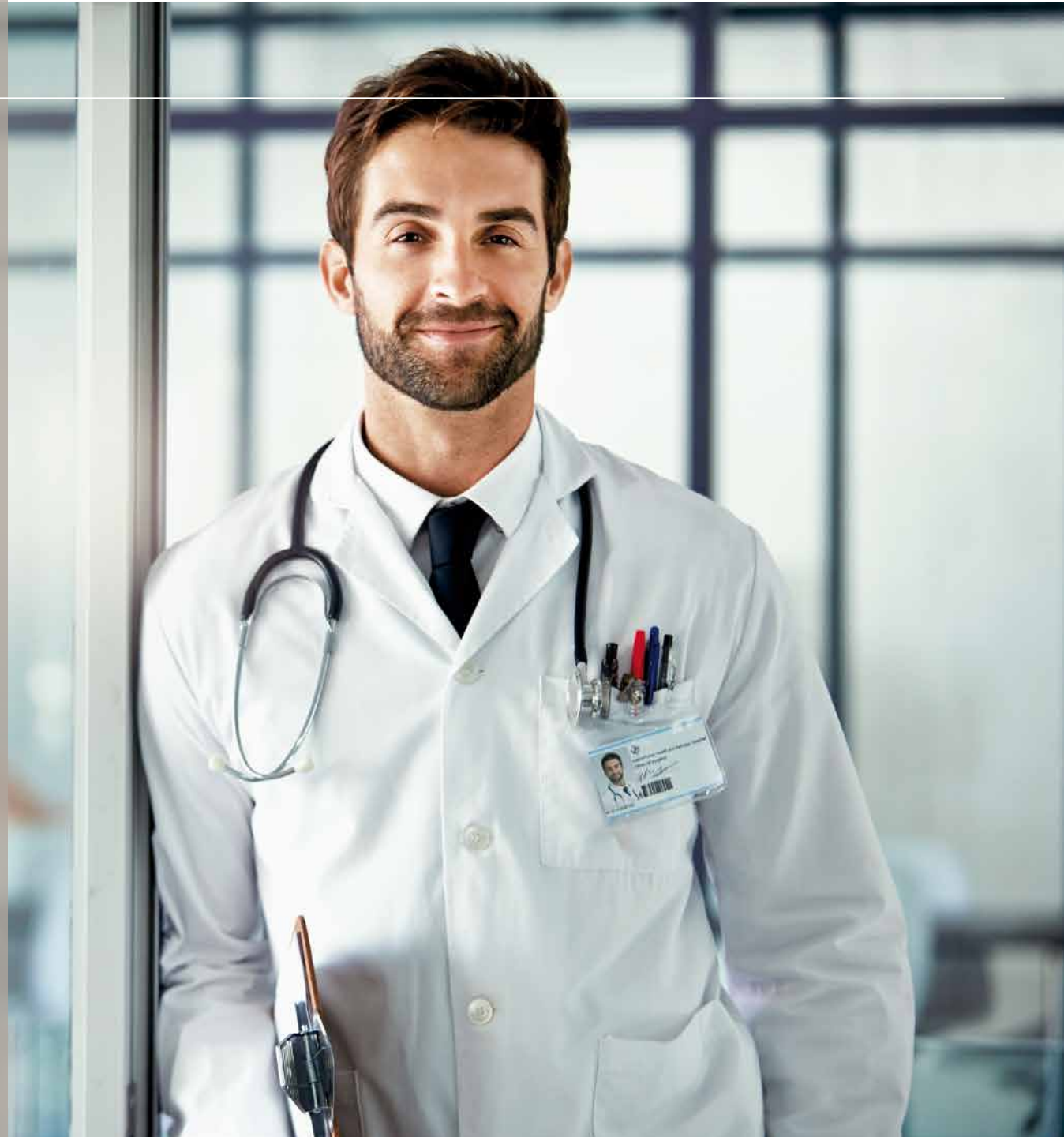
Abb. 12 Die Versorgung mit Hausärzten im Überblick (2017)



Quelle: Darstellung nach Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): *Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen.*

²¹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2013): *Vom Gesundheitssatellitenkonto zur gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung.*

*Erste Schritte zur
Bewältigung der
Herausforderungen*



Im vorherigen Kapitel wurde deutlich: Das deutsche Gesundheitswesen steht großen Veränderungen und Herausforderungen gegenüber, die schon heute oder spätestens in naher Zukunft ihre Wirkung entfalten werden. Es gilt, Lösungen zu finden und diese zeitnah zu implementieren, um das Gesundheitswesen für die kommenden Jahre zu rüsten und den Wünschen und Ansprüchen der Bürger gerecht zu werden. Nachfolgend geben wir einen Überblick über die wichtigsten Lösungsansätze, die dabei helfen, zukünftige Herausforderungen zu meistern und angemessen auf die Megatrends der heutigen Zeit zu reagieren.

Demografischer Wandel: den Fachkräftemangel abfedern

Um den demografischen Wandel abzufedern, ist vor allem eines wichtig: die Steigerung der Attraktivität der Gesundheits- und Pflegeberufe. Dann ließe sich das im Grunde vorhandene Potenzial an Fachkräften effizienter nutzen. Ein Credo in diesem Zusammenhang lautet: Geht es den Patienten gut, dann geht es auch den Fachkräften besser. Dies wiederum trägt zu einem positiven Image der Branche bei. Die Aufwertung der Gesundheits- und Pflegeberufe ist daher eine gesellschaftspolitische Aufgabe. Wie kann sie gelöst werden?

Wertschätzende, intelligente Geschäftsmodelle, die auf innovativen Beschäftigungs- und Rekrutierungsmodellen basieren und von kreativen politischen Rahmenbedingungen gestützt werden, sind zentrale Bestandteile der Lösung. Denn wer den demografischen Wandel, insbesondere im Hinblick auf den Fachkräftemangel abfedern möchte, der braucht ein abgestimmtes Gesamtkonzept.

Das betrifft zum einen gesellschafts- und branchenübergreifend alle Unternehmen mit Fokus auf das Gesundheitswesen, alle Beteiligten der medizinischen Versorgung, der industriellen Gesundheitswirtschaft sowie die Beteiligten verwandter Branchen. Die entscheidenden Stellschrauben für diese Geschäftsmodelle sind dabei sicherlich die Verbesserung der Vergütung, die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen, die Sicherstellung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Finanzierung zusätzlicher Stellen in Kliniken und der Altenpflege.

Wie reagiert die Politik, etwa im aktuellen Koalitionsvertrag²², auf diese Anforderungen? Für den Medizin- und Pflegebereich lassen sich dort im Wesentlichen drei programmatische Ansätze identifizieren:

- „Sofortprogramm Pflege“
- „Konzertierte Aktion Pflege“
- zügige Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“

Sofortprogramm Pflege

Um den Alltag von Pflegekräften zu erleichtern, sollen Verbesserungen der Personalausstattung und Arbeitsbedingungen durchgesetzt werden. Eine Maßnahme hierfür stellt das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz dar. Neben der Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte und der Refinanzierung der Ausbildungsplätze im ersten Ausbildungsjahr im Krankenhaus wird auch die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte herausgestellt.

Zwar ist die Anzahl der neu zu schaffenden Fachkräftestellen allein für Altersheime bereits um 5.000 auf 13.000 angehoben worden, aber in Deutschland sind in der Altenpflege rund 23.000 Stellen offen; aktuell fehlen also noch weitere 10.000. In der Krankenpflege fehlen mehr als 12.000 Fachkräfte und Helfer.²³ Bundesgesundheitsminister Jens Spahn spricht sogar von bis zu 50.000 zusätzlichen Pflegekräften, die in Deutschland benötigt werden.²⁴ Diese Aufgabe zu lösen bleibt eine große Herausforderung für die Politik. Sie ist gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die insbesondere die Heimbetreiber bei der Suche nach Fachkräften unterstützen.

²² Vgl. Bundesregierung (2018): *Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode.*

²³ Vgl. Focus Money Online (2018): *Pflegekräftemangel hält an. Alarmierend: Mindestens 35.000 offene Stellen in der Pflege.*

²⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018): *Antworten auf die Fragen der Bild am Sonntag.*

Bei dieser Konstellation kann auf eine Rekrutierung ausländischer Gesundheits- und Krankenpflegekräfte nicht verzichtet werden.²⁵ Allerdings führt dieser Weg nur dann zum Erfolg, wenn es gelingt, die ausländischen Pflegekräfte fachlich und sozial über alternative Rekrutierungsstrategien zu integrieren, etwa durch die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und anschließende Anpassungsqualifizierungen oder durch eine erneute Berufsausbildung. In diesem Zusammenhang spielt auch die Einführung und Umsetzung eines Einwanderungsgesetzes eine entscheidende Rolle. So etwa müssen die Hürden für qualifizierte Fachkräfte, die bereit sind, in Deutschland zu leben und zu arbeiten, deutlich gesenkt werden.²⁶

Konzertierte Aktion Pflege

Nachdem das „Sofortprogramm Pflege“ zunächst ausschließlich auf die Finanzierung neuer Pflegestellen zielt, stellt sich die „Konzertierte Aktion Pflege“ die Frage: Wie kann es gelingen, mehr Menschen für eine Arbeit in der Pflege zu gewinnen? Die Fachkräftesicherung für Pflegeberufe wird sogar im Koalitionsvertrag²⁷ hervorgehoben: Gewinnung von hoch motiviertem und hervorragend ausgebildetem Nachwuchs in den Gesundheitsberufen sowie Schaffung attraktiver Ausbildungsmöglichkeiten.

Das gemeinsame Projekt der drei Bundesministerien für Gesundheit, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Arbeit und Soziales möchte seit dem 1. Juli 2018 mehr Menschen für die Pflege begeistern. Ein Meilenstein stellt dabei die Stärkung der Ausbildung in der Pflege sowie eine deutliche Verbesserung der täglichen Arbeitsbedingungen der Fachkräfte dar.

Eine konstruktive Zusammenarbeit der beteiligten Akteure im Zuge der Initiative „Konzertierte Aktion Pflege“ soll den Alltag der Pflegekräfte erleichtern und nachhaltig verbessern. Die Maßnahmen sollen binnen eines Jahres in folgenden fünf thematischen Arbeitsgruppen entwickelt werden: Ausbildung und Qualifizierung; Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung; Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung; Pflegekräfte aus dem Ausland; Entlohnungsbedingungen in der Pflege.²⁸

Masterplan Medizinstudium 2020

Eine weitere Maßnahme der Entschärfung der Folgen des demografischen Wandels im Gesundheitssektor stellt die angehenden Mediziner in den Mittelpunkt. Angesichts der Kritik an einem zu theoretisch angelegten Studium werden zahlreiche Veränderungen der Studienordnung angestoßen. Dabei gibt der in der 18. Legislaturperiode beschlossene Koalitionsvertrag eine zeitnahe Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ (Bundestagsbeschluss vom 31. März 2017) vor.

Der Masterplan soll das Medizinstudium grundlegend reformieren und dafür sorgen,

- dass der Patient stärker in den Mittelpunkt rückt; hierfür sollen die praktischen Fähigkeiten der angehenden Ärzte besser ausgebildet und die ambulante Ausbildung verstärkt werden.
- dass dem akuten Ärztemangel in ländlichen Regionen durch die Einführung einer Landarztquote entgegengewirkt wird.²⁹

Die Anstöße zur Reform des Medizinstudiums durch die Bundesregierung sind konsequente Reaktionen auf die jüngsten Diskussionen in der Bevölkerung. Allerdings sieht der Medizinische Fakultätentag³⁰ noch folgende offene Fragen:

- Wer trägt die Zusatzkosten der Reformmaßnahmen?
- Überwiegt der Nutzen des Masterplans seine Kosten?
- Warum werden die Trends Demografie und Digitalisierung als wichtige Einflussfaktoren auf die tägliche Arbeit der Mediziner nicht aufgegriffen?

Festzuhalten ist, dass mit dem „Sofortprogramm Pflege“, der „Konzertierte Aktion Pflege“ und dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ demografische Herausforderungen in Deutschland angegangen werden sollen. Dabei stellt letztere Maßnahme eine langfristige und indirekte Lösung im Kampf gegen den Fachkräftemangel dar. Durch die Reform des Medizinstudiums werden die Studenten neben theoretisch fundiertem Wissen eine umfassendere praktische Ausbildung erhalten. So können Ärzte gegebenenfalls auch praktische Aufgaben übernehmen, die bisher zum Beispiel von einer Pflegekraft erledigt wurden. Dennoch ist eine Kosten-Nutzen-Überprüfung unabdingbar. Den Fachkräftemangel vollständig abwenden können diese geplanten Maßnahmen nicht; sie setzen aber richtige Impulse und tragen zur Linderung des Personalnotstands bei. Um langfristig eine Antwort auf den Fachkräftemangel zu finden, sind jedoch grundlegende strukturelle Neuerungen zwingend. Der gezielte Einsatz digitaler und technologischer Lösungen, neue Geschäftsmodelle sowie eine Evaluation der derzeitigen Rahmenbedingungen sind hier entscheidende Parameter (siehe dazu auch Handlungsfelder und Empfehlungen).

²⁵ Vgl. Zeit Online (2018): „Wir brauchen Hilfe, Herr Spahn!“.

²⁶ Vgl. ebd.

²⁷ Vgl. Bundesregierung (2018): *Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode.*

²⁸ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018): *Pressemitteilung. „Konzertierte Aktion Pflege: Gemeinsame Initiative zur Stärkung der Pflege in Deutschland.“.*

²⁹ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): „Masterplan Medizinstudium 2020“.

³⁰ Vgl. Medizinischer Fakultätentag (o. J.): *Masterplan Medizinstudium 2020: Fachwissen und Erfahrung der Universitäten in der politischen Planung stärker berücksichtigen.*

Digitalisierung: das Potenzial voll ausschöpfen

Abbildung 10 hat gezeigt, dass die Digitalisierung vielfältige Chancen für das Gesundheitswesen bietet. Nicht nur im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch auf organisatorischer Ebene und aus Patientensicht sind die digitalen Innovationen von Vorteil. Einige davon beleuchten wir im Folgenden näher.

Online-Informationsquellen: geliebt und gefürchtet zugleich

Die verstärkte Nutzung von Onlineportalen für die Suche nach medizinischen Informationen stellt einen zentralen Trend innerhalb der Digitalisierung dar und ist zugleich eine Reaktion der Bürger auf die als zu knapp empfundene Zeit, die der Arzt seinen Patienten widmet. Das belegen auch zahlreiche Daten von PwC: Knapp die Hälfte der Deutschen (49%) nutzt das Internet, um sich über den eigenen

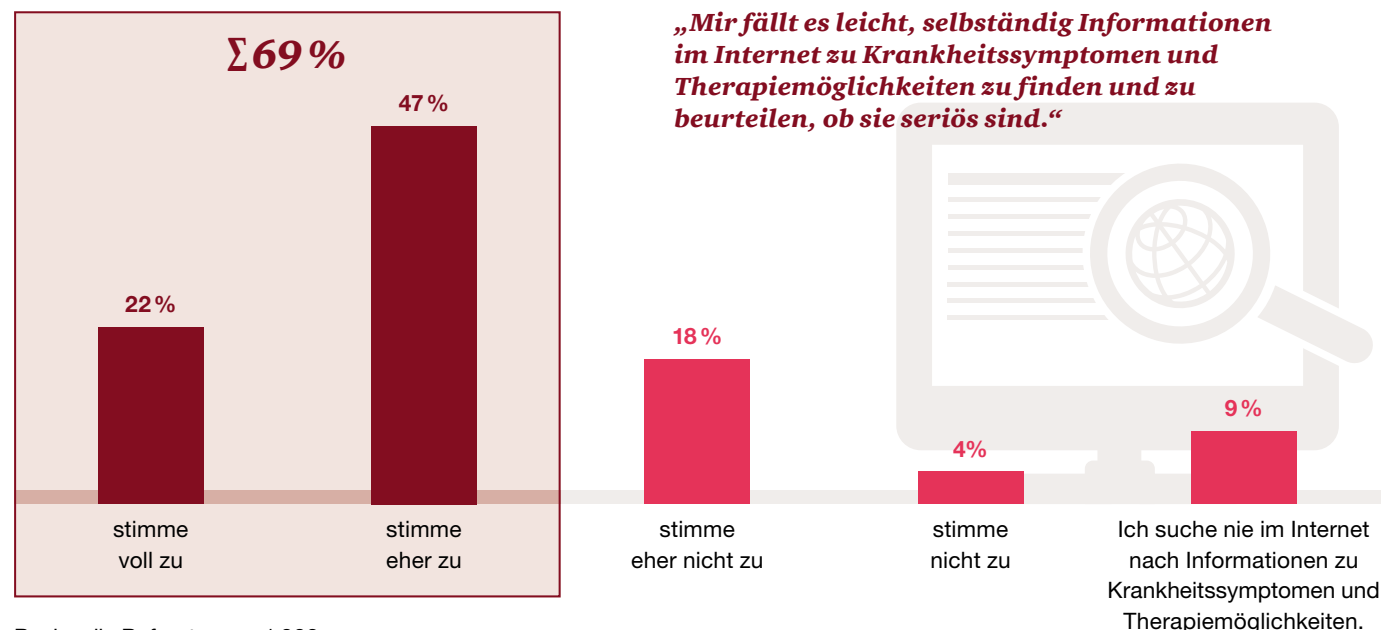


Gesundheitszustand zu informieren. Bemerkenswert ist dabei, dass das Lebensalter hierbei kaum eine Rolle spielt. Mehr als die Hälfte (53%) der jungen Generation von 18 bis 29 Jahren und auch 54% der 50- bis 59-Jährigen suchen medizinische Informationen im Internet. Lediglich die 60-Jährigen (und älter) sind weniger versiert, wobei auch diese Altersklasse mit 41% eine recht hohe Nutzerquote aufweist.³¹ Neben der nahezu vollständigen Verbreitung

des Internets fördert sicherlich auch dessen vergleichsweise einfache Handhabung ein solches Nutzungsverhalten. 69% der Deutschen geben an, dass es ihnen leicht fällt, eigenständig Informationen zu Krankheitssymptomen und Therapiemöglichkeiten online zu finden, und sie gehen sogar noch einen Schritt weiter: Sie trauen sich auch zu, zu beurteilen, ob die gefundenen Informationen seriös sind (siehe Abb. 13).

Abb. 13 Wie leicht fällt den Deutschen „Dr. Google“?

Sieben von zehn Deutschen fällt die Suche und Bewertung von Informationen zu Symptomen und Therapien im Internet leicht.



Basis: alle Befragten, n=1.003

Quelle: PwC (2017): *Wünsche an das Gesundheitssystem*.

³¹ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Dass die Deutschen zur Informationsbewertung zumindest teilweise in der Lage sind und sich nicht selbst überschätzen, wird durch ihr hohes Misstrauen gegenüber Internetquellen gestützt. Mehrheitlich sind sie sich bewusst, dass Auskünfte von Onlineplattformen oder -foren mit Vorsicht zu genießen sind und niemals gänzlich auf das eigene Empfinden übertragen werden können. Das Internet als Mittel zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen gilt nur für 17% der Bundesbürger als vertrauenswürdige Quelle und erzielt in keiner Altersgruppe signifikant höhere Werte (siehe Abb. 14).

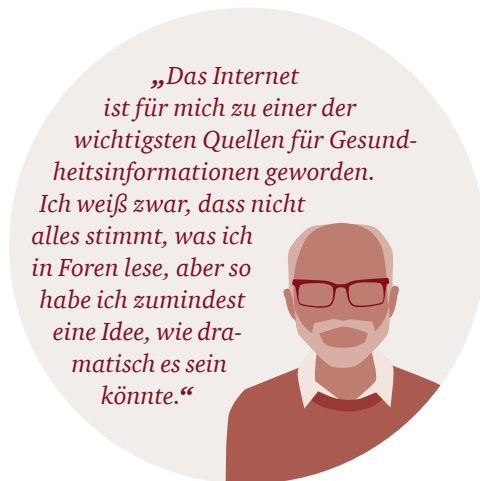
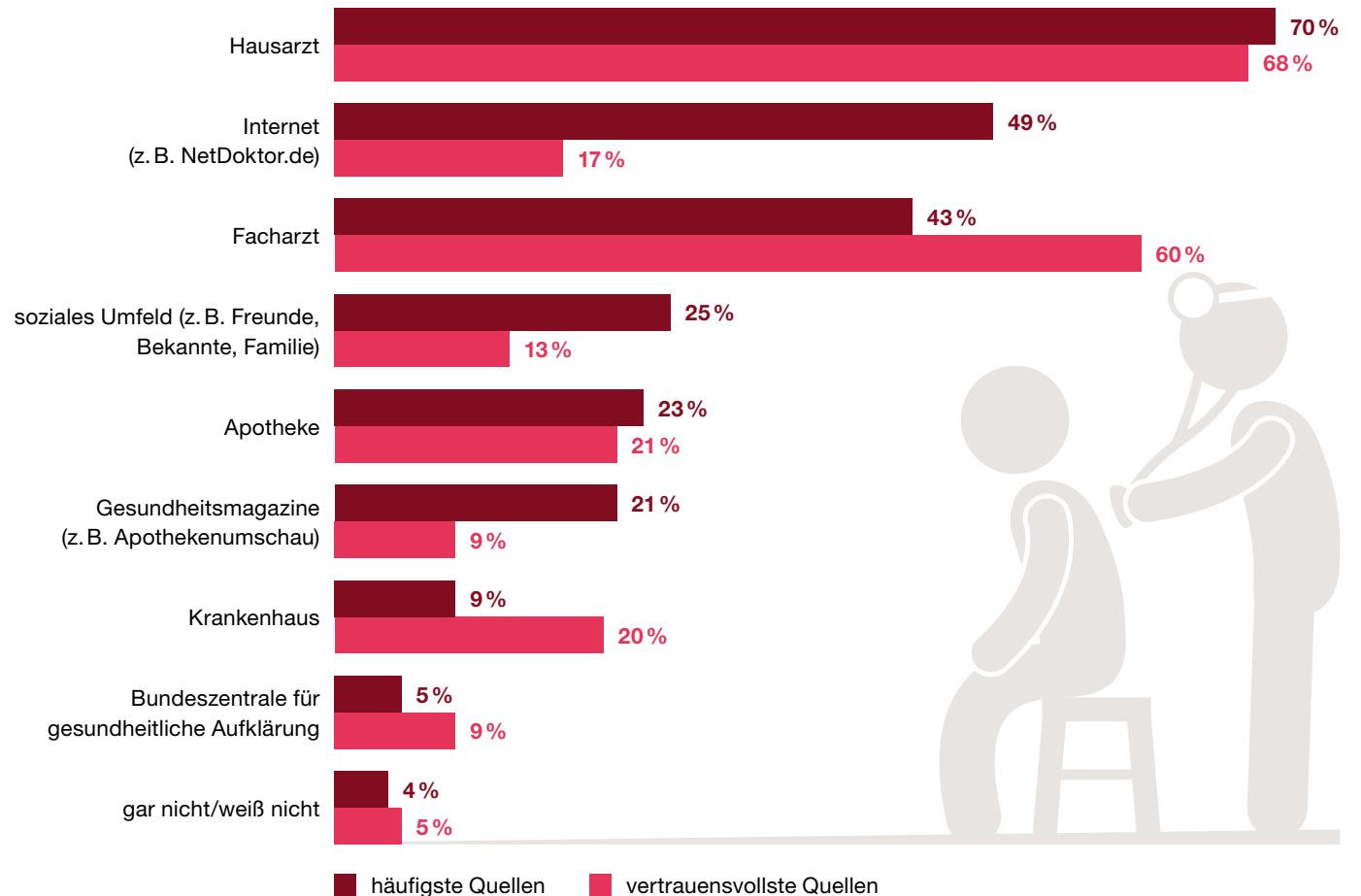


Abb. 14 Wer klärt die Deutschen über ihre Gesundheit auf?

Mit Vorsicht genießen: „Dr. Google“ wird zwar häufig bei Fragen zur Gesundheit genutzt, gilt aber nur selten als vertrauenswürdige Quelle.



Basis: alle Befragten, n=1.003 (Mehrfachnennung waren möglich, jeweils maximal drei Nennungen)

Quelle: PwC (2017): *Wünsche an das Gesundheitssystem*.

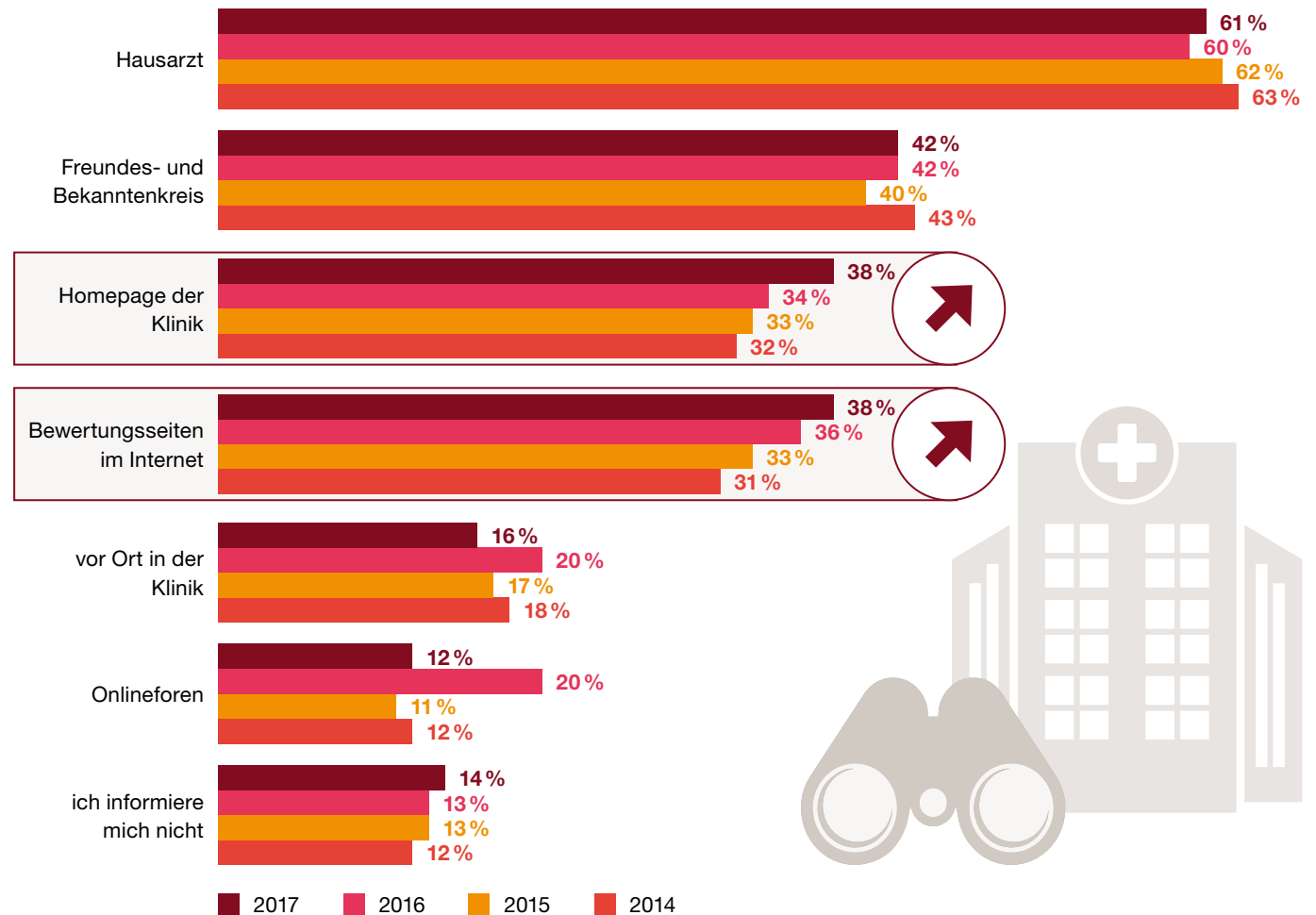
Bei der Suche nach einer passenden Klinik werden Online-Quellen zunehmend wichtiger. 38% der Bevölkerung greifen für ihre Recherche auf die Homepage der jeweiligen Klinik zurück und ziehen darüber hinaus Bewertungsseiten im Internet heran (siehe Abb. 15). Die Wichtigkeit dieser Quellen kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass bei einem Klinikaufenthalt nicht nur der medizinische Eingriff an sich, sondern die gesamte Qualität der Versorgung vom Tag der Einlieferung bis zur Entlassung eine zentrale Rolle spielt. In die Klinikbewertung könnten somit auch Aspekte wie Lage, Besuchszeiten, Zimmer-situation einfließen, für die Erfahrungen anderer Patienten einen maßgeblichen Beurteilungsmaßstab darstellen.

Beide Quellen sind in den vergangenen drei Jahren zunehmend wichtiger geworden, konnten jedoch den Hausarzt sowie den Freundes- und Bekanntenkreis als wichtigste Bewertungsressourcen nicht ablösen.

Diese Analyse zeigt, dass das Internet durchaus eine erste Anlaufstelle für Patienten bietet und daher fester Bestandteil einer digitalen Strategie für das Gesundheitswesen sein muss.

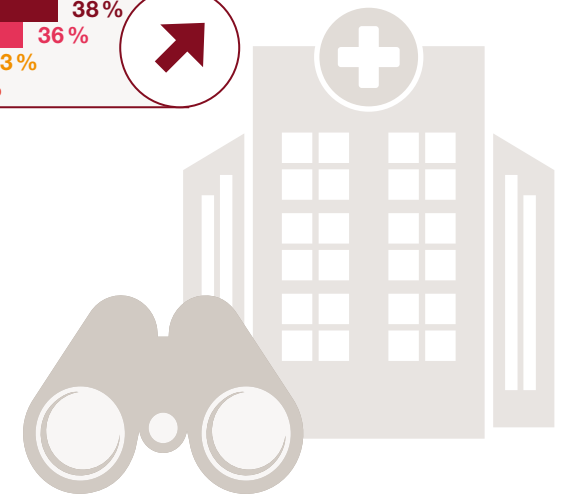
Abb. 15 Wie wird die passende Klinik gefunden?

Der Internetauftritt der Klinik sowie Bewertungsseiten im Netz haben in den letzten Jahren als Informationsquelle an Bedeutung gewonnen.



Basis: alle Befragten, n=1.000 (2017, 2016), n=1.035 (2015), n=1.062 (2014)
(Mehrfachnennungen waren möglich)

Quelle: PwC (2018): *Healthcare-Barometer 2018*.



Politisch diskutiert, gesellschaftlich akzeptiert: die elektronische Patientenakte

Die elektronische Patientenakte ist das Kernelement der E-Health-Initiative der Bundesregierung. Unter dem Begriff „E-Health“ werden alle Gesundheitsanwendungen subsumiert, die auf Informations- und Kommunikationstechnologien beruhen und somit die Kommunikation und den Datenaustausch zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen erleichtern sollen. In der elektronischen Patientenakte als zentralem Element der E-Health-Initiative werden alle relevanten Patientendaten gespeichert, sodass jederzeit ein schneller Überblick über Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, Therapien, Allergien usw. vorliegt und in Notfällen umgehend geholfen werden kann.

Prinzipiell stehen die Deutschen der Einführung der elektronischen Patientenakte als freiwillige Anwendung ab 2019³² positiv gegenüber: 70 % von ihnen können sich

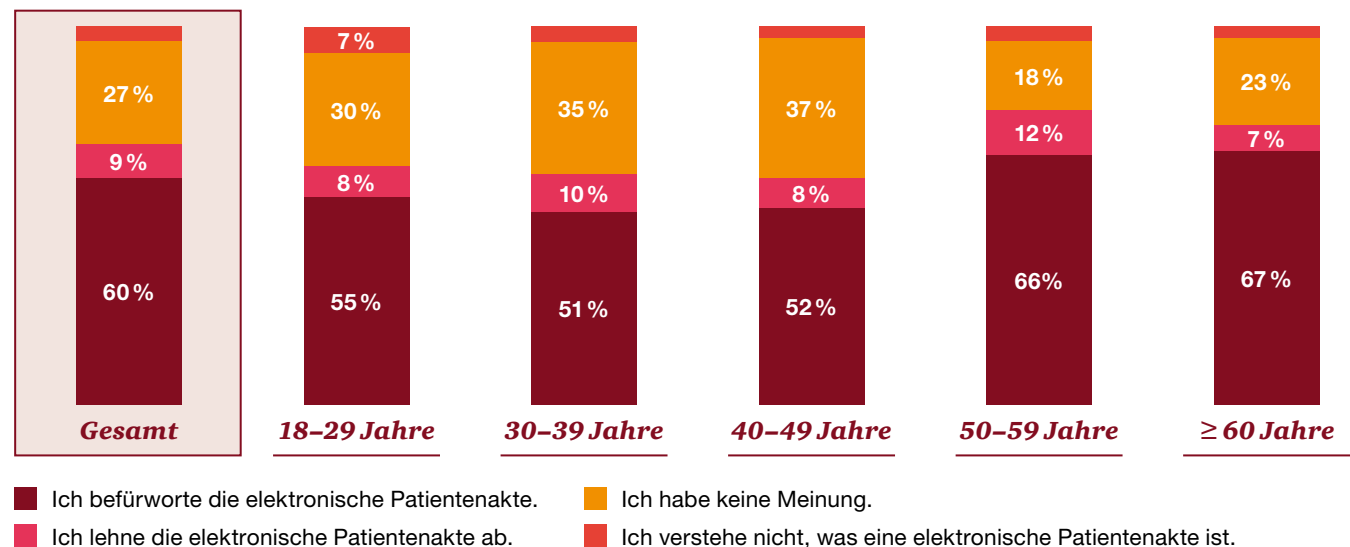


vorstellen, diese für eine reibungslose Übermittlung der Patientendaten vom Hausarzt an den Facharzt zu nutzen. Dieses Ergebnis greift wiederum den zu Beginn dargelegten Befund einer teils als mangelhaft empfundenen Verzahnung der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf. Die elektronische Patientenakte stellt für die Bürger demnach eine mögliche Lösung dieses Problems dar.

Bemerkenswert: Gerade die über 50-Jährigen sprechen sich vermehrt (50- bis 59-Jährige: 66%; 60-Jährige und älter: 67%) für eine Einführung aus (siehe Abb. 16). Dies zeigt abermals, dass sich gerade auch die hohen Altersklassen zunehmend digitaler Gesundheitslösungen annehmen und bei der Gestaltung entsprechender Angebote unbedingt berücksichtigt werden müssen.³³

Abb. 16 Wie kommt die elektronische Patientenakte an?

Vor allem Deutsche ab 50 Jahren sind für die elektronische Patientenakte. Befragte unter 50 Jahren haben häufiger keine Meinung.



Basis: alle Befragten, n = 1.003

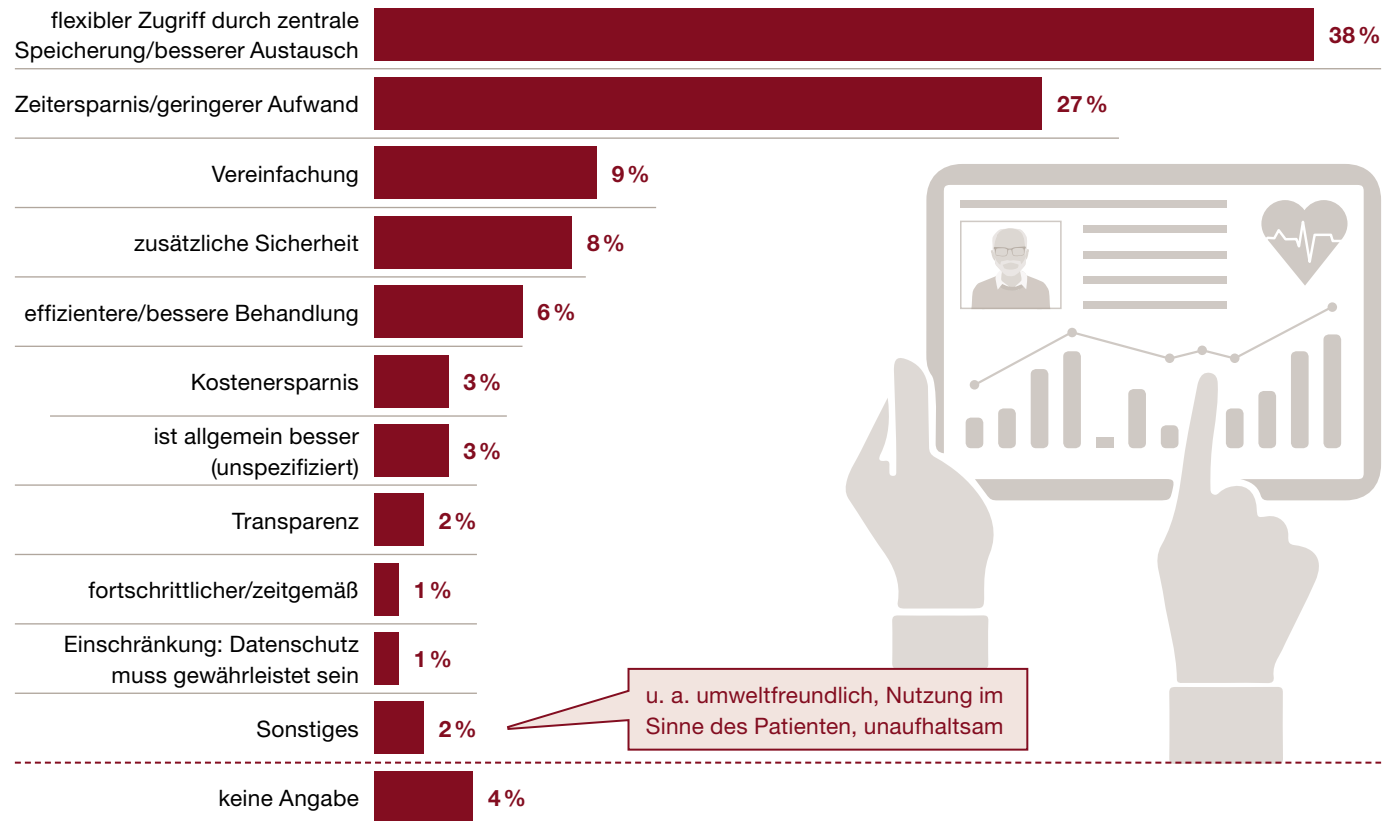
Quelle: PwC (2017): *Wünsche an das Gesundheitssystem*.

³² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.): *Elektronische Patientenakte. Übergreifende Dokumentation der Krankheitsgeschichte*.

³³ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Abb. 17 Was spricht für die elektronische Patientenakte?

Hauptgründe für die elektronische Patientenakte bei ihren Befürwortern: Besserer Austausch und Zeitersparnis.



Basis: Befragte, die die elektronische Patientenakte befürworten, n=600 (offene Frage, kategorisiert, Mehrfachnennungen waren möglich)

Quelle: PwC (2017): *Wünsche an das Gesundheitssystem*.

„Wenn es um meine Kinder geht, möchte ich, dass ein Arzt uns berät und keine künstliche Intelligenz.“



Mensch oder Maschine – Was sagen die Bürger?

Der medizinische Fortschritt vollzieht sich in immer kürzeren Intervallen. Die Erwartungen an die künstliche Intelligenz (KI) sind dabei immens: Ungeahnte Veränderungen, unter anderem im Bereich der medizinischen Hilfe oder bei der Erschließung neuer Märkte, und Einsparungen in Milliardenhöhe werden diskutiert.

Vor wenigen Jahren galt KI in der Medizin noch als weit entferntes Zukunftsszenario. Doch schon heute werden im Zuge der Digitalisierung solche Technologien in Teilbereichen der Medizin erfolgreich eingesetzt. Gerade bei der Diagnose von Brustkrebs und Demenz sowie bei der Prävention kindlichen Übergewichts birgt KI viel Potenzial. Doch zugleich gilt es, die notwendigen Rahmenbedingungen für deren Einsatz zu schaffen. Dazu zählt unter anderem die Standardisierung aller notwendigen Daten sowie der regulatorischen Bestimmungen auf Bundes- und Europaebene.³⁴ Sicher ist aber schon heute: Tech-Konzerne, die an der Entwicklung von KI arbeiten, werden in den nächsten zehn Jahren zu den großen Game Changers im Gesundheitsmarkt zählen und mit ihren Entwicklungen die gesamte Wertschöpfungskette neugestalten. Auch roboterassistierte chirurgische Eingriffe sind keine Utopie mehr. Gerade im Bereich der Urologie und Dermatologie spielt die Robotik eine zunehmend wichtige Rolle.

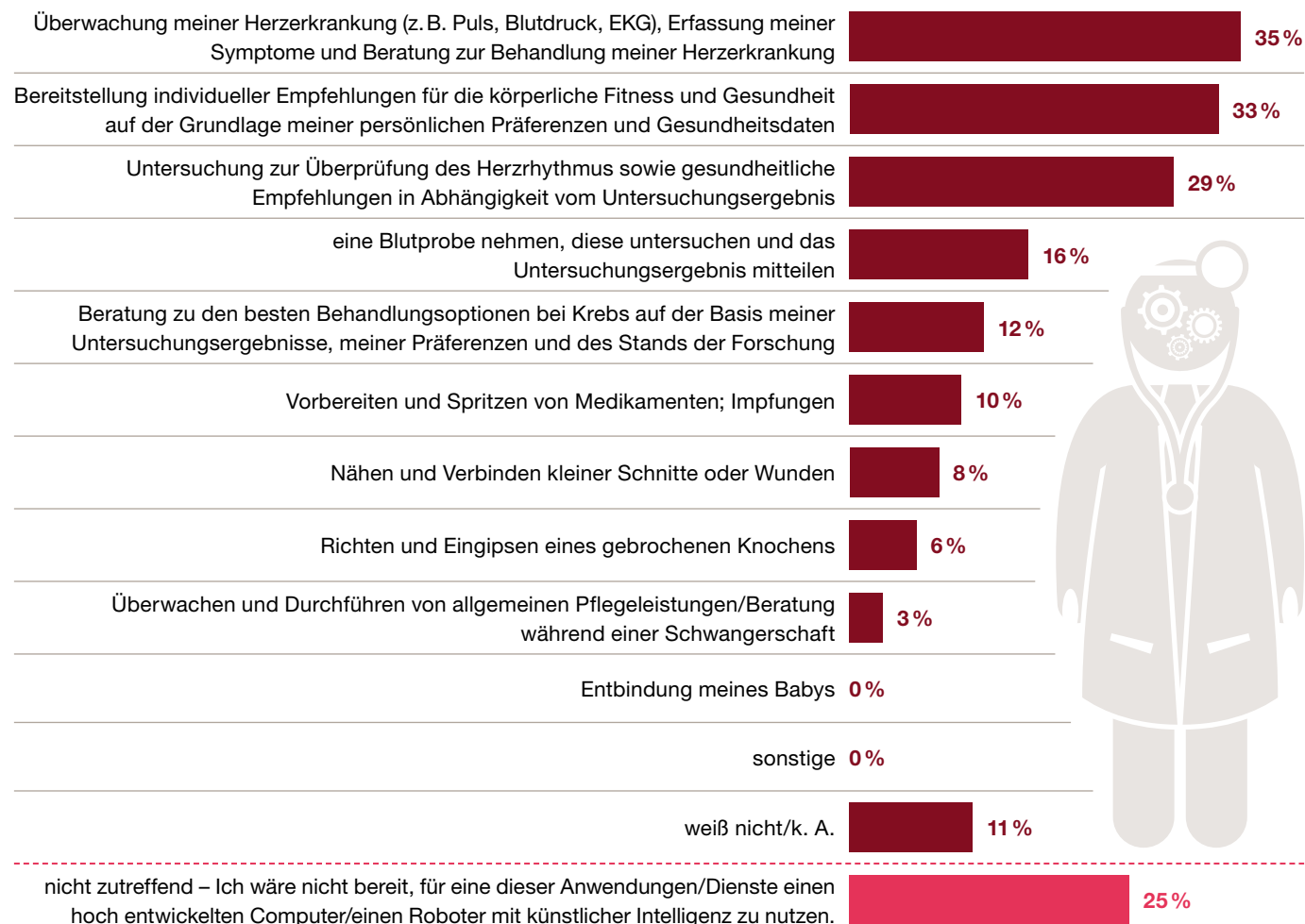
Wie aber stehen die Patienten zur Digital-Health-Revolution? Teilen sie die Begeisterung für die Innovationen? Für 41 % der Deutschen kann diese Frage mit Ja beantwortet werden. Vier von zehn Bundesbürgern

sind offen für die Vorstellung, sich im Krankheitsfall einem Robo-Doktor bzw. einer künstlichen Intelligenz anzuvertrauen. Es besteht aber ein Unterschied zwischen den Geschlechtern: Während sich unter den Männern im ungefähr gleichen Maß Befürworter und Gegner künstlicher Intelligenzen finden (46 % bzw. 48 %), stehen Frauen dem Thema deutlich ablehnender gegenüber. Jede vierte Frau weist diese Vorstellung sogar entschieden zurück.

Außerdem sind die höheren Altersklassen dem Robo-Doktor gegenüber erheblich skeptischer. Nur 37 % der über 55-Jährigen würden eine Behandlung durch einen Roboter in Erwägung ziehen. Die jüngeren Generationen sind mit rund 47 % deutlich offener. Anders liegt der Fall, wenn es um die Behandlung von Angehörigen – Eltern oder Kindern – geht. 49 % der Deutschen möchten nicht, dass ein naher Verwandter Rat von einem Robo-Doktor erhält. Hier sind die 18- bis 34-Jährigen sogar etwas skeptischer als die älteren Generationen.

Zudem schwankt das Vertrauen je nach Anwendungsfeld. Geht es um die Überwachung von Herzerkrankungen oder die Bereitstellung individueller Empfehlungen für die körperliche Fitness, so sind 35 bzw. 33 % bereit, einen Roboter oder eine künstliche Intelligenz zu nutzen. Bei sensibleren medizinischen Leistungen wie zum Beispiel Pflegeleistungen, der Beratung während der Schwangerschaft oder der Entbindung des eigenen Babys ist nahezu niemand bereit, sich in die Obhut einer künstlichen Intelligenz zu begeben (siehe Abb. 18).

³⁴ Vgl. PwC (2017): *Sherlock in Health. How artificial intelligence may improve quality and efficiency, whilst reducing healthcare cost in Europe.*

Abb. 18 Wie groß das Vertrauen in den „Robo-Doktor“ ist, hängt von der Krankheit ab

Basis: alle Befragten, n=1.000

Quelle: PwC (2017): *Vertrauen in den „Robo-Doktor“*.³⁵ Vgl. PwC (2017): *Vertrauen in den Robo-Doktor. Wie Künstliche Intelligenz und Robotik die Medizin verändern*.³⁶ Vgl. PwC (2018): *Future Health*.

Vorhanden ist auch eine Bereitschaft, kleine Operationen von Robotern ausführen zu lassen. 43 % hätten diesbezüglich keine Bedenken, vor allem nicht die Männer.³⁵

Geht es konkret um den Einsatz von Computern und Robotern im Patientengespräch, so sehen die Deutschen sowohl Chancen als auch Risiken. Die Entlastung von Arztpraxen sowie eine deutliche Zeitersparnis sowohl für den Patienten als auch für den Arzt zählen mit jeweils 71 % Zustimmung zu den größten Vorteilen. Auch hier hat vor allem die jüngere Generation der 18- bis 29-Jährigen die Vorteile im Blick. Zugleich fürchten sich die Bürger beim Einsatz von Computern und Robotern im Patientengespräch vor technischen Fehlern, falschen Diagnosen und Datenmissbrauch. Auch hier führen die 18- bis 29-Jährigen wiederum das Feld an.³⁶

Erkennbar führen somit die Themen künstliche Intelligenz und Robotik zu Polarisierungen innerhalb der Bevölkerung. Gleichwohl wird der Nutzen dieser Technologien durchaus anerkannt – und eine erste vorsichtige Offenheit ihnen gegenüber ist feststellbar.



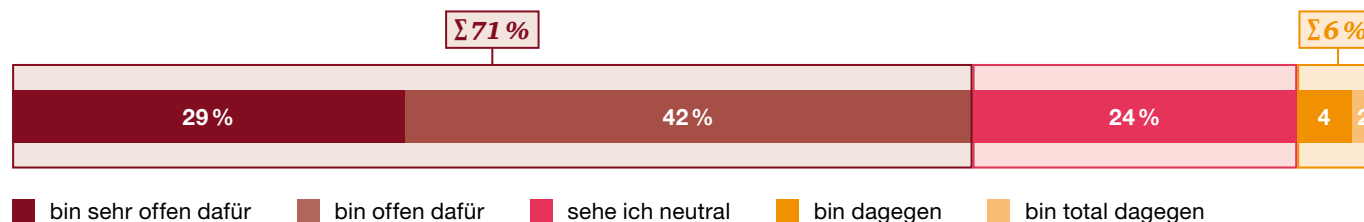
Optimal abgestimmte Behandlungen: personalisierte Medizin

Der Grundgedanke der personalisierten Medizin ist, dass eine systematische Erhebung und Auswertung relevanter persönlicher Daten zur Prävention von Krankheiten und Optimierung von Therapien beitragen kann. Neben demografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Herkunft zählen zu diesen Daten auch Informationen zu Vorerkrankungen, das Vorhandensein bestimmter Bakterien im Körper oder aber lebensstilbezogene Daten wie Sport- und Ernährungsverhalten. Das rapide wachsende Verständnis über molekulare Ursachen von Erkrankungen und die Verfügbarkeit von personenbezogenen Daten eröffnen der Medizin fundamental neue Möglichkeiten.

Auch die deutsche Bevölkerung hat den großen Nutzen der personalisierten Medizin anscheinend erkannt. Die Bereitschaft, persönliche Daten für diesen Zweck weiterzugeben, ist groß. 71 % der Deutschen sind prinzipiell offen für die Erhebung und Auswertung persönlicher Daten zur Prävention von Krankheiten oder zur Verbesserung von Therapien. Nur 6 % lehnen dies kategorisch ab (siehe Abb. 19).³⁷

Abb. 19 Daten zur Prävention und Therapie

Etwa 70 % der Befragten zeigen sich offen für die Erhebung und Auswertung persönlicher Daten für medizinische Zwecke.



Basis: alle Befragten, n=1.000

Quelle: PwC (2016): *Personalisierte Medizin. Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie.*

Geht es speziell um Daten für die Entwicklung von Krebsmedikamenten, so sind sogar acht von zehn Deutschen bereit, ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass die Bundesbürger über alle Altersklassen hinweg Krebskrankungen vor allen anderen Krankheiten fürchten (67%).³⁸ Wie auch bei vielen der bereits vorgestellten Ergebnisse werden hier Unterschiede im Hinblick auf das Alter deutlich. Während vor allem die 18- bis 34-Jährigen (76%) sowie die 25- bis 34-Jährigen (78%) persönliche Daten für medizinische Zwecke zur Verfügung stellen würden, sind bei den über 65-Jährigen nur 65 % dazu bereit. Ganz dagegen sind lediglich 2%.³⁹ Im Hinblick auf die Nutzung persönlicher Daten für die Entwicklung von Krebsmedikamenten fallen die Zustimmungswerte über

alle Altersklassen hinweg teilweise sogar noch höher aus. Insbesondere in den mittleren Altersgruppen der 35- bis 54-Jährigen äußern besonders viele eine uneingeschränkte Zustimmung.⁴⁰ Zudem sind über 90 % derer, die generell bereit sind, für medizinische Zwecke persönliche Daten erheben und auswerten zu lassen, offen dafür, im Falle einer Erkrankung soziodemografische Daten an einen Arzt oder eine Institution des Vertrauens weiterzugeben. Auch Angaben zu persönlichen und familiären Vorerkrankungen stellen für 89 bzw. 77 % kein Tabu dar (siehe Abb. 20). Skeptischer werden die Bürger aber zum Beispiel beim Thema Lifestyle-Daten. Hier bilden die 18- bis 24-Jährigen mit 65 % Zustimmung die offenste Altersklasse. Hingegen sind die 35- bis 44-Jährigen besonders zurückhaltend: Hier ist nur knapp über die Hälfte (51 %) bereit, solche Daten preiszugeben.⁴¹

³⁷ Vgl. PwC (2016): *Personalisierte Medizin. Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie.*

³⁸ Vgl. PwC/Strategy& (2018): *Bevölkerungsbefragung: Personalisierte Krebsmedizin.*

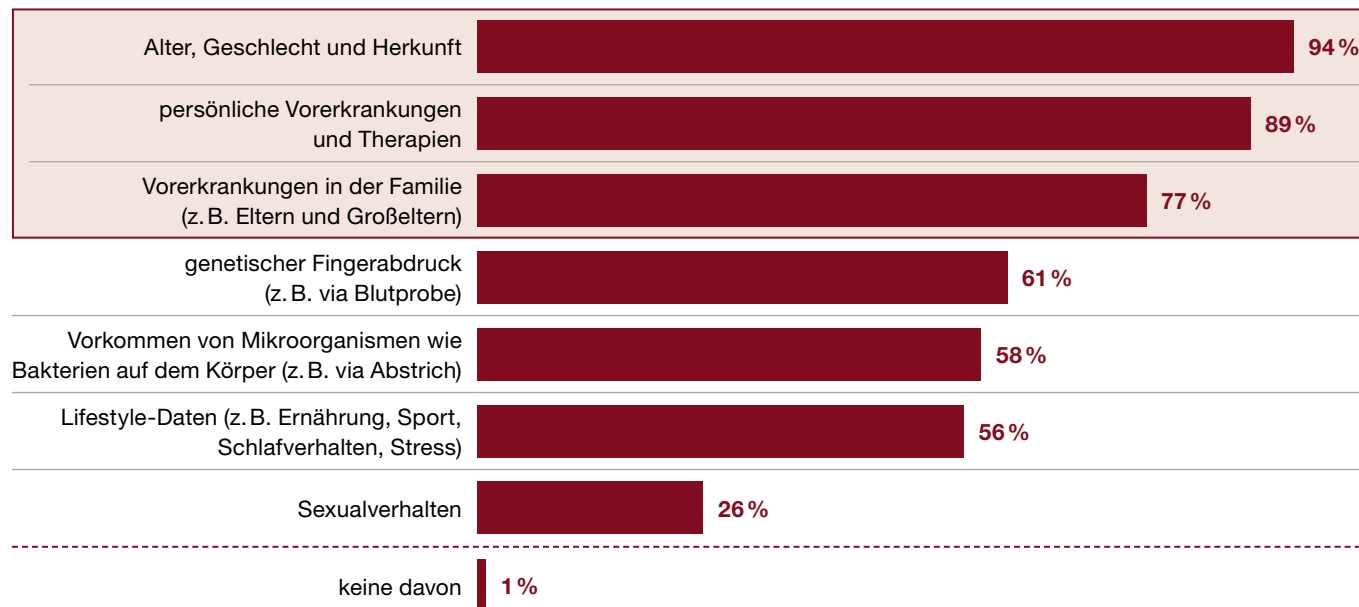
³⁹ Vgl. PwC (2016): *Personalisierte Medizin. Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie.*

⁴⁰ Vgl. PwC/Strategy& (2018): *Bevölkerungsbefragung: Personalisierte Krebsmedizin.*

⁴¹ Vgl. PwC (2016): *Personalisierte Medizin. Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie.*

Abb. 20 Mehr als demografische Merkmale

Neben demografischen Daten würden etwa drei Viertel der Befragten auch Informationen zu Vorerkrankungen offenlegen.



Basis: Befragte, die nicht gegen die Erhebung persönlicher Daten sind, n=943 (Mehrfachnennung waren möglich)

Quelle: PwC (2016): *Personalisierte Medizin. Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie.*

Das Dilemma der Preisgabe persönlicher Daten

Die Deutschen stehen digitalen Gesundheitslösungen heute offener gegenüber und plädieren teilweise sogar für den Einsatz und die zügige Weiterentwicklung von relativ neuen Technologien wie zum Beispiel der künstlichen Intelligenz. Ein wichtiges Thema, mit dem sich auch die Bundesbürger auseinandersetzen, ist die Preisgabe persönlicher Daten und, damit einhergehend, der Datenschutz. Es gilt: Wer das Internet, Apps, Wearables oder gar künstliche Intelligenz in Anspruch nehmen möchte, muss bereit sein, den Zugang zu persönlichen Informationen zu erlauben. Insbesondere im Hinblick auf die derzeit viel diskutierte personalisierte Medizin muss dieser Grundsatz immer mitgedacht und bei der Markteinführung digitaler Innovationen im Gesundheitsbereich berücksichtigt werden. Dass hier Nachholbedarf besteht, davon ist die Mehrheit der Deutschen überzeugt. 88 % sind der Meinung, dass Krankenhäuser, Arztpraxen und Krankenversicherungen die gespeicherten persönlichen Daten ihrer Patienten und Kunden besser gegen illegale Zugriffe schützen müssen, etwa indem sie mehr Geld in IT-Sicherheit investieren. Auch die Politik sehen die Bürger in der Pflicht: 86 % möchten, dass sich Bund und Länder verstärkt um den Datenschutz im Gesundheitswesen kümmern. Hierin sind sich alle Generationen einig: In keiner Altersklasse liegt die Zustimmung zu den eben genannten Punkten unter 80%. Aus den wahrgenommenen Mängeln beim Datenschutz folgt, dass sich viele Deutsche Sorgen um ihre persönlichen Daten machen. Zwei Drittel sehen in der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen Vorteile, äußern aber zugleich auch mangelndes Vertrauen in die Informationssicherheit sowie Angst vor Datenmissbrauch.⁴²

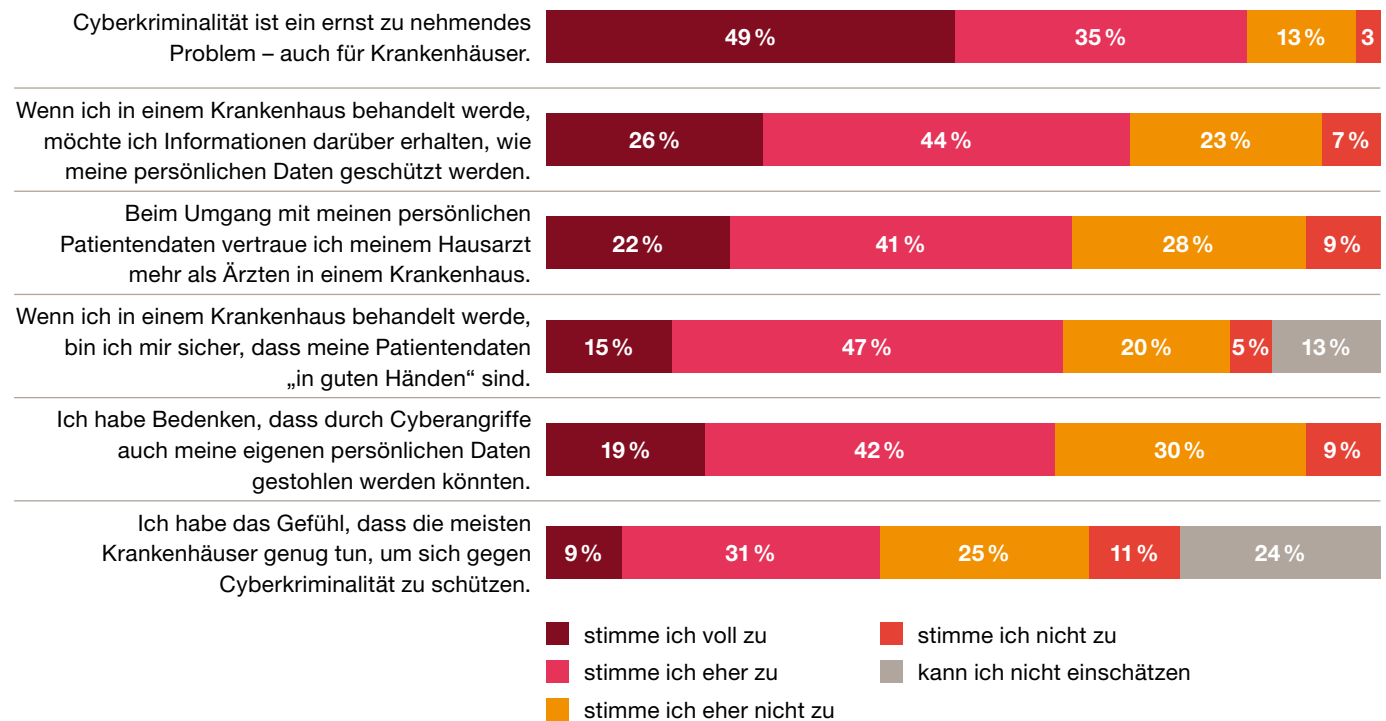
⁴² Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem.*

Gerade wenn es um die Datensicherheit in Krankenhäusern geht, ist die Skepsis besonders groß. 84 % glauben, dass Cyberkriminalität ein ernst zu nehmendes Problem für Krankenhäuser ist. Der direkte Vergleich zeigt, dass 63 % im Umgang mit Patientendaten eher ihrem Hausarzt als einem Krankenhaus vertrauen würden, wenn sie vor der Wahl stünden (siehe Abb. 21).⁴³ Dass die Versicherten die Gefahr aus dem Netz ernst nehmen, ist durchaus berechtigt: Im Jahr 2015 war der Gesundheitssektor die Branche, die am häufigsten aus dem Internet heraus angegriffen wurde. Welche verheerenden Auswirkungen ein Cyberangriff auf einen Krankenhausbetrieb haben kann, zeigen die Fälle der Krankenhäuser, die sich Anfang 2016 mit der Schadsoftware Ransomware infiziert hatten.



Abb. 21 Risiko von Cyberangriffen in Krankenhäusern

Die Digitalisierung ist längst auch in den Krankenhäusern voll angekommen. Mit ihr erhöht sich auch das Risiko durch Cyberangriffe. Solche Angriffe können verheerende Folgen für den Betrieb eines Krankenhauses haben. Beispielhaft zeigte sich das Anfang 2016, als die Systeme gleich mehrerer deutscher Kliniken mit sogenannter Ransomware (eine Art Trojaner) infiziert wurden. Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen.



Basis: alle Befragten, n=1.000

Quelle: PwC (2017): Wenn der Patient sein Krankenhaus rettet. Bürger wollen die ortsnahe Versorgung stärken.

⁴³ Vgl. PwC (2017): Wenn der Patient sein Krankenhaus rettet. Bürger wollen die ortsnahe Versorgung stärken.

Individualisierung: die Eigeninitiative der Patienten nutzen

Dass die Individualisierung ein gesellschaftlicher Megatrend ist, der auch die Gesundheitswirtschaft nachhaltig beeinflusst, wurde zuvor bereits dargelegt. Immer mehr Deutsche sind bereit, auch privat mehr für die eigene Gesundheit auszugeben und über den ersten Gesundheitsmarkt hinaus Leistungen auf eigene Kosten in Anspruch zu nehmen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist daher gerade im zweiten Gesundheitsmarkt von einem enormen Potenzial auszugehen. Bereits 2012 wurden rund 14% der insgesamt 300 Milliarden Euro an Ausgaben für gesundheitliche Leistungen von privaten Haushalten getragen. Im Bundesland Hessen machte der zweite Gesundheitsmarkt rund 5,56 Milliarden Euro der Wertschöpfung aus.⁴⁴

Wie sich die Deutschen mit Wearables selbst tracken

Zu jeder Zeit informiert: Die handlichen Wearables, die sich bequem am Körper tragen lassen, machen es möglich und sind daher eines der am meisten diskutierten Angebote des zweiten Gesundheitsmarkts. Zwar nutzten 2015 lediglich 17% der Deutschen diese Alltagsbegleiter, doch ist das allgemeine Interesse an ihnen gerade im Bereich Fitness und Gesundheitsvorsorge groß.⁴⁵ Bei näherer Betrachtung der Nutzung zeigt sich, dass die junge Generation bisher die eindeutig aktivste Gruppe ist. 2015 setzten 29,1% der 18- bis 34-Jährigen Smartwatches, Apps oder Fitnessbänder ein, um einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen. Bei den 35- bis 54-Jährigen sind es nur 17,6%, bei den über 55-Jährigen sogar nur 9%.⁴⁶ Auch wenn Wearables demnach aktuell eher Nischenprodukte sind, könnte sich

dies bald ändern: Eine der jüngsten Befragungen von PwC zeigt, dass 43% der Bundesbürger sich gut vorstellen könnten, in Zukunft ein solches Gerät zu nutzen. Diese Haltung findet sich in allen Altersgruppen. So können sich immerhin auch 46% der 50- bis 59-Jährigen vorstellen, künftig ein Wearable am Körper zu tragen.⁴⁷ Auch hier stehen aber die Männer der Technologie offener gegenüber als die Frauen. Während beide Geschlechter Wearables derzeit nahezu ähnlich intensiv nutzen, könnten sich 47% der männlichen Nichtnutzer vorstellen, ein solches Gerät in Zukunft zu verwenden. Bei den Frauen sind es nur 39%.

Beim Blick auf die Nutzungsmotive von Wearables zeigt sich zudem, dass insbesondere gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen. 52% der Deutschen möchten über Wearables Informationen erhalten, die zu einem effektiveren Fitnesstraining beitragen. Auch Platz zwei, drei und vier sind von gesundheitsbezogenen Motiven belegt: 46% möchten mithilfe von Wearables medizinische Informationen erhalten und 44% sind an einer genauen Aufzeichnung der eigenen Aktivitäten interessiert. Daten zu einer gesunden Ernährung spielen für 38% eine Rolle (siehe Abb. 22). Es zeigt sich, dass Smartwatches und Fitnessarmbänder mit Abstand die beliebtesten Begleiter sind.⁴⁸ So ist es durchaus wahrscheinlich, dass der Trend hin zur Individualisierung im Gesundheitsbereich in Zukunft die Nutzung von Wearables vorantreiben wird und das Interesse an persönlichen Gesundheitsinformationen weiter steigt.



⁴⁴ Vgl. Gesundheitswirtschaft Rhein-Main (2014): *Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen*.

⁴⁵ Vgl. PwC (2015): *Media Trend Outlook. Wearables: Die tragbare Zukunft kommt näher*.

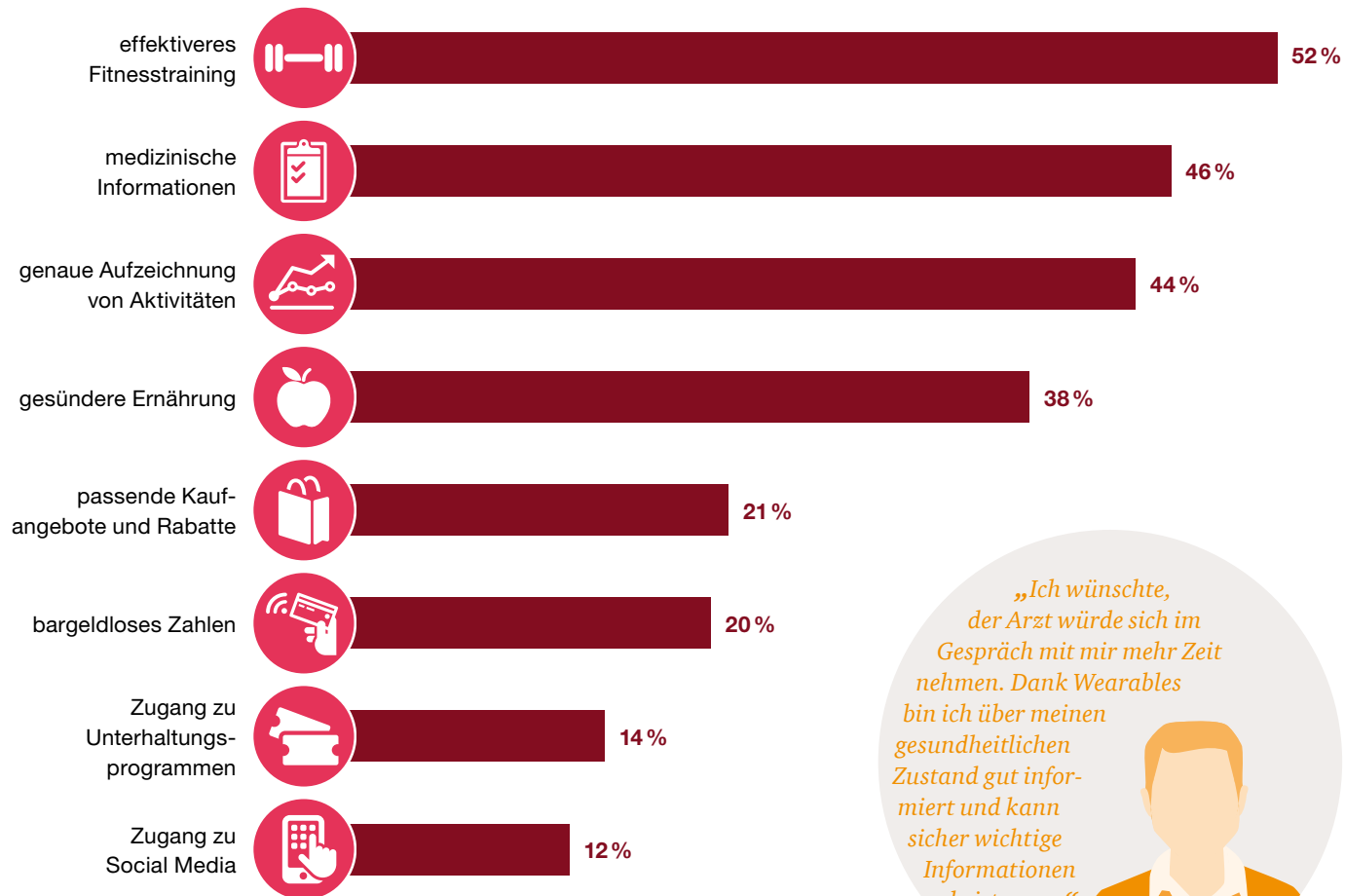
⁴⁶ Vgl. PwC (2016): *Healthcare-Barometer 2016*.

⁴⁷ Vgl. PwC (2018): *Future Health. Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen*.

⁴⁸ Vgl. PwC (2015): *Media Trend Outlook. Wearables: Die tragbare Zukunft kommt näher*.

Abb. 22 Informationen aus der Nutzung von Wearables

Wofür wollen Sie Informationen von Wearables erhalten?



Basis: alle Befragten, n=1.000

Quelle: PwC (2015): *Media Trend Outlook. Wearables: Die tragbare Zukunft kommt näher.*

„Ich wünschte, der Arzt würde sich im Gespräch mit mir mehr Zeit nehmen. Dank Wearables bin ich über meinen gesundheitlichen Zustand gut informiert und kann sicher wichtige Informationen beisteuern.“



Urbanisierung: einen Ausgleich schaffen zwischen Stadt und Land

Wie zu Beginn dargelegt führt die Urbanisierung zu einer immensen Lücke in der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen. Dabei hat gerade der Zugang zu Fachärzten eine enorme Brisanz – zusammen mit langen Wartezeiten und längeren Anfahrtswegen. Während der Mangel an Fachärzten bereits jetzt groß ist, wird auch die Versorgung mit Hausärzten schlechter – und das wird in wenigen Jahren zu einem Problem führen, wenn nicht zeitnah Abhilfe kommt. Darüber hinaus gilt es, die kleineren Krankenhäuser zu erhalten, denn Einbußen in diesem Bereich könnten die ärztliche Versorgung nochmals dramatisch verschlechtern. Bei den Investitionen geht es nur langsam voran: Viele Krankenhäuser leben bereits seit Jahren von der Substanz und müssen dringend notwendige Investitionen, etwa in medizinische Geräte, aus Mitteln bestreiten, mit denen eigentlich die laufenden Kosten gedeckt werden sollen. Bei der Kostendiskussion stehen sie daher immer wieder vor diesem Dilemma: Investitionen in Technik und Infrastruktur oder Investitionen in den dringend erforderlichen Personalaufbau?

Was unternimmt die Politik, um der medizinischen Unterversorgung auf dem Land zu begegnen?

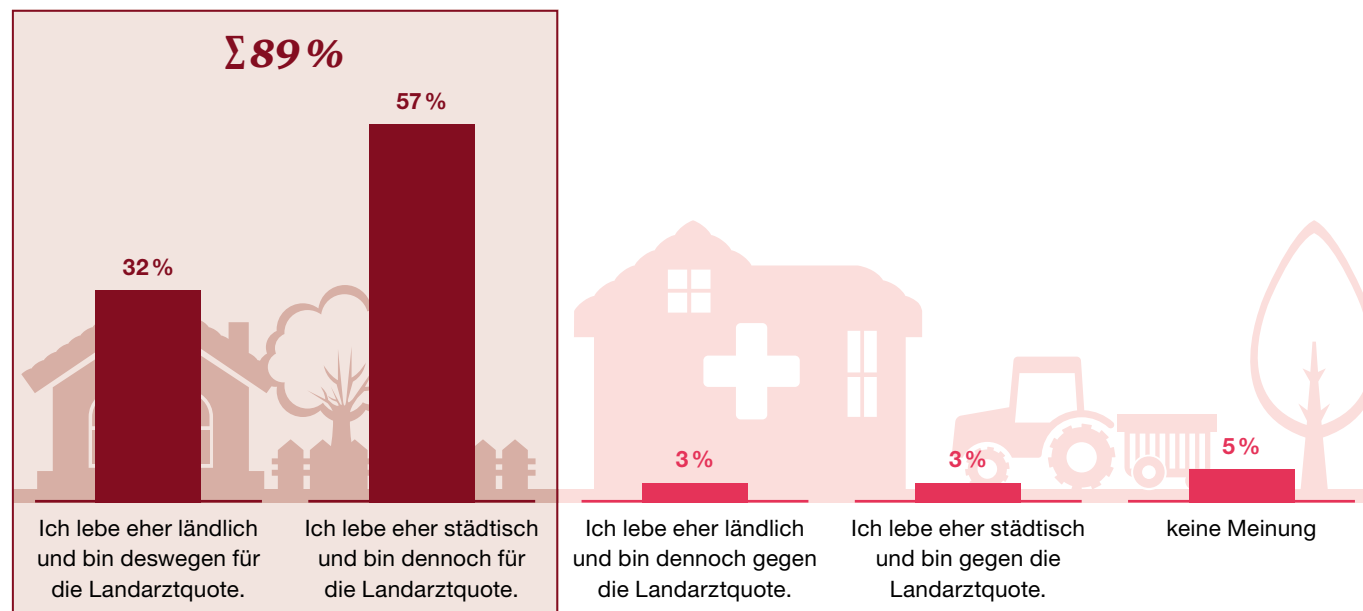
Mit der Landarztquote gegensteuern

Die deutsche Bevölkerung sieht die ärztliche Versorgung auf dem Land als eines der wichtigsten Handlungsfelder für die Zukunft. Die Einführung einer Landarztquote stellt für die Bundesbürger deshalb eine geeignete Maßnahme dar. Knapp 89% sprechen sich dafür aus. Auffällig ist dabei, dass auch 57% der Menschen, die in Städten leben, für die Landarztquote plädieren (siehe Abb. 23).⁴⁹

⁴⁹ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem.*

Abb. 23 Wie wird die Landarztquote bewertet?

Große Solidarität: Auch Befragte aus städtischen Regionen befürworten mit großer Mehrheit die Landarztquote.



Basis: alle Befragten, n=1.003

Quelle: PwC (2017): *Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Das bereits kurz vorgestellte Reformprojekt „Masterplan Medizinstudium 2020“ greift die medizinische Unterversorgung auf dem Land ebenfalls auf, indem es den Bundesländern gestattet wird, 10 % aller Medizinstudiengplätze an Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach ihrer Ausbildung für bis zu zehn Jahre in unterversorgten

Regionen in Deutschland zu arbeiten. Darüber hinaus sollen Medizinstudierende zum Beispiel durch finanzielle Förderungen ermutigt werden, ganze Ausbildungsabschnitte in ländlichen Regionen zu absolvieren.⁵⁰ Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen diese Initiative umgesetzt: Wer sich bereit erklärt, nach dem

Medizinstudium mindestens zehn Jahre als Arzt auf dem Land zu arbeiten, erhält einen der begehrten Studienplätze. Mehr als 7 % der Plätze werden ab dem Wintersemester 2019/20 außerhalb des regulären Vergabeverfahrens an diejenigen Bewerber gehen, die diese Vorgabe akzeptieren.⁵¹

Durch Fernbehandlung und Videosprechstunde Fahrwege einsparen

Im Mai 2018 hat der Deutsche Ärztetag erstmals eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots beschlossen: Eine Behandlung aus der Ferne ist nach dieser Grundsatzentscheidung in Einzelfällen auch ohne persönlichen Erstkontakt zwischen Arzt und Patient möglich.

Seit April 2017 gibt es zudem eine Vergütungsregelung für Videosprechstunden, sodass diese von den Ärzten angeboten werden kann. Die Praxen erhalten bis zu 800 Euro jährlich pro Arzt. Für jede Videosprechstunde gibt es darüber hinaus derzeit einen Technikzuschlag in Höhe von 4,21 Euro.⁵² Die Videosprechstunde gilt allerdings aktuell nur für ausgewählte Krankheitsbilder wie Dermatosen oder die visuelle Verlaufskontrolle von Operationswunden als geeignet und nur diese werden vergütet.⁵³

„Eine Landarztquote wäre wirklich sinnvoll. Das würde mir das Leben erheblich erleichtern.“



⁵⁰ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): „Masterplan Medizinstudium 2020“.

⁵¹ Vgl. Ärzte Zeitung Online (2018): „NRW setzt auf Landarztquote und will Bewerber eigens testen“.

⁵² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.): *Praxisnachrichten. Vergütung für Videosprechstunde geregelt-Start schon im April*.

⁵³ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2017): „Vergütung für Videosprechstunde festgelegt“.



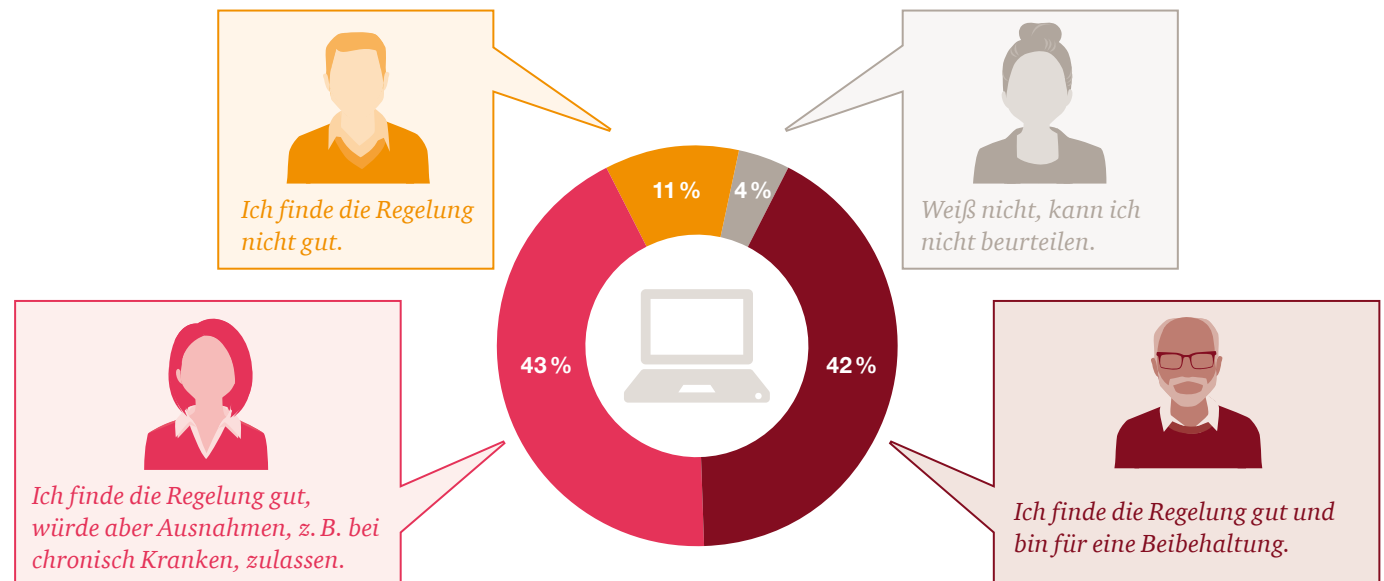
Die deutsche Bevölkerung begrüßt die teilweise Lockerung des Fernbehandlungsverbots, macht aber gleichzeitig deutlich, dass sie dieses nicht komplett aufgeben möchte: 43 % sprechen sich für Ausnahmen von dem Verbot zum Beispiel für chronisch Kranke aus, nur 11 % würden die Regelung hingegen vollständig abschaffen wollen (siehe Abb. 24).

Von einer möglichen Lockerung erhoffen sich die Bundesbürger vor allem eine Entlastung der Arztpraxen (65 %) sowie die Vermeidung langer Fahrtwege zur Praxis, unter denen vor allem Bewohner ländlicher Regionen leiden.⁵⁴ Dementsprechend wären immerhin 42 % der Bundesbürger bereit, eine Videosprechstunde in Anspruch zu nehmen, wobei insbesondere die hohen Altersklassen (ab 50 Jahre) offener für dieses Angebot sind als die 18- bis 49-Jährigen.⁵⁵

Ein persönlicher Kontakt zum Arzt ist den Deutschen vor allem bei schweren Erkrankungen wichtig.

Abb. 24 Wie finden Sie die Regelung zum Fernbehandlungsverbot?

43 % der Bürger wünschen sich Ausnahmen im Fernbehandlungsverbot für Ärzte. Für eine vollständige Kippung der Regelung stimmen jedoch nur wenige.



Basis: alle Befragten, n = 1.000

Quelle: PwC (2018): *Future Health. Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen.*

⁵⁴ Vgl. PwC (2018): *Future Health. Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen.*

⁵⁵ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem.*

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bessere Arbeitsbedingungen schaffen

Kern des Versorgungsstärkungsgesetzes ist es, die medizinische Versorgung heute und in Zukunft gut erreichbar und qualitativ hochwertig zu gestalten. In Kraft trat das Gesetz bereits 2015 und ist insbesondere auch darauf ausgelegt, den Zugang zu Ärzten im ländlichen Raum signifikant zu verbessern. Mithilfe eines dafür eingerichteten Strukturfonds können zum Beispiel stärkere Anreize für Mediziner zur Niederlassung in unterversorgten Regionen gesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung soll auch die Einrichtung zusätzlicher Weiterbildungsstellen sowohl im allgemeinmedizinischen als auch im fachmedizinischen Bereich langfristig sicherstellen.⁵⁶ Zudem wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auch der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses ins Leben gerufen. Dieser stellt gezielt Gelder für Projekte bereit, die zur Reform bestehender Versorgungsstrukturen und zu einer hochwertigen Versorgung beitragen.⁵⁷ Dazu zählen unter anderem Projekte, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessern und die Gesundheitskompetenz der Bürger erhöhen.

Apothekenversandhandel: abschaffen oder beibehalten?

Das Versandverbot für verschreibungspflichtige Medikamente war Anfang 2018 ein viel diskutiertes Thema in Politik und Öffentlichkeit und ist darüber hinaus für verschreibungspflichtige Medikamente im Koalitionsvertrag festgeschrieben. Für die Bürger bietet der Onlineversandhandel aber viele Vorteile: Sie können jederzeit schnell und unkompliziert rezeptfreie Produkte kaufen oder auch Rezepte für verschreibungspflichtige Medikamente einreichen. Dies gilt auch für Bewohner ländlicher Regionen, die vor Ort keine Apotheke haben. Größtenteils schätzen die Bürger also diesen Service, der es ihnen erlaubt, von jedem Ort aus Medikamente für den eigenen Bedarf zu bestellen.

47% nutzen den Apothekenversandhandel oder würden dies tun. Analog dazu spricht sich die Mehrheit (54%) gegen ein Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Medikamenten aus. Ein gutes Drittel (36%) hält eine flächendeckende Versorgung mit Apotheken vor Ort hingegen für so wichtig, dass sie ein solches Verbot befürworten (siehe Abb. 25).



„Zur ärztlichen Beratung bei kleineren Beschwerden wäre eine Videosprechstunde super. Das würde mir den langen Anfahrtsweg zu meinem Hausarzt ersparen.“

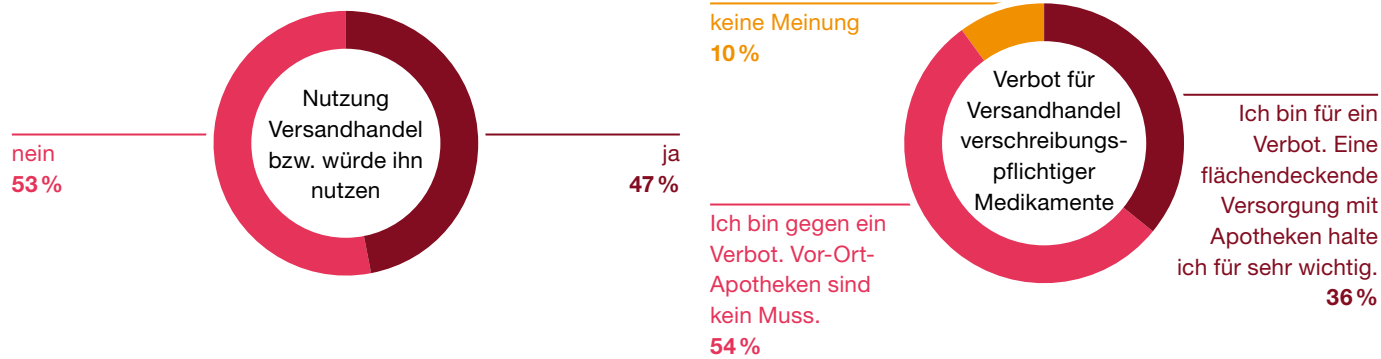


⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017): *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*.

⁵⁷ Vgl. Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (o. J.): *Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss*.

Abb. 25 Wie kommt der Apotheken-Versandhandel an?

Fast die Hälfte der Deutschen würde den Apotheken-Versandhandel nutzen. Ein gutes Drittel ist jedoch für ein Verbot.

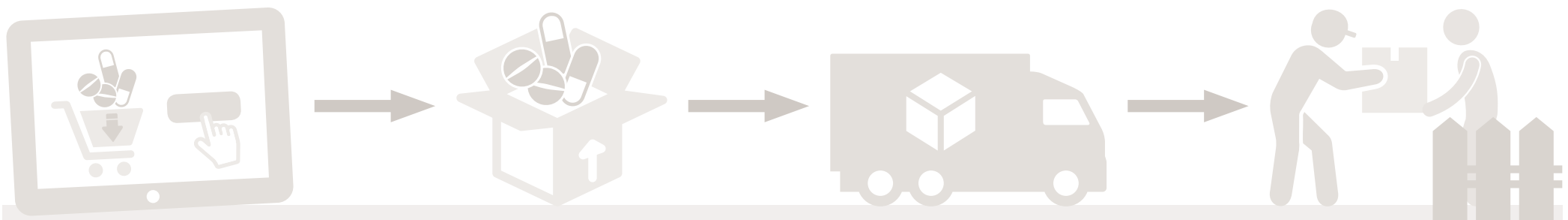
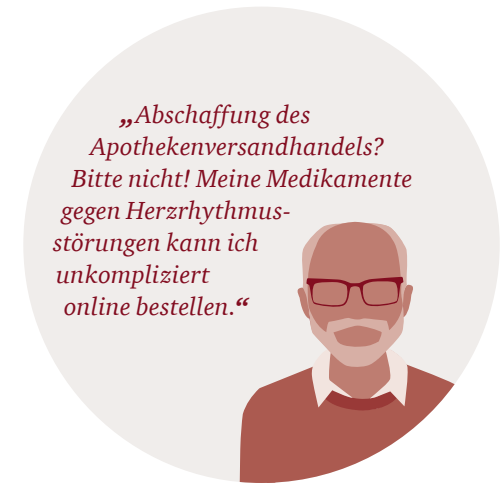


Basis: alle Befragten, n=1.003

Quelle: PwC (2017): *Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Erstaunlicherweise plädieren gerade die 18- bis 29-Jährigen mit insgesamt 45 % verstärkt für ein Verbot. Damit spricht sich diese Altersklasse am deutlichsten für eine Abschaffung aus, obwohl sie den Versandhandel gemeinsam mit den

30- bis 39-Jährigen am meisten nutzt.⁵⁸ Im Ergebnis ist festzustellen, dass es nach dem Wunsch der Bürger den Versandhandel sowohl mit verschreibungspflichtigen als auch mit rezeptfreien Medikamenten weiterhin geben sollte.



⁵⁸ Vgl. PwC (2017): *Bevölkerungsbefragung: Wünsche an das Gesundheitssystem*.

Handlungsfelder und Empfehlungen



Die bisherigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass das Gesundheitswesen in Deutschland im Wandel begriffen ist. Die globalen Megatrends wirken sich nachhaltig auf den Sektor aus und haben bereits spürbare Konsequenzen gezeitigt. Politik und Gesellschaft reagierten mit ersten Initiativen und grundsätzlichen Paradigmenwechseln. Doch es gilt, weiter zu denken und zusätzliche Maßnahmen anzustoßen. Denn die bisherigen Schritte reichen schon auf kurze Sicht nicht aus, um den zukünftigen Herausforderungen wirksam zu begegnen. Wir möchten daher drei zentrale Handlungsfelder vorstellen, die wir im Rahmen unserer Analyse identifiziert haben. Auf diese sollte sich heute das Augenmerk aller Akteure richten, damit das Gesundheitswesen für die Zukunft gut gerüstet ist und sein volkswirtschaftlicher Nutzen sichergestellt werden kann.

Digitale Potenziale nutzen

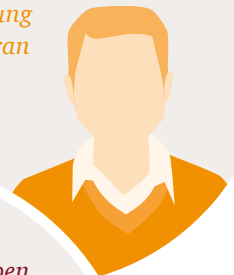
Für die Fokusgruppe „Intelligente Vernetzung“, ein Gremium aus rund 200 Experten, das auch die Umsetzung der digitalen Agenda der Bundesregierung begleitet, steht vor allem die Entwicklung einer bundesweiten Digitalstrategie für das Gesundheitswesen im Vordergrund. Ein Thema dabei ist auch die Förderung der Selbstständigkeit der Bürger (Patienten-Empowerment).⁵⁹ Hierzu zählt etwa die Anbindung und Nutzbarmachung von medizinischen Daten, die der Patient selbst zum Beispiel mittels Wearables erhoben hat, für Leistungserbringer.

Auch die Einführung eines bundesweit einheitlichen Qualitätssiegels für Internetseiten mit gesundheitlichen Informationen sowie dessen gezielte Kommunikation stellt einen wichtigen Schritt hin zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bürger dar.⁶⁰

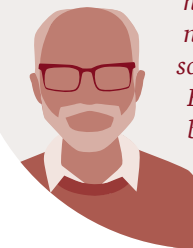
Eine weitere zentrale Aufgabe bei der Ausarbeitung der Digitalstrategie ist der Ausbau und die Sicherstellung von Interoperabilität und Standardisierung sowie die Vermeidung von Insellösungen. Bei der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte sind erste Krankenkassen wie die Techniker Krankenkasse und die AOK bereits mit gutem Beispiel vorangegangen. Sie achten bei der Entwicklung ihrer Lösungen auf offene Schnittstellen und Kompatibilität, sodass beide Modelle Zukunftspotenzial haben und als Vorreiter im Gesundheitswesen gelten können.⁶¹

Auch die kontinuierliche Weiterentwicklung neuer Technologien wie künstliche Intelligenz oder robotergestützte Assistenzsysteme bergen enorme Potenziale. Die Ärzte können durch sie in ihrer täglichen Arbeit erheblich entlastet und Diagnosen können schneller und exakter gestellt werden. Die Präzisionsmedizin ist ein Paradebeispiel hierfür: Sie kann durch die Ermittlung maßgeschneiderter Therapieformen auf Basis großer Datenmengen Heilungschancen erhöhen und Behandlungszyklen verkürzen. Daneben könnte auch die Nutzung der Blockchain-Technologie die übergreifende Kommunikation erleichtern und die Akteure des Gesundheitswesens schnell und sicher miteinander vernetzen.

„An der Digitalisierung führt kein Weg vorbei, dafür müssen wir jetzt Geld in die Hand nehmen – auch um die Vernetzung aller Akteure voran zu bringen.“



„Ich will Herr über meine Daten bleiben und selbst entscheiden, wer was über meinen Gesundheitszustand erfährt. Allerdings würde ich es notgedrungen in Kauf nehmen, dass für eine schnellere und bessere Behandlung Fragen beim Datenschutz offenbleiben.“



⁵⁹ Vgl. Fokusgruppe Intelligente Vernetzung (2017): *Deutschland intelligent vernetzt. Digitale Gesundheit 2017*.

⁶⁰ Vgl. ebd.

⁶¹ Vgl. Handelsblatt Online (2018): *„Digitalisierung. TK startet die elektronische Patientenakte“*.

Wertschätzende, intelligente Geschäftsmodelle etablieren

Ob es um den Ausbau bereits bestehender oder die Etablierung neuer digitaler und technologischer Lösungen geht – hohe Datenschutzrichtlinien sowie Transparenz bei der Datennutzung für den Patienten sind unerlässlich. Hierbei gilt es, bestehende Datenschutzregelungen auf den Prüfstand zu stellen und sie bei Bedarf für den medizinischen Gebrauch anzupassen. Danach muss das geltende Recht zum Datengebrauch und -schutz an alle relevanten Akteure, inklusive der Patienten kommuniziert werden, denn nur so lassen sich langfristig Vertrauen und Transparenz bei der elektronischen Verarbeitung von Patientendaten sicherstellen.

Die Akteure des Gesundheitswesens sind also auf mehreren Ebenen gefordert: Um digitale Potenziale langfristig nutzen zu können, ist ein integriertes Gesamtkonzept zu erarbeiten, das alle Akteure von Anfang an mit einbezieht, die Entwicklung von Innovationen fördert und zugleich einen rechtlichen Rahmen schafft, der Sicherheit bietet ohne die Etablierung digitaler Lösungen zu hemmen.

Der demografische Wandel – und damit einhergehend der drohende Fachkräftemangel – zählt zu den Topthemen im deutschen Gesundheitswesen, auf die die verantwortlichen Akteure schnell eine Antwort finden müssen. Digitale Lösungen wie zum Beispiel Videosprechstunden oder künstliche Intelligenzen tragen sicherlich zu einer Entlastung des im Gesundheitswesen tätigen Personals bei. Darüber hinaus gilt es jedoch, die Arbeitsbedingungen für ausgebildete Fachkräfte zu verbessern oder auch den Pflegeberuf langfristig attraktiv zu gestalten.

Ein erster wichtiger Schritt wäre die Ablösung starrer Arbeitszeitmodelle durch flexible, innovativere Formen. Ein wichtiger Punkt hierbei ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Der Großteil aller Stellen – rund 86%, – in der Alten- und Krankenpflege wird von Frauen besetzt, weshalb viele weibliche Fachkräfte nach der Familiengründung nur noch in Teilzeit arbeiten. Nur mit besseren Angeboten für die Kinderbetreuung können Teilzeit- wieder in Vollzeitquoten umgewandelt und das vorhandene Fachkräftepotenzial kann besser genutzt werden. Eine Steigerung der Teilnahme- und der Vollzeitquote um 10% könnte den drohenden Fachkräftemangel im Pflegebereich bereits spürbar lindern.⁶²

Ein weiterer wichtiger Aspekt eines nachhaltigen und strategischen Personalmanagements ist die Entlohnung. Auch wenn der Pflegemindestlohn im Januar 2018 auf 10,55 Euro im Westen und auf 10,05 Euro im Osten gestiegen ist,⁶³ so handelt es sich hier nach wie vor um

vergleichsweise niedrige Löhne, die den Beruf nicht sonderlich attraktiv erscheinen lassen. Um künftig Personal im Gesundheitswesen zu halten und dazuzugewinnen, gilt es, das Lohnniveau signifikant anzuheben.

Auch die Aktivierung von stillen Reserven, also von Personen im erwerbstätigen Alter, die bewusst keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, könnte zu einer Abschwächung des Personalmangels führen. Wie groß das Potenzial in diesem Bereich ist, kann jedoch nicht exakt prognostiziert werden, da keine ausreichende statistische Erfassung vorliegt.⁶⁴

„Wenn die Pflegeberufe attraktiver werden sollen, müssen die Gehälter steigen. Das Geld dafür muss dann aber vom Beitrags- oder Steuerzahler eingetrieben werden. Hier muss eine Balance gefunden werden, damit der demografische Wandel bewältigt werden kann.“



⁶² Vgl. PwC/WifOR (2012): 112 – und niemand hilft.

⁶³ Vgl. Bundesregierung (2017): Branchenmindestlohn. Mindestlöhne in der Pflege steigen.

⁶⁴ Vgl. PwC/WifOR (2012): 112 – und niemand hilft.

Rahmenbedingungen evaluieren und anpassen

Mit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots durch den deutschen Ärztetag im Mai 2018⁶⁵ und der Einführung von Videosprechstunden zum 1. April 2017⁶⁶ wurden erste wichtige Rahmenbedingungen geschaffen, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patient künftig erheblich erleichtern können. Neben der bereits erwähnten notwendigen Evaluation und Adaption der datenschutzrechtlichen Anforderungen im Hinblick auf neue E-Health-Angebote gilt es darüber hinaus, den deutschen Markt innovationsfreundlicher zu gestalten und die Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern. Hierzu gehört unter anderem die Bereitstellung einer sicheren und flächendeckenden Breitbandversorgung, die gezielte Förderung sektorenübergreifender Projekte sowie die Etablierung eines gründerfreundlichen Marktumfelds. Auch eine strukturierte Überführung neuer Leistungen und Angebote in die Regelversorgung ist notwendig.

Neben den technischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen spielen aber auch bildungspolitische Fragen eine Rolle: Damit Ärzte und Fachkräfte im Umgang mit digitalen medizinischen Angeboten mehr Sicherheit erlangen und die entsprechenden Regelungen kennen, ist es unerlässlich, diese Aspekte künftig in Ausbildung und Studium mit abzudecken. Die Johannes Gutenberg-Universität Mainz hat 2017 einen ersten Schritt in diese Richtung unternommen und das Wahlpflichtfach „Medizin im digitalen Zeitalter“ eingeführt.

„Wir müssen in Deutschland auch die aktuellen Rahmenbedingungen stärker in den Blick nehmen und uns fragen: Sind diese in der jetzigen Form förderlich, um das Gesundheitswesen für die Zukunft zu wappnen?“



Ein weiteres grundlegendes Thema, das Anfang 2018 auch in Politik und Öffentlichkeit im Zusammenhang mit den Fluchtbewegungen nach Europa diskutiert wurde, ist die Einwanderung von Fachkräften. Zwar gibt es für den Aufenthalt in der Bundesrepublik über 50 Möglichkeiten der Zulassung, ein strukturiertes Einwanderungsgesetz existiert jedoch noch nicht und stellt eine zentrale Forderung der SPD dar.⁶⁷ Ein solches Gesetz, verbunden mit einer verstärkten Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen, ist jedoch zwingend erforderlich, um Deutschland für ausländische Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen attraktiver machen.⁶⁸



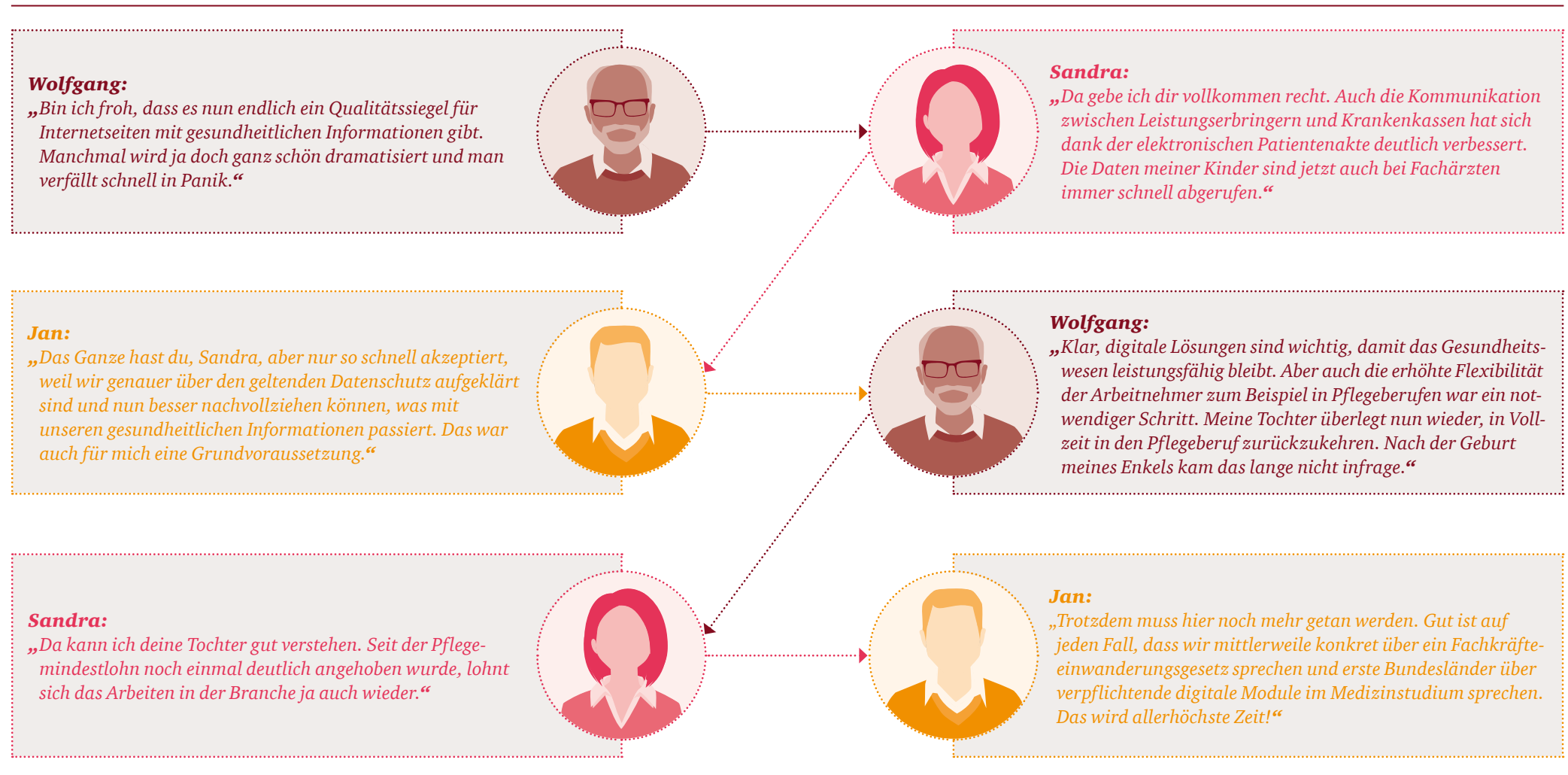
⁶⁵ Vgl. PwC (2018): *Future Health. Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen.*

⁶⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.): *Videosprechstunde.*

⁶⁷ Vgl. Deutsche Welle (2018): *Fachkräfte gesucht – Bundesregierung kündigt Einwanderungsgesetz an.*

⁶⁸ Vgl. PwC (2012): *112 – und niemand hilft.*

Was bedeuten diese Änderungen für Wolfgang, Sandra und Jan?



Ausblick





Handlungsempfehlungen für einen strukturellen Neustart im Gesundheitswesen

Die bisherigen Ausführungen zeigen: Deutschlands Bevölkerung – repräsentiert durch Sandra, Wolfgang und Jan – bewertet die Qualität des Gesundheitssystems grundsätzlich positiv. Gleichwohl sind auch Probleme festzumachen: Vielerorts steigen die Kosten und es verlängern sich die Wartezeiten für eine medizinische Versorgung. Immer mehr Einrichtungen arbeiten defizitär oder müssen sogar schließen. Der Personalmangel in vielen Kliniken sowie der Ärztemangel in ländlichen Regionen wirkt wie ein „schleichendes Gift“, das mittel- bis langfristig die Behandlungs- und Versorgungsqualität mindern wird.

Die Politik unternimmt regelmäßig – etwa alle zwei Jahre – Versuche, das Gesundheitswesen zu reformieren. Grundsätzliche Fragen bleiben dabei jedoch häufig unberührt. Deshalb möchten wir in diesem Schlusskapitel der Politik, den zentralen Akteuren des Gesundheitswesens und der Öffentlichkeit Vorschläge für einen strukturellen Neustart unterbreiten, damit die Bürger auch in Zukunft von einem hohen medizinischen Standard des Gesundheitssystems profitieren können.

Von der dualen zur monistischen Krankenhausfinanzierung

Gegenwärtig ruht die Finanzierung von Krankenhäusern auf zwei Säulen: den Krankenkassen und den Bundesländern, konkret also auf den Beiträgen zur Sozialversicherung sowie auf Steuern. Diese dualistische Finanzierung führt regelmäßig zum Konflikt darüber, wer bestimmte Leistungen oder Investitionen bezahlen muss. Eines von vielen Beispielen für diesen Konflikt ist die elektronische Gesundheitskarte, für deren Einführung spezielle Lesegeräte erforderlich sind. Gehört die Karte zum operativen Betrieb, für den die Krankenkassen zuständig sind? Oder handelt es sich um eine Investition, die in der Verantwortung der Bundesländer liegt? Fälle wie dieser – und auch solche von größerer Tragweite – sind zahlreich und der Zuständigkeitskonflikt führt häufig dazu, dass am Ende niemand zahlt und sich nichts bewegt.

Wir schlagen deshalb eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen vor, wie sie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens – etwa in der Altenpflege, der Rehabilitation und der Diagnostik – bereits besteht. Sämtliche Kosten im Gesundheitswesen würden dann von den Krankenkassen aus einem zentralen Budget finanziert. Die Summe der Ausgaben bliebe insgesamt gleich, es wären lediglich die Kassen allein zuständig statt wie bisher Kassen und Bundesländer.

Weshalb wurde diese Änderung noch nicht vollzogen? Eine Finanzierung allein durch die Krankenkassen würde zum Beispiel implizieren, dass diese darüber entscheiden, an welcher Stelle ein Krankenhaus betrieben werden soll. Bislang ist dies aber eine hoheitliche Aufgabe der Bundesländer; sie betrachten solche Entscheidungen als wesentlichen Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. In der Tat wäre es ein Nachteil, wenn die Bundesländer bei der Standortfrage die Entscheidungshoheit verlören. Dieser Nachteil ließe sich jedoch durch die Einführung einer Pro-Einwohner-Finanzierung ausgleichen.

Mehr Qualität und Prävention durch Pro-Einwohner-Finanzierung

Im Gesundheitswesen gilt das Motto: „You get what you pay for“ – man bekommt stets das, was man bezahlt. Richtet sich die Finanzierung, wie in den 1990er-Jahren, nach der Zahl der Tage, die ein Patient im Krankenhaus verweilt, so führt dies zu hohen Zahlen von Behandlungstagen. Wird hingegen pro Behandlung vergütet, wie es die aktuelle Regelung vorsieht, so erhält man hohe Fallzahlen. Eine Pro-Einwohner-Finanzierung würde hier ganz andere Anreize setzen. In diesem Fall wäre ein Krankenhaus zuständig für die Menschen in einem bestimmten Umkreis – zum Beispiel 20.000 Bürger in einem Umkreis von 30 Kilometern. Für die Behandlung dieser Patientengruppe erhält die Klinik dann einen festgelegten Betrag pro Einwohner (per capita) – und nicht mehr abhängig davon, wie viele Menschen tatsächlich ihre Leistungen in Anspruch nehmen, wie beim jetzigen Fallpauschalensystem. Je weniger Menschen die Klinik also behandelt, desto profitabler ist sie.

Der wesentliche Vorteil dieser Finanzierungsvariante wäre, dass die Krankenhäuser zur Prävention und zu einer höheren Behandlungsqualität motiviert würden. Denn je besser ein Krankenhaus seine Patienten bei der Gesundheitsvorsorge unterstützt und je besser es sie versorgt, desto seltener müssten diese Menschen behandelt werden. Eine solche Verschiebung von einer Behandlung bei Krankheit hin zu einer Förderung von Gesundheit würde insbesondere Menschen wie Sandra entgegenkommen; sie steht für die wachsende Bevölkerungsgruppe, der Vorsorge sehr wichtig ist und die deshalb selbst aktiv etwas dafür tut.

Die Zuständigkeit für eine bestimmte Anzahl von Patienten im Umkreis birgt allerdings zwei Gefahren: Erstens könnten die Krankenhäuser auf den Gedanken kommen, Patienten abzulehnen, um so ihre Profitabilität zu steigern. Diese Patienten müssten dann auf ein weiter entferntes Krankenhaus ausweichen. Zweitens ist es denkbar, dass Patienten von sich aus lieber in ein anderes Krankenhaus gehen möchten als ihr „Heimatkrankenhaus“, weil sie zum Beispiel mit dessen Qualität unzufrieden sind oder das bevorzugte Krankenhaus hinsichtlich der Behandlung einer bestimmten Krankheit einen besseren Ruf hat. Diese Gefahren ließen sich durch eine Art „Strafgebühr“ bei wechselnden Patienten abmildern: Die eigentlich zuständige Klinik müsste also dem tatsächlich behandelnden Krankenhaus einen bestimmten Betrag für seinen Mehraufwand bezahlen. Dies wäre ein Anreiz für jedes Krankenhaus, in seiner Region, in seinem Zuständigkeitsgebiet die bestmögliche Qualität zu bieten.

Modellversuche zur Pro-Einwohner-Finanzierung unter anderem in Spanien und den USA haben einen weiteren Nachteil offenbart: Die Kliniken reduzieren drastisch ihre Ausgaben für Forschung und Lehre, da sie ihr Budget in der Regel ausschließlich für die Behandlung selbst einsetzen (können). Hier ließe sich jedoch durch die folgende Ausnahme von der monistischen Krankenhausfinanzierung (wie auf Seite 46 dargestellt) gegensteuern: Die Forschung und Entwicklung, wie sie an Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern betrieben werden, würde nicht über die Krankenkassen finanziert, sondern eine hoheitliche Aufgabe der Bundesländer bleiben und aus steuerfinanzierten Budgets bestritten.

Für die Bevölkerung ergäbe die Pro-Einwohner-Finanzierung keine Nachteile, im Gegenteil: Menschen wie Jan, Sandra und Wolfgang hätten die Möglichkeit, gewissermaßen abzustimmen und im für sie besten Krankenhaus in der Region behandelt zu werden. Wenn Krankenhäuser besonders hohe Qualität bieten und auch Patienten aus Nachbarregionen anziehen, werden sie dafür finanziell belohnt. Die medizinische Versorgung – insbesondere in ländlichen Regionen – würde unter dieser Art der Finanzierung ebenfalls nicht leiden. Denn in Regionen mit geringer Krankenhausedichte besteht in der Regel keine Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Kliniken. Im Gegenteil: Wenn vom „Kliniksterben“ die Rede ist, betrifft dies vor allem ländliche Gebiete und nicht die dicht besiedelten Großstädte. In diesen würde eine Finanzierung pro Einwohner durchaus für einen gesunden Wettbewerb sorgen, der zu einer gewissen Marktberreinigung und insgesamt höherer Qualität führen würde.

Systemrelevant oder marktwirtschaftlich?

Die Frage, welches Krankenhaus für eine bestimmte Patientengruppe zuständig ist, setzt folgende Unterscheidung voraus: Handelt es sich um eine systemrelevante Einrichtung des Gesundheitswesens oder um einen marktwirtschaftlichen, also im Wettbewerb stehenden Anbieter? Für diese Unterscheidung, die übrigens die EU und teilweise das Kartellamt eingebracht haben, sind folgende Aspekte relevant: Wenn eine Einrichtung notwendige Gesundheitsleistungen erbringt (z. B. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung) und in einem Entfernungsradius, der von der Bevölkerung als „akzeptabel“ betrachtet wird, keine Wettbewerber hat, so sollte sie als systemrelevant angesehen werden. Als „akzeptabel“ haben unsere repräsentativen Umfragen regelmäßig einen Radius von 30 bis 50 Kilometern ergeben – je nach Spezialisierungsgrad der Gesundheitsleistung. Für diese Einrichtungen besteht die Annahme, dass es sich um hoheitliche Aufgaben erfüllende Einrichtungen handelt, die der Daseinsvorsorge dienen. Für solche Einrichtungen wären Verlustausgleiche durch den Träger zulässig und trotz monistischer Finanzierung wäre eine Schließung ohne Zustimmung des jeweiligen Bundeslandes nicht möglich.

Alle anderen Einrichtungen würden in marktwirtschaftlichem Wettbewerb zueinander stehen und Verluste dürften nicht durch öffentliche Gelder ausgeglichen werden. Dies würde eher Ballungszentren und Großstädte betreffen, da es in diesem Umfeld meist Wettbewerber gibt. Hier, meinen wir, könnte ein Wettbewerb durchaus gesund sein, zumal es für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung keine Gefahr darstellt, wenn unrentable Krankenhäuser in einem Gebiet mit hoher Klinikdichte schließen.

Ärzte in ländlichen Regionen unterstützen

Wie bereits zu Beginn deutlich geworden ist, betrachtet die deutsche Bevölkerung die ärztliche Versorgung in ländlichen, weniger dicht besiedelten Regionen als eines der wichtigsten Handlungsfelder für die Zukunft. Die überwiegende Mehrheit von fast 90 % der Befragten betrachtet dabei die Landarztquote als ein geeignetes Mittel, um effektiv gegenzusteuern. Auch die Bundesländer suchen bereits nach Lösungen für das Problem. Dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ zufolge können sie 10 % der begehrten Medizinstudienplätze an Bewerber vergeben, die sich verpflichten, bis zu zehn Jahre nach Abschluss des Studiums in unterversorgten Regionen als Arzt zu arbeiten. Diese Initiative wurde auf Seite 23 vorgestellt.

Ob aber Medizinstudierende nach ihrem Abschluss als Landärzte arbeiten, ist nicht allein eine Frage des Willens, sondern auch des Könnens. Es hat sich gezeigt, dass viele Absolventen nicht bereit sind, das unternehmerische Risiko einer Praxis auf dem Land zu tragen. Und dafür gibt es gute Gründe. Ärzte auf dem Land müssen häufig rund um die Uhr und an sieben Tagen pro Woche verfügbar sein. Die Arbeitszeiten sind wenig familien- oder freizeitfreundlich – Aspekte, die aber besonders jüngeren Menschen bei der Berufs- oder Arbeitgeberwahl zunehmend wichtig sind. Auch ist es für Ärzte auf dem Land oftmals ungewiss, ob sich Investitionen in notwendige, aber teure Apparate wie Röntgen- oder Ultraschallgeräte jemals amortisieren werden.

Abhilfe könnten hier Ärztezentren schaffen, in denen sich mehrere Ärzte zusammenschließen und sich die Arbeitsbelastung teilen. So verringern sie das individuelle wirtschaftliche Risiko und profitieren von akzeptablen Arbeits- und Urlaubszeiten. Solche Ärztezentren entstehen momentan aber gerade nicht auf dem Land, wo sie gebraucht würden, sondern vorwiegend in den Städten. Es wäre also nicht zuletzt eine politische Aufgabe, medizinische Existenzgründungen in ländlichen Regionen zu fördern. Zu denken ist hierbei etwa an spezielle Förderprogramme, wie sie bereits für andere Branchen existieren, sowie an zinsvergünstigte oder zinslose Darlehen und Bankbürgschaften.

IT-Lösungen für sichere Arzneimittel

Wenn marktwirtschaftliche Einrichtungen zueinander im Wettbewerb stehen, spielt Qualität eine zentrale Rolle. Bei einer wie hier vorgeschlagenen Pro-Einwohner-Finanzierung werden schlechte Leistungen mit einem Rückgang der Patientenzahlen sanktioniert. Dennoch reicht nach unserer Auffassung diese Sanktion allein noch nicht aus, insbesondere im ambulanten Bereich.

Ein weiterer Aspekt der Qualitätssicherung wird – auch aufgrund der demografischen Entwicklung – nach unserer Einschätzung künftig mehr Bedeutung erlangen: die Pharmakovigilanz oder Überwachung der Arzneimittelsicherheit. Gemeint sind hiermit alle Maßnahmen, die einen optimalen Medikationsprozess gewährleisten. Die Patienten sollen bei einer medikamentösen Therapie bestmöglich vor Risiken und Schäden geschützt werden. Tatsache ist: Ein Großteil der medikamentös behandelten Patienten bekommt von mehr als einem Arzt Arzneimittel verordnet. Dies erhöht prinzipiell das Risiko schwerwiegender Fehler, da sich die Behandler möglicherweise nicht ausreichend absprechen.

Unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten sind ein ernstes Problem, besonders bei Multimorbidität. Mit zunehmendem Alter werden die Menschen prinzipiell anfälliger für Krankheiten und leiden häufiger an mehreren Erkrankungen gleichzeitig – wie in unseren Beispielen Wolfgang, der an Altersdiabetes und Herzrhythmusstörungen leidet. Untersuchungen aus europäischen Ländern gehen davon aus, dass rund 3 bis 5 % aller Todesfälle durch unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten verursacht sind. Etwa 10 bis 15 % dieser Todesfälle sind, so die Einschätzung, prinzipiell vermeidbar.

Als potenziell risikobehaftet erweist sich hierbei, dass die Patienten viele verschiedene Kombinationen von zwei oder mehr verschiedenen Wirkstoffen erhalten. In der Summe sind dies Tausende, sogar Hunderttausende von Kombinationen, aufgrund derer der verordnende Arzt prüfen müsste, ob und, wenn ja, welche Risiken dabei für die Patienten bestehen. Ohne informationstechnische Lösungen ist dies allerdings nicht zu leisten. Pilotprojekte zeigen, dass sich die Zahl unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen bei der Einnahme von Arzneimitteln signifikant reduziert, wenn Technologien zur elektronischen Verordnungsunterstützung eingesetzt werden. Medikationsfehler lassen sich dank solcher Systeme um mehr als 80 % verringern. Für den flächendeckenden Einsatz solcher E-Health-Systeme ist es sicherlich noch zu früh. Doch bereits jetzt ist abzusehen, dass es sinnvoll und notwendig ist, solche Lösungen zu entwickeln, sie zu erforschen und auch in der ärztlichen Ausbildung verstärkt auf Fragen der Arzneimittelsicherheit einzugehen.

IT-Lösungen sind aus einem weiteren Grund sinnvoll: Seit Oktober 2016 haben alle Patienten, die täglich mehr als drei Präparate einnehmen, einen Anspruch darauf, einen auch für Laien verständlichen Medikationsplan zu erhalten. Diesem können sie entnehmen, welche Medikamente sie wann für welche Erkrankung verwenden müssen. Künftig sollten diese Medikationspläne auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. So könnten zum Beispiel Wolfgang's Ärzte sofort sehen, welche Medikamente er regelmäßig einnimmt und welche Wechselwirkungen es zu vermeiden gilt. Unterstützt durch technische Systeme könnten die Behandler das Risiko potenzieller Schäden für Wolfgang deutlich reduzieren und ihm so möglicherweise zu einem längeren Leben verhelfen.

Unser Ziel war es, in einigen wesentlichen Handlungsfeldern Vorschläge für einen strukturellen Neustart im Gesundheitswesen zu formulieren. Insgesamt stellt sich in diesem sensiblen Bereich des Daseins die Frage, ob und inwiefern Gewinne erwirtschaftet werden können – und ob dies aus politischen Erwägungen überhaupt möglich sein soll. Diese Frage kann letztlich nur gesamtgesellschaftlich entschieden werden. Unsere hier vorgestellten Ideen, insbesondere zur Krankenhausfinanzierung, zielen darauf ab, die medizinische Versorgung als wichtigen Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu erhalten und zugleich dort marktwirtschaftliche Anreize zu setzen, wo dies nicht zulasten der Versorgungs- und Behandlungsqualität geht oder sogar zu einer Verbesserung führen könnte.

Eine konsequente monistische Pro-Einwohner-Finanzierung auch von Kliniken über die Krankenkassen könnte Handlungsspielraum für wichtige Investitionen schaffen, die gegenwärtig allzu oft unterbleiben. Finanzielle Anreize und Entlastungen könnten zudem dazu beitragen, mehr Ärzte für strukturell unterversorgte ländliche Regionen zu gewinnen. Und E-Health-Systeme könnten in bestimmten Teilbereichen des Gesundheitssystems die Risiken für die Patienten minimieren. Von solchen strukturellen, langfristig wirksamen Veränderungen, die insgesamt die Qualität im Gesundheitswesen erhalten oder gar steigern würden, statt eine schleichende Verschlechterung zu bewirken, würden Sandra, Wolfgang und Jan gleichermaßen profitieren. Mit einer derartigen langfristigen Weichenstellung könnten jüngere Menschen wie Jan sich darauf verlassen, auch dann medizinisch optimal versorgt zu sein, wenn sie es in höherem Alter brauchen.

Literaturverzeichnis



Studien von PwC

PwC/WifOR (2012)

112 – und niemand hilft. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pwc-studie-112-und-niemand-hilft-sep-2012.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2015)

Media Trend Outlook. Wearables: Die tragbare Zukunft kommt näher. www.pwc.at/de/images/tmt-studie-3.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC/WifOR (2016)

Demografischer Wandel: In Deutschland werden Arbeitskräfte rar. Berufs-, qualifikations- und branchenspezifische Analyse bis zum Jahr 2030. www.pwc.de/de/human-resources/in-deutschland-werden-die-arbeitskraefte-rar.html. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2016)

From surviving to thriving: cancer's next challenge. www.pwc.com/gx/en/healthcare/publications/assets/thrive-with-cancer-report.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2016)

Healthcare-Barometer. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/hc-barometer-april-2016.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2016)

Personalisierte Medizin. Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/personalisierte-medizin-studie-2016.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC/Strategy& (2016)

Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/eHealth/BMG-Weiterentwicklung_der_eHealth-Strategie-Abschlussfassung.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2017)

Bevölkerungsbefragung. Pflege in Deutschland. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-befragung-pflegeheime.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2017)

Bevölkerungsbefragung. Wünsche an das Gesundheitssystem. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/berichtsband-gesundheitssystem.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2017)

Digital Health. Challenges and solutions to measuring ROI. www.pwc.com/sg/en/publications/assets/digital-health-roi-2017.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2017)

Sherlock in Health. How artificial intelligence may improve quality and efficiency, whilst reducing healthcare costs in Europe. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/studie-sherlock-in-health.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2017)

Vertrauen in den „Robo-Doktor“. Wie Künstliche Intelligenz und Robotik die Medizin verändern. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/ki-robotics-healthcare-interaktiv.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2017)

Wenn der Patient sein Krankenhaus rettet. Bürger wollen die ortsnahe Versorgung stärken. www.pwc.de/de/pressemitteilungen/2017/pwc-studie-erste-hilfe-krankenhaeuser-2017-v2.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC/Strategy& (2018)

Bevölkerungsbefragung. Personalisierte Krebsmedizin. www.strategyand.pwc.com/media/file/Personalisierte-Medizin-fuer-die-Krebsforschung.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2018)

Future Health. Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/future-health-berichtsband.pdf. Abruf: 08.08.2018.

PwC (2018)

Healthcare-Barometer 2018. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-ergebnisse-healthcare-barometer%20-2018-final.pdf. Abruf: 08.08.2018.

Weitere Quellen**Ärzte Zeitung Online (2018)**

NRW setzt auf Landarztquote und will Bewerber eigens testen. www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/junge-aerzte/article/965234/medizinstudium-nrw-setzt-landarztquote-will-bewerber-eigens-testen.html. Abruf: 08.08.2018.

Bayerischer Rundfunk (2018)

Ab dem Wintersemester Landarztquote für Medizinstudenten in Bayern. www.br.de/nachrichten/ab-dem-wintersemester-landarztquote-fuer-medizinstudenten-100.html. Abruf: 08.08.2018.

Booz & Company (2011)

Vorteil Vorsorge. Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland. www.felix-burda-stiftung.de/sites/default/files/documents/Studie_FBS_Booz_Vorteil_Vorsorge_2011.ppd. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017)

„Masterplan Medizinstudium 2020“. www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018)

Pressemitteilung. Konzertierte Aktion Pflege: Gemeinsame Initiative zur Stärkung der Pflege in Deutschland. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/konzertierte-aktion-pflege--gemeinsame-initiative-zur-staerkung-der-pflege-in-deutschland/127038. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Gesundheit (2018)

Antworten auf die Fragen der Bild am Sonntag. www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews-2018/bams-01072018.html. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Gesundheit (2017)

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Gesundheit (2018)

Sofortprogramm Pflege. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals. www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017)

Gesundheitswirtschaft. Zahlen. Daten. Fakten. Ergebnisse der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-laenderergebnisse.pdf?__blob=publicationFile&v=12. Abruf: 08.08.2018.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2013)

Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitsatellitenkgesu-zur-gesundheitswirtschaftlichen-gesamtrechnung.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Abruf: 08.08.2018.

Bundesregierung (2017)

Branchenmindestlohn. Mindestlöhne in der Pflege steigen. www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2017/07/2017-07-19-mindestlohn-pflege-verordnung.html. Abruf: 08.08.2018.

Bundesregierung (2018)

Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=743E04938FE78161034EEEE6078630F7.s6t1?__blob=publicationFile&v=6. Abruf: 08.08.2018.

Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien (bitkom)/Spitzenverband IT-Standards im Gesundheitswesen (SITiG) (o. J.)

Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Einrichtung einer Bundesagentur für Digitalisierte Medizin. Rahmenbedingungen für elektronische Patientenakten und E-Health-Anwendungen schaffen. www.bitkom.org/noindex/Publikationen/2018/Sonstiges/180620-Bundesagentur-digitalisierte-Medizin-SITiG-Bitkom.pdf. Abruf: 09.08.2018.

Deutscher Apotheker Verlag (DAZ online) (2017)

Fernbehandlungsverbot könnte im Mai 2018 kippen. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/12/18/fernbehandlungsverbot-koennte-im-mai-2018-kippen. Abruf: 08.08.2018.

Deutsches Ärzteblatt (2017)

Vergütung für Videosprechstunde festgelegt. www.aerzteblatt.de/nachrichten/73320/Verguetung-fuer-Videosprechstunde-festgelegt. Abruf: 08.08.2018.

Deutsche Welle (2018)

Fachkräfte gesucht – Bundesregierung kündigt Einwanderungsgesetz an. <https://www.dw.com/de/fachkr%C3%A4fte-gesucht-bundesregierung-k%C3%BCndigt-einwanderungsgesetz-an/a-44555911>. Abruf: 08.08.2018.

Focus Money Online (2018)

Pflegekräftemangel hält an. Alarmierend: Mindestens 35.000 offene Stellen in der Pflege. https://www.focus.de/finanzen/karriere/berufsleben/keine-besserung-im-pflegebereich-alarmierend-mindestens-35-000-offene-stellen-in-der-pflege_id_8828257.html. Abruf: 08.08.2018.

Fokusgruppe Intelligente Vernetzung (2017)

Deutschland intelligent vernetzt. Digitale Gesundheit 2017. DIV Report Spezial. https://deutschland-intelligent-vernetzt.org/app/uploads/2017/06/DIV_Report_Spezial_Gesundheit2017.pdf. Abruf: 08.08.2018.

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (o. J.)

Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. <https://innovationsfonds.g-ba.de/>. Abruf: 08.08.2018.

Gesundheitswirtschaft Rhein-Main (2014)

Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen. www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/fileadmin/content/Downloads/Studien/GWRM-Studie-2014-Zweiter_Gesundheitsmarkt.pdf. Abruf: 08.08.2018.

Handelsblatt Online (2018)

Digitalisierung. TK startet die elektronische Patientenakte. www.handelsblatt.com/politik/deutschland/digitalisierung-tk-startet-die-elektronische-patientenakte/21209204.html?ticket=ST-1034662-T15EcL6sTc0D6Nr9PqhP-ap6. Abruf: 08.08.2018.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018)

Elektronische Patientenakte. Übergreifende Dokumentation der Krankheitsgeschichte. www.kbv.de/html/epa.php. Abruf: 08.08.2018.

KBV (2017)

Praxisnachrichten. Vergütung für Videosprechstunde geregelt – Start schon im April. www.kbv.de/html/1150_27150.php. Abruf: 08.08.2018.

KBV (o. J.)

Videosprechstunde. www.kbv.de/html/videosprechstunde.php. Abruf: 08.08.2018.

Krueger, Kathy (2018)

Herausforderung Fachkräftemangel: Erfahrungen, Diagnosen und Vorschläge für die effektive Personalrekrutierung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Medizinischer Fakultätentag (o. J.)

Masterplan Medizinstudium 2020: Fachwissen und Erfahrung der Universitäten in der politischen Planung stärker berücksichtigen. www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html. Abruf: 08.08.2018.

Wissenschaftliches Institut der PKV (2017)

Wartezeiten auf Arzttermine. Eine methodische und empirische Kritik der Debatte. WIP-Diskussionspapier 03/2017. www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Wartezeiten_auf__Arzttermine.pdf. Abruf: 08.08.2018.

Zeit Online (2018)

„Wir brauchen Hilfe, Herr Spahn!“ www.zeit.de/2018/30/altenpflege-jens-spahn-gesundheitsminister-deutschland-heime/komplettansicht?print. Abruf: 08.08.2018.

Ihre Ansprechpartner



Michael Burkhardt

Leiter des Bereichs Gesundheitswirtschaft
bei PwC Deutschland
Tel.: +49 69 9585-1268
michael.burkhardt@pwc.com



Sevilay Huesman-Koecke

Head of Business Development
Health Industries
Tel.: +49 69 9585-3675
sevilay.huesman-koecke@pwc.com

Weitere Autoren

Natalie Marita Eichinger, PwC Deutschland
Michael Lederer, PwC Deutschland

Pressekontakt

Julia Wollschläger, Tel.: +49 211 981-5095, julia.wollschlaeger@pwc.com

Über uns

Unsere Mandanten stehen tagtäglich vor vielfältigen Aufgaben, möchten neue Ideen umsetzen und suchen Rat. Sie erwarten, dass wir sie ganzheitlich betreuen und praxisorientierte Lösungen mit größtmöglichem Nutzen entwickeln. Deshalb setzen wir für jeden Mandanten, ob Global Player, Familienunternehmen oder kommunaler Träger, unser gesamtes Potenzial ein: Erfahrung, Branchenkenntnis, Fachwissen, Qualitätsanspruch, Innovationskraft und die Ressourcen unseres Expertennetzwerks in 158 Ländern. Besonders wichtig ist uns die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Mandanten, denn je besser wir sie kennen und verstehen, umso gezielter können wir sie unterstützen.

PwC. Mehr als 11.000 engagierte Menschen an 21 Standorten. 2,2 Mrd. Euro Gesamtleistung. Führende Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft in Deutschland.



Impressum

Das deutsche Gesundheitswesen auf dem Prüfstand

Herausgegeben von der PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

November 2018, 55 Seiten, 25 Abbildungen, Softcover

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigungen, Mikroverfilmung, die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien sind ohne Zustimmung des Herausgebers nicht gestattet.

Die Inhalte dieser Publikation sind zur Information unserer Mandanten bestimmt. Sie entsprechen dem Kenntnisstand der Autoren zum Zeitpunkt der Veröffentlichung. Für die Lösung einschlägiger Probleme greifen Sie bitte auf die in der Publikation angegebenen Quellen zurück oder wenden sich an die genannten Ansprechpartner. Meinungsbeiträge geben die Auffassung der einzelnen Autoren wieder. In den Grafiken kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

