

**14. NEUBIBERGER
KRANKENHAUSFORUM**

Medizinisches Versorgungszentrum
- Krankenhaus - Klinikhotel:
Neue Formen der Krankenhausversorgung

Prof. Dr. Günter Neubauer

Dipl.- Vw. J. Nothnagel

Dipl.-Vw. F. Pfister

6. Juli 2005

VORWORT.....	2
BEGRÜSSUNG DURCH DEN TAGUNGSLEITER. <i>Prof. Dr. Günter Neubauer</i>	3
GRUSSWORTE DES PRÄSIDENTEN <i>Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Georg Lößl</i>	5
GRUSSWORTE DES PRODEKANS <i>Prof. Dr. Rainer Marr</i>	6
GRUSSWORTE FÜR DIE B.BRAUN-STIFTUNG <i>Uta Meurer</i>	8
EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK <i>Prof. Dr. Günter Neubauer</i>	12
NEUE FORMEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG AUS SICHT DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG <i>Staatsministerin Christa Stewens</i>	19
TRENDS IN THE EUROPEAN HOSPITAL MARKET <i>Prof. Dr. Ray Robinson</i>	26
KONZEPTION UND UMSETZUNG VON MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN <i>Prof. Dr. med. Thomas Kersting</i>	33
KONZEPTION UND UMSETZUNG VON KLINIKHOTELS <i>Marie-Luise Müller</i>	45
TELEMATIK – DER SCHLÜSSEL ZUR EFFIZIENZSTEIGERUNG <i>Franz Hertl</i>	57
STRATEGIEN FÜR KRANKENHÄUSER <i>Reinhard Fuß</i>	63
ANHANG.....	72

VORWORT

Zum diesjährigen Krankenhausforum konnten wir nicht nur hochrangige Referenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis gewinnen, sondern auch über 200 Teilnehmer begrüßen. Die Veranstaltung fand am Mittwoch, den 6. Juli 2005, von 9.00 bis 16.30 Uhr im Audimax der Universität der Bundeswehr München statt. Die Gestaltung und Zusammenstellung dieses Tagungsbandes lagen in den Händen von Diplom-Volkswirt Florian Pfister, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei mir tätig ist.

Im vorliegenden Tagungsband sind die Vorträge der Veranstaltung abgedruckt. Die meisten Beiträge sind lediglich in der präsentierten Form enthalten. Wir schließen damit einen Kompromiss zwischen einer möglichst zeitnahen Veröffentlichung und einer wissenschaftlichen Kriterien genügenden Form. Dieser Tagungsband und die Tagungsbände der letzten Jahre sind auch über die Veranstaltungshomepage www.neubiberger-krankenhausforum.de abrufbar.

Eine solche Großveranstaltung ist ohne die Mithilfe zahlreicher Personen undenkbar. Besonders gedankt sei den wissenschaftlichen Mitarbeiter Dipl.-Kffr. Iris Driessle, Dipl.-Vw. Jens Nothnagel und Dipl.-Vw. Florian Pfister sowie der Sekretärin Frau Christine Barth. Ebenso möchte ich mich bei den studentischen Helfern Andreas Brückmann, Michael Grüner, Sebastian Kirleis, Robert Meyer-Brenkhof, Jens-Hermann Priegnitz, Alexander Prillwitz, Mike Wistra und Christian Zündorf bedanken.

Abschließend wollen wir der angenehmen Pflicht nachkommen und der B. Braun-Stiftung Melsungen, vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Meurer, Dank sagen. Ihre finanzielle Unterstützung machten diese und auch alle vorhergehenden Veranstaltungen in dieser Form erst möglich.

Prof. Dr. Günter Neubauer
Tagungsleiter

BEGRÜSSUNG DURCH DEN TAGUNGSLEITER

Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste,

ich freue mich über Ihr zahlreiches Erscheinen und begrüße Sie ganz herzlich zu unserem 14. Neubiberger Krankenhausforum. Offensichtlich ist es uns wieder gelungen mit der gestellten Thematik und den hierzu gewonnenen Referenten Ihr Interesse zu wecken. Ganz besonders darf ich Frau Staatsministerin Christa Stewens begrüßen, welche die Sicht der bayerischen Staatsregierung zu neuen Formen der Krankenhausversorgung in einem eigenen Beitrag schildert. Ein herzliches Willkommen auch dem Präsidenten unserer Universität, Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Georg Löbl sowie dem Prodekan Prof. Dr. Rainer Marr. Schließlich ist es mir eine Ehre und eine Freude die Geschäftsführerin der B. Braun-Stiftung, Frau Ute Meurer, wie jedes Jahr hier begrüßen zu dürfen. Frau Meurer hat diese Veranstaltungen von Anfang an mitbegleitet und kann mit Fug und Recht als eine Mitinitiatorin der Neubiberger Foren bezeichnet werden. Frau Meurer stand uns nicht nur bei der Beantragung finanzieller Unterstützung bei der B. Braun-Stiftung stets zur Seite, sondern sie hat uns auch mit Anregungen zu Themen und Referenten Unterstützung gewährt. Hierfür, Frau Meurer, mein ganz persönlicher Dank an Sie an dieser Stelle.

Schließlich darf ich mich auch bei den Referenten bedanken, die ausnahmslos spontan bereit waren aktiv zu dieser Veranstaltung beizutragen. Hervorheben darf ich an dieser Stelle den Gast aus London, Herrn Prof. Dr. Ray Robinson, der aus England angereist ist, um uns über Trends im Europäischen Krankenhausmarkt zu informieren. Mein Dank gilt aber auch all jenen Teilnehmern die schon seit vielen Jahren unserer Veranstaltungsreihe die Treue halten und die mir zumeist persönlich bekannt sind. Wenn ich hier jetzt nicht jeden einzelnen begrüßen kann und es mir auch in den Pausen nicht immer gelingt, allen die Hand zu geben, so bitte ich um Nachsicht, da angesichts der organisatorischen Fragen und der großen Anzahl an Teilnehmern dies immer nur unvollkommen gelingen kann. Viele Teilnehmer sind bereits seit dreizehn Jahren dabei und finden offensichtlich unsere Veranstaltungen immer noch so

attraktiv, dass sie den Weg nach Neubiberg nicht scheuen. Ich hoffe, dass auch diese Tagung Sie in dieser Haltung bestärken wird.

Damit darf ich das 14. Neubiberger Krankenhausforum eröffnen und uns allen eine spannende Veranstaltung wünschen.

GRUSSWORTE DES PRÄSIDENTEN

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Georg Löbl
Präsident der Universität der Bundeswehr München

Für die Universität eröffnete der Präsident der Universität der Bundeswehr, Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Georg Löbl, das Krankenhausforum, indem er die internationalen Herausforderungen der Universitäten beschrieb. Im Zentrum seines Beitrages ging er auf die Einführung von Bachelor und Masterstudiengängen ein. Er wies darauf hin, dass unsere Universität sich dieser Herausforderung proaktiv stellen wird, zeigte aber auch die besonderen Schwierigkeiten, die durch die gestraffte Studiendauer von 3,5 Jahren entstehen.

Präsident Löbl betonte auch, dass die Universität der Bundeswehr München Lehre und Forschung gleichrangig betreibt und keine Rückstufung auf einen bloßen Lehrbetrieb akzeptieren wird. Schließlich hob der Präsident auch den Stellenwert der Neubiberger Krankenhausforums für die Außenwirkung unserer Universität hervor.

Abschließend dankte er auch Prof. Neubauer und seinen Mitarbeitern für die geleistete Arbeit zur Vorbereitung des 14. Neubiberger Krankenhausforums und hob die erkennbare Kontinuität über 14 Jahre hervor. Letztere ist sichtbares Zeichen für die Attraktivität des Programms und für die Initiatoren einschließlich der B. Braun-Stiftung Melsungen.

GRUSSWORTE DES PRODEKANS

Prof. Dr. Rainer Marr
Prodekan der Fakultät WOW
Universität der Bundeswehr München

Sehr verehrte Frau Staatsministerin,
sehr verehrte Frau Meurer,
sehr geehrter Herr Präsident,
lieber Herr Neubauer,
sehr geehrte Damen und Herren,

mit großer Freude und mit Dankbarkeit möchte ich Sie im Namen der Fakultät für WOW (Wirtschafts- und Organisationswissenschaften) zum 14. Neubiberger Krankenhausforum begrüßen.

Mit Freude – weil Veranstaltungen wie diese nicht nur den wichtigen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis fördern, sondern vor allem auch, weil sie Gelegenheit geben, an dieser Universität erbrachte Leistungen vorzustellen und damit im Interesse unserer Absolventen das Bild dieser Universität in der Öffentlichkeit zu präzisieren;

mit Dankbarkeit – insbesondere Ihnen lieber Herr Kollege Neubauer gegenüber, aber natürlich Ihnen, verehrte Frau Meurer sowie allen anderen Unterstützern, daß Sie das Zustandekommen dieser Veranstaltung möglich gemacht haben.

Als dienstältestes Fakultätsmitglied konnte ich die Entwicklung des Neubiberger Krankenhausforums von den Anfängen mitverfolgen – von der mutigen Innovation zur festen und immer wichtiger werdenden Institution.

Als jemand, der mit der Planung und Durchführung solcher Veranstaltungen vertraut ist, weiß ich, wieviel Energie, persönliche Kraft und Zeit in der Planung und Umsetzung eines solchen Vorhabens steckt und gratuliere sehr herzlich, lieber Herr Neubauer, dass Sie neben Ihren vielfältigen Aktivitäten in Lehre und Forschung diese Energie solange aufrecht erhalten haben. Und um keinen falschen Eindruck entstehen zu lassen über die Ressourcen, die Ihnen zur Verfügung stehen: Sie sind in der deutschen Hochschullandschaft vermutlich der am

schlechtesten ausgestattete Experte auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie und so gebührt besonderer Dank der Braun-Stiftung und Ihnen Frau Meurer, dass Sie die Notwendigkeit und das Potential erkannt und diese Veranstaltung bis heute gefördert haben.

Herzlichen Dank!

14 Neubiberger Krankenhausforen – es gibt wohl nur wenige Veranstaltungen, die eine solche stolze Historie aufweisen können. Das dokumentiert doch einiges:

Zunächst die Bedeutung des Themenfeldes, dem Sie sich seit vielen Jahren mit großen Einsatz verschrieben haben und bei dem Sie als einer der universitären Pioniere gelten können.

Die Gesundheitspolitik ist seit Jahren ein Thema ersten Ranges, ein Thema, das nach überzeugenden Lösungen sucht, ein Thema, das uns alle betrifft. Sie waren immer offen für Innovationen, haben selbst wichtige Beiträge dafür geleistet und mit diesem Krankenhausforum eine Plattform des Gedankenaustausches geschaffen, die Hoffnung macht, dass wir die richtigen Wege rechtzeitig finden.

14 Neubiberger Krankenhausforen – das dokumentiert aber auch

die Anerkennung und Wertschätzung des Organisators und Gastgebers als Person wie als Wissenschaftler. Diese Anerkennung äußert sich sowohl im hohen Professionalitätsrang der Referentinnen und Referenten wie auch der großen Teilnehmerzahl.

Ich beglückwünsche Sie hierzu sehr herzlich!

Schließlich dokumentieren 14 Neubiberger Krankenhausforen auch, dass Bewegung möglich ist, wenn es nur jemanden gibt, der bereit ist, seine Energie einzusetzen und es schafft, andere zu motivieren, ihn zu unterstützen. 14 Veranstaltungen dieser Bedeutung sind weder eine Selbstverständlichkeit noch eine Kleinigkeit. Vielen Dank an Sie – und Ihr Team – für diese kontinuierliche Einsatzbereitschaft!

Ich wünsche allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen befruchtenden Verlauf der Veranstaltung, einen Tag, den Sie in positiver Erinnerung behalten und uns allen, dass auf das 14. Neubiberger Krankenhausforum auch noch ein 15. folgt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

GRUSSWORTE FÜR DIE B.BRAUN-STIFTUNG

Frau Uta Meurer
Geschäftsführerin der
B. Braun-Stiftung, Melsungen
Chefredakteurin "f&w"

Sehr geehrte Frau Staatsministerin,
lieber Herr Professor Neubauer,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

unser Gesundheitswesen, da sage ich Ihnen nichts Neues, befindet sich in einer Krise.

Seitdem ich über die Gesundheitspolitik schreibe. und das tue ich nun seit beinahe einem Viertel Jahrhundert, seitdem besuche ich Veranstaltungen, auf denen die Redner einen tief greifenden Wandel im Gesundheitswesen beschwören, die grundlegendsten Reformen beschreiben, die düstersten Krisenszenarien aufstellen.

Aber die Krankenhäuser, die Ärzte, all das gibt es - Gott sei Dank - immer noch. So gravierend können die Bedrohungen also in der Vergangenheit gar nicht gewesen sein.

Wir, die Öffentlichkeit, wir haben uns daran gewöhnt, dass die Akteure in der Gesundheitspolitik, dass die Vertreter der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte eigentlich immerzu klagen. Das stumpft ab, da will man nicht mehr zuhören.

So kommt es, dass es an der breiten Öffentlichkeit vorbeigeht, dass sich in den letzten Jahren die Lage tatsächlich verschärft hat und ein grundlegender Wandel tatsächlich begonnen hat.

Lange vorbei sind die Zeiten, in denen wir Mehrausgaben im Gesundheitswesen durch ein kräftiges Wirtschaftswachstum gedeckt haben.

Lange vorbei sind die Zeiten, in denen wir immer mehr junge leistungsstarke Beitragszahler als Pflichtmitglieder in die Kassen gezogen haben und damit die Einnahmen gesteigert haben.

Deutschland befindet sich seit Mitte der 70er Jahre, seit wir den Sozialstaat ins Maßlose ausgebaut haben, in einem lang anhaltenden Abschwung.

Seit Mitte der 70er Jahre fällt unser Wachstum von Konjunkturzyklus zu Konjunkturzyklus immer schwächer aus.

Wir fragen uns, ob wir in diesem Jahr überhaupt ein Wachstum von einem Prozent erreichen können.

Parallel dazu ist die Zahl der Arbeitslosen von Konjunkturzyklus zu Konjunkturzyklus gestiegen.

Wenn in Deutschland etwas kontinuierlich gewachsen ist, dann wahrscheinlich die Schwarzarbeit und in jedem Falle die Sockelarbeitslosigkeit. Schon das Wort Sockelarbeitslosigkeit ist die zum Begriff gewordene Kapitulation vor dem Problem.

Wir finden uns damit ab, dass es einfach so ist. Gleichsam naturgesetzlich, wie Flüsse und Bäche ins Tal fließen, kann in Deutschland die Arbeitslosigkeit immer nur steigen.

Meine Damen , meine Herren das zeitigt Wirkung auf die Sozialsysteme. Ihre Einnahmen sind fest an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden.

Auch das wissen wir alle. Und uns allen ist klar, dass da zwei Größen miteinander verbunden sind, die nichts miteinander zu tun haben. Es gibt keinen logischen Zusammenhang zwischen der Einkommensentwicklung und dem Bedarf an Gesundheitsleistung.

Genau so sinnvoll oder unsinnig wäre es, die Beitragssätze der Kassen an den Ölpreis oder die Sonnenscheindauer auf Husum zu binden.

In unserem Gesundheitssystem hat sich nämlich schon ein qualitativer Wandel vollzogen. Da ist etwas gekippt.

Wer es sehen will, der erkennt, dass wir auf einen Mangel zusteuern, dass es die Tendenz zu Wartelisten gibt.

Wer sich zum Jahresende an eine Klinik wendet, wird vielleicht auf das nächste Jahr vertröstet.

Wer im dritten Quartal zum Arzt geht, wird vielleicht auf das kommende Vierteljahr verwiesen.

Noch vor wenigen Jahren hätte dies Empörung ausgelöst, aber wir haben gelernt, in den vergangenen 7 Jahren vieles hinzunehmen.

Aber schon aus der Bibel wissen wir, den 7 mageren Jahren sollten nun sieben fette Jahre folgen, nicht wahr, Frau Ministerin.

Sie alle, die Sie mit Kliniken zu tun haben, wissen, dass der Begriff vom Investitionsstau keine leere Worthülse ist. Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung nicht nach. Die Krankenhäuser haben kein Geld für Rationalisierungsmaßnahmen und laufen langfristig ins Defizit.

Selbst sozialdemokratische Länder und Kommunen, die eigentlich viel von Staatsbesitz halten, verkaufen ihre Krankenhäuser. Der Markt ist längst zum Käufermarkt geworden.

Eigentlich sind nur noch große Kliniken in Ballungsräumen interessant oder die ersten Universitätsklinika, die nun auf den Markt kommen werden.

Meine Damen und Herren nun ist es wirklich gerechtfertigt, von einem tief greifenden Wandel zu sprechen, einem Wandel der durch die Finanznot erzwungen worden ist.

Und das ist eine Chance. Wahrscheinlich müssen wir alle die Dramatik unserer Lage, ihre Ausweglosigkeit erst schmerzhaft erfahren, bis wir wirklich zu Änderungen bereit sind.

Der Problemdruck muss spürbar auf den Schultern lasten. Erst dann besteht die Chance zur Einsicht, zur Veränderung.

An diesem Punkt scheinen manche angekommen zu sein.

Auch in den großen Volksparteien. Aber lange noch nicht bei allen, wie das innerparteiliche Scheitern der Agenda 2010 gezeigt hat. Und die Union muss jetzt zeigen, dass sie es besser macht.

Besser machen, das ist ein Stichwort. Es gibt im Gesundheitswesen unter den Krankenhäusern schon manche, die es besser machen. Es ist bezeichnend, dass in einer Situation, in der die

Politik mit ihrem Latein am Ende ist, es Krankenhausbetreiber gibt, die ideologiefrei die Schwächen des Systems aufspüren und die Mängel beheben.

Es gibt Krankenhausbetreiber, die auf staatliche Investitionsmittel verzichten, weil diese viel zu spärlich und zu langsam tröpfeln, und die sich statt dessen am Kapitalmarkt Geld beschaffen und investieren.

Sie schreiben schwarze Zahlen und beweisen, dass mit dem Geld der Versicherten eine bessere Versorgung möglich ist.

Sie versuchen, die starren Gräben zwischen ambulant und stationär zu überwinden. Die Eigentümer öffentlicher Häuser räumen die Überlegenheit privatrechtlicher Organisationsformen unumwunden ein.

Die Einsicht setzt sich durch, dass zuviel Politik dem Krankenhaus schadet.

Und das meine Damen und Herren ist genau das Klima der Veränderungsbereitschaft, das Sie brauchen, um neue Formen der Krankenhausversorgung nicht nur zu diskutieren, sondern auch durchzusetzen.

Insofern gratuliere ich Ihnen lieber Herr Neubauer, dass Sie einmal mehr ein Thema gesetzt haben, das seine Zeit hat.

Jedoch in Ihrem Falle überrascht mich das überhaupt nicht, denn so war es in den vergangenen 13 Jahren stets.

Denn wir sind heute schon um 14. Mal zusammengekommen. Und immer waren Sie, lieber Herr Neubauer, ihrer Zeit voraus.

Und immer waren wir als die B. Braun-Stiftung dabei. Wir sind stolz darauf, eine Veranstaltung von diesem Rang und dieser Güte mitbegründet und so lange schon gefördert zu haben.

Ich wünsche Ihnen allen, meine sehr verehrten Damen und Herren, eine ernsthafte Diskussion und allen notwendigen Mut zum Wandel und zur Veränderung. Denn wir alle, unser Land hat diesen Wandel nötig.

EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München

Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer

**Medizinisches Versorgungszentrum
- Krankenhaus - Klinikhotel:
Neue Formen der Krankenhausversorgung**

14. Neubiberger Krankenhausforum
06. Juli 2005

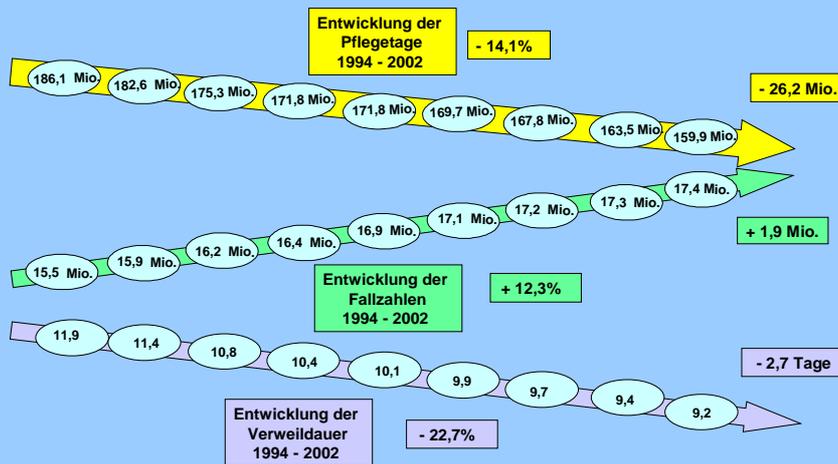
Universität der Bundeswehr München

Übersicht

1. Veränderungen im Krankenhausmarkt
2. DRGs als Akzeleratoren
3. Integrierte Versorgung

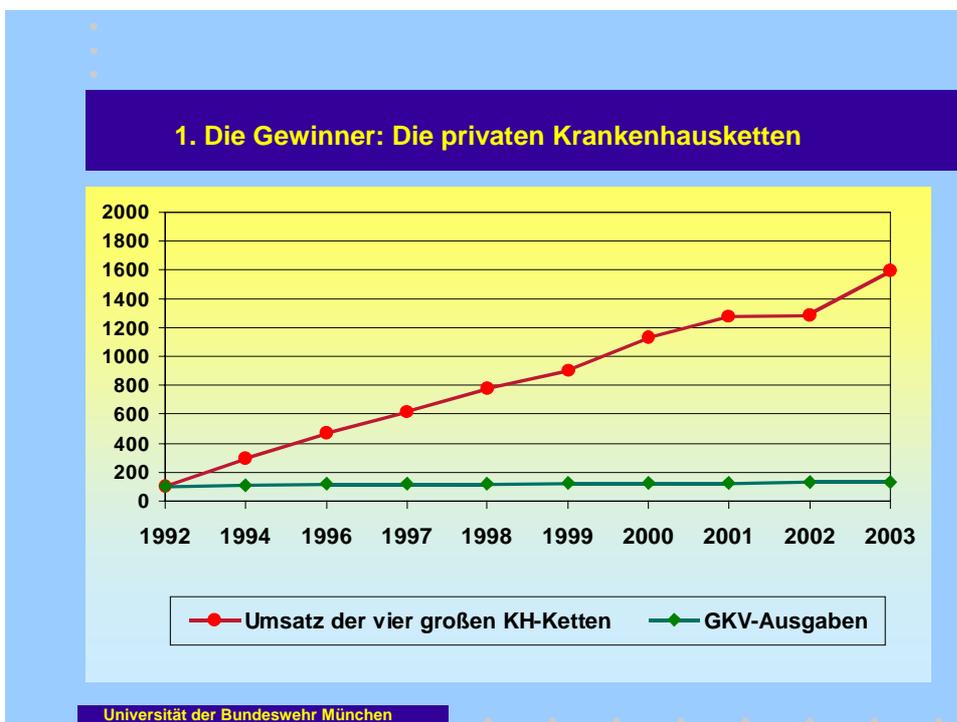
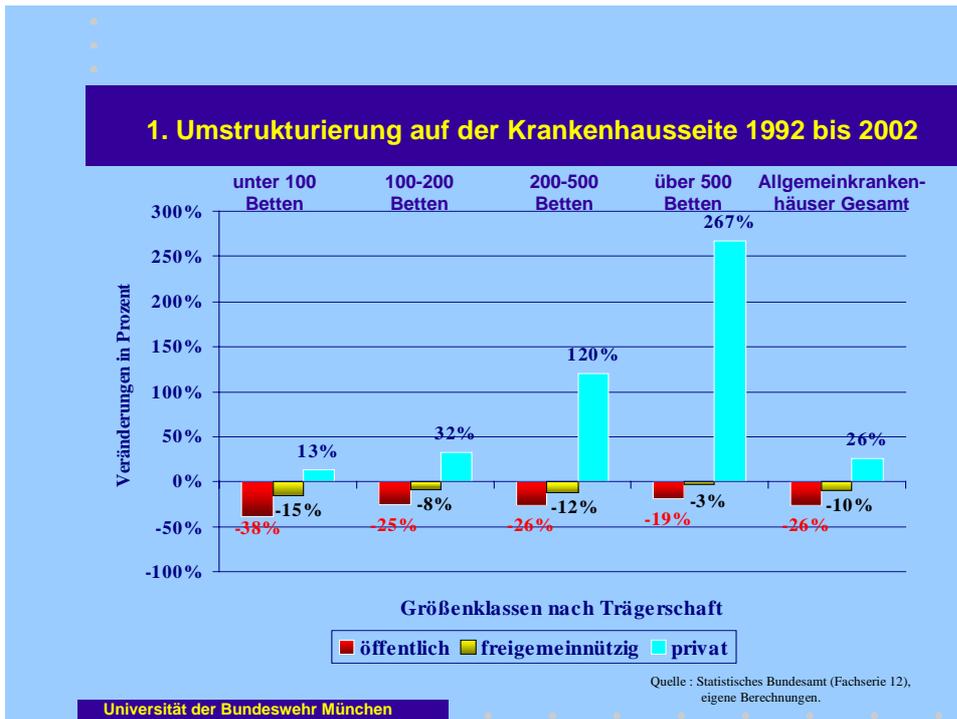
Universität der Bundeswehr München

1. Leistungs- und Effizienzsteigerung (1994-2002)

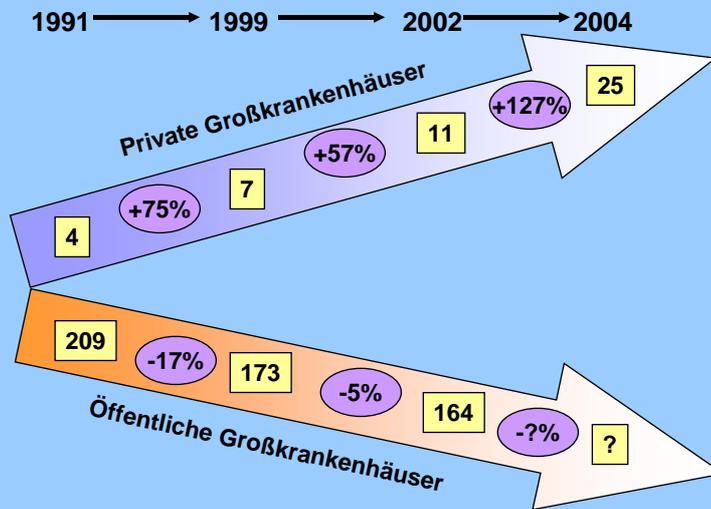


Quelle: Statistisches Bundesamt (Fachserie 12), eigene Berechnung.

Universität der Bundeswehr München



1. Die neuen Verlierer: Die kommunalen Großkrankenhäuser



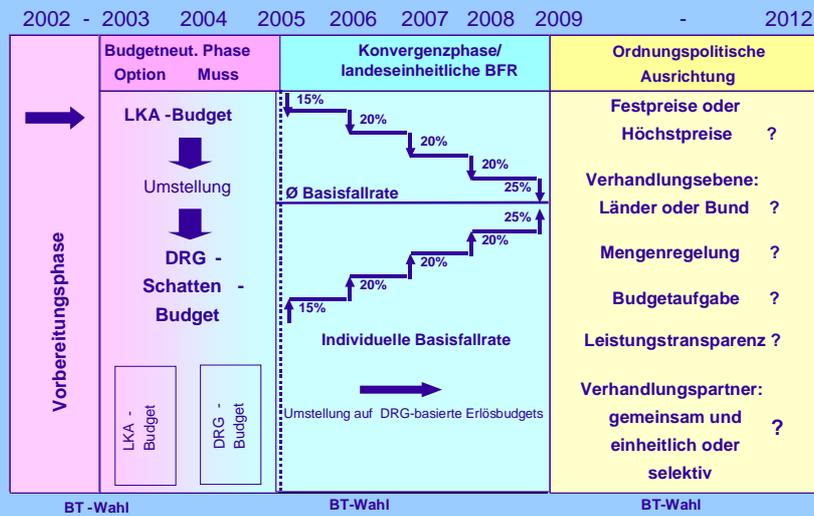
Universität der Bundeswehr München

1. Zusammenschlüsse der Krankenhäuser als Antwort

- Krankenhausholding Nord – Bremen
- Städt. Kliniken München
- Klinikverbund der Region Hannover
- LBK Hamburg
- Vivantes - Berlin
- u.a.

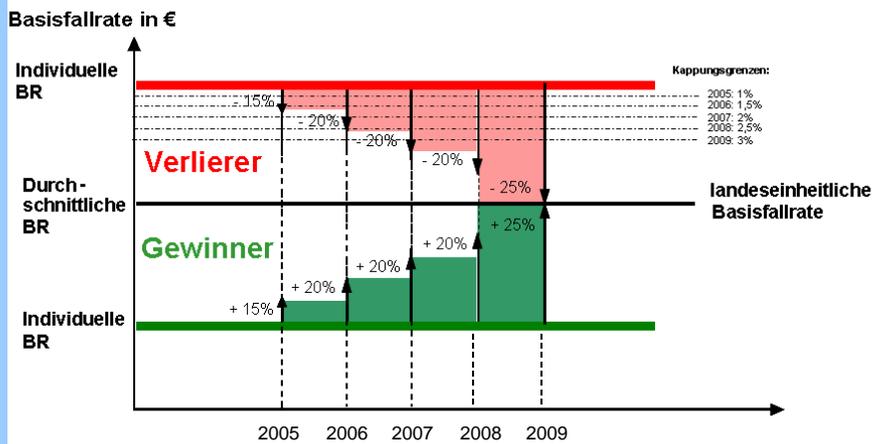
Universität der Bundeswehr München

2. Die DRG-Einführungsphase 2000-2009

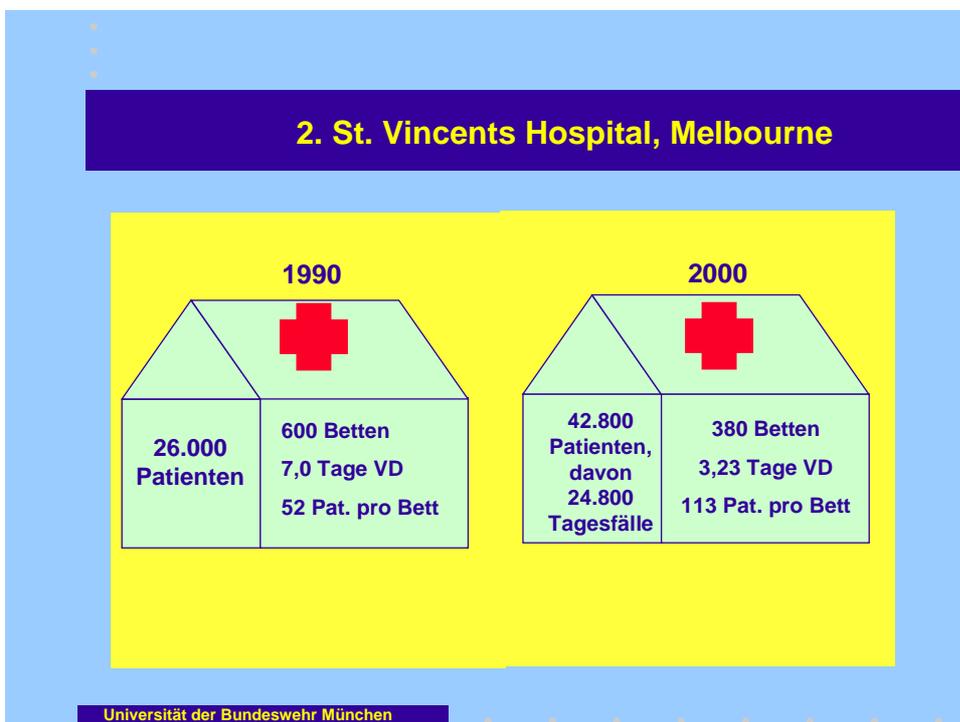
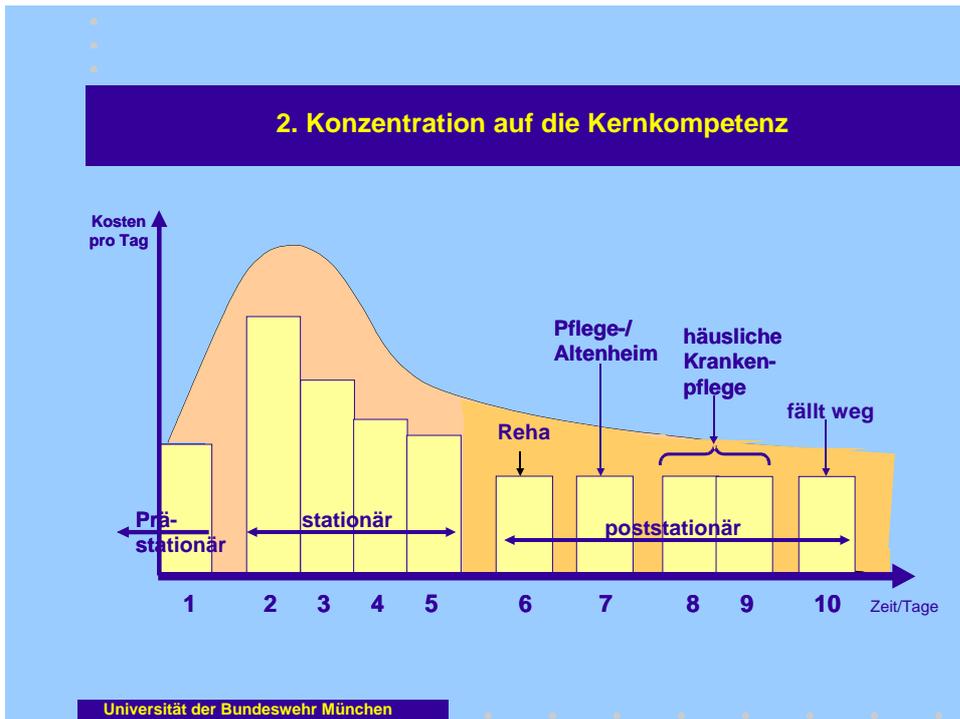


Universität der Bundeswehr München

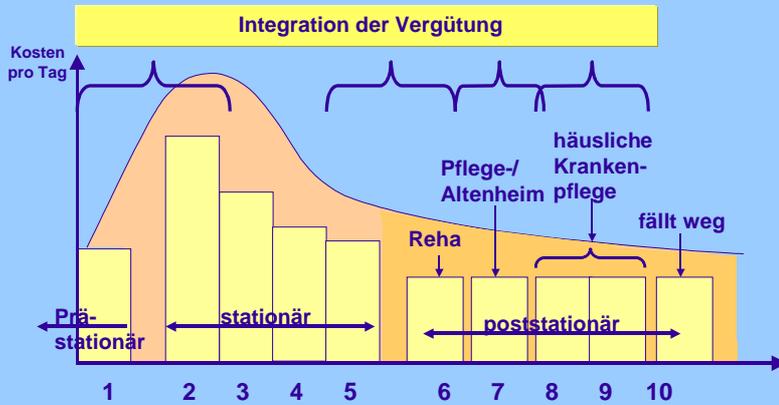
2. Die Verlängerung der Konvergenzphase bis 2009



Universität der Bundeswehr München

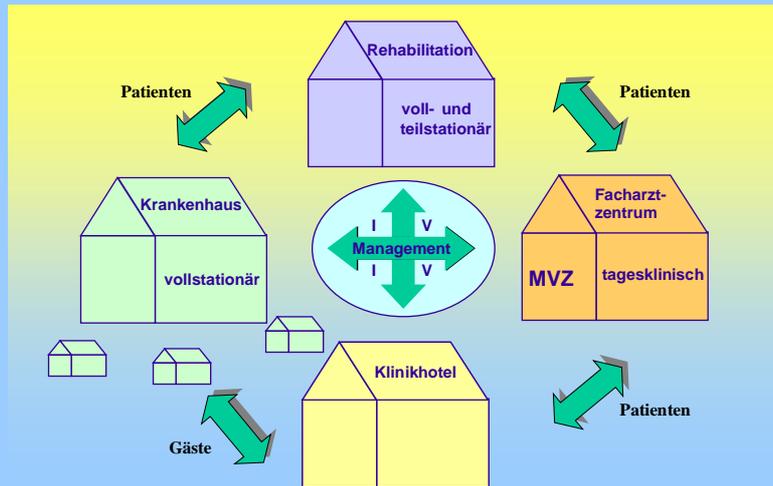


3. Integrierte Versorgung



Universität der Bundeswehr München

3. Das regionale, kooperative Gesundheitszentrum als Integrationsmodell



Universität der Bundeswehr München

NEUE FORMEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG AUS SICHT DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG

Staatsministerin Christa Stewens

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Anrede,

wenn sich das bereits traditionelle Neubiberger Krankenhausforum in diesem Jahr mit dem Thema „Medizinisches Versorgungszentrum – Krankenhaus – Klinikhotel: Neue Formen der Krankenhausversorgung“ beschäftigt, greift es damit erneut eine hochaktuelle Fragestellung auf. Denn in Zeiten des gesundheitspolitischen Umbruchs ist es für die Krankenhäuser in der Tat unerlässlich, sich auch außerhalb ihres bisherigen klassischen Aufgabenbereichs neue Betätigungsfelder zu erschließen. Nur eine zukunftsorientierte Ausrichtung verbessert die Chancen am Markt. Innovative Ideen sind gefordert, um unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen die eigene Marktposition zu festigen oder auszubauen.

Die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre ist bekanntermaßen äußerst unbefriedigend. Die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit bereitet nicht nur dem Staat aufgrund der rückläufigen Steuereinnahmen große Sorge. Insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung befindet sich aufgrund sinkender Einnahmen nach wie vor in großen finanziellen Nöten.

Immerhin konnten durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) erste Korrekturen erreicht werden, die im letzten Jahr zu einer spürbaren Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung geführt haben.

Anrede,

mit dem GMG haben sich aber auch für die Krankenhäuser neue Chancen eröffnet, auf die ich im Folgenden etwas näher eingehen werde.

Nur ganz kurz streifen möchte ich den Aspekt des „Klinikhotels“. Dieses bietet – etwa im Rahmen einer teilstationären Versorgung – den Patienten die Möglichkeit einer betreuten Übernachtung in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses. Dabei steht ein zusätzlicher

Komfort für den Patienten im Vordergrund, der von diesem auch entsprechend bezahlt werden muss. Das Klinikhotel stellt daher keine neue Versorgungsform im eigentlichen Sinne dar, sondern eröffnet in erster Linie neue Einnahmeperspektiven für die Krankenhäuser.

Die stärkere Öffnung des ambulanten Bereichs für die Krankenhäuser zählt hingegen zu den mit dem GMG geschaffenen Möglichkeiten, neue Versorgungsformen anzubieten. Ambulante Leistungen können nun in größerem Umfang erbracht werden als bisher. So ist es möglich, hochspezialisierte Leistungen oder ambulante Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen anzubieten.

Für die Praxis weitaus relevanter dürfte allerdings die Möglichkeit sein, sich an Verträgen zur Integrierten Versorgung zu beteiligen oder Medizinische Versorgungszentren zu gründen.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung können die Patienten durch Kooperationen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern fachübergreifend und – als wesentlicher Aspekt – auch sektorenübergreifend versorgt werden.

Der Aspekt der Versorgungskette findet sich ausdrücklich auch bei den Medizinischen Versorgungszentren, die gesetzlich als fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen definiert werden. Da sie grundsätzlich von allen Leistungserbringern gegründet werden können, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter berechtigt sind, steht diese Versorgungsform auch den Krankenhäusern offen; dies gilt sogar für Reha-Kliniken. Bieten diese durch ein von ihnen geleitetes medizinisches Versorgungszentrum zusätzlich auch ambulante Leistungen an, können sie die Vorteile einer sektorenübergreifenden Behandlung, also einer Behandlung „aus einer Hand“, nutzen.

Anrede,

diese Möglichkeiten hören sich außerordentlich viel versprechend an. In Bayern waren in diesem Frühjahr 23 Medizinische Versorgungszentren zugelassen. Allerdings wurde keines von einem Krankenhaus gegründet. Auch der Abschluss von Verträgen über eine integrierte Versorgung verläuft bisher eher zögerlich. So wurden etwa von der AOK als größter gesetzlicher Krankenkasse bis Ende 2004 lediglich 16 solcher Verträge geschlossen. Bemerkenswert hierbei ist, dass die Beteiligung der Krankenhäuser dabei nicht annähernd so hoch ist, wie man aufgrund der gesetzlichen Möglichkeiten erwarten könnte. Auch die

Gesamtzahl der geschlossenen Verträge und zugelassenen Versorgungszentren dürfte deutlich hinter den Vorstellungen des Bundesgesetzgebers zurück geblieben sein.

Anrede,

bei näherem Hinsehen ist diese Entwicklung aber nicht allzu verwunderlich.

Ziel der Integrierten Versorgung ist es, eine Versorgungskette über die Sektorengrenzen hinweg zu installieren. Dabei muss die im Rahmen dieser Kette durchgeführte Behandlung des Patienten aber kostengünstiger sein als die Summe der bisher üblichen Einzelleistungen. Denn ansonsten lassen sich keine Einsparungen realisieren. Die Beteiligten müssen ihre Leistungen daher günstiger anbieten, gleichzeitig

aber den zusätzlich entstehenden Koordinierungs- und Verwaltungsaufwand bewältigen. Für den einzelnen Leistungserbringer lohnt sich eine Beteiligung deshalb nur bei einer erheblichen Geschäftsausweitung oder wenn unter einheitlicher Trägerschaft erhebliche Synergieeffekte genutzt werden können. Das Motiv zur Teilnahme muss daher die Hoffnung sein, zusätzliche Marktanteile zulasten anderer gewinnen zu können.

Anrede,

weitaus Erfolg versprechender dürfte es deshalb für die Krankenhäuser sein, ein an die Klinik angegliedertes Medizinisches Versorgungszentrum zu betreiben.

Medizinische Versorgungszentren ermöglichen es, die notwendigen Voruntersuchungen, aber auch einen Großteil der bisher im Krankenhaus erbrachten Diagnoseleistungen unter der Verantwortung des Krankenhausträgers nun ambulant zu erbringen. Damit kann ein wesentliches Ziel der Gesundheitspolitik deutlich besser erreicht werden: unnötige, aber nach wie vor weit verbreitete Doppeluntersuchungen ohne Informationsverlust zu vermeiden. Bei der anschließenden stationären Weiterbehandlung kann sich das Krankenhaus auf die von seinen Ärzten erhobenen Diagnosen verlassen.

Dies, meine sehr geehrten Damen und Herren, führt aber zu einem bisher kaum diskutierten Folgeproblem: Wird ein Großteil der Voruntersuchungen und der Diagnostik auf den ambulanten Bereich verlagert, werden zwar Doppeluntersuchungen vermieden. Nicht vermieden wird aber das für die Kostenträger entscheidende Problem der doppelten

Bezahlung.

Denn die ambulant durchgeführten Untersuchungen werden zum einem nach den ambulanten Sätzen abgerechnet. Daneben sind diese Leistungen zu einem gewissen Umfang aber auch in die Kalkulation der stationären Fallpauschalen eingeflossen. Das Krankenhaus erhält somit zwar die ungekürzte Fallpauschale, spart sich aber die nun ambulant durchgeführten und abgerechneten Voruntersuchungen. Eine Lösung dieses Problems scheint jedoch kaum möglich, ohne den Krankenhäusern auch noch den letzten Anreiz zum Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums zu nehmen.

Denn die Hoffnung des Bundesgesetzgebers, neue Versorgungsformen in größerem Stil etablieren zu können, gründete sich ja gerade auch auf die ursprünglich prognostizierten Auswirkungen des Fallpauschalensystems.

Sowohl in den Verlautbarungen des Bundesgesundheitsministeriums als auch in den meisten Fachpublikationen wird davon ausgegangen, dass der sich erhöhende wirtschaftliche Druck insbesondere kleinere Häuser der Grund- und Regelversorgung zu raschen und einschneidenden Strukturveränderungen zwingen würde. So wurde vielfach empfohlen und erwartet, durch überregionale Kooperationen größere Leistungseinheiten zu schaffen bzw. kleinere Standorte gänzlich zu schließen.

Diese Vermutungen wurden durch die einsetzende Diskussion über zu erbringende Mindestmengen zusätzlich unterstützt. Allerdings haben die bisher vorliegenden Vereinbarungen zu Mindestmengen keinerlei Auswirkungen auf kleinere Häuser. Denn die Mindestmengenvereinbarungen beziehen sich in erster Linie auf Transplantationsleistungen, die nicht zum Leistungsspektrum eines Grundversorgungskrankenhauses gehören und damit solche Häuser auch nicht betreffen.

Anrede,

ob die erwarteten Folgen eintreten, ist deshalb nach wie vor kaum vorhersehbar. Zumindest in der budgetneutralen Einführungsphase in den vergangenen beiden Jahren konnte das Fallpauschalensystem ja noch keine Auswirkungen haben.

Die Auswertung der für das Jahr 2004 vereinbarten Basisfallwerte zeigt jedoch, dass das

Fallpauschalensystem keineswegs zu wirtschaftlichem Druck auf die kleineren Häuser führt. Es sind vielmehr für diese Häuser immer weniger Anreize vorhanden, Überlegungen zu neuen Versorgungsformen zu stellen. Dies liegt daran, dass die Mehrzahl der kleineren Häuser zu den Gewinnern der Preisanpassung gehört. Entgegen seiner ursprünglichen Intention verspricht das Fallpauschalensystem diesen Häusern Mehreinnahmen ohne jegliche Mehrleistungen. Für sie besteht erstmals seit Jahren die konkrete Aussicht, ihre Erlössituation deutlich zu verbessern.

Anrede,

nach meinem Dafürhalten ist es äußerst fraglich, ob sich die bisherigen Fehlanreize des Systems in absehbarer Zeit ändern. Derzeit sieht es jedenfalls nicht danach aus.

Tatsache ist, dass es bei den einzelnen Fallgruppen erhebliche Kostenunterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern gibt. Ein Einheitspreissystem ist aber nur dann gerechtfertigt, wenn diese Kostenunterschiede vernünftig erklärbar sind. Davon kann jedoch nach dem derzeitigen Stand nicht ausgegangen werden. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass das G-DRG-System auch künftig die Kostenunterschiede von Krankenhäusern nicht vollständig erklären kann.

Nach Darstellung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) lassen sich mit dem Fallgruppenkatalog 2005 etwa 63% der Kostenunterschiede der Krankenhäuser erklären. Herr Prof. Neubauer hat darauf hingewiesen, dass diese Werte des G-DRG-Systems bereits an der Spitze der weltweit eingesetzten DRG-Systeme liegen. Mit drastischen Verbesserungen ist daher wohl kaum zu rechnen.

Konkret bedeutet dies für die Krankenhäuser, dass in knapp 90 % aller Fallgruppen im Katalog 2005 die Fallkosten durchschnittlich um mehr als ein Drittel vom Mittelwert abweichen.

So wird der Ersatz eines Hüftgelenks unter Ansatz des bayerischen Landesbasisfallwerts mit ca. 10.000 € vergütet. Die tatsächlichen Fallkosten der einzelnen Krankenhäuser schwanken aber zwischen ca. 7.000 € und ca. 13.000 €

(Anmerkung zur Berechnung: Fallgruppe I 03 Z mit Bewertungsrelation 3,650,

Landesbasisfallwert Bayern: 2.710,50 €, sich ergebende Vergütung: 9.893,33 €)

Ob sich mit diesem Ergebnis ein Einheitspreissystem ohne Ausnahmen rechtfertigen lässt, erscheint mir jedenfalls sehr fraglich.

Anrede,

aus meiner Sicht ist vielmehr nötig, sich ernsthaft zu fragen, aus welchem Grund eine Hüftoperation in jedem Krankenhaus eines Landes gleich viel kosten soll.

In keinem anderen Wirtschaftsgebiet würde jemand ernsthaft ein Einheitspreissystem fordern und politisch durchsetzen wollen. Die Maß Bier kostet auf dem Münchner Oktoberfest etwa 7,20 € Auf dem Dachauer Volksfest wird das gleiche Münchner Bier für 3,50 € verkauft. Ein Durchschnittspreis von 5,35 € würde jeden Wies'nwirt in den finanziellen Ruin und die Besucher des Dachauer Volksfests nach München treiben. Ein solcher Vorschlag würde daher zu Recht nur Kopfschütteln hervorrufen.

Warum ausgerechnet bei der stationären Krankenhausversorgung Einheitspreise für mehr Wirtschaftlichkeit oder Gerechtigkeit sorgen sollen, ist nicht einzusehen. Die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger aus den neuen Bundesländern können sich vielleicht noch an die Mangel erzeugenden Wirkungen eines Einheitspreissystems erinnern.

Die Auswertung der in Bayern für 2004 vereinbarten krankenhausesindividuellen Basisfallwerte zeigt deutlich, dass ein strukturell bedingter Kostenunterschied zwischen den Häusern der einzelnen Versorgungsstufen besteht. Die Fallkosten steigen kontinuierlich mit der Höhe der Versorgungsstufe des Krankenhauses. Dies belegt, dass der bayerische Vorschlag, nach Versorgungsstufen differenzierte Basisfallwerte einzuführen, der Realität wesentlich näher kommen würde als ein Einheitspreis.

Bemerkenswert ist, dass auch die im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes eingeführte Kappungsgrenze zu unterschiedlichen Basisfallwerten führt, da für die „gekappten“ Häuser eine Preisanpassung bis zum Ende der Konvergenzphase nicht erreicht wird. Nach derzeitigem Stand wird es in Bayern im Jahr 2009 statt des angestrebten einheitlichen landesweiten Basisfallwerts etwa 44 unterschiedliche Basisfallwerte geben. Eine Anzahl, die über den ursprünglichen Vorschlag Bayerns weit hinausgeht.

Anrede,

so lange dem Fallpauschalensystem die geschilderten Schwächen anhaften und die vorhandenen Fehlanreize weiter bestehen, wird es nach meiner Überzeugung zumindest kurzfristig kaum gelingen, neue Versorgungsformen in größerem Stil zu etablieren. Dies gilt besonders für die kleineren Häuser, die sich ohne Mehrleistungen Mehreinnahmen erhoffen. Noch so gut gemeinte Möglichkeiten werden erfahrungsgemäß nur dann angenommen, wenn der Betroffene sich davon einen zusätzlichen Vorteil verspricht, der sich mit einem relativ geringen Aufwand erreichen lässt. So lange aber keine zwingende Notwendigkeit besteht, neue Geschäftsfelder zu erschließen, um das eigene Betriebsergebnis zu verbessern, werden es neue Versorgungsformen nicht leicht haben.

Da gerade im Krankenhausbereich die gesetzlichen Rahmenbedingungen alles andere als verlässlich sind, kann sich die Ausgangssituation aber auch sehr schnell ändern. Es kann aus meiner Sicht daher allen Krankenhausträgern nur geraten werden, sich in jedem Fall mit den bestehenden Möglichkeiten auseinanderzusetzen und nicht die Hände tatenlos in den Schoß zu legen.

TRENDS IN THE EUROPEAN HOSPITAL MARKET

Prof. Dr. Ray Robinson
LSE-Health Care and Social Care
London

Key functions for classifying trends in European hospitals

- Decision rights
- Residual claims (over surpluses)
- Market exposure
- Accountability
- Social functions.

Organisational reforms in the European hospital sector

- Budgetary organisations
- Autonomized organisations
- Corporatized organisations
- Privatized organizations

Budgetary organisations

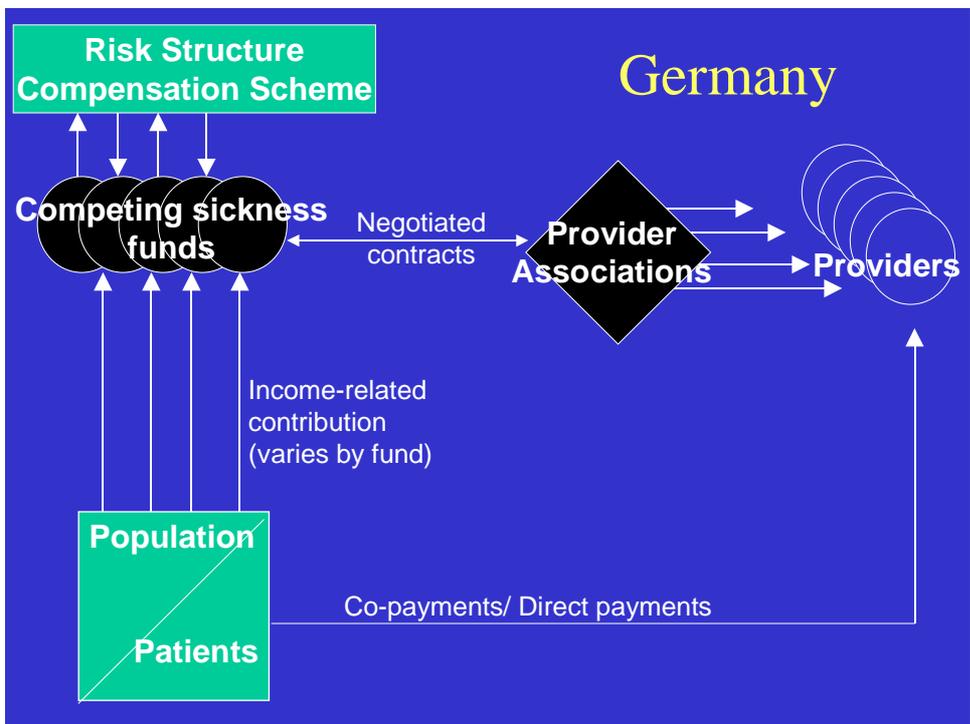
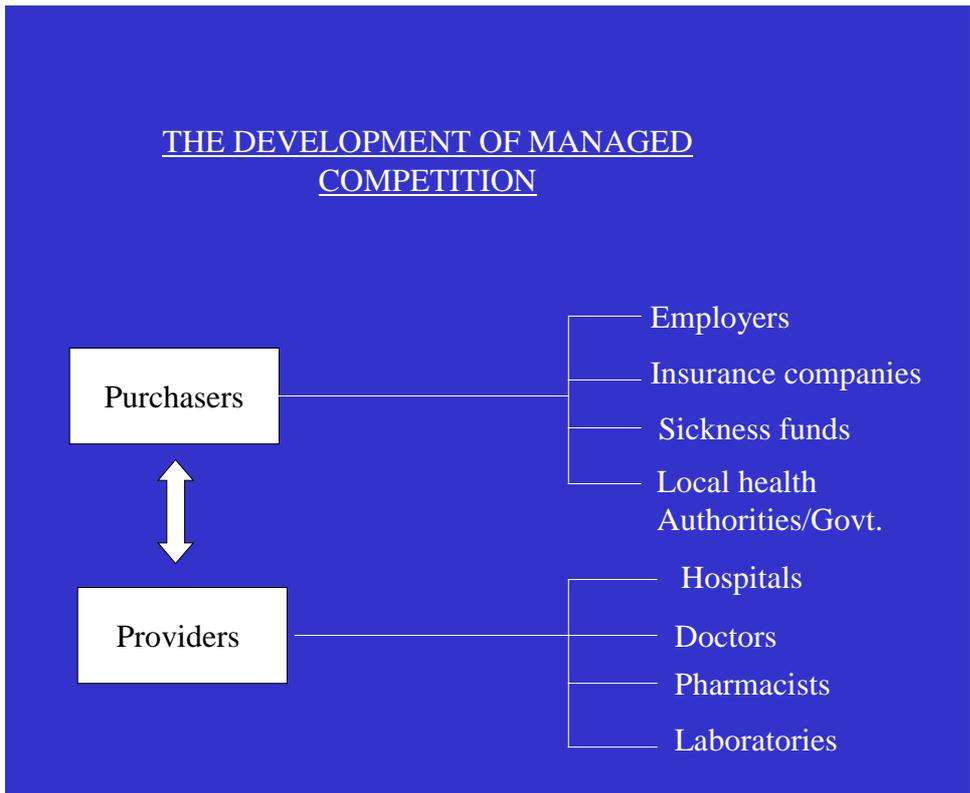
Government owned organisations subject to hierarchial command and control systems. Run by bureaucrats, rather than managers, who have little freedom to manage. Budgets are usually set by the government and any surpluses returned to the government. Few incentives for efficiency

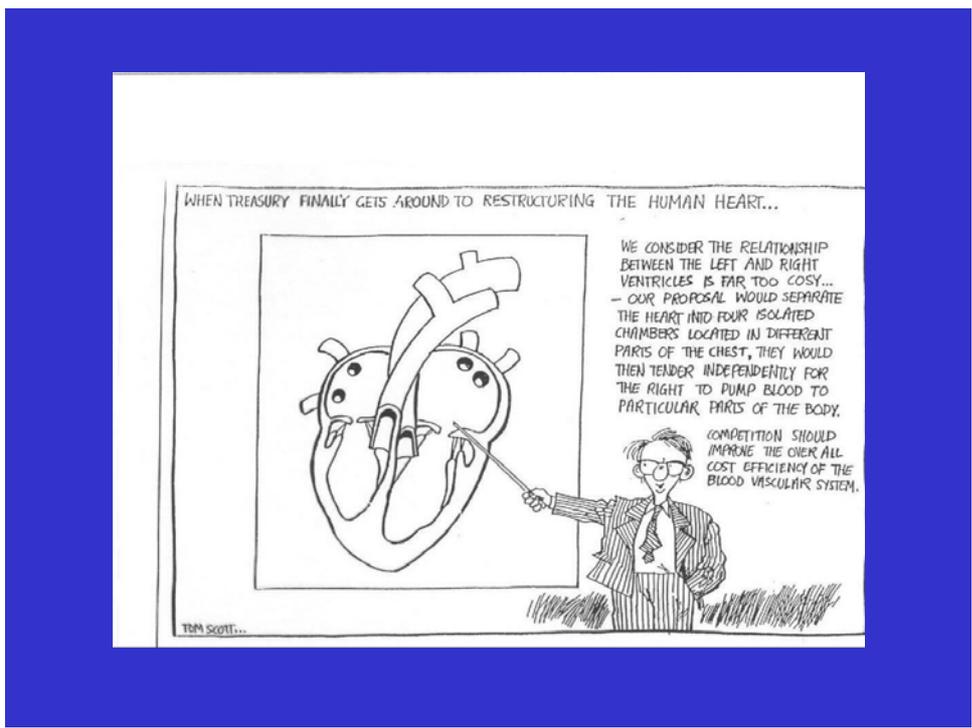
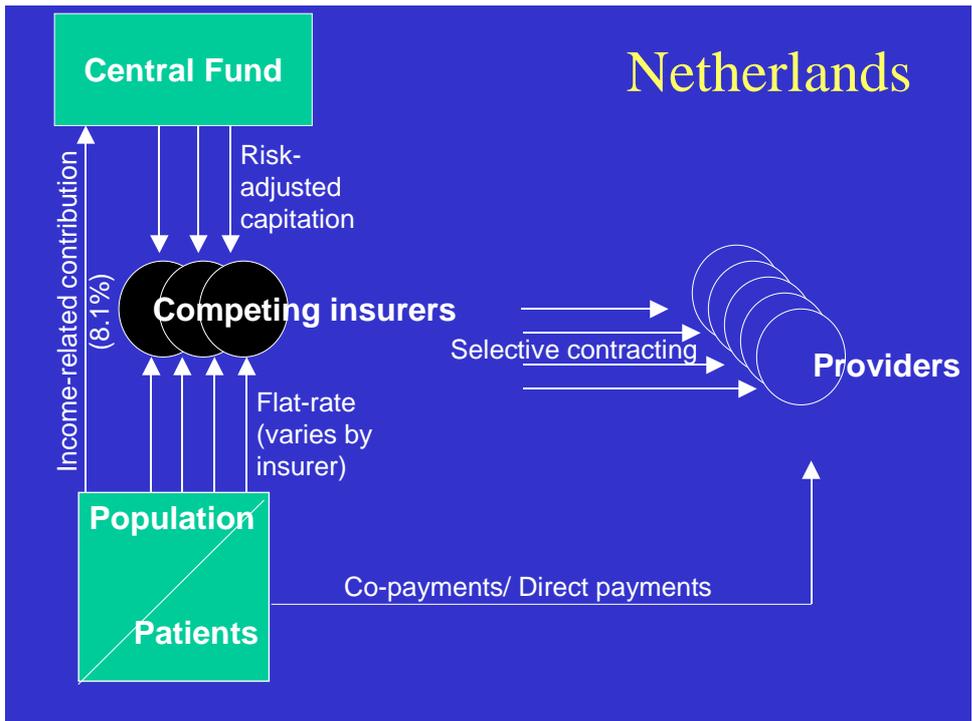
Autonomized organisations

Owned by government but managers are given day-to-day freedom to manage. Limited managerial control over recruitment, staff skill-mix, revenue raising activities and some scope to retain part of any surpluses generated. But still strong upwards accountability.

Corporatized organizations

Public organizations acting in many ways as private sector companies. Considerable management freedom. Frequently operating in a market environment with revenues related to performance. Contracts and performance targets are commonplace as mechanisms for upwards accountability.



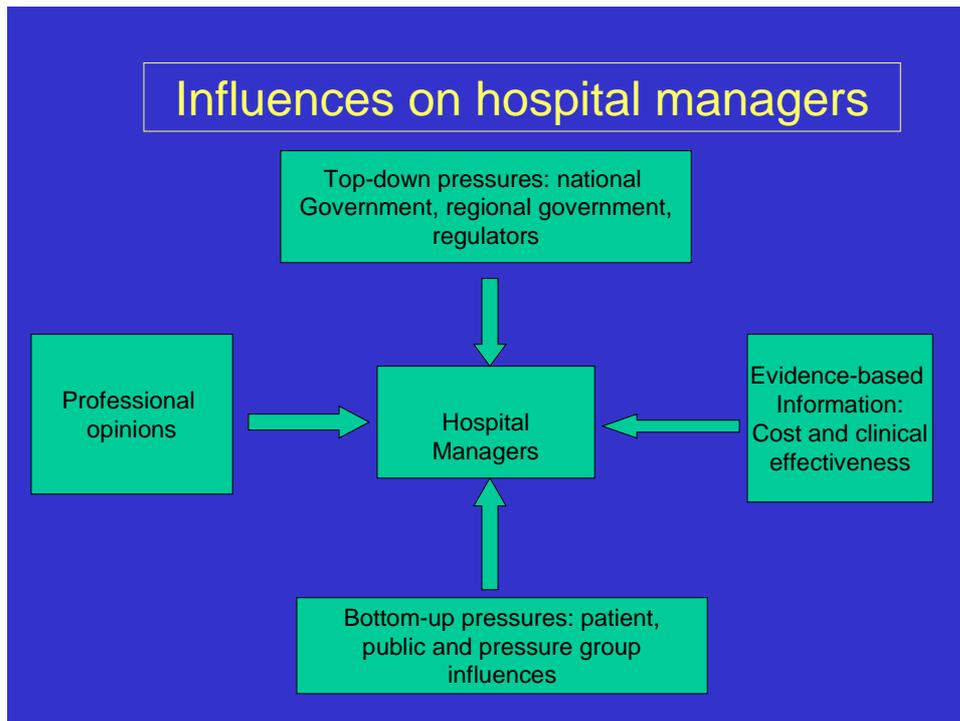


Health Technology Assessment and health care spending.

The National Institute for Clinical Excellence (NICE) in England is a national body established to produce and disseminate evidence-based information on clinical and cost-effectiveness of health care technologies. NICE offers guidance to NHS purchasers with the aim of ensuring that expenditure is concentrated on the most cost effective treatments.

THE PUBLIC-PRIVATE MIX IN HEALTH FINANCE AND PROVISION

	Public Finance	Private Finance
Public Provision		
Private Provision		



Other influences

- Human resource recruitment in a global economy.
- Emphasis on integrated care and whole systems approaches particularly in the case of chronic disease management

KONZEPTION UND UMSETZUNG VON MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN

Prof. Dr. med. Thomas Kersting
DRK Kliniken
Berlin



Konzeption und Umsetzung von Medizinischen Versorgungszentren

Praxisbeispiel

6. Juli 2005

Prof. Dr. med. Thomas Kersting, MBA
DRK Kliniken Berlin



Einrichtungen der
DRK-
Schwesternschaft
Berlin e.V.



Pressespiegel

- „Das Medizinische Versorgungszentrum. Die alte Idee der **Poliklinik** firmiert jetzt unter einem neuen Namen. Die ehemalige DDR-Poliklinik ... „
- „Das **Lubinus Clinicum** und die meisten der im Kooperationszentrum angesiedelten Praxen haben das größte Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) in Norddeutschland gegründet. Start war am 1. Januar.“
- „Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind praktisch ein **Phantom**. Der Grund: Die Gesundheitsreform ist hinsichtlich dieser neuen Form ärztlicher Kooperation schlampig formuliert. ÄP bringt mit einer Checkliste Licht ins Dunkel.“
- „Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) stellt eine der wesentlichen Veränderungen des Gesundheitssystems dar. Seine Entstehung tangiert sowohl die an der Gründung eines MVZ aktiv Beteiligten als auch die Nichtbeteiligten. Für letztere wird die Entstehung von MVZ mindestens **Einfluß auf den Praxiswert** sowie auf Patientenströme haben. „
- „Ärzte des Gesundheitszentrums Gropiusstadt wollen nicht wie eine Gemeinschaftspraxis abrechnen / Antrag auf MVZ-Zulassung **auf Eis gelegt**“

2

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (1)

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil.
Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

3

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (2)

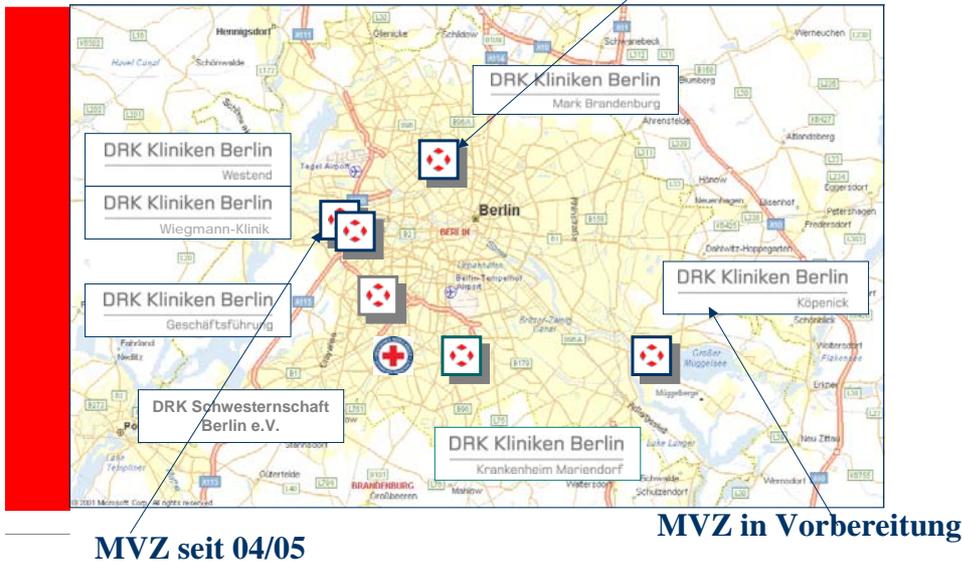
Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen;

sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.

Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

4

Standorte der DRK Kliniken Berlin **MVZ seit 11/04**



5

Struktur des Unternehmens



6

Die Gemütslage im Projektverlauf

...von himmelhoch jauchzend
bis zutiefst erschüttert ...

7

Ärzte versprechen sich....

- Freiheit der Kooperation in neuer, weniger einschränkender Rechtsform
- Fachlich-kollegiale Zusammenarbeit, wie z.B. in Krankenhäusern
- Möglichkeit der real legalen Anstellung von Ärzten
- Ausweitung der interdisziplinären Zusammenarbeit über die Einzelpraxis oder kleinere GP/PG in größere, wirtschaftlich stabilere Gebilde
- Honorarmäßige Besserstellung (nicht wie in GP)
- Verbesserung der Konkurrenzstellung gegenüber Krankenhäusern

8

Ärzte fürchten....

- Die Konkurrenz durch kapitalstarke MVZ-Investoren
- Die Konkurrenz durch am Krankenhaus angebundene MVZ (Gesundheitszentren)
- Den Verlust des Ethos der Freiberuflichkeit
- Die Unterordnung von freien Ärzten unter die Knute von „Verwaltungshanseln“ und Betriebswirten

9

Die politische Wendung:

„MVZs werden nur unterstützt, wenn sie ausschließlich von niedergelassenen Ärzten gebildet werden.“

Gemeinsames Koalitionspapier der Listen "Die Fachärzte – qualifizierte Medizin in der Praxis", "Hausärzte im BDA", "Kinderärzte" und "Hausarztinternisten" für die KV Berlin

10

Krankenhäuser versprechen sich...

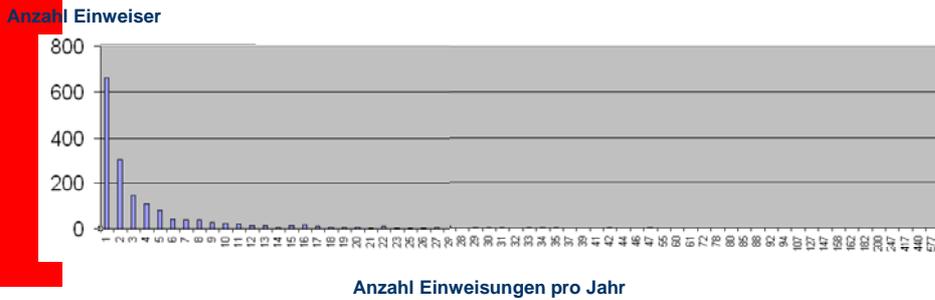
- endlich uneingeschränkter Zugang zur ambulanten Versorgung
- Möglichkeit zum Aufbau von „Gesundheitszentren“ (auch mit Fachgebieten, die im Krankenhaus nicht ursprünglich vorgehalten werden)
- Abkehr vom zweijährlich wiederkehrenden Bettelgang zum Zulassungsausschuss
- Stabilität beim Aufbau strukturierter Versorgung in Eigenregie
- Aufhebung unsinniger, praxisfremder und durch Lobby-Interessen geprägter Zwangswege für Patienten
- Erfahrungszuwachs in einem weitgehend „fremden“ Markt
- Honorarmäßige Gleichbehandlung

11

Realität im Schwerpunktkrankenhaus:

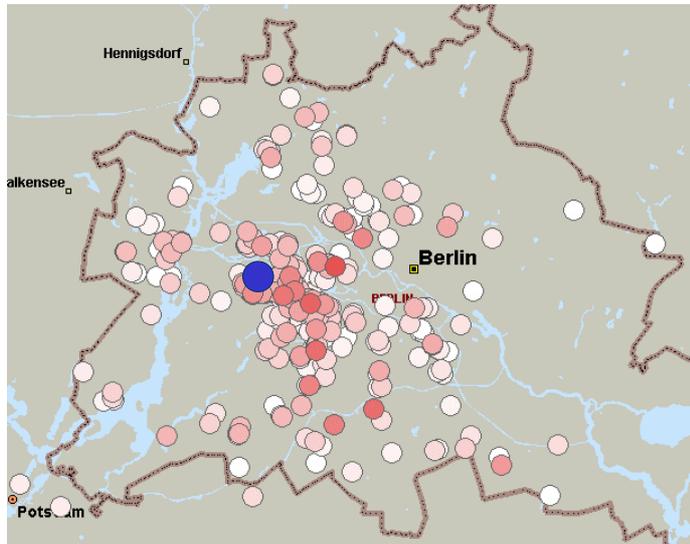
75% der Einweiser eines Krankenhauses weisen bis max. 5 Patienten pro Jahr ein

50% der Fälle kommen von Einweisern, die weniger als 15 Patienten pro Jahr einweisen



12

Geografische Einweiserverteilung (Beispiel)



13

Unsere Ausgangssituation

- Praktisch komplett zugangslimitierter ambulanter Versorgungsbereich in Berlin (Ausnahmen Pathologie, Labor, Nuklearmedizin, Psychosomatik, MKG)
- Hoch kompetitives niedergelassenes Umfeld
- Positive Erfahrungen mit onkologischer Dispensaire nach § 311 SGB V seit 1992 (Standort Köpenick)
- Erfahrungen mit outgesourcetem Röntgeninstitut seit 1985 (Standort Mark Brandenburg)

14

Der Beginn

- Aquisition von übertragungsmöglichen Praxissitzen seit 2003
- Auskunftsuchen an den Zulassungsausschuß zum administrativen procedere mit anwaltlicher Unterstützung seit Februar 2004 – Antwort im August
- Gründung einer eigenständigen nicht gemeinnützigen GmbH als Tochter der aktiven leistungserbringenden gemeinnützigen Gesellschaften

„DRK Kliniken Berlin Medizinische Versorgungszentren GmbH“

15

Die Entscheidungen 1

- Übernahme von Praxissitzen und Anstellung der bisherigen Praxisbetreiber
oder
- Übernahme von Praxissitzen und Neubesetzung der im MVZ aktivierten Sitze mit „frischen“ Ärzten

16

Die Entscheidungen 2

- Ärztlicher Geschäftsführer als Ärztlicher Leiter des MVZ
oder
- beim MVZ angestellter „Vertragsarzt“ in der „Disziplinargewalt“ der KV als Ärztlicher Leiter

17

Die Entscheidungen 3

- Demut vor den eingefahrenen Regularien und Spielregeln der Zulassungsgremien und deren Fristigkeiten
oder
- Aufbegehren und Inanspruchnahme der Sozialgerichtsbarkeit

18

Die Entscheidungen 4

- Mit dem fachlich umfassenden Medizinischen Versorgungszentrum auf dem Weg zum eigenständigen am Krankenhaus angebotenen „Gesundheitszentrum“
oder
- das MVZ als institutionelle Ergänzung fehlender Umgebungsangebote und Ersatz der ausfallenden persönlichen Ermächtigungen

19

Die praktischen Erfahrungen (aus krankenhausspezifischer Sicht)

- Die Gründung einer neuen GmbH und die Erreichung der Zulassung als MVZ stellen hohe Ansprüche (warum nicht wie z.B. im Modell Dispensaire)
- Die Möglichkeiten einer verzahnten beruflichen Tätigkeit zwischen MVZ und Krankenhaus sind heute eingeschränkt bzw. ausgeschlossen
- Die Position des ärztlichen Leiters ist unbestimmt und damit dem Regelungsinteresse von KV bzw. Zulassungsausschuss ausgesetzt
- Die abrechnungstechnische Sicht auf das MVZ als fachübergreifende Gemeinschaftspraxis ist nicht sachgerecht
- Die verwaltungstechnischen Hürden liegen für neue MVZ ungleich hoch

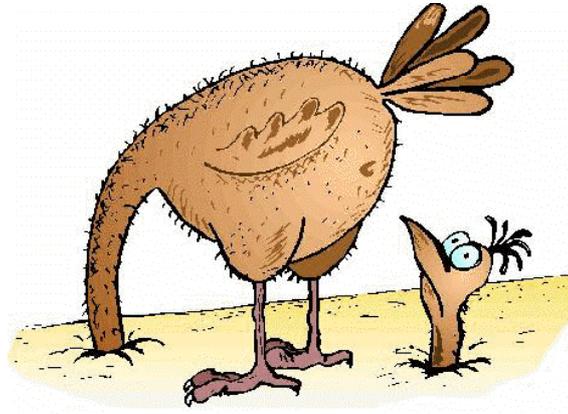
20

Fazit aus unserer eingeschränkten Sicht

- Die Betätigung mittels MVZ macht für Krankenhäuser nur Sinn in Bereichen, in denen sie nicht primär mit ihren Einweisern konkurrieren
- Die MVZ Fachgebiete müssen entweder das spezialisierte Fachspektrum des Krankenhauses ambulant abrunden oder Serviceangebote an den Bereich der anderen Vertragsärzte entwickeln
- KV (und Zulassungsausschuss) müssen MVZ (und nicht die darin arbeitenden Ärzte) auch von und mit Krankenhäusern als Trägern als ihnen zugehörige und von ihnen vertretene und betreute Einrichtungen anerkennen

21

Auch für das MVZ gilt: „
Vogel-Strauß-Politik“ führt zu fragwürdigen Ansichten



KONZEPTION UND UMSETZUNG VON KLINIKHOTELS

Marie-Luise Müller

Präsidentin des Deutschen Pflegerates e.V. und Geschäftsführerin der DPH – Deutsche Patientenhotel GmbH
Berlin

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH

Innovation im Gesundheitswesen

DPH-PatientenHotel

Verknüpfung von
klinischer Versorgung und Hotelkomfort

Konzeption und Umsetzung

DPH ©Copyright 2005 Marie-Luise Müller, Wiesbaden 1

Gliederung

- Vorstellung DPH GmbH
- Internationale Entwicklung
- Hintergründe und Motivation in Deutschland
- Deutsches *DPH*-Geschäftsmodell
- Schlußbemerkung



Internationale Erfahrung

- Der Entwicklungsprozess zum Patientenhotel setzte ein insbesondere in Nordeuropa, USA und Australien mit DRG-Einführung, Verweildauerreduzierung und Akutbetten-Abbau.
- In Deutschland kennt man bis heute nur „Hotel am Krankenhaus“, Gästehaus oder Wahlleistungsstation.

Hintergründe, Motivation in Deutschland

- Weiterentwicklung der Krankenhäuser zu Gesundheitsunternehmen *besonderer* Prägung
- DRG-Umsetzung und ihre Folgen
- Strukturveränderung im Gesundheitswesen
- Wertebewußtsein zur Patienten- und Kundenorientierung
- beteiligte Berufsgruppen (Pflege, Ärzte, Ökonomie)
- Schwerpunktnutzer, Kliniken
(ausgewählte klinische Abteilungen, ambulante Patienten)

Deutsches DPH-Geschäftsmodell

Auszüge aus dem DPH-Geschäftsmodell

- Definition, Leitbild, Konzept
- Riskmanagement, Benutzergruppen
- Gesundheitshotellerie
- Betreiberkonzept, Bau und Finanzierung
- Erfahrungen

Definition, Leitbild, Konzept

- Vierte klinische Versorgungsstufe = LowCare oder zweite Akutphase während des klinischen Aufenthaltes
- Patientensouveränität und Privatheit fördern, JointCare (Gemeinschaftsbetreuung) entwickeln (Folie 8)
- Beachtung der Führungs- und Wertekultur
- Cost-/Quality-Balanced Care Concept

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH

Auszüge aus dem DPH-Leitbild

Mission & Vision

Unser Patientenhotel wurde gegründet, um den Genesungsprozeß von Patienten während ihrer klinischen Behandlung durch

**Privatheit,
Komfort und
exzellenten Service**

zu fördern.

Die **Patientenautonomie** zu stärken, die **Eigenverantwortung** für den Gesundungsprozeß zu fördern, die Bereitschaft der Patienten zur Mitarbeit an der Genesung zu erhöhen, die **Patientenzufriedenheit** zu verbessern und dadurch letztlich ein **besseres medizinisches Ergebnis** zu erreichen ist unser Ziel.

Das Patientenhotel tut dies zu günstigen finanziellen Konditionen. Es unterstützt damit die Klinik in ihren Bemühungen um **Patientenorientierung, Qualitätsverbesserung** und **Wirtschaftlichkeit** gleichermaßen.

Das Patientenhotel richtet sich weiterhin an Begleitpersonen von Patienten und Klinikgäste, denen es einen angenehmen, kliniknahen und preiswerten Hotelservice im 3-4 Sterne-Bereich bietet.

DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

8

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH

Unternehmenswerte aus dem DPH-Leitbild

Die Patienten in unserem Patientenhotel betrachten wir als Gäste, die im gesundheitlichen Bereich unserer besonderen Aufmerksamkeit, in definiertem, medizinisch abgestimmtem Umfang der klinischen Behandlung und Überwachung sowie der Sicherheit eines Krankenhaus-Umfeldes bedürfen.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unseres Patientenhotels verfügen über hohe Fachkenntnisse aus unterschiedlichsten Berufsgruppen. Durch unsere Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit und des gegenseitigen Vertrauens gewinnen unsere Fähigkeiten besonderen Wert.

Unsere klinischen und Service-Produkte und -Prozesse sind definiert und standardisiert. Wir überwachen unsere Produktqualität fortlaufend. Die Sicherheit unserer Patienten und Gäste findet in unserem Handeln besonderen Niederschlag.

Wir verankern unsere Tätigkeit in einem Netzwerk von weiteren Dienstleistern. Zum Nutzen für unsere Patienten und Kunden und zum gegenseitigen Vorteil stimmen wir uns mit der verlegenden Klinik sowie den Lieferanten und Partnern im Hotelleriebereich ab.

DPH ©Copyright 2005

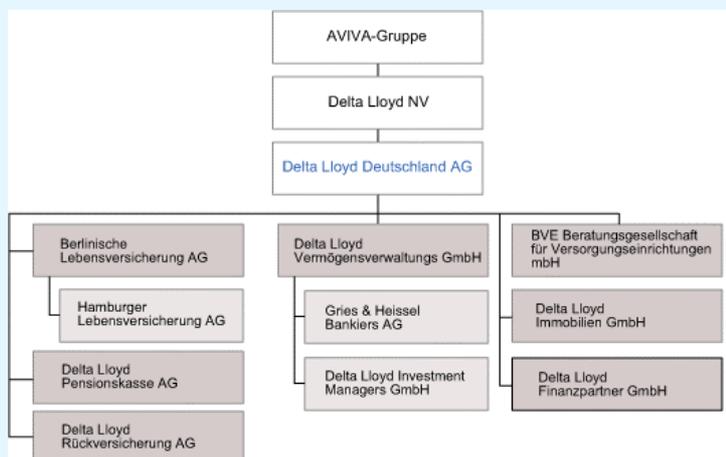
Marie-Luise Müller, Wiesbaden

9

Riskmanagement, Benutzergruppen, Gesundheitshotellerie und Betreiberkonzept

- klinische und technische Betreuungssicherheit (Mindestanforderung) (Folie 10)
- klinische Patienten (stationär, ambulant und teilstationär) Versicherungsstatus unabhängig, Klinikgäste, Begleitpersonen
- mehr als „Essen und Schlafen“, besondere Qualitätsmerkmale
- Anwender/Betreiber sind Kliniken, Nutzer sind ihre Patienten, daher hohes Eigeninteresse an Betreiberkonzeption in Zusammenarbeit mit Gesundheits-Hotelier
- *DPH*-eigenes Bau- und Finanzierungsmodell (Folie 11)

Delta Lloyd Versicherungsgruppe



Verlegung-/Qualitätskategorien

- Physiologische Grundfunktionen
- Organbezogene Funktionalität
- Krankheitsspezifische Symptome
- Mobilität
- Körperliche Belastbarkeit
- Befähigung
- Informiertheit
- Schmerz
- Komplikationsfreiheit
- Wundverhältnisse
- Ernährung
- Medikation

DPH-PatientenHotel - Besonderheiten

- Patient bleibt als KH-Patient/Fall registriert, dokumentiert und abgerechnet
- klinisches Backup rund um die Uhr
- zusätzliches Know-how im Servicebereich
- preiswerte Unterkunft bei hohem Standard für alle Patienten
- datengestützte Planung und Bau-Finanzierung ohne KH-Beteiligung, langfristige Betreiberkonzeption
- wirtschaftliche Lösung und hohe Versichertenqualität

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH



DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

14

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH



DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

15

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH



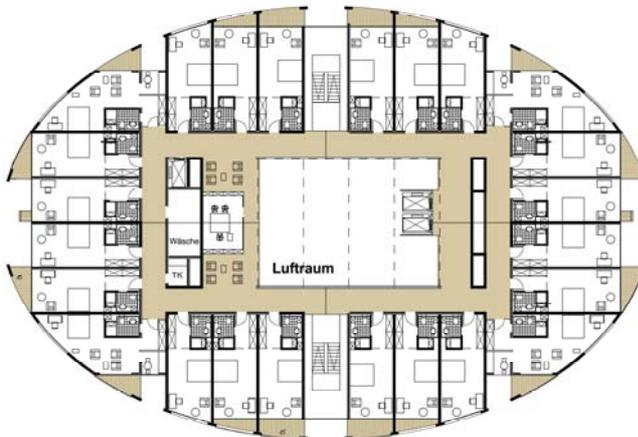
DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

16

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH



DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

17

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH



DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

20

14. Neubiberger Krankenhausforum
München, 06. Juli 2005

Deutsche PatientenHotel DPH



DPH ©Copyright 2005

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

21

Schlußbemerkung

Klinik-Patientenhoteles als Chancen zu betrachten für mehr

- Patientenorientiertheit und Autonomie,
- Verbesserung der Unterkunfts- und
- Serviceleistungen im klinischen Bereich und
- zum Erzielen von besseren wirtschaftlichen Ergebnissen zum Nutzen aller Beteiligten,

sollte zukünftig zum strategischen Konzept der Unternehmenspolitik für KH-Träger, Hotel-Betreiber, und Versicherungen gehören.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit

TELEMATIK – DER SCHLÜSSEL ZUR EFFIZIENZSTEIGERUNG

Franz Hertl
Leiter Competence Center Healthcare
Deutsche Telekom AG
Leipzig

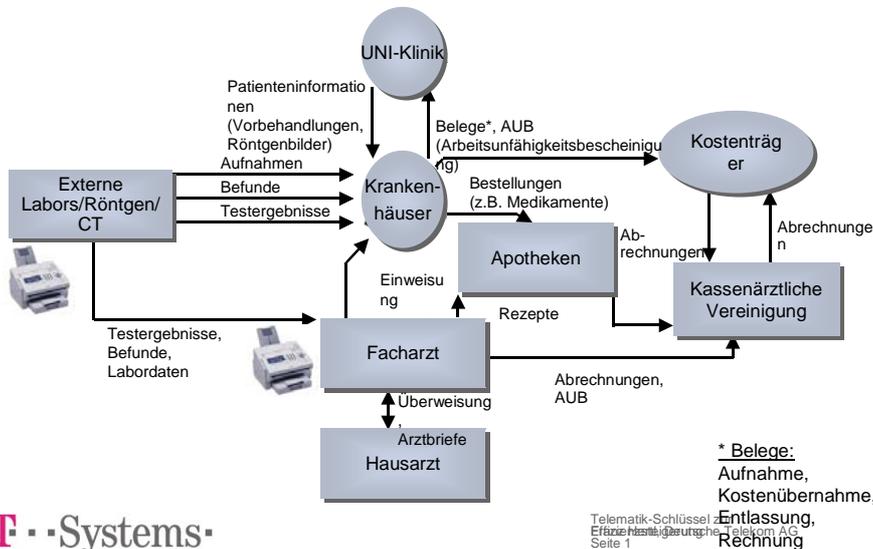
Technische Innovationen für Gesundheit:
Telematik- der Schlüssel zur
Effizienzsteigerung.

Franz Hertl, Deutsche Telekom AG,
Leiter Competence Center Healthcare

Neubiberg, 06.07.2005

... **T** ... Systems

... innovative Kommunikationslösungen.
 Prozesse für wesentliche Marktteilnehmer.



... T Systems

Telematische Prozesse ...
 ...und Herausforderungen der integrierten Versorgung.

Herausforderungen der integrierten Versorgung anhand von 3 Thesen:*

- (I) sektorenbezogene Gesundheitsversorgung ist nicht zukunftsorientiert
- (II) prozess- bzw. „betriebswirtschaftlich“ orientierte Versorgung führt unter monetären Gesichtspunkten zu einem Mehr an Integration, Qualitäts- und Risikoorientierung
- (III) zukunftsorientierte/ sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung wird durch regionale Gesundheitsverbände erreicht

Daraus resultierende Anforderungen an die Telematik(dienstleister):

- **Prozessoptimierung**
- **Datenschutzkonforme Dokumentation**

... T Systems

Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung der Telekommunikation AG
 Seite 2

Prozessoptimierung ...

...Status quo.

„(...) Das Ziel ist nicht irgendwelche Verträge zu haben, sondern das Ziel ist, auf der Anbieterseite Unternehmensstrukturen zu fördern und zu erzeugen, die längerfristig eine Integrierte Versorgung im postindustriellen Sinne ermöglichen können.“

(Zitat Karl-Heinz Schönbach, Leiter der Vertragsabteilung im BKK Bundesverband in KU-Sonderheft 09/04)

- **Infrastruktur & Telematikplattform**
 - Sicherheit und Performance
- **Geschäftsprozess & Integrationslösungen**
 - Optimierung und Intelligenz
- **Fachanwendungen im Outsourcing**

eHealthConnect.
Projekt: iBON - integratives Bremer Onko-Hämatologie-Netz.

Server Based Medical Solution.
Projekt: Universitätsklinikum Aachen.

Branchennetz Gesundheitswesen.
Bereitstellung branchenspezifischer Dienste für Institutionen & Verbünde zur Eigennutzung und als Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Erfolgreich realisiert durch die Telekom AG
Seite 3

... T ... Systems

eHealthConnect.

Projekt: iBON - integratives Bremer Onko-Hämatologie-Netz.

- Einwohner des Bundeslandes Bremen ca. 670.000
- erwartete Krebsneuerkrankungen p.a. ca. 3.700
- Todesfälle an Krebs p.a. ca. 2.000
- erwartete Anzahl von Meldungen p.a., da Mehrfachmeldungen zu einem Tumor erwünscht sind (Hausarzt, Klinik, Pathologie etc.) ca. 7.400

Integrierte Versorgung		
Praxen	Krankenhaus	Praxis/Reha/Pflege
Radiologie/MR T/CT	Klinikum Bremen-Mitte	Apotheken
Pathologie		Ambulante Pflegedienste
Fachärzte	Strahlentherapie	Hospiz Pallativstation
Hausärzte	Pathologie	Ambulante Rehabilitation



... T ... Systems

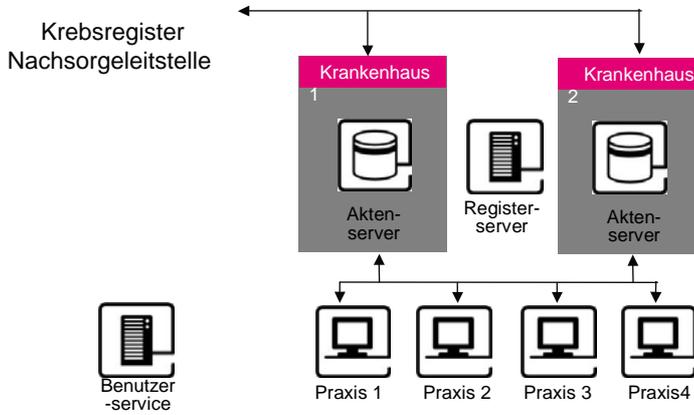
(Quelle: Bremer Krebsregister & iBON/groetcke/klinikumbremen-mitte)

Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung durch die Telekom AG
Seite 4

eHealthConnect.
Projekt iBON - Technische Umsetzung.

> Referenz

Branchennetz-Plattform durch



Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung der Telekom AG Seite 5

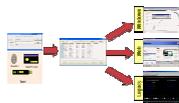
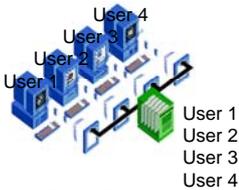
Server Based medical Solution.
Merkmale des Server Based Computing.

- Zentrale Bereitstellung von Applikationen/Daten
- Zugriff von jedem Endgerät
- Erhöhte Sicherheit
- Anwendungen in einer zentralen Serverfarm



**Mobilität,
Flexibilität &
Smooth**

Server Based Computing (Citrix)	Single Sign On (Password Manager)	Authentifizierung (Smart Card)
		Roaming



Ein einziges Log-in...

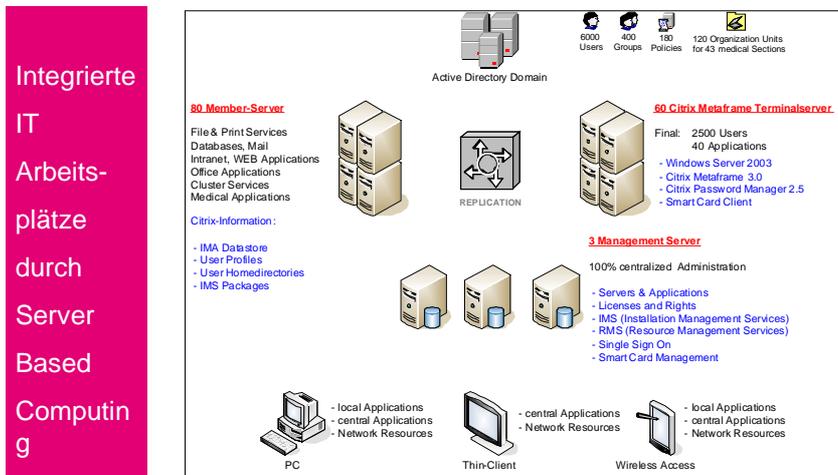


Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung der Telekom AG Seite 6

Server Based Medical Solution.

> Referenz

Projekt Universitätsklinikum Aachen - Technische Umsetzung.

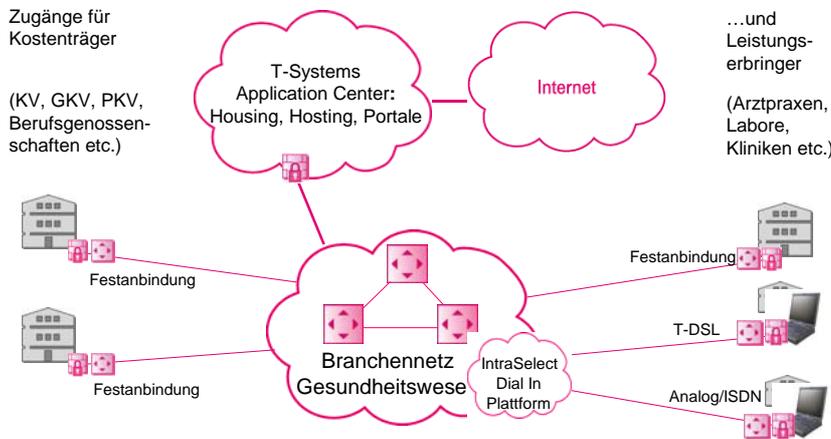


Integrierte IT Arbeitsplätze durch Server Based Computing



Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung der Telekom AG Seite 7

Branchennetz Gesundheitswesen.
Das Netzwerk zur Effizienzsteigerung.



Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung der Telekom AG Seite 8

Branchennetz Gesundheitswesen.

Bestandteile der Integrativen Plattform nach bit4Health Kriterien.

Leistungselemente	Kurzbeschreibung
Applikation	Konzerninterne Anwendungen und Services (eHealthConnect, elektronische Gesundheitskarte etc.), Applikationen externer Softwareanbieter, Abbildung elektronischer Geschäftsprozesse, gesicherter Internet
Portal	Viren- und HTTP-Scanning, Authentifizierung, Autorisierung, Benutzerrechtevergabe für Dienste/Anwendungen über LDAP-Server, QoS Reporting (Netzleistung und Applikation)
Hosting	Serverfarm, Rechenzentrumsleistung, Anbindung weiterer RZ, Standard Gateways zur bundesweiten Telematikarchitektur und externen Systemen, Netzbasierete Basisdienste
Transport und Access	Hochperformantes Extranet (IP-VPN) nach Anforderungen des bit4health an ein bundesweites Branchennetz Gesundheitswesen (Telematik Rahmenarchitektur), DNS (Domaine Name Service), NAT (Network Adress Translation), Zugangsvarianten: Frame Relay, T-ATM, ISDN, T-DSL, GSM, GPRS, UMTS, SDSL), Security im WAN (IPSec, Verschlüsselung, Closed User Group)

...T...Systems

Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung
Deutsche Telekom AG
Seite 9

Telematische Prozesse...

...und ihr Nutzen für Integrierte Versorgung.

- **Wirtschaftlichkeit**
- **Sicherheit**
- **Performance**

„Eine barrierefreie telematische Infrastruktur gilt... als die Grundvoraussetzung für jedes wirtschaftlich und medizinisch erfolgreiche Projekt der Integrierten Versorgung.

Politisch flankiert wird diese Überzeugung durch die Pläne der Bundesregierung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die auch auf der Ebene der Versicherten und Patienten für ein wachsendes Bewusstsein in die Bedeutung gesundheitstelematischer Kommunikationsprozess sorgen wird.“



...T...Systems

Zitat der Einladung zur 10. Zeno-Konferenz am 01./02.06.2005 in Berlin)

Telematik-Schlüssel zur Effizienzsteigerung
Deutsche Telekom AG
Seite 10

STRATEGIEN FÜR KRANKENHÄUSER

Reinhard Fuß

Geschäftsführer Strategie und Planung

Städtisches Klinikum München

Strategien für Krankenhäuser aus Sicht des Städtischen Klinikums München

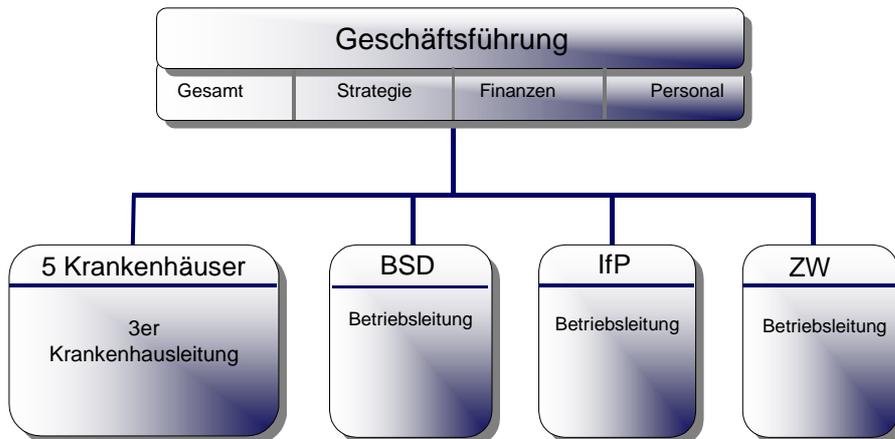
14. Neubiberger Krankenhausforum
6. Juli 2005

Das Unternehmen heute

- Seit 01.01.2005 gibt es die Städtischen Kliniken München als GmbH
- Gesellschafterin ist die Landeshauptstadt München
- An der Spitze des Unternehmens stehen vier Geschäftsführer

2

**Gesamtunternehmensstruktur
- Stand 1. Januar 2005 -**



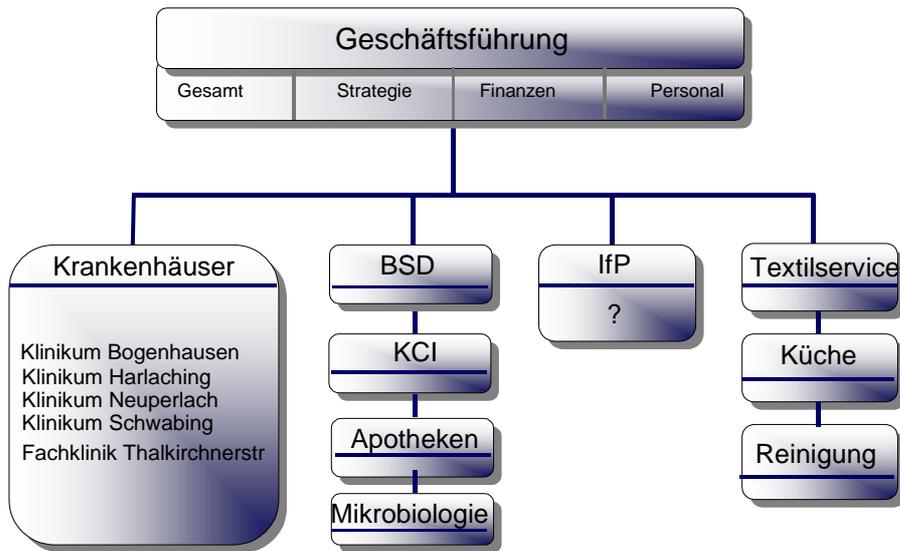
3

Die Betriebe

- Vier Krankenhäuser der Maximalversorgung
- Ein Fachkrankenhaus
- Textilservice (ehemalig: Zentralwäscherei)
- Blutspendedienst
- Institut für Pflegeberufe (drei Schulen, eine Fortbildungseinrichtung)

4

Gesamtunternehmensstruktur im Jahr 2006



5

Kennzahlen (1)

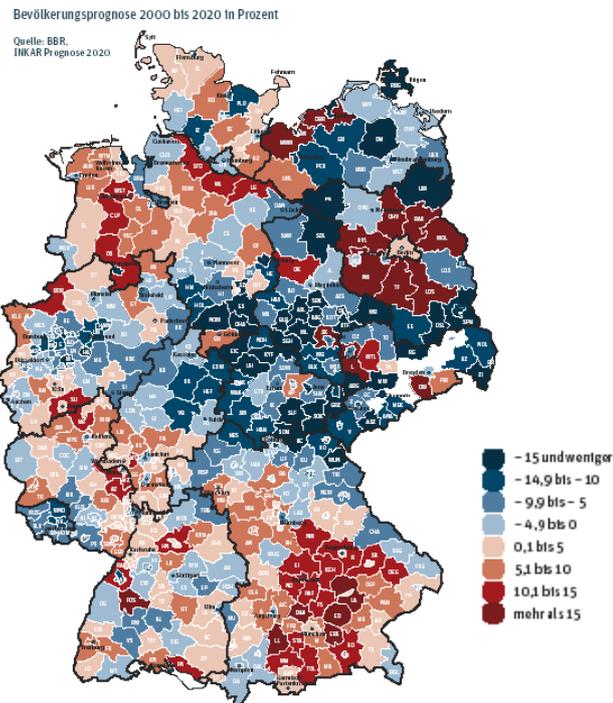
- **153.000 Fälle:**
130.000 vollstationär, 23.000 teilstationär
- **3.807 Betten und 227 tagklinische Plätze**
- **8.900 Mitarbeiter:**
 - 15,6% Ärzte,
 - 38,3% Pflegekräfte,
 - 14,6% med.-techn. Dienst,
 - 9,9% Funktionsdienst,
 - 20,1% Verwaltung, klin. Hauspersonal, Technik, Wirtschafts- und Versorgungsdienst

6

Rahmensituation

- Bevölkerungsentwicklung
- Krankenhausmarkt in München

8

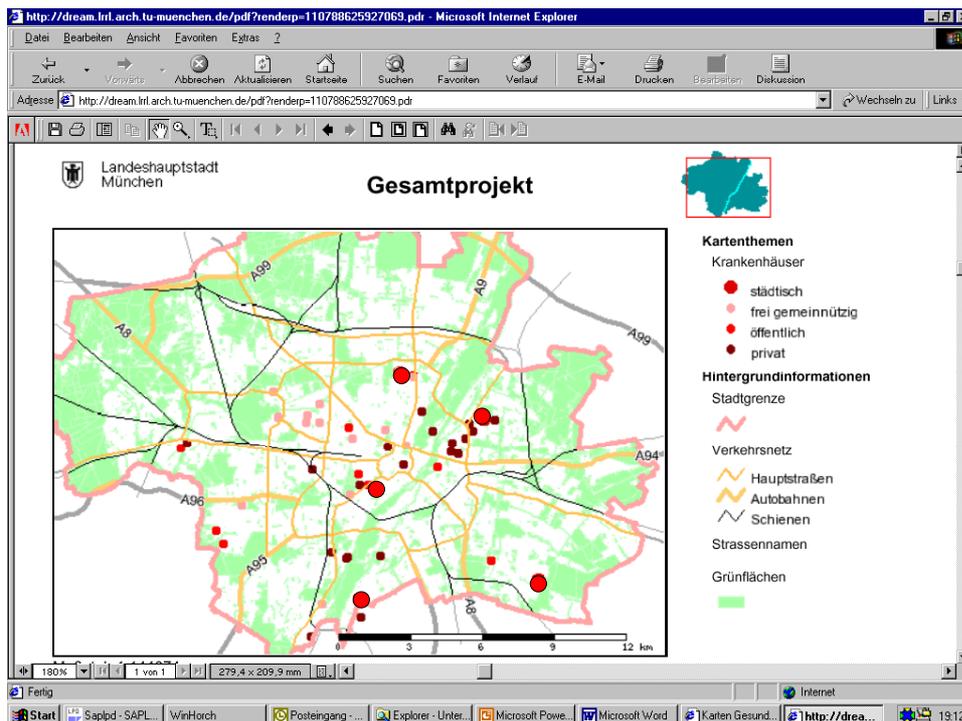


9

Bevölkerungsentwicklung 2005 - 2009/2015

- Die Gesamtbevölkerungszahl bleibt in München bei positiver Entwicklung in etwa stabil, in den umliegenden Landkreisen nimmt sie stärker zu
- Die Anzahl der Geburten bleibt in etwa stabil (von 12100 auf 11600)
- Die Anzahl der Kinder (0-14) bleibt bis 2009 stabil und geht bis 2015 leicht zurück (von 157 000 auf 151 000)
- Die Anzahl der Menschen
 - zwischen 60 und 69 steigt bis 2009 leicht (von 163 000 auf 166 000) und geht dann bis 2015 stark zurück (149 000)
 - zwischen 70 und 79 steigt kontinuierlich stark an (von 94 000 auf 110 000/126 000)
 - über 80 bleibt in etwa stabil (von 57 000 auf 59 000)
- Die Unterschiede in der Entwicklung zwischen Männern und Frauen und Deutschen und MigrantInnen sind bei den unterschiedlichen Altersgruppen erheblich

10



Krankenhausmarkt in München

- Über 50 Krankenhäuser in München
- Städtisches Klinikum München nach Fallzahlen größter Anbieter
- Städtisches Klinikum München versorgt im Vergleich zu den Kliniken in München die meisten PatientInnen bei der Altersgruppe über 65 Jahre

12

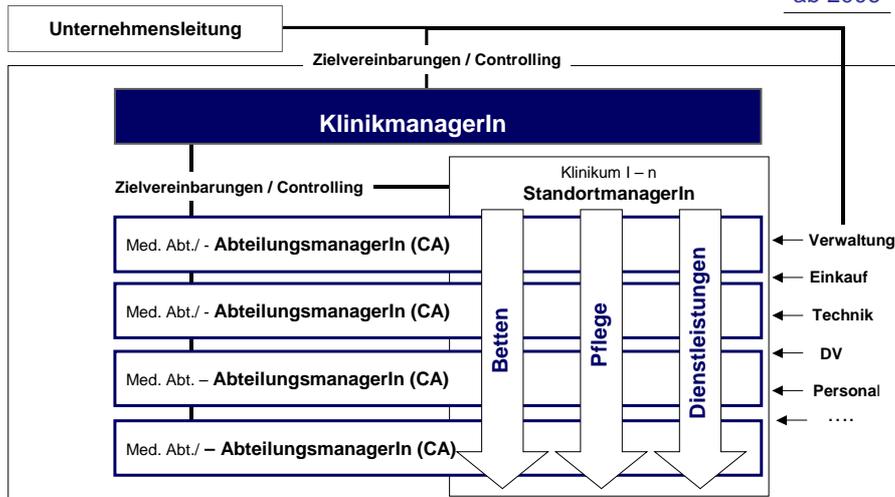
Zukünftiges Leistungsangebot Planung bis 2009

- Prämissen
 - Nachfrage/Bedarf
 - Wirtschaftlichkeit
 - Investitionsbedarf
- Ziele
 - Vorhaltung von Spezialangeboten und Grundversorgung an jedem Standort
 - Eigenständige Standortprofile - Betriebe sind Profitcenter
 - Flexibilität im Leistungsangebot wird erhöht
 - Verlängerung der Servicezeiten (OP; Funktionsabteilungen)
 - Stationäre Fälle werden gesteigert
 - Abbau von Betten
 - Entwicklung zusätzlicher Leistungsangebote
 - Verbesserung der Kundenorientierung

14

Die Organisationsstruktur in den Kliniken (Zielmodell)

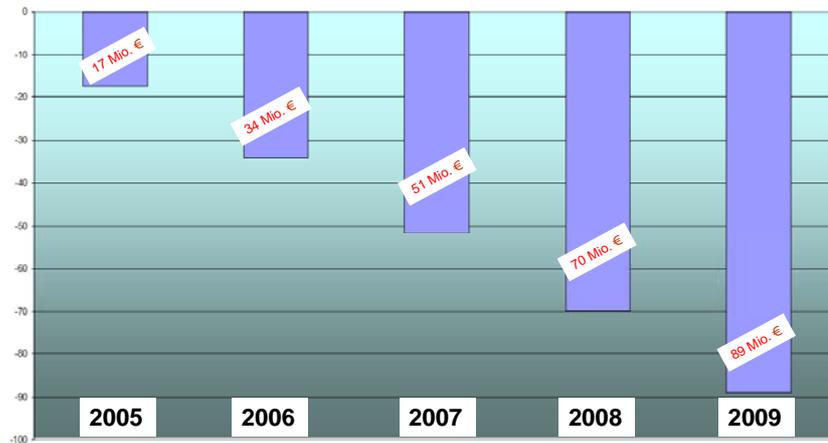
ab 2006



Der/die KlinikmanagerIn ist „GeschäftsführerIn“ des Klinikums. Er/Sie ist der strategisch steuernden Unternehmensleitung für das operative Management im Klinikum verantwortlich. Er/Sie vereinbart seinerseits Ziele mit den AbteilungsmanagerInnen sowie dem/der StandortmanagerIn. Er/Sie ist beiden disziplinarisch übergeordnet.

15

Kumulierte Belastungen p.a.



16

Maßnahmen

- Servicegesellschaften:
Reinigung, Textilservice, Küche
- Neuorganisation Einkauf
- Stellenabbau aufgrund des Rückgangs der Pflage
- Personalüberleitungstarifvertrag
- Änderung der Fachquote Pflege
- Organisationsänderung med. Dienstleistungen
KCI, Mikrobiologie, Apotheken,
- Zentralisierung Verwaltung, Bau und Technik

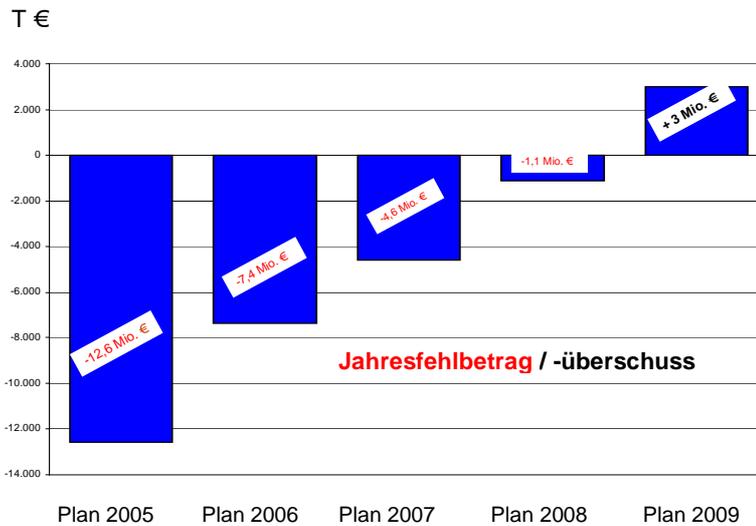
17

Entwicklung neuer Leistungsangebote

- Bereitschaftspraxen an drei Standorten
- Integration von niedergelassenen Praxen – derzeit im
KH und KS
- Entwicklung zum MVZ
- Verträge zur Integrierten Versorgung
- Beteiligung an DMP Brustkrebs und Diabetes
- Ausbau ambulantes Operieren im KH, KS
- Im STKM Einrichtung ambulante Reha
- Bestandsoptimierung KH mit Klinikhotel

18

GuV der GmbH



19

Großprojekte bis 2010

- Bestandsoptimierung KH 600 Betten mit PPP
- Neubau Nothilfe in KN und KS
- Sanierung Bettenhaus 2 im KMS
- Integration Psychiatrie im KMS mit 80 Betten und 15 tagklinischen Plätzen

➤ Insgesamt ca. 160 Mio €

20

ANHANG

Programm

- 9.00 **Eröffnung**
Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München
- 9.10 **Grußworte**
Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Georg Löbl
Präsident
der Universität der Bundeswehr München
- 9.20 **Grußworte**
Prof. Sonja Sackmann, Ph. D.
Dekanin der Fakultät für WOW
Universität der Bundeswehr München
- 9.30 **Begrüßung**
Uta Meurer
Geschäftsführerin
der B. Braun-Stiftung, Melsungen
- 9.45 **Einführung in die Thematik**
Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München
- 10.00 **Neue Formen der Krankenhausversorgung aus Sicht der bayerischen Staatsregierung**
Staatsministerin Christa Stewens
Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und
Frauen
- 10.30 **Trends im europäischen Krankenhausmarkt**
Prof. Dr. Ray Robinson
LSE-Health Care and Social Care
London
- 11.00 **Pause**

- 11.30 **Konzeption und Umsetzung von Medizinischen Versorgungszentren**
Prof. Dr. med. Thomas Kersting
Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor
DRK Kliniken Berlin
- 12.00 **Diskussion** mit dem Auditorium
(Leitung: *Prof. Dr. G. Neubauer*)
- 12.30 **Mittagspause**
- 14.00 **Konzeption und Umsetzung von Klinikhotels**
Marie-Luise Müller
Präsidentin des Deutschen Pflegerates e.V.
und Geschäftsführerin der DPH – Deutsche Patientenhotel GmbH
Berlin
- 14.30 **Pause**
- 15.00 **Telematik - der Schlüssel zur Effizienzsteigerung**
Franz Hertl
Leiter Competence Center Healthcare
Deutsche Telekom AG
Leipzig
- 15.30 **Strategien für Krankenhäuser**
Reinhard Fuß
Geschäftsführer Strategie und Planung
Städtisches Klinikum München
- 16.00 **Diskussion** mit dem Auditorium
(Leitung: *Prof. Dr. G. Neubauer*)
- 16.30 **Ende**