

**15. NEUBIBERGER
KRANKENHAUSFORUM**

Ordnungspolitische Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase

Prof. Dr. Günter Neubauer

Dipl.-Vw. Florian Pfister

7. Juli 2006

VORWORT.....	2
BEGRÜSSUNG DURCH DEN TAGUNGSLEITER <i>PROF. DR. GÜNTER NEUBAUER</i> .	3
GRUSSWORTE DES VIZEPRÄSIDENTEN <i>PROF. DR. UWE BORGHOFF</i>	5
GRUSSWORTE DER DEKANIN <i>PROF'IN SONJA SACKMANN, PH. D.</i>	6
GRUSSWORTE FÜR DIE B.BRAUN-STIFTUNG <i>UTA MEURER</i>	9
EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK <i>PROF. DR. GÜNTER NEUBAUER</i>	14
NEUE FORMEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG AUS SICHT DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG <i>STAATSMINISTERIN CHRISTA STEWENS</i>	20
EUROPÄISCHE PERSPEKTIVE: KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DER SCHWEIZ <i>DR. MAX LENZ</i>	31
ORDNUNGSPOLITISCHE NEUORIENTIERUNG AUS SICHT DER KRANKENKASSEN <i>DR. WERNER GERDELMANN</i>	44
ORDNUNGSPOLITISCHE NEUORIENTIERUNG AUS SICHT DER KRANKENHAUSÄRZTE <i>PROF. DR. HARTWIG BAUER</i>	56
ORDNUNGSPOLITISCHE NEUORIENTIERUNG AUS SICHT DES KRANKENHAUSMANAGEMENTS <i>EUGEN MÜNCH</i>	79
ANHANG.....	91

VORWORT

Zum diesjährigen Krankenhausforum konnten wir nicht nur hochrangige Referenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis gewinnen, sondern wiederum über 200 Teilnehmer begrüßen. Die Veranstaltung fand am Freitag, dem 7. Juli 2006, von 9.00 bis 14.00 Uhr im Audimax der Universität der Bundeswehr München statt. Die Gestaltung und Zusammenstellung dieses Tagungsbandes sowie die Organisation der Veranstaltung lagen in den Händen von meinem wissenschaftlichen Mitarbeiter Diplom-Vw. Florian Pfister.

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. Die Tagungsbände der letzten Jahre sind ebenfalls über die Veranstaltungshomepage www.neubiberger-krankenhausforum.de abrufbar.

Eine solche Großveranstaltung ist ohne die Mithilfe zahlreicher Personen nicht durchzuführen. Besonders gedankt sei meinen wissenschaftlichen Mitarbeiter Dipl.-Kffr. Iris Driessle und Dipl.-Vw. Florian Pfister sowie Frau Christine Barth, Sekretärin am Institut für Volkswirtschaftslehre. Ebenso möchte ich mich bei den studentischen Helfern Dennis Czerwinski, Volker Deselaers, Thomas Hofmann, Ferdinand Hornig, Pierre Limburg, Robert Meyer-Brenkhof, Alexander Prillwitz, Michael Schördling und Benjamin Teske bedanken.

Abschließend freue ich mich, der B. Braun-Stiftung, Melsungen, vertreten durch ihre Geschäftsführerin Frau Meurer, zum 15. Mal Dank sagen zu dürfen. 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 15. 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 Stellung zur Einführung eines bundeseinheitlichen Basis-Fallwertes bezieht. Ein herzliches Willkommen auch dem Vizepräsidenten unserer Universität, Prof. Dr. Uwe Borghoff sowie der Dekanin der Fakultät WOW, Prof'in Sonja Sackmann, Ph. D. Schließlich ist es mir eine Ehre und eine Freude die Geschäftsführerin der B. Braun-Stiftung, Frau Uta Meurer, wie jedes Jahr hier willkommen heißen 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 einer finanziellen 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. Unser Gast aus Europa ist in diesem Jahr Dr. Max Lenz, der aus der Schweiz anreiste, um uns über die Krankenhausfinanzierung in seinem Land zu informieren. Das Mitglied des Vorstands des VdAKs, Dr. Werner Gerdemann, schildert im Anschluss die mögliche Ausgestaltung der Krankenhausvergütung nach 2008. Die sich ergebenden Implikationen auf die Ärzte beschreibt Prof. Dr. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die Neuorientierung aus Unternehmersicht beschreibt Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG.

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. Angesichts der Tagungsorganisation und der großen Anzahl an Teilnehmern wird dies immer nur unvollkommen gelingen. Viele Teilnehmer sind bereits seit fünfzehn 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.

15. Neubiberger Krankenhausforum, dies ist auch ein 15. Blick in die Zukunft. Wenn man auf die bisherigen Veranstaltungen zurückblickt, so sieht man, wie immer wieder aktuelle Themen behandelt wurden, aber auch unsere Tagungsthemen als Trendsetter der Zeit voraus waren. Ich freue mich auch heute auf ein Feuerwerk an Ideen und Impulsen.

Damit darf ich das 15. Neubiberger Krankenhausforum eröffnen und uns allen eine spannende Veranstaltung wünschen.

GRUSSWORTE DES VIZEPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. Uwe Borghoff
Vizepräsident der Universität der Bundeswehr München

Für die Universität eröffnete der Vizepräsident der Universität der Bundeswehr, Prof. Dr. Uwe Borghoff, das Krankenhausforum, indem er die fachübergreifende Zusammenarbeit der Fakultät Informatik und WOW beschrieb. Besonders im Studiengang Wirtschaftsinformatik wird diese enge Kooperation deutlich. Die Studenten sind quasi in beiden Fakultäten beheimatet. Weitere Beispiele hierfür sind das mehrfach bundesweit ausgezeichnete Studium Plus, an dem technisch-naturwissenschaftlich orientierte Studenten einen Einblick in die Welt der Wirtschaft in Form eines strukturierten Extra-Curriculums bekommen und Studenten der Ökonomik vice versa die nichtökonomische Inhalte berühren, sowie durch die Einführung von Bachelor und Master noch engere Verzahnung der Fakultäten.

Abschließend dankte Vizepräsident Borghoff auch Prof. Neubauer und seinen Mitarbeitern für die geleistete Arbeit zur Vorbereitung des 15. Neubiberger Krankenhausforums und hob die erkennbare Kontinuität über 15 Jahre hervor. Letztere ist sichtbares Zeichen für die Attraktivität des Programms. Besonders dankte er der B. Braun-Stiftung Melsungen, vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Uta Meurer, ohne deren finanzielle und ideelle Unterstützung die Neubiberger Krankenhausforen nicht das wären, was sie mittlerweile sind: ein Aushängeschild der Universität der Bundeswehr München.

GRUSSWORTE DER DEKANIN

Prof'in Sonja Sackmann, Ph. D.
Dekanin der Fakultät WOW
Universität der Bundeswehr München

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

Auch ich möchte Sie ganz herzlich zu unserem 15. Neubiberger Krankenhausforum begrüßen, und zwar im Namen unserer Fakultät Wirtschafts- und Organisationswissenschaften, der ja auch Herr Neubauer angehört.

Da Herr Neubauer nachher selbst in die Thematik des heutigen Programms zum Thema Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase einführen wird, möchte ich meine Redezeit in meiner Funktion als Dekanin und Kollegin von Herrn Neubauer etwas missbrauchen.

Das heutige Krankenhausforum ist natürlich - wie immer - vom Thema her ein besonderes, auch hat es eine Jubiläumszahl mit der 15 vor sich - was für den nachhaltigen Erfolg der Veranstaltung spricht – wie natürlich auch die grosse Anzahl Anwesender hier in unserm Auditorium Maximum. Ohne Herrn Kollegen Neubauer gäbe es diese Veranstaltung nicht und auch Herr Neubauer hat vor genau 6 Tagen ein Jubiläum gehabt, zu dem ich ihnen, lieber Herr Neubauer, ganz herzlich gratulieren möchte.

Seit 30 Jahren sind Sie nun Professor für Volkswirtschaftslehre an unserer Universität und Fakultät mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomik – einem Thema, dem Sie Ihre volle Aufmerksamkeit und Arbeitszeit über all die Jahre schwerpunktmäßig gewidmet haben – durch Ihre aktive Mitarbeit in Kommissionen wie auch in der Forschung und der Praxis.

Ich möchte Ihnen, verehrte Gäste, nun in gedrängter Form zunächst die vielfältigen wissenschaftlichen Posten Professor Neubauers außerhalb der Fakultät auflisten:

Schon Ende der 80iger waren Sie 3 Jahre Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Reform der GKV. 1992 dann hatten Sie, lieber Herr Neubauer, den Vorsitz in der Expertenkommission „Reform der Krankenhausfinanzierung“ beim Bundesministerium

für Gesundheit. Es folgte 1996 ein weiterer wichtiger Vorsitz in der Kommission zur Strukturreform der Bayerischen Universitätsklinik. Zwei Jahre später waren Sie Mitglied in der Sachverständigenkommission zur Strukturreform der Universitätskliniken des Saarlandes. Herausgehoben ist ca. in dieser Zeit, nämlich von 1991-1998, ihre Tätigkeit als Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Ich komme nun zu den aktuellen Mitgliedschaften und Vorsitzen: seit 1996 Mitglied des Schiedsamtes für Zahnärzte, Vertragsärzte und Zahntechniker in Bayern, seit 1997/1998 Mitglied der AG "Organisation und Finanzierung der Universitätskliniken" beim Wissenschaftsrat, seit 1997 Externes Mitglied des Verwaltungsrates des Klinikums Magdeburg, seit 1998 Vorsitzender des Schiedsamtes für Rettungsdienste in Bayern, seit 2000 Mitglied des Beirates des Wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen, seit 2001 Mitglied des Verwaltungsrates des Kreiskrankenhauses Alt/Neuötting, seit 2001 Vorsitzender des "erweiterten Bewertungsausschusses für Zahnärzte", seit 2003 Wissenschaftlicher Leiter der AG "Gesundheitsökonomie" der Schmalenbachgesellschaft, seit 2005 Mitglied des Fachbeirates Swiss-DRG, seit 2006 Vorstandsvorsitzender der Akademie für Krankenhaus- und Gesundheitsmanagement e.V. Ingolstadt/Osnabrück sowie Mitglied verschiedener Beiräte von Unternehmen im Gesundheitssektor.

Uns Professoren wird zwar häufig nachgesagt, dass wir ein „schlaues“ Leben hätten – was immer man sich darunter vorstellen mag - Ihre Zeit an unserer Fakultät lässt sich – wenn man sich die Zahlen anschaut – durch grosse Produktivität kennzeichnen. Zu den eben genannten Aktivitäten umfassen Ihre bisherigen Publikationen

37 Bücher,

19 Forschungsberichte,

270 Aufsätze sowie

22 Berichte zu Drittmittelprojekten zu 18 Studienprojekten sowie Diskussionsbeiträge und Buchbesprechungen.

Während Sie sich in Ihren ersten Jahren an unserer Fakultät mit Themen der Verteidigungsökonomie, Wirkungen militärischer Standorte, Rüstungsexporte, Verteidigungsausgaben und Wehrgerechtigkeit beschäftigt haben, dokumentiert der Schwerpunkt Ihrer Forschungsarbeiten - keine Angst, ich werde diese nun nicht alle mit Titel aufführen – Ihre Expertise in der Gesundheitsökonomie.

Sie haben sich u.a. mit den

- Planungsräumen, der Strukturreform und Kostenexplosion im Gesundheitswesen beschäftigt, mit

- der Gesundheitsreform 2000 und der Zukunft der Gesundheitspolitik,

- der Aus- und Fortbildung in der Gesundheitsökonomie,
 - der Wirtschaftlichkeit und Strukturreform der Krankenversicherungen,
 - der Bürgerversicherung und Gesundheitssparkonten,
 - der Rolle des Wettbewerbs im Krankenhausbereich,
 - Alternativer – damit auch leistungsbezogenen Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung,
 - den teilträumlichen Sterblichkeitsdifferenzen in der Landeshauptstadt München,
 - der psychiatrischen Versorgung, der Effektivität und Effizienz sowie der Möglichkeit von Effizienzmessung im Sozialpsychiatrischen Dienst
 - der Entwicklung von Fallklassifikationen und Fallpauschalen für Krankenhauspatienten
- aber auch mit Migräne und Rückenschmerzen und deren ökonomische Implikationen.

Wie stark Ihr Rat in Deutschland gesucht wird, wurde mir letzten Freitag – genau vor einer Woche deutlich – als ich um 7:41 Uhr eine bekannte Stimme aus dem Frühstücksfernsehen hörte: beim Blick auf den Bildschirm blickten Sie mir entgegen und berichteten über die Probleme der Führung, der wenig gestrafften Abläufe in Krankenhäusern und den problematischen Verknüpfungen mit der Kommunalpolitik.

Bei solcher medialen Popularität erscheint es fast schon banal, dass Ihre Grundzüge der Volkswirtschaftslehre inzwischen in der 4. überarbeiteten Auflage herausgekommen sind.

Lieber Herr Neubauer – in den Jahren, in denen Sie uns und mir Kollege und auch Dekan waren, habe ich Sie sehr schätzen gelernt – mit ihrer besonnen, ruhigen, überlegten und ausgleichenden Art, jedoch auch mit ihren spitzbübischen und damit auch aufrüttelnden Bemerkungen – ich erinnere mich noch genau an eine Berufungskommissionssitzung. Wir diskutieren über einen sehr jungen, sehr begabten, doch unbequem wirkenden Kandidaten – und sie meinten, dass selbst eine kurze Verweildauer an unserer Fakultät und die mit diesem Kandidaten antizipierte Unruhe uns als Fakultät gut tun könnte.

In meiner Rolle als Dekanin schätzte ich stets Ihre unparteiische Meinung und die immer wieder die neuen, alternativen Perspektiven, die Sie in unsere Diskussionen hineingebracht haben.

Liebe Herr Kollege Neubauer, ich möchte mich für all die Jahre konstruktivster Zusammenarbeit weiteren wie auch im Namen unserer Fakultät ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Als kleines Dankeschön und als Erinnerung an die 30 Jahre Ihres Wirkens an unserer Fakultät möchte ich Ihnen dieses Dokument überreichen.

GRUSSWORTE FÜR DIE B.BRAUN-STIFTUNG

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

Sehr verehrte Frau Ministerin Stewens,

sehr verehrte Frau Präsidentin Professor Niehuss,

sehr verehrte Frau Dekanin Professor Sackmann,

sehr verehrte Frau Neubauer.

Hätten Sie, verehrtes Publikum, jemals gedacht, dass eine solche Begrüßung nicht allein aus Gründen der Höflichkeit mit den Damen beginnt, sondern weil diese Damen Leistungsträger sind, und dies auch noch in der vermeintlichen Männerdomäne einer Bundeswehruniversität im angeblich so konservativen Bayern?

Schon die Begrüßung zeigt es dem, der es immer noch nicht gemerkt hat, es ist an der Zeit umzudenken.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

sehr verehrter, lieber Herr Professor Neubauer,

herzlichen Glückwunsch Ihnen, Herr Professor, zu diesem Tag.

Es ist für Sie ein herausragender Tag. Das hat zwei Gründe .

Von einem Grund wird heute um 16.00 Uhr die Rede sein. Mir steht es nicht zu, jetzt schon darauf einzugehen.

Aber, lieber Herr Neubauer, es ist ein Ereignis von großer Tragweite.

Für die B. Braun-Stiftung ist es eine umso größere Ehre, dass an diesem Tag vor 16.00 Uhr unsere Veranstaltung liegt. Sie werten damit das Neubiberger Krankenhausforum auf.

Und Sie lassen uns, lassen auch mir persönlich Ehre zuteil werden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren.

Wir kommen heute zu dem 15. Neubiberger Krankenhausforum zusammen. Die Initiative dafür ging damals von uns beiden, von Ihnen, Herr Professor, und von mir aus.

Als Geschäftsführerin des Bibliomed-Verlages empfahl ich der B. Braun-Stiftung eine Veranstaltung, wie sie schon an der Universität zu Köln zum Erfolg geworden war, auch im wichtigen deutschen Bundesland - in Bayern eben - zu etablieren.

Herr Dr. Schnell, der Vorstandsvorsitzende der B. Braun-Stiftung, sagte ja. „Frau Meurer suchen Sie mal den besten“. Und dieser Bitte gerecht zu werden, fiel mir leicht, und es nahm auch gar nicht viel Zeit in Anspruch. Denn vollkommen klar war, dass Sie, Herr Neubauer, das Mittel der Wahl waren.

Sie pflegen soziale Kontakte, auch politische Kontakte. Dabei bleiben Sie aber stets Wissenschaftler, sind nicht der Versuchung erlegen, wie wir das bisweilen bei Wissenschaftlern und Journalisten beobachten, sich der Macht hinzugeben.

Sie sind nicht nur Ökonom, sondern einer der wenigen, die sich in die Welt des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser hineingewagt haben.

Das ist ein Metier, in dem es rational denkende Menschen bisweilen schwer haben, denn dieses System ist nicht nach der Logik des Marktes organisiert, sondern es ist weithin politisch reguliert. Es gebe zwar nur eine Logik heißt es, aber in der Politik funktioniert diese Logik irgendwie anders als in der Ökonomie.

Eine solche Aufgabe wie diese anzunehmen, also die Gesundheitspolitik mit der ökonomischen Wissenschaft zu konfrontieren, das erfordert Mut, aber mehr noch: Sehr viel Ausdauer, aber auch eine gewisse Frustrationstoleranz.

Insofern ist allein die Tatsache, wie lange Sie auf diesem Feld schon die Fahne hochgehalten haben, einen herzlichen Glückwunsch wert. Zudem, Herr Neubauer, heben Sie sich von so manchen Zeitgenossen ab, - denn Sie haben Ahnung, - Sie wissen, wovon Sie reden.

Ihnen macht keiner ein X für ein U vor.

Ich habe in f&w einmal durchgeblättert, welche Themen wir Dank Ihrer Initiative aufgegriffen hatten. Ich zitiere mal einige Überschriften

Schon im ersten Forum ging es um „Alternative Entgeltverfahren“

und sie holten damals schon einen Referenten aus den USA. Dieser Blick über unseren deutschen Krankenhauszaun sollte ein Markenzeichen der Neubiberger Gespräche werden.

Dem 7. Forum, das war in der Zeit als „Focus“ mit seinen Ranking-Listen Furore und so viel Unsinn machte, gaben wir die Überschrift „Die Krankenhäuser müssen ihre Leistungen selbst darstellen, bevor andere es tun“. Der mündige Bürger verlangte schon damals nach verlässlichen Krankenhaus- und Arztvergleichen. Zu dieser Veranstaltung konnten wir auch den damaligen Gesundheitsminister Seehofer begrüßen.

Und als die Privatisierungswelle anbrach, suchten wir hier in Neubiberg nach Alternativen für die zumeist kommunalen Häuser in Form von Kooperationen, Integrationen und Fusionen.

Auf all den Foren kam Ihnen noch etwas zugute, was Sie zu alledem noch auszeichnet, und was nicht jedem Wissenschaftler gegeben ist: Man kann Sie verstehen. Sie treffen immer den richtigen Ton, und Sie vermögen es, sich auf jedes Publikum einzustellen.

Fasziniert waren wir beispielsweise bei B. Braun, als Sie einmal vier Stunden ohne Aufzeichnungen und ohne Pause über die Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen referierten und wir keine Minute Langeweile litten.

Oder auf der von der Stiftung geförderten Fortbildung für Pflegende in Kassel, wo Sie den 1200 Pflegenden die Bedeutung von DRG und Dokumentation den Pflegenden bewusst machten, und die das auch wirklich plötzlich verstanden.

Mir ist es ein Herzensanliegen, Ihnen im Namen der B. Braun-Stiftung zu danken für diese 15 Foren, die wir nun schon gemeinsam ausgerichtet und bestritten haben. Von denen jedes ein

Gewinn war. Und nicht nur uns beiden war es offenbar eine Freude, diese Foren zu veranstalten, sondern auch die Teilnehmer fanden zunehmend Gefallen daran. Ihre Zahl ist gestiegen, und ich sehe viele vertraute Gesichter wieder, die ich schon zu den vergangenen Foren begrüßen durfte.

Auch die Tatsache, dass Referenten der ersten Foren uns bis heute treu geblieben sind, spricht für Ihr, für unser, Neubiberger Forum. Insofern ist es mir eine wirklich eine große Freude, mit den Herren Professor Bauer und Münch auch heute Referenten der ersten Stunden begrüßen zu können.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

heute geht es uns um die „Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase“.

Unsere Hochachtung Herr Prof. Neubauer, Sie haben damit wieder ein Thema benannt, das für die Zukunft der Krankenhäuser entscheidend ist.

Denn in der Tat weiß niemand, was 2009 passiert, wenn die Konvergenzphase ausläuft. Bleibt es beim Festpreissystem? Wie steht es mit der Budgetierung? Was passiert mit der ambulanten/stationären Verzahnung?

Und weil dieses Thema so wichtig ist, so existenziell wichtig für die Krankenhäuser, wollen wir auch als B. Braun-Stiftung ein wenig Licht ins Dunkel bringen. Wir haben einen Preis ausgelobt. Wir wollen damit die Autoren der besten Konzepte für ein funktionierendes Preissystem nach 2008 würdigen und belohnen. Mehr darüber lesen Sie, sehr geehrte Damen und Herren, in der nächsten Ausgabe von f&w.

Sehr geehrte Damen und Herren, dieser Tag ist für uns, für Sie, Herr Professor Neubauer, eine Zäsur, aber es ist nicht das Ende aller Neubiberger Krankenhaustage, und schon gar nicht das Ende der Neubiberger Krankenhaustage mit Prof. Neubauer.

Herr Neubauer wird heute nicht zum letzten Mal von dieser Stelle aus zu Ihnen sprechen, und für Sie diese Veranstaltung organisieren.

Für uns, die B. Braun-Stiftung sind Sie nach wie vor der beste. Darum mein Dank, dass Sie die Gespräche fortsetzen werden.

Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, wünsche ich ein gutes Krankenhausgespräch, ein anregendes Fachgespräch und Erkenntnisse, die über den Horizont des Krankenhauses hinausreichen werden.

Herzlich willkommen zu dem 15. Neubiberger Krankenhausforum.

EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München

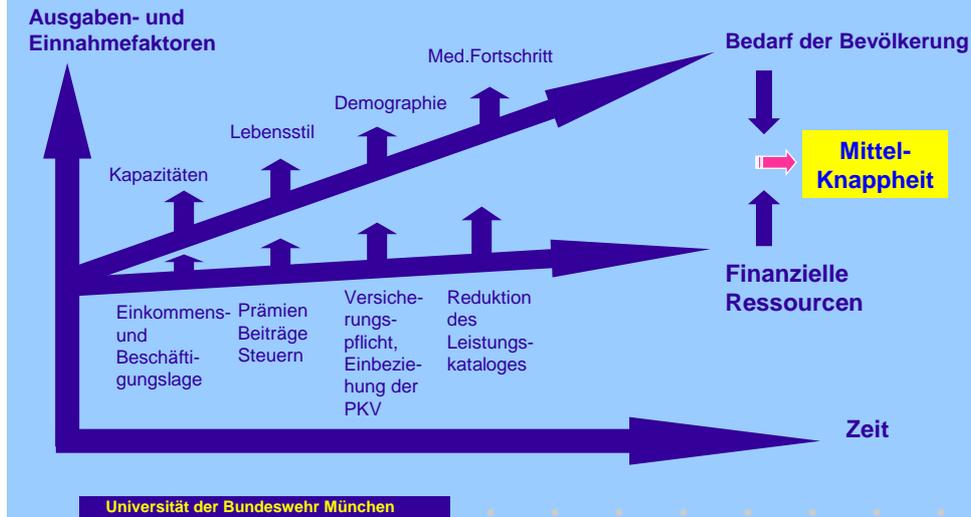
Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

**Ordnungspolitische Neuorientierung
der Krankenhausversorgung nach der
Konvergenzphase**

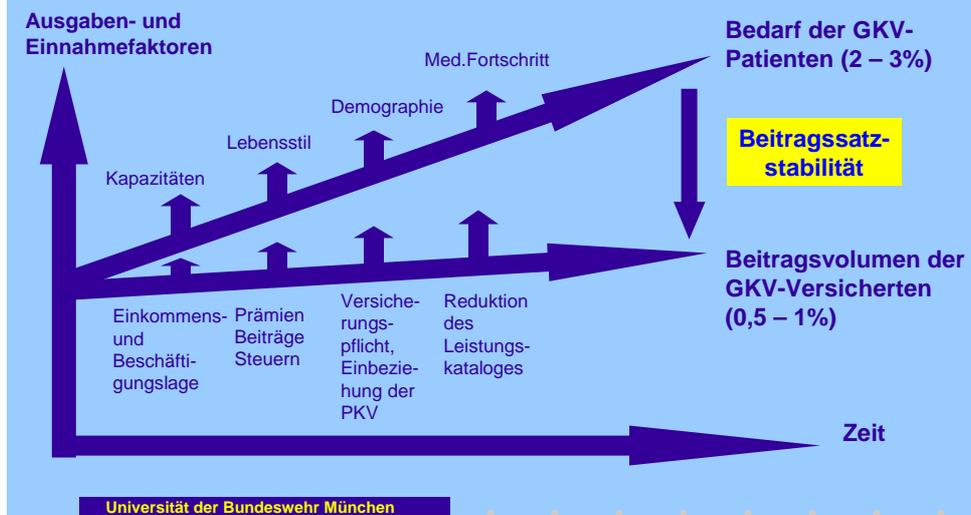
15. Neubiberger Krankenhausforum
am 07. Juli 2006

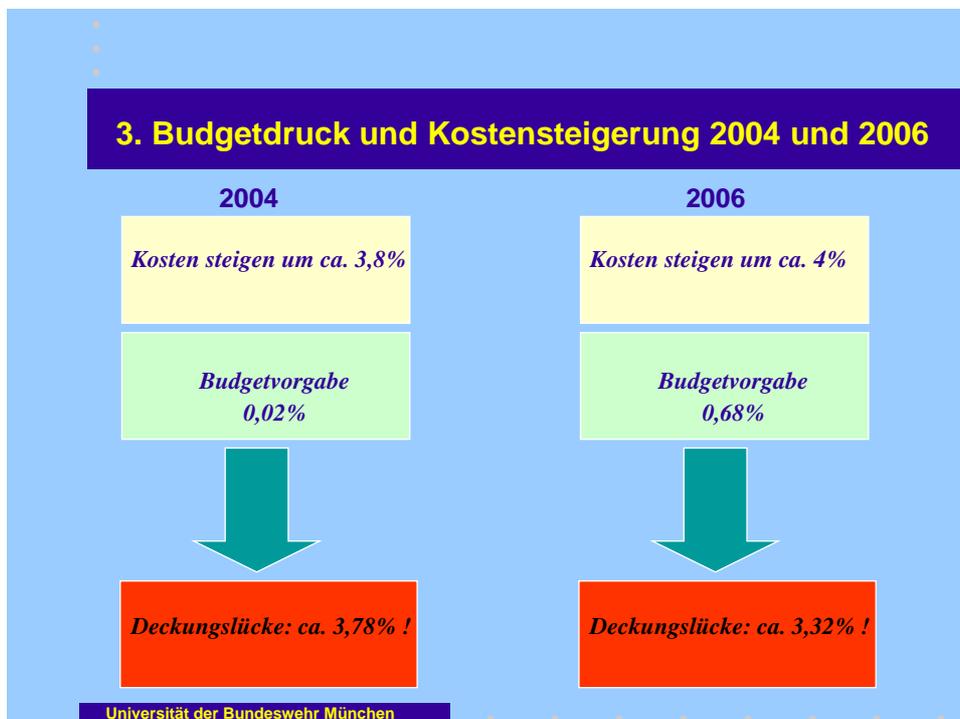
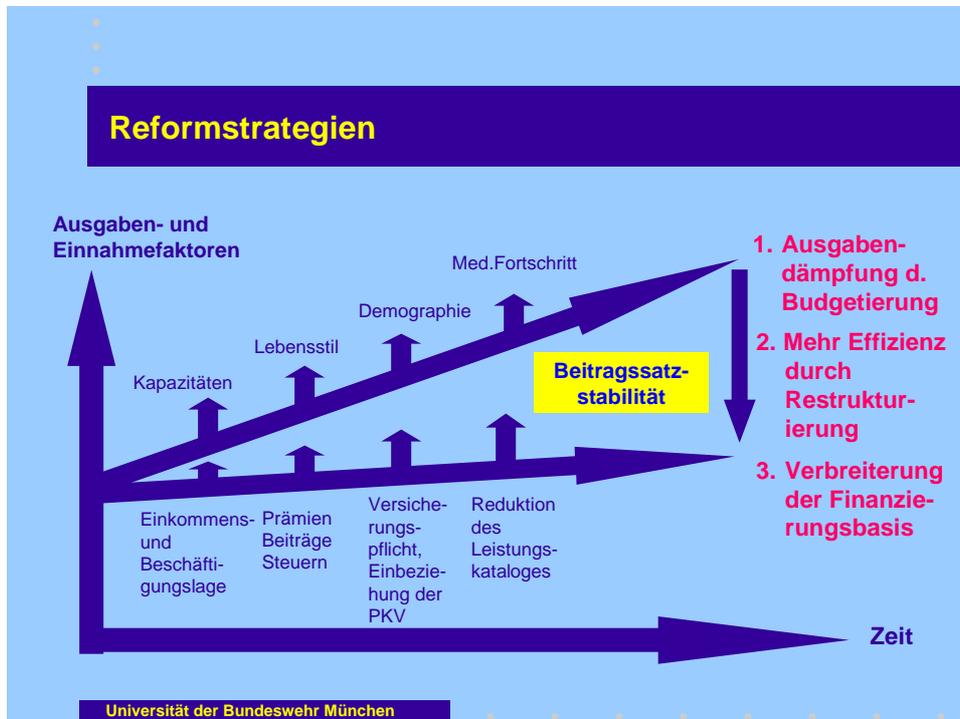
Universität der Bundeswehr München

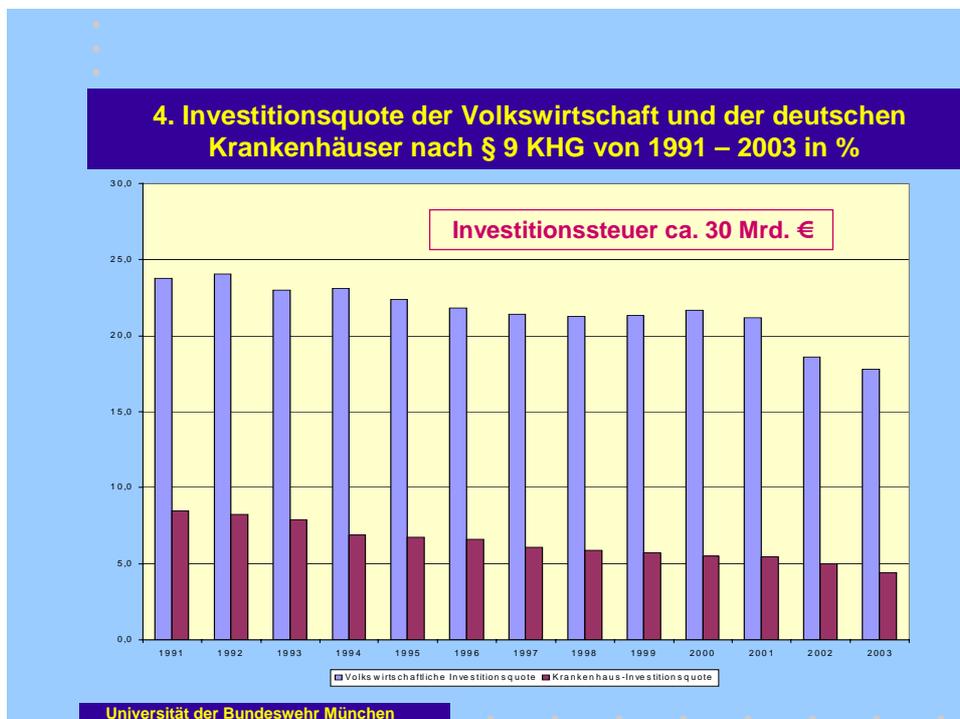
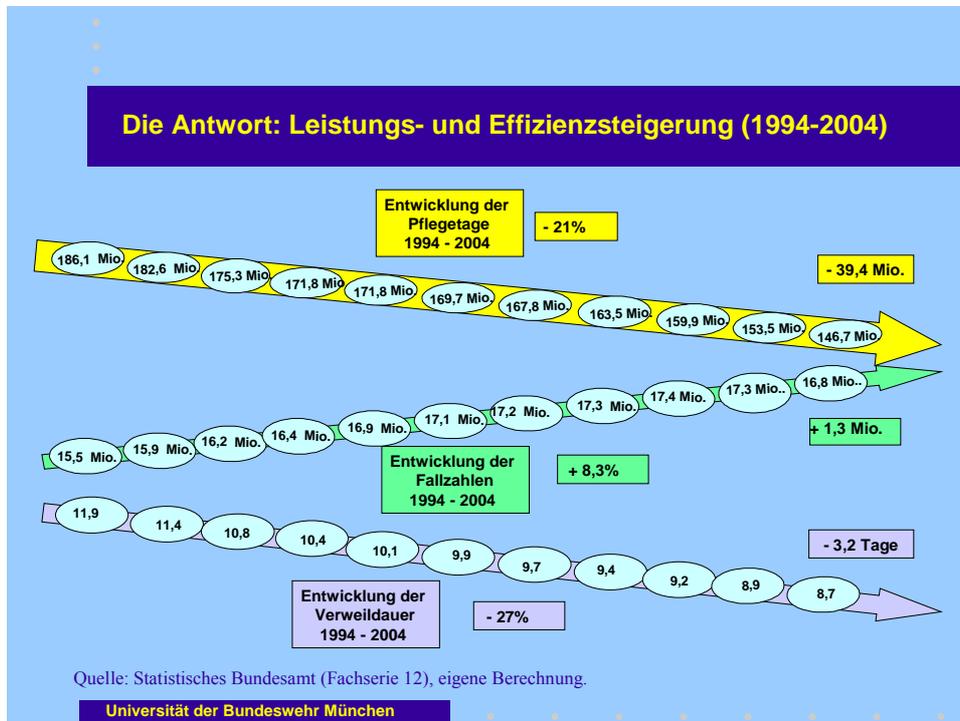
1. Ausgangslage: Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem aller Industriestaaten



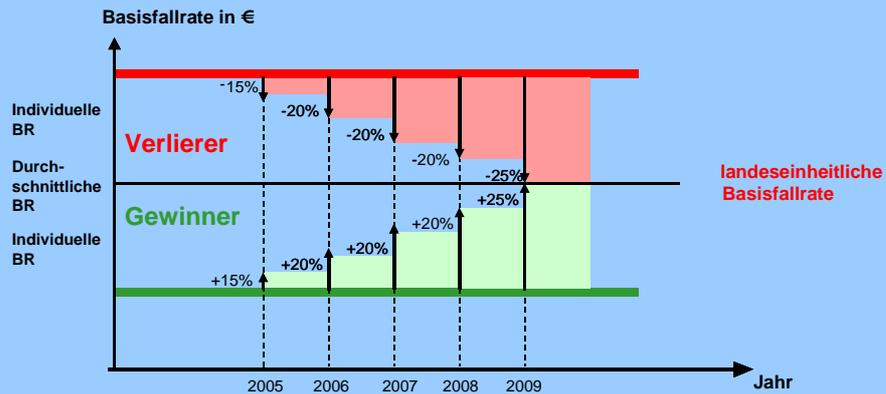
2. Die spezielle deutsche Situation







5. Die Konvergenzphase bis 2009



Universität der Bundeswehr München

Veränderung der Basisfallwerte von 2005 auf 2006

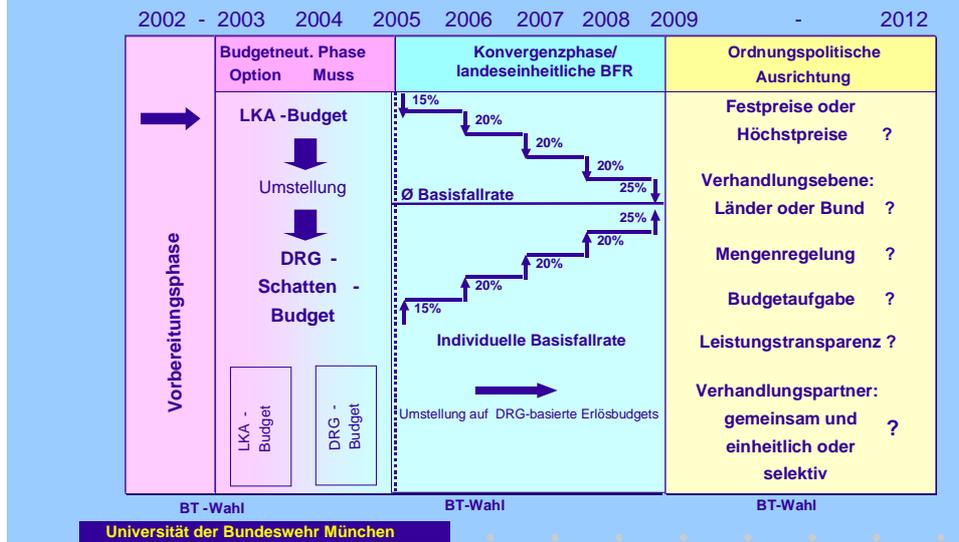
LBFW	2005	2006	Prozentuale Veränderung
niedrigster Wert	2.636,04 € (M-V)	2.666,10 € (S-H)	+ 1,14%
höchster Wert	3.085,81 € (Berlin)	2.990,00 € (Berlin)	- 3,10%

Zum Vergleich (04 auf 05):
Inflationsrate 1%
Lohnzunahme 1,5%

Quelle : eigene Berechnungen.

Universität der Bundeswehr München

6. Was kommt nach der Konvergenzphase?



Eckpunkte einer Gesundheitsreform - 04.07.2006

Auszug: Stationäre Versorgung

Rechtzeitig vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Im Jahr 2007 werden dazu im Rahmen einer Sonder-GMK Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Anschluss an die im Jahr 2008 auslaufende Konvergenzphase erarbeitet. Dabei sind Grundfragen, wie innerhalb eines zu definierenden Zeitraums der Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung durchgeführt werden kann, zu klären. Dieser Umstieg hätte eine Übernahme der Investitionskosten durch die GKV zur Folge. Daraus resultierende Kostenbelastungen der Krankenkassen müssten kompensiert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt besteht bei diesen Fragen kein Handlungsbedarf.

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,

anlässlich des diesjährigen Neubiberger Krankenhausforums gibt es zwei Jubiläen zu feiern, weshalb ich in diesem Jahr Ihrer Einladung zu der heutigen Veranstaltung besonders gerne gefolgt bin: Zum einem findet das Krankenhausforum heuer bereits zum 15. Mal statt und hat sich damit längst als allseits geschätzte Fachveranstaltung etabliert, die aus dem Krankenhausbereich nicht mehr wegzudenken ist.

Zum anderen kann auch der Initiator des Forums persönlich ein wichtiges Jubiläum begehen. Sie, sehr geehrter Herr Professor Neubauer, haben am Samstag ihren 65. Geburtstag gefeiert und stehen damit an der Schwelle zu einem neuen Lebensabschnitt.

Zu beiden Ereignissen gratuliere ich herzlich und wünsche Ihnen, Herr Professor Neubauer, alles Gute für den weiteren Lebensweg.

Das 15. Neubiberger Krankenhausforum will mit dem Thema „Neuorientierung der Krankenhausversorgung nach Ende der Konvergenzphase“ einen Blick fern in die Zukunft wagen. Denn nach dem derzeitigen Stand endet die Konvergenzphase zu Beginn des Jahres 2009. Soweit vorauszublicken ist aber nicht einfach. Zum einen hat die Vergangenheit gezeigt, dass stabile gesetzliche Rahmenbedingungen nicht unbedingt ein Markenzeichen des Krankenhausbereiches sind. Zum anderen beeinflusst auch das aktuelle Tagesgeschehen immer wieder die Lage der Krankenhäuser.

Kaum ist der Ärztestreik an den Universitätsklinika beendet, wird er bei den kommunalen Krankenhäusern fortgesetzt. Über die Auswirkungen kann derzeit nur spekuliert werden. Sicher ist nur eins: Egal, wie letztlich ein Tarifabschluss aussehen wird, die finanzielle Lage vieler – wohl der meisten – Krankenhäuser wird dadurch nicht

leichter werden. Möglicherweise muss auch damit gerechnet werden, dass die Entlohnung nichtärztlicher Berufsgruppen im Krankenhaus zum Gegenstand weiterer tarifpolitischer Auseinandersetzungen wird.

Bei den eben abgeschlossenen Verhandlungen zur Gesundheitsreform bildete der Krankenhausbereich zwar nicht den Schwerpunkt der Reformbemühungen. Gleichwohl beinhalten die zwischen Union und SPD konsentierten „Eckpunkte für eine Gesundheitsreform 2006“ einige für die Krankenhäuser sehr bedeutsame Festlegungen. Auf einige davon werde ich im Verlauf meiner Ausführungen noch näher zu sprechen kommen.

Wie es nach der Konvergenzphase weitergehen wird, muss letztlich im Rahmen eines gesonderten Gesetzesvorhabens entschieden werden. Dies bestätigen auch die eben genannten Eckpunkte, ich zitiere: „Rechtzeitig vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Im Jahr 2007 werden dazu im Rahmen einer Sonder-GMK Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Anschluss an die im Jahr 2008 auslaufende Konvergenzphase erarbeitet.“ Zitat Ende.

Ungeachtet dessen stehen die Krankenhausstrukturen bereits jetzt quer durch die Republik auf dem Prüfstand. Die Auswirkungen des Fallpauschalensystems, sinkende Verweildauern und zunehmender wirtschaftlicher Druck zwingen schon jetzt viele Krankenhausträger zu Umstrukturierungen. Zugleich gewinnen neue Versorgungsformen, wie die Integrierte Versorgung oder Medizinische Versorgungszentren, in der Praxis zunehmend an Bedeutung.

Deshalb halte ich es keineswegs für verfrüht, sich bereits jetzt Gedanken darüber zu machen, wie die Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase zu gestalten ist. Wenn es um die Frage dieser Gestaltung und der dafür notwendigen Instrumente geht, ist es sicher wichtig, zunächst eine Vorstellung davon zu haben, wie die Krankenhauslandschaft nach der Konvergenz aussehen soll. Ob manches von dem, was ich jetzt sage, nur eine Vision ist, mag dahinstehen. Entscheidend ist: Wer vorankommen

will, muss Ziele haben.

Eines dieser Ziele ist für mich die Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung durch eine Vielfalt miteinander kooperierender Krankenhausträger. Im Interesse eines ausgewogenen Wettbewerbs hat die Trägerpluralität für mich einen hohen Stellenwert. Unabhängig davon, wie das Bundeskartellamt im Krankenhausbereich weiter vorgehen wird, sollte es aus meiner Sicht keine Dominanz weniger Klinikketten geben. Dies ist im Interesse der Patienten, entspricht aber auch den Belangen der Krankenkassen.

Ein weiteres wichtiges Ziel muss eine stationäre Medizin auf hohem Niveau sein. Auch wenn sich das Leistungsangebot weiter konzentrieren wird und weniger Krankenhäuser und geringere Bettenkapazitäten als heute vorgehalten werden, müssen dennoch qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen erhalten bleiben, deren Leistungsfähigkeit dem aktuellen medizinischen Fortschritt entspricht. Die deutschen Kliniken müssen in der Lage sein, auch im internationalen Vergleich einen wichtigen Beitrag zur Fortentwicklung der Medizin zu leisten.

Eine bedarfsdeckende Patientenversorgung muss aber auch in der Fläche nach wie vor gewährleistet sein. Wartezeiten für Behandlungen darf es weder aus finanziellen Gründen noch wegen fehlender Kapazitäten geben.

Gleichzeitig ist es wichtig, die medizinische Versorgung durch weitere Anstrengungen bei der Qualitätssicherung effizienter und für die Patienten noch transparenter zu machen. Unter dem Aspekt der Effizienzsteigerung müssen die Grenzen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren noch durchlässiger werden – eine Feststellung, die sich im übrigen auch in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 wieder findet.

Sollen diese Ziele erreicht werden und nicht nur eine Vision bleiben, setzt dies eine leistungsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser voraus.

Eine wichtige Rolle für die Ausgestaltung der künftigen Krankenhauslandschaft werden deshalb die auf Bundesebene dafür gesetzten Rahmenbedingungen spielen. Gerade hierzu enthalten die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ einige wichtige Aussagen, die – ganz offen gesagt – nicht gerade den Beifall der Krankenhäuser finden dürften. Damit meine ich insbesondere die Festlegung, wonach die Krankenhäuser zu einem pauschalen Sanierungsbeitrag in Höhe von 1% der Budgets (sprich der Landesbasisfallwerte) herangezogen werden sollen, um – ich zitiere wieder – „die Krankenhäuser als größter Ausgabefaktor der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen“ (Zitat Ende).

Ungeachtet des damit verbundenen Einschnitts wirft aber auch das Fallpauschalensystem als solches nach wie vor gravierende Probleme auf, von denen ich die wichtigsten kurz nennen möchte:

Die bisher angestrebten Einheitspreise lassen sich wegen der mangelnden Abbildungsfähigkeit von DRG-Systemen – ca. 30% der Kostenunterschiede sind nicht erklärbar – nicht rechtfertigen. Die Betroffenen sind an der Preisfindung nicht beteiligt. Kein Krankenhaus ist selbst Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft als dem Spitzenverband auf Bundesebene. Die Betroffenen haben gegenüber der Preisfestsetzung kein Klagerecht. Die gesetzlich zur Klage ausdrücklich Berechtigten haben dagegen als Landesverbände absehbar keine Klagebefugnis – mangels Betroffenheit.

Das wichtigste Problem ist aber nach wie vor die Umverteilung der Erlöse. Während der Konvergenzphase müssen die Häuser der Maximal- und Schwerpunktversorgung mit erheblichen Erlösminderungen rechnen. Es ist daher kein Wunder, dass von Seiten dieser Häuser nach Ausweichstrategien gesucht wird. Noch gelingt es vielen, durch die Vereinbarung individuell vereinbarter Entgelte und Zusatzentgelte die Erlösminderungen auf einem noch verträglichen Niveau zu halten.

Auf der anderen Seite können die meisten Häuser der Grund- und Regelversorgung mit deutlichen Einnahmesteigerungen rechnen. Und dies, ohne auch nur eine einzige Leistung mehr erbringen zu müssen. Man muss sich schon fragen, wie dies zu rechtfertigen ist.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass das DRG-System zu einem Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen für den Krankenhausbereich führt. Denn aufgrund der derzeitigen Ausweichstrategien der großen Häuser reichen die dort erzielten Einnahmeminderungen möglicherweise nicht aus, um die Erlössteigerungen der kleinen Häuser zu finanzieren. Dies wäre ein absurdes Ergebnis: Die Krankenkassen müssen mehr Geld ausgeben, ohne dass dem entsprechende Mehrleistungen gegenüber stehen. Hier sind meiner Meinung nach Korrekturen unerlässlich.

Für mich ist schon erstaunlich, wie unkritisch Gesundheitsökonominnen die nach dem Jahre 2009 anvisierten Festpreise hinnehmen. Gerade sie werfen doch sonst der Politik die fehlende Berücksichtigung ökonomischer Gesetzmäßigkeiten vor. Sie, Herr Professor Neubauer, nehme ich von dieser Kritik aus, Sie haben sich zuletzt im Juliheft von „Führen und Wirtschaften (f & w)“ zu dieser Problematik geäußert.

Des Weiteren stellt sich für mich die Frage: Ist den Häusern der Grund- und Regelversorgung eigentlich klar, welche Gefahr ein nach 2009 geltender landesweiter Basisfallwert für sie bedeutet? Trübt die Aussicht auf Budgetsteigerungen den Blick dafür, dass ein anderer Preis ein Vorteil im Wettbewerb ist? In der Nähe von Häusern der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung, die die Leistungen in anderer Qualität erbringen können, begibt man sich vollends in die Abhängigkeit der Krankenkassen.

Auch die staatliche Investitionskostenförderung steht vor großen Herausforderungen. Nicht zuletzt die Einführung des Fallpauschalensystems hat zu einem grundsätzlichen Strukturwandel geführt. Für diesen ist insbesondere die Verkürzung der Verweildauern verbunden mit Bettenabbau und Schließung von einzelnen Krankenhausbereichen oder ganzen Häusern charakteristisch. Die DRG-bedingte Komprimierung der Betriebsabläufe erfordert eine Stärkung der Bereiche Diagnostik und Therapie am Krankenhaus. All dies sowie der stetige medizinische bzw. medizinisch-technische Fortschritt führen zu einem steigenden Investitionsbedarf der Häuser. Die Finanzierung der Pflegeeinheiten wird dagegen eher an Bedeutung verlieren; nicht umsonst wird in diesem Zusammenhang auch über Patientenhôtels diskutiert.

Aufgabe des Freistaates ist es, die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Krankenhäuser sich den künftigen Herausforderungen erfolgreich

stellen können.

Der Freistaat bekennt sich zu seiner finanziellen Verantwortung gegenüber den Krankenhäusern und wird im Rahmen der dualen Finanzierung auch weiterhin bemüht sein, im erforderlichen Umfang Mittel zur Investitionskostenfinanzierung zur Verfügung zu stellen. Allerdings ist, wenn ich an die Verhandlungen zur Gesundheitsreform 2006 denke, der langfristige Erhalt der dualen Finanzierung keineswegs bereits beschlossene Sache. Zwar gesteht das Eckpunktepapier zumindest zu, dass „zum jetzigen Zeitpunkt ... bei diesen Fragen kein Handlungsbedarf“ besteht. Die von der bereits erwähnten Sonder-GMK im Jahre 2007 zu erarbeitenden Vorschläge sollen jedoch auch die Grundfrage klären, „wie innerhalb eines zu definierenden Zeitraums der Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung durchgeführt werden kann“ (Zitat Ende).

Unabhängig von der weiteren Entwicklung in dieser Frage: Auch bei fortgeführter dualer Finanzierung wird die Einwerbung privaten Kapitals zunehmend eine Rolle spielen. Hier bieten sich vielfältige interessante Modelle an. Ich erwähne etwa public private partnership oder contracting. Die Durchführung einer Baumaßnahme durch einen privaten Partner oder die Übertragung einzelner Dienstleistungen an einen solchen haben nicht nur eine finanziell entlastende Wirkung, sondern binden in verstärktem Maße auch entsprechendes know-how in den Krankenhausbereich ein. Die zum 1. Juli dieses Jahres in Kraft getretene Novelle des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) schafft mit der Einführung der Möglichkeit einer Teilförderung die Voraussetzung zur verstärkten Einbindung privaten Kapitals.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der Novelle das Förderrecht des BayKrG zur Unterstützung einer zukunftsorientierten Krankenhauslandschaft an zentralen Stellen weiterentwickelt. So richtet sich die Bemessung der Pauschalen künftig verstärkt nach leistungsbezogenen Kriterien. Das Outsourcing von Betriebsstellen wird förderrechtlich ausdrücklich unterstützt. Schließlich führt die Novelle für die Krankenhausträger zu deutlichen Erleichterungen bei der Rückforderung von Fördermitteln in Fällen der vollständigen oder teilweisen Schließung von Krankenhäusern.

Die durch die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser ausgelösten

Strukturänderungen sind unverzichtbar. Sie sind jedoch nur Einzelschritte, die deshalb noch keine Gesamtheit ergeben. Hier trägt die Krankenhausplanung Verantwortung, um Versorgungslücken zu vermeiden.

Zudem ist für mich der Gesundheitsbereich kein Markt wie jeder andere, bei dem das Leistungsgeschehen ausschließlich unter wirtschaftlich-wettbewerblichen Aspekten bestimmt werden dürfte. Vielmehr gilt es auch in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten, eine medizinisch leistungsfähige und ausreichend flächendeckende Krankenhausversorgung sicherzustellen. Dafür trägt letztlich der Staat die Verantwortung.

Den Stimmen, die für Klinikträger und Krankenkassen einen größeren Spielraum zum Abschluss von individuellen Verträgen fordern und sich davon „selbstreinigende“ Wirkungsmechanismen auf den Klinikmarkt erwarten, die die Krankenhausplanung nach und nach ablösen könnten, kann ich mich deshalb nicht anschließen.

Nach meiner Überzeugung bedarf es auch künftig einer staatlichen Krankenhausplanung, die sich unabhängig von Einzelinteressen an einer bedarfsgerechten und ausgewogenen Gesamtstruktur der Versorgung orientiert. Ebenso überzeugt bin ich aber auch davon, dass sich die Krankenhausplanung auf das dafür wirklich Notwendige beschränken soll. Letztlich muss es jedem Land überlassen bleiben, wie es seine Krankenhausplanung handhabt. Eine Vereinheitlichung durch den Bund wäre mit dem föderalen Grundgedanken nicht zu vereinbaren.

In Bayern gibt die Krankenhausplanung den Krankenhäusern seit jeher einen großen Spielraum. Festgelegt werden nur Standort, Gesamtbettenkapazität, Versorgungsstufe und die Fachrichtungen allgemein, ohne genauere Detailvorgaben. Innerhalb dieses Rahmens ist das Krankenhaus flexibel und kann eigenverantwortlich mit den Krankenkassen ein breites Angebot an Leistungen vereinbaren. Es bleibt den Krankenhäusern überlassen, wie etwa im Rahmen der Inneren Medizin das konkrete Leistungsspektrum ausgestaltet wird, ob der Schwerpunkt mehr auf die Kardiologie oder die Gastroenterologie gelegt wird und ob zusätzlich z.B. auch der Pneumologie größere Bedeutung beigemessen werden wird.

In diesem Rahmen muss der Versorgungsauftraggeber auch künftig von der

Krankenhausplanung festgelegt werden, um die einzelnen Versorgungsangebote für eine insgesamt flächendeckende Versorgung krankenhausesübergreifend zu koordinieren. Eine solche Koordination kann allerdings nur gelingen, wenn auch bei der Umsetzung neuer Versorgungsformen gewisse Grenzen eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für Verträge zur Integrierten Versorgung. Die mit diesem Instrument eröffneten Möglichkeiten sollen durchaus ausgeschöpft werden. Sie können jedoch den Krankenhäusern keinen Weg öffnen, mit Krankenkassen die Erbringung von Krankenhausbehandlungsleistungen zu vereinbaren, die nicht von dem für das Krankenhaus durch die krankenhauserischen Festlegungen vorgegebenen Versorgungsauftrag umfasst sind.

Werden diese Grenzen eingehalten, so bietet die Integrierte Versorgung gute Möglichkeiten, durch sektorenübergreifende Strukturen einen Beitrag dazu zu leisten, Veränderungen in der Krankenhauslandschaft zu erleichtern.

Zwar erwarte ich nicht, dass es zu einem massenhaften „Krankenhaussterben“ kommen wird, wie es manche Institute (etwa das RWI) und Unternehmensberatungen (wie z.B. Ernst & Young) für die nächsten zehn bis 15 Jahre prognostizieren. Dennoch werden auch in den kommenden Jahren Krankenhäuser geschlossen und Fachabteilungen aufgegeben werden müssen.

Rationalisierungspotentiale sind in Krankenhäusern insbesondere über Mengeneffekte erreichbar. Größere Fachabteilungen können kostengünstiger arbeiten, erhöhte Qualitätsanforderungen leichter erfüllen bzw. Mindestmengen an Leistungen eher erbringen. Erfolg versprechen für die Krankenhäuser daher die Konzentration und Spezialisierung der Versorgungsangebote und -strukturen.

Allerdings wird es in Zukunft schwieriger werden, entsprechende Strukturveränderungen vorzunehmen, ohne größere Lücken im flächendeckenden Netz der Krankenhausversorgung entstehen zu lassen.

Die durch den finanziellen Druck auf die Krankenhäuser ausgelösten Strukturänderungen dürfen eine umfassende, bedarfsgerechte und noch hinreichend flächendeckende Versorgung nicht gefährden. Daher muss die Krankenhausplanung neben dem Kapazitätsabbau künftig vor allem die Einzelinitiativen koordinieren, um ein flächendeckendes Gesamtangebot sicherzustellen.

Hierbei wird der Kooperation der Krankenhäuser untereinander, aber auch mit anderen Leistungserbringern, vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, wachsende Bedeutung zukommen.

Durch eine Kooperation der Kliniken lässt sich sicherstellen, dass sich die Leistungsangebote der einzelnen Krankenhäuser – innerhalb einer für die Patienten noch zumutbaren Entfernung – aufeinander abgestimmt zu einer bedarfsgerechten Gesamtversorgung ergänzen. Gleichzeitig können die dazu notwendigen einzelnen Krankenhäuser eine Abteilungsstruktur und eine Größenordnung aufweisen, die einen möglichst wirtschaftlichen Betrieb erlauben und hohe medizinische Qualität und Leistungsfähigkeit gewährleisten.

Durch ein breit angelegtes medizinisches Versorgungszentrum lässt sich z.B. angesichts der in den letzten Jahren gewachsenen Möglichkeiten der ambulanten – auch operativen – Versorgung in manchen Fällen der Wegfall eines Krankenhauses, das qualitativ und finanziell nicht mehr mithalten kann, wenigstens zum Teil kompensieren, wenn eine funktionierende Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus besteht.

Ich bin mir allerdings im Klaren, dass es für solche Kooperationskonzepte möglicherweise auch einer Anpassung von rechtlichen Rahmenbedingungen bedarf. So scheint es mir z.B. erforderlich, dass es künftig hinsichtlich der Integrationsverträge mehr Transparenz für alle am Versorgungsgeschehen Beteiligten gibt. Ich begrüße es deshalb, dass die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 nicht lediglich die

Fortführung der Integrierten Versorgung als Instrument zur besseren Kooperation vorsehen, sondern auch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Vorgaben fordern mit dem Ziel einer besseren Transparenz und einer Ausrichtung auf größere Versichertengruppen.

Auch die rechtlichen Voraussetzungen für eine gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten in der ambulanten und der stationären Versorgung müssten meines Erachtens ggf. über die derzeit bestehenden Möglichkeiten hinaus verbessert werden. Eine Abstimmung zwischen der Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausplanung könnte ebenfalls erleichtert werden.

Dies sind nur einige Themenstellungen und Beispiele; und ich weiß auch, dass es nicht einfach ist, die Möglichkeiten, die das Gesetz bereits heute bietet, zu nutzen. Dabei denke ich z.B. an die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei hoch spezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen. Die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, die eine konsequentere Umsetzung der Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus fordern, sehen deshalb im Grunde zu Recht ein Nachjustieren in diesem Bereich vor, indem sie eindeutigere Regelungen zur Zulassung und Vergütung fordern. Zudem sehen die Eckpunkte aber auch eine eigene Anschubfinanzierung zur Förderung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus vor, die zur Hälfte aus 0,5% der Krankenhausbudgets und zur anderen Hälfte aus Mitteln der Krankenkassen in gleicher Höhe finanziert wird.

Diese Finanzierungsregelung und die Tatsache, dass die Integrierte Versorgung auch erst durch die Anschubfinanzierung in Gang gekommen ist, deuten auf eines hin: Alle Ansätze zur ordnungspolitischen Neuorientierung der Krankenhausversorgung sind letztlich vor dem Hintergrund zu diskutieren, dass das, was für eine bedarfsgerechte und qualitativ zufrieden stellende Versorgung wirklich erforderlich ist, auch leistungsgerecht finanziert werden muss.

Sicher werden auch künftig nicht alle Veränderungen bzw. Entwicklungen im Krankenhausbereich auf uneingeschränkte Zustimmung stoßen. Professor Hans-Werner Sinn, Präsident des Konjunkturforschungs-Instituts Ifo in München, hat jedoch hierzu treffend formuliert:

„Wenn der Patient der Operation zustimmen soll, muss man ihm die Wahrheit sagen, auch wenn das seine Stimmung vermiest. Opium sollte man nur geben, wenn alles hoffnungslos ist.“ (Quelle: SZ vom 04.03.05)

Der heutigen Veranstaltung, die sicher kein Opium braucht, wünsche ich nun einen erfolgreichen Verlauf mit interessanten Vorträgen und angeregten Diskussionen zu spannenden gesundheitspolitischen Fragen.

EUROPÄISCHE PERSPEKTIVE: KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DER SCHWEIZ

Dr. Max Lenz
Geschäftsführer
LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

15. Neubiberger Krankenhausforum

Europäische Perspektive: Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Dr. Max J. Lenz, Neubiberg, 7. Juli 2006

Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Europäische Perspektive: ... Schweiz?

Der EU-Beitritt bleibt ein Phantom¹

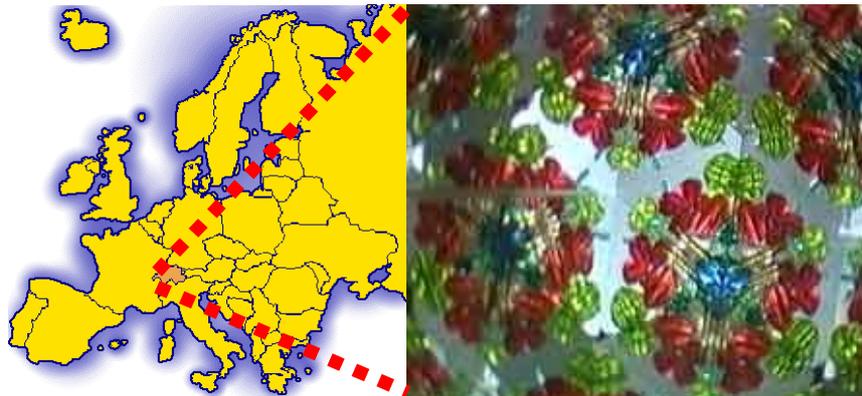
- Der Schweizer denkt ökonomisch-pragmatisch und hat wenig übrig für politische Visionen. Das wird sich erst ändern, wenn sich die Kosten-Nutzen-Rechnung für uns verschlechtert oder die EU nicht mehr sektoriell verhandeln will. Bis dahin bleibt der EU-Beitritt ein Phantom.



¹⁾ Walter Langenegger, St. Galler Tagblatt, 29. Juni 2006

Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Kaleidoskop Perspektive: Krankenhausfinanzierung in der Schweiz





Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Bundesverfassung

Art. 117 Kranken- und Unfallversicherung

- 1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.**
- 2 Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.**

Art. 118 Schutz der Gesundheit

Art. 119 Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich

Art. 119a3 Transplantationsmedizin

Art. 120 Gentechnologie im Ausserhumanbereich*



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Gesetzliche Grundlagen 1914 - 1996

- 1914 Einführung Kranken- & Unfallgesetz (KUG)
 - Versicherungsprämien nach Eintrittsalter („Altersrückstellungen“)
 - Vorbehaltsmöglichkeit wegen bestehenden Erkrankungen
 - Keine Aufnahmepflicht ab einem bestimmten Lebensalter
 - Prämien konnten von der Steuer abgezogen werden
 - Fehlende Freizügigkeit („goldene Fesseln“)
 - Wettbewerb spielte bei jungen Unversicherten („Risikoselektion“)
- 1964 1. Teilrevision des KUG
 - Verbesserung & Ausbau Mindestleistungen
 - Erleichterung der Aufnahme in eine Kasse
 - Neuordnung der Kostenbeteiligung ([Franchise](#), [Selbstbehalt](#))
 - Anpassung der Bundesbeiträge an Kostensteigerung

Aktuelle Gesetzgebung

Bund:

- **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18.3.1994 (Stand: 28.3.2006); seit 1996**
- Bundesgesetz über die Unfallversicherung (**UVG**) vom 20. März 1981 (Stand am 28. März 2006)
- Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, **VVG**) vom 2. April 1908 (Stand am 6. Dezember 2005)

- ...

Kantone:

- ...
- ...

Art. 39 KVG

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

¹ ... (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:
...

d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei **private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind**;

e. **auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.**

² ...

Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Art. 49 KVG

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

¹ Für die Vergütung ... vereinbaren die Vertragsparteien **Pauschalen**. Diese decken ... bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern **höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten**

Betriebskostenanteile aus **Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet**.

² ...

...

⁷ ... Betriebsvergleiche zwischen Spitälern ...

Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Art. 51 KVG

Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

¹ **Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen.** ...

² Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

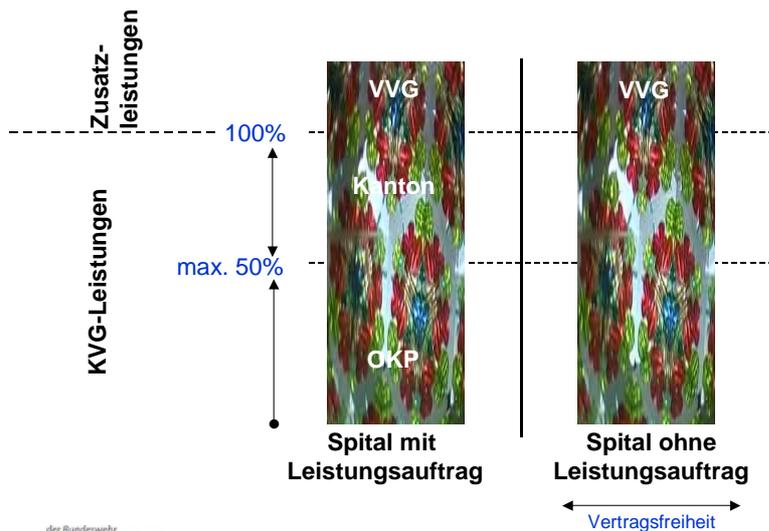
Vergleich Entwicklung öffentliche Spitäler - Privatkliniken 1998 - 2000

	Öffentliche Spitäler		Privatkliniken		
	Effektiv 2000	Entwicklung seit 1998	Effektiv 2000	Entwicklung seit 1998	Anteil am Gesamtbestand, 2000
Betriebene Betten pro 1000 Einwohner	3,5	-6%	0,7	+ 17%	17%
Stationäre Fälle	776'935	+0,6%	152'493	+13%	16%
Teilstationäre Fälle	74485	-3%	127'000	+36%	36%
Aufenthaltsdauer in Tagen	8,6	-3%	5	-7%	58%
Vollzeitstellen	79'222	+8%	10'827	+46%	12%
Anteil Personalaufwand in %	73%	0%	63%	-3%	
Betriebsaufwand total in Mio Fr.	10'099	+3%	1'724	+42%	15%
Betriebsaufwand pro Fall in Fr.	8'300	+2%	5'000	+10%	60%
Anteil Fälle in der privaten Abteilung	18%	+ 1%	40%	+ 10%	56%



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Heute: Tarife werden unterschiedlich nach Kantonen und Regionen festgesetzt



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Heute: Beispiel Spital Lachen / Kanton Schwyz

	Versicherer	Kanton
Allgemeinversicherte	DRG-Pauschale OKP DRG-Pauschale UVG	Normpreis abzüglich DRG-Pauschale Versicherer 17% Zuschlag für UVG
Zusatzversicherte	DRG-Pauschale	Sockelbeitrag
Notfallvorhalteleistungen		Pauschale pro Einwohner
Aus- und Weiterbildung		Pauschale pro UA/AA Kursgelder Pflege
Kapitalkosten		Kapitalkostenzuschlag (13%)

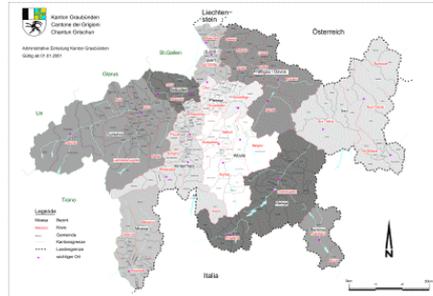
Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

Heute: Beispiel Spital Lachen / Kanton Schwyz

- De facto: monistische Finanzierung (Fallpauschale Kanton = Normpreis – Preis Versicherer)
- 100% leistungsorientiert
- Prospektives auf AP-DRG-Basis kalkuliertes Globalbudget
- Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Notfall und Ausbildung)
- Verluste/Gewinne bleiben beim Spitalträger

Heute: Beispiel Kanton Graubünden

- Flächendeckende Spitalversorgung.
- 13 Akutspitäler auf 187'000 Einwohner (5 bis 250 Betten).
- Höchste Spitaldichte der Welt? Trotzdem lange Anfahrtswege.
- Medizinische Leistungen werden mit leistungsbezogenen Pauschalen (APDGR) abgegolten.
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden mit einem fixen Pauschalbeitrag (Sockelbeitrag) abgegolten.
- Die Leistungserbringer werden für wirtschaftliches Handeln belohnt.
- Mengenausweitung werden durch Vorgabe einer maximalen Hospitalisationsrate vermieden.



Fallschwere 2003 und anerkannter Fallaufwand 2005

	CMI 2003	anerkannter Fallaufwand 2005
01 Zentrumsversorgung Spitäler Chur AG		
a Kantons-/ Regionalspital Chur	1.1373	8'325
b Kreuzspital Chur	1.0448	7'648
c Frauenspital Fontana Chur	0.7416	5'429
Übrige Grundversorgung		–
02 Spital Oberengadin Samedan	0.9647	7'062
03 Ospidal Engiadina Bassa Scuol	0.9186	6'724
04 Spital Davos Platz	0.9718	7'114
05 Regionalspital Surselva Ilanz	1.0229	7'488
06 Krankenhaus Thusis	0.9069	6'639
07 Kreisspital Surses Savognin	0.9396	6'878
08 Regionalspital Prättigau Schiers	0.9400	6'881
09 Ospidal Val Müstair Sta. Maria	0.8033	5'880
10 Ospedale San Sisto Poschiavo	0.9228	6'755

KVG-Revision ... (Spitalfinanzierung)

Aktualisiert: 12.10.2006

➔ Übersichtstabelle zur KVG-Revision: Pakete und Stand der Beratungen nach der Frühjahrsession 2006

Thema	Gegenstand und Stand der Beratungen	Termine (Sitzungen)	Paket / Geschäft
Gesamtstrategie	Dem Grundsatz der Aufteilung in Pakete stimmt das Parlament zu.		
Risikoausgleich	Verlängerung um 5 Jahre ab Anfang 2006. (Der Nationalrat überweist gleichzeitig Postulat 04.3440, in dem die Geltungsdauer des Risikoausgleichs von fünf weiteren Jahren neue Varianten zum Risikoausgleich zu prüfen.)		
Spitalfinanzierung: Verlängerung zwingendes Bundesgesetz	Verlängerung mit leichter Anpassung bis Ende 2006.		
Pflegeartikel	Erläutern der geltenden Tarife in Pflegeheimen und Spital nach Anpassung an die Trennung und Erhöhung der beiden obersten Pflegearten.	Inkrafttreten per 1.1.2005	1A / 04.021
Versichereranteile	Der Bundesrat erhält die Kompetenz, die Versichereranteile einzufrieren.		
Geschäftsbereich der Versicherer	Präzisierung der Anforderungen an die Rechnungslegung		
Sanktionen gegen Leistungserbringer	Bedingungen für Sanktionen und Massnahmen bei Verstoß gegen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprinzip wurden präzisiert.		
Zulassungsstopp	Das Gesetz wurde vom Ständerat von Paket 1B nach 1A verschoben. (Der Zulassungsstopp tritt ab 4.7.2006 aus. Der Bundesrat erhält die Kompetenz, ihn um weitere 3 Jahre zu verlängern.)		
Vertragfreiheit für ambulante Leistungserbringer	Parlament plant Beratung zusammen mit der Vorlage zu Managed-Care-Modellen (Paket 2B)	Ständerat berät frühestens im Herbst 2006 als Erstrat	1B / 04.022
Leistungsaufschub bei Zahlungsausfällen	Wurden im Betriebsverfahren ein Fortsetzungsbefehl erteilt, kann der Versicherer seine Zahlungen aufschieben, bis alle ausstehenden Forderungen bezahlt sind.	Inkrafttreten per 1.1.2006, Umsetzung der Änderung zu IPV bis 1.1.2007	1C / 04.033
Individuelle Prämienverbilgung (IPV)	Für höhere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50%. Aufstockung der Bundesbeiträge um je 100 Mio. CHF in den Jahren 2006 und 2007.		
Kostenbeteiligung	Ständerat, Entscheid Herbst 2004: 20% Selbstbehalt für Erwachsene, Selbstbehalt von 700 CHF wird im Gesetz verankert.	Nationalrat, Verknüpfung mit Vertraglichkeit und	1D / 04.034

Managed Care (ohne Verpflichtung der Versicherer)	Vorarbeiten in der SGK-S: Vermehrte Förderung verlangt. Wird zusammen mit der Vorlage zur Vertraglichkeit geregelt (1B)	Ständerat berät frühestens im Herbst 2006 als Erstrat	2B / 04.052
Medikamente	Förderung preisgünstiger Medikamente (inkl. Generika)		
Neuordnung der Pflegefinanzierung	Neuregelung ab 2007 angestrebt. Botschaft vom 16.2.05: Beitrag der Krankenversicherung an die Kosten der Grundpflege.	Ständerat berät frühestens im Herbst 2006, eher aber Winter als Erstrat	Geschäftsbericht / 05.025

Weiterführende Unterlagen:
 Vernehmlassungsverfahren, Botschaften, Gesamtsentwürfe: <http://www.bas.admin.ch/bv/zeitschriften/index.html>
 Parlamentarische Beratungen, verabschiedete Gesetztexte: <http://www.parlament.ch/de/kvg/>
<http://www.gdk.ch/de> - KVG-Revision
 43.22950-Revision_aktuell.rtf

KVG-Revision: Spitalfinanzierung



GDK Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
 CDS Conférence des directeurs cantonaux de la santé
 CCS Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Mindestanforderungen aus Sicht der Kantone

- **Fiskalische Äquivalenz gewährleisten**
 - Kantonsbeiträge bedingen eine Steuerungsmöglichkeit seitens der Kantone. Umgekehrt sollen ohne solche Steuerungsmöglichkeit und -notwendigkeit keine Kantonsbeiträge entrichtet werden.
- **Kein Einbezug des ambulanten Leistungsbereichs**
 - Die Neuregelung der Finanzierung des ambulanten Bereichs hat nichts mit einer Neuordnung der Spitalfinanzierung zu tun.
- **Keine Verschiebungen der heutigen Finanzierungsanteile**
- **Adäquate Instrumente zur Kostensteuerung vorsehen**
 - Wettbewerbselemente prüfen. Reine Planungsinstrumente sind im privaten Sektor auch bei einem gestrafften Rekursverfahren nicht ausreichend und ordnungspolitisch unerwünscht.



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

KVG-Revision: Spitalfinanzierung



GDK
CDS
CDS

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
Conférence des directeurs cantonaux de la santé
Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Weitere Bemerkungen der Kantonsregierungen

- Allfällige zukünftige monistische Finanzierung in Händen Versicherer wird bestritten, nicht nur in Westschweiz.
- Aufhebung Vertragspflicht insbesondere im stationären Bereich, wo öffentliche Beiträge geleistet werden, wird abgelehnt.
- Leistungsfinanzierung wird angestrebte Ziele rascher lösen (Kosteneindämmung, Transparenz, differenzierter Leistungseinkauf) → Swiss DRG.



Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

KVG-Revision: Spitalfinanzierung

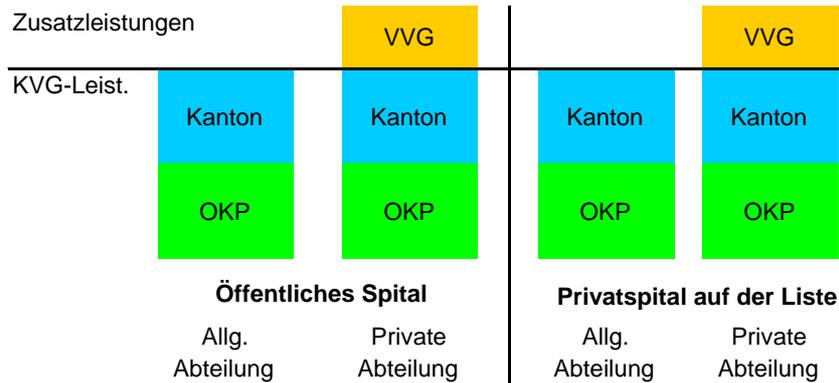
- Bundesrat schlägt dual-fixe Finanzierung vor. SGK-S zieht Modell zur monistischen Finanzierung zurück.
- Der Ständerat verabschiedet am 8.3.06 als Erstrat die Variante *bis* sowie die Regelungen *zur* Verbesserung des Risikoausgleichs.
- Gleichzeitig überweist er die Motion 06.3009 "Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen".

Nationalrat berät frühestens im Herbst 2006



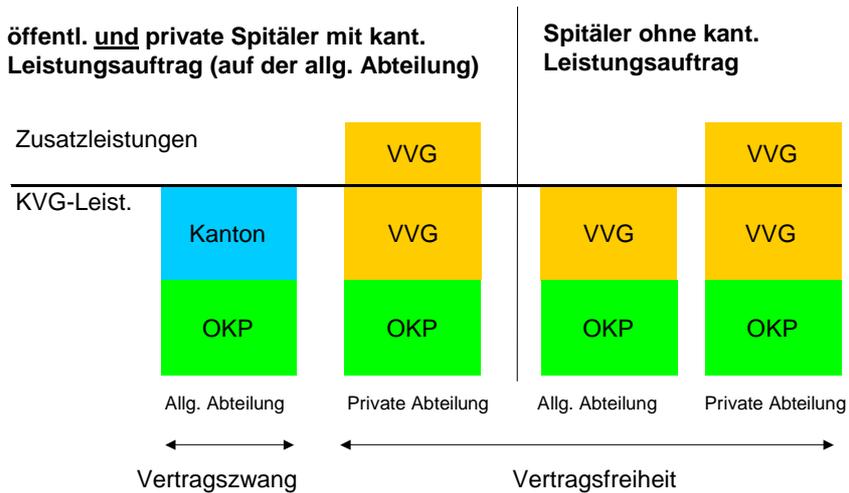
Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

**KVG-Revision Spitalfinanzierung:
Dual-Fix gemäss Botschaft Bundesrat?**



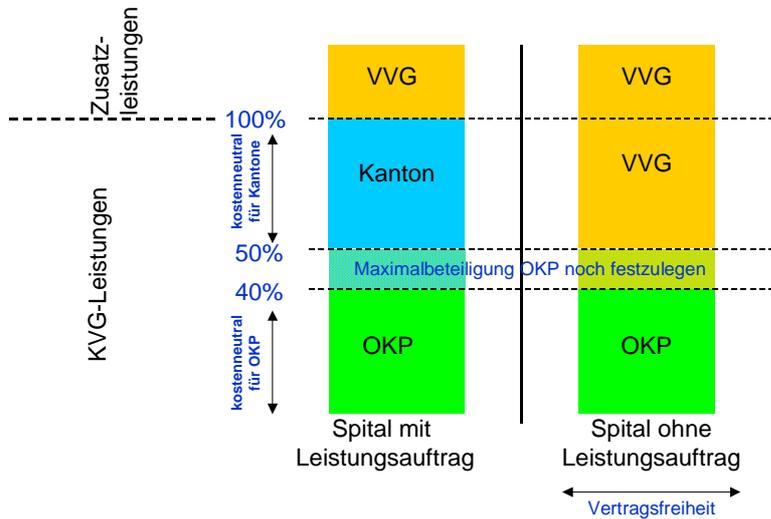
Krankenhausfinanzierung in der Schweiz

**KVG-Revision Spitalfinanzierung:
Modell gemäss GDK?**



zusätzlich Kanton: universitäre Lehre und Forschung

**KVG-Revision Spitalfinanzierung:
Kompromissvorschlag Dual-light**



Schluss

1. Sicher ist G-DRG als Basis für SwissDRG
2. „Nach der Krankenhausfinanzierungsrevision ist vor der Krankenhausfinanzierungsrevision“

(frei nach S. Herberger)



ORDNUNGSPOLITISCHE NEUORIENTIERUNG AUS SICHT DER
KRANKENKASSEN

Dr Werner Gerdelmann
Vorstandsvorsitzender
VdAK

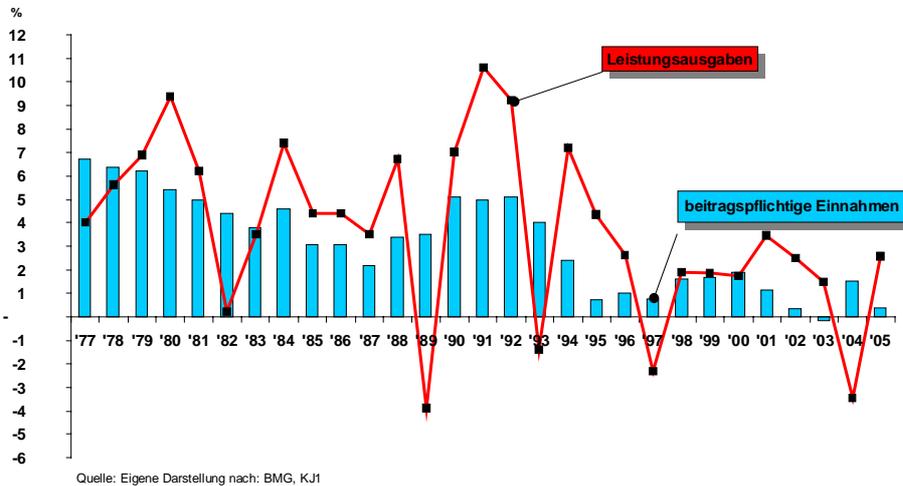
**Ordnungspolitische Neuorientie-
rung der Krankenhausversorgung
nach der Konvergenzphase**

➤ aus Sicht der Krankenkassen

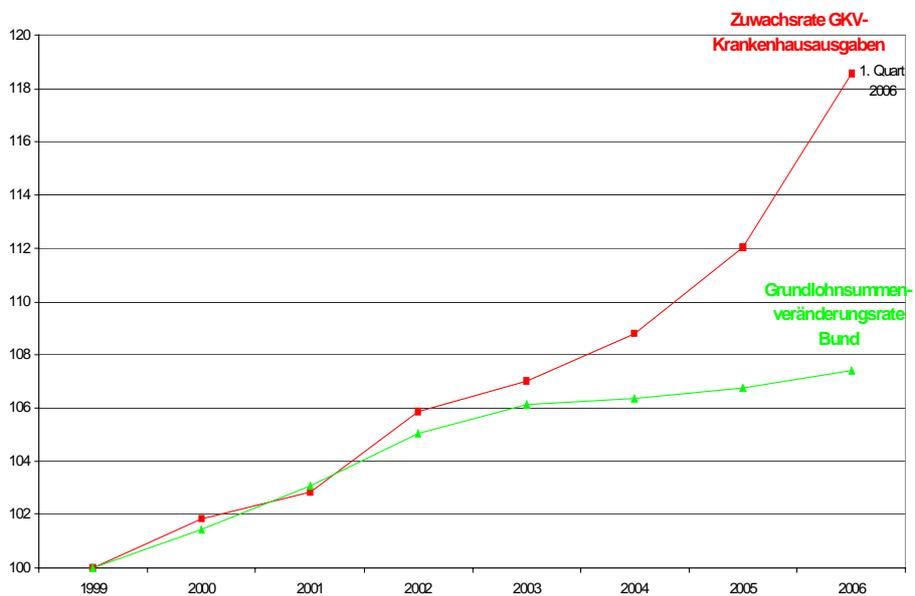
15. Neubiberger Krankenhausforum am 7. Juli 2006
in München

Dr. Werner Gerdelmann
stellvertretender Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV

Entwicklung beitragspfl. Einnahmen und Ausgaben je Mitglied



Gegenüberstellung von
Zuwachsraten der Krankenhausausgaben und Grundlohnsummenveränderungsraten





DRGs weiterentwickeln

- DRG-System bedeutet leistungsbezogene Vergütung und Einstieg in ein Preissystem
- Vergleichbarkeit von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit wird durch krankenspezifische Entgelte herabgesetzt, weil
 - Krankenspezifische Entgelte werden i.d.R. auf Basis von Selbstkosten kalkuliert
 - Leistungsdefinition oft nicht eindeutig
- KH verwenden mehr Energie darauf, neue Individuallösungen einzufordern, statt Abbildungsgenauigkeit des DRG-Systems zu optimieren
- Pauschalierendes Entgeltsystem wird durch Erweiterung der Ausnahmereiche zunehmend ausgehöhlt
- Weiterentwicklung des DRG-Systems muss oberste Priorität haben

DRG-Ausnahmebereiche

Der Bereich der krankenhausindividuellen Entgelte nimmt stetig zu:

- krankenhausindivid. Sonstige Entgelte: § 6 Abs.1
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB): § 6 Abs. 2
- gesonderte krankenhausindivid. Zusatzentgelte: § 6 Abs. 2a
- Besondere Einrichtungen: FPVBE 2006
- Zuschläge für:
 - Mehrkosten der Arbeitszeitverbesserung
 - Mehrkosten der Abschaffung des AiP
 - Sicherstellung der Versorgung
 - Zentren u. Schwerpunkte

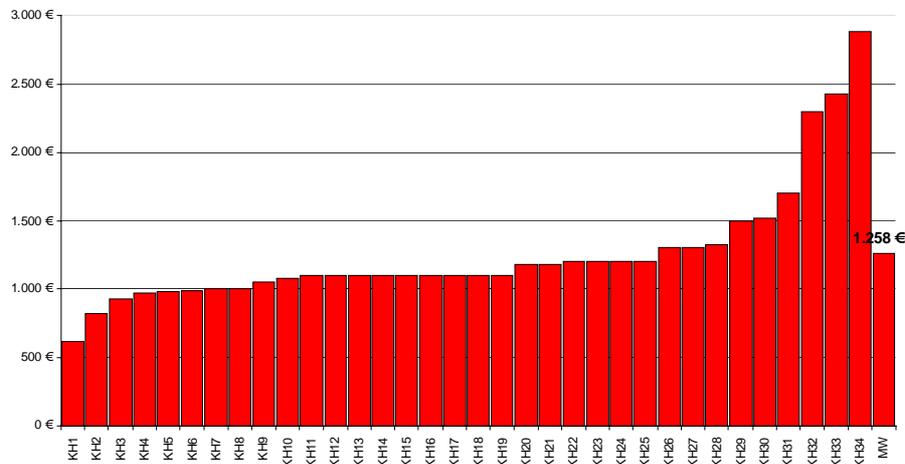
krankenhausindividuelle Zusatzentgelte

§ 17b Abs. 1 Satz 12 KHG:

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Abs. 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, ...“

Aktuell werden bundesweit 6559 (!) unterschiedliche Einzelpreise für krankenhausindividuelle Zusatzentgelte mit den Krankenkassen abgerechnet.

**ZE2005-19-1 Medikamente-freisetzende Koronarstents:
ein Stent eine Koronararterie; OPS 8-837.m0**

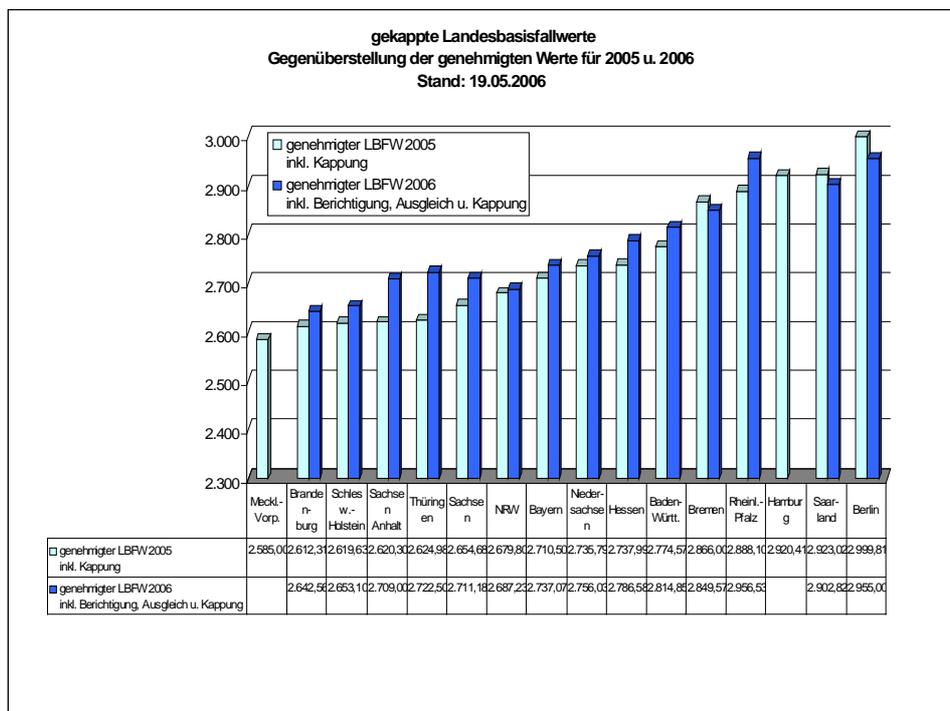


Ausnahmebereiche reduzieren

- Selbstkostendeckung widerspricht leistungsgerechter Vergütung
- Qualität der Kalkulationsdaten erhöhen, weil mit verbesserter Datenqualität steigt Güte des DRG-Systems
- Festhalten am 100 %-Ansatzes; d. h. keine krankenhaushaus-individuellen Entgelte oder sonstigen Ausnahmebereiche als Dauerlösung etablieren
- Ausnahmebereiche im Zuge der DRG Weiterentwicklung rigoros abbauen und nicht kontinuierlich verfeinern

landeseinheitliche Basisfallwerte

- Die unterschiedlichen Basisfallwerte der einzelnen Bundesländer zeigen, dass strukturelle Probleme und Ungleichgewichte nicht behoben werden konnten
- Landeseinheitlicher Basisfallwert ist grober Indikator für Wirtschaftlichkeit
- Tendenziell nähern sich die Werte einander an
- Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor konnte durch oder wegen Vereinbarung der landeseinheitlichen Basisfallwerte nicht gestoppt werden
- Zusammenhang zwischen Ausgabenentwicklung und Höhe bzw. Entwicklung des Landesbasisfallwerts ?



Basisfallwert als Höchstpreis

- Höchstpreissystem eröffnet Verhandlungsspielräume, um systemimmanente Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und erzeugt Wettbewerbsdynamik
- Bundeseinheitlicher Basisfallwert als Höchstpreis?
- Bedingung: strikte Ausgabenneutralität bei Umverteilung: teure Länder erhalten weniger, günstige Länder erhalten mehr

Ausgabenstabilisierung durch globale Budgetierung

- Gegenwärtig bezieht sich Beitragssatzstabilität nur auf die Preiskomponente (landeseinheitlicher Basisfallwert)
- Steigende Leistungsmengen führen zu Ausgabenentwicklungen jenseits der Veränderungsrate
- Bezugsgröße für Veränderungsrate sollte vereinbartes Ausgabevolumen, nicht einheitlicher Basisfallwert sein
- Einführung von landes- oder bundesweiten Ausgabenbudgets mit Ausgleichsmechanismen bei Mehr- oder Mindererlösen
- Veränderungsrate muss sich dauerhaft auf Versichertenzahl beziehen

nach Versorgungsstufen differenzierter Basisfallwert ?

Vorschlag des Instituts für Gesundheitökonomik und des Landes Bayern:

„unterschiedl. Basisfallwerte für Krankenhäuser der Maximal-, Zentral,
Grund- und Regelversorgung“

- Abbildungsgenauigkeit des DRG-Kataloges ist hoch
- DRGs vergüten Leistungen, nicht (Angebots)Strukturen
- Keine Berechtigung, dass Preis für vergleichbare Krankenhausleistung abhängig vom Krankentyp ist
- Versorgungsstufen sind Teil der Landeskrankenhausplanung und bundesweit nicht einheitlich

Ambulante Öffnung der Krankenhäuser ⁽¹⁾

- Ziel: sektorübergreifendes “Fachärztliches Gesundheitszentrum” mit Krankenhaus als integrativem Ort der Leistungserbringung mit optimaler Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlung
- Harmonisierung u. Vergleichbarkeit der Vergütungen im amb. u. stat. Sektor mit Möglichkeit, Finanzmittel leistungsbezogen (“Geld folgt der Leistung”) einzusetzen
- Zweck der ambulanten Öffnung ist nicht Abbau der doppelten Facharztschiene, sondern Intensivierung d. Preis- u. Qualitätswettbewerbs zwischen ambulantem u. stationärem Sektor

Ambulante Öffnung der Krankenhäuser ⁽²⁾

- Sicherstellung der Versorgung in ambulant unterversorgten ländlichen Bereichen durch Möglichkeit der ambulanten fachärztlichen Behandlung im "Fachärztlichen Gesundheitszentrum"
- Wirtschaftlichkeitsreserven durch Medikamentenbezug über die Krankenhausapotheken, z. B. Großkundenrabatte oder Medikamentenabgabe unabhängig von der Packungsgröße
- effizientere und kostengünstigere Leistungserbringung ohne Qualitätseinbußen durch bessere Auslastung medizinischer Geräte und gemeinsame Nutzung der Infrastruktur (z. B. OP, CT, Sterilisation, Personal etc.)

Wettbewerb und Vertragsrecht ⁽¹⁾

- Kontrahierungszwang: Krankenkassen müssen jedes zugelassene KH belegen
- Widerspruch: Kontrahierungszwang u. Wettbewerb
- Vertragspartner: gemeinsam u. einheitlich vs. kassen(arten)individuell
- individualvertragliche Regelungen gefährden Sicherstellungsauftrag, weil Blick auf Gesamtzusammenhang verloren geht
- Mittelweg zwischen mehr Wettbewerb u. Sicherstellung der Versorgung finden
- Sicherstellungsauftrag der Länder muss sich auf Rahmenbedingungen beziehen

Wettbewerb und Vertragsrecht⁽²⁾

- Einzelne Krankenkassen bzw. Kassenarten sollten Möglichkeit haben, für ergänzendes oder substitutives Leistungsangebot optional kassenindividuelle Versorgungsverträge mit ausgewählten Leistungserbringern abzuschließen
 - Ergänzende Leistungsangebot z. B. an Schnittstelle zur ambulanten oder nachsorgenden Behandlung
 - Bei Verlagerung von Leistungen auch Verlagerung der Finanzströme
 - Rechtlichen Rahmen für sektorenübergreifende Budgetbereinigung
- Möglichkeit kassen(arten)spezifische Versorgungsverträgen mit begrenzter Vertragsdauer abzuschließen

Monistische Finanzierung⁽¹⁾

- Länder erfüllen ihre Finanzierungsverpflichtung in der dualen Finanzierung nicht; Investitionsstau der Länder: rd. 50 Mrd. Euro
- KK zahlen überhöhte Betriebskosten
- Monistische Finanzierung ist Voraussetzungen für effizienzsteigernde Investitionsentscheidungen u. sektorenübergreifenden Wettbewerb
- Pauschale Finanzierung der Investitionskosten über Zuschläge auf DRG-Fallpauschalen nicht sachgerecht

Monistische Finanzierung⁽²⁾

- Monistische Finanzierung mit einer antragsbasierten Vergütung der Investitionskosten durch KK
- Kompensation durch Steuerfinanzierung
- Investitionskostenzuschlag für die neuen Bundesländer (Art. 14 GSG)

Trägervielfalt erhalten

- Private Träger expandieren gewaltig; kommunale Träger auf dem Rückzug
- Private Träger sind in vielen Bereichen Innovationsmotor
- Engagement der privaten Träger fördert Wettbewerb
- Damit Wettbewerb erhalten bleibt, dürfen (private) Träger keine Gebietsmonopole errichten
- Konzentrationsprozess muss kritisch begleitet werden
- Entscheidungen des Bundeskartellamts werden begrüßt
- (Markt)Anteile öffentlicher, privater u. freigemeinnütziger Träger müssen ausgewogen bleiben

Qualität und Transparenz ⁽¹⁾

- Internes Qualitätsmanagement und Erkenntnisgewinn über Versorgungsqualität hat sich verbessert durch
 - BQS
 - KTQ
 - QS-AOP
 - Mindestmengen
 - Qualitätsbericht
- Nach wie vor erhebliches Entwicklungspotenzial insbesondere im Hinblick auf die Datenvalidität
- Erkenntnisse d. QS-Verfahren müssen belastbarer werden
- Sinnvolle Kombination aus Routine- und Erhebungsdaten finden

Qualität und Transparenz ⁽²⁾

- Verlässlichkeit der Daten durch verbesserte Abgleich- und Prüfroutinen erhöhen
- Verstärkte Nutzung von Routinedaten reduziert Erhebungsaufwand; Beitrag zum Bürokratieabbau
- Hindernisse an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen müssen aufgelöst werden; Qualität lässt sich in der Regel erst nach einer Behandlungsepisode beurteilen
- Qualitätsbericht weiter ausbauen und verständlicher gestalten
- Qualitätsbericht muss Daten der externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) enthalten

ORDNUNGSPOLITISCHE NEUORIENTIERUNG AUS SICHT DER KRANKENHAUSÄRZTE

Hartwig Bauer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

15. Neubiberger Krankenhausforum

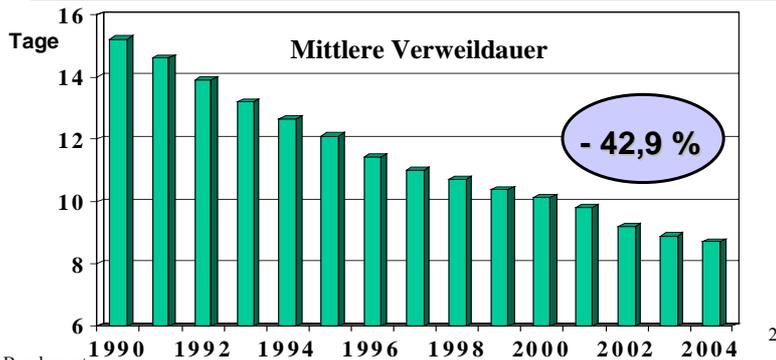
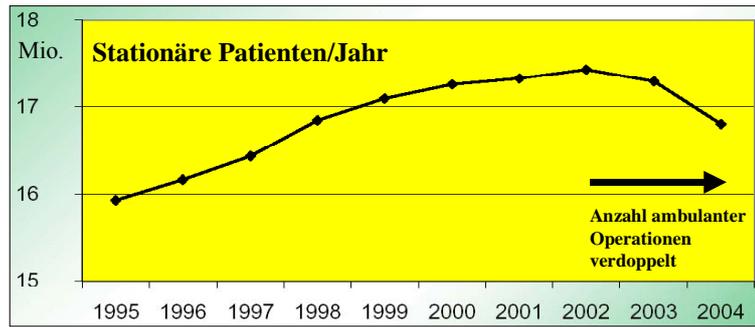
Ordnungspolitische Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase

Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte

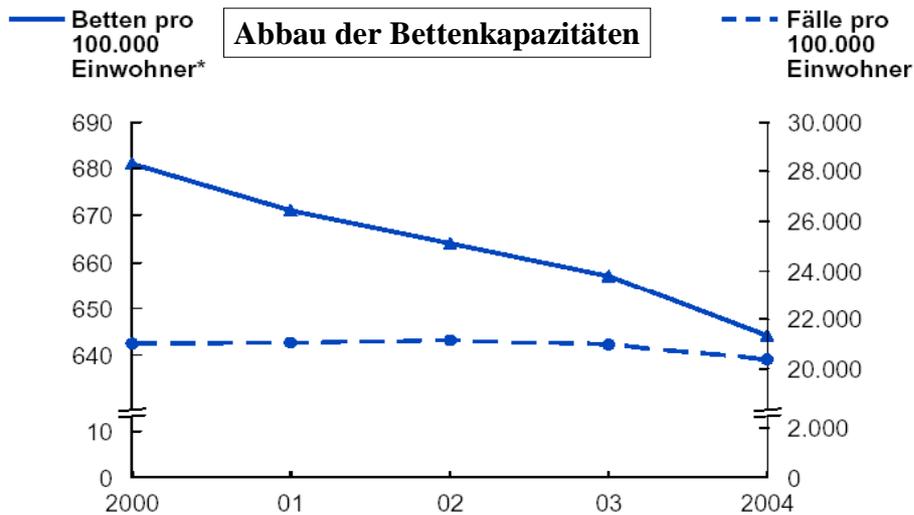
- **DRG´s als Katalysator für Veränderungen**
- **Spezialisierung, Zentrenbildung,
Fallzahlkonzentration**
- **Interdisziplinäre, interprofessionelle und
sektorübergreifende Ablaufsteuerung**
- **Transparenz und Wettbewerb**
- **Der „DRG-fähige“ Chefarzt**

H. Bauer/ DGCh

1



Quelle: Stat. Bundesamt



* Berechnet auf Basis der Durchschnittsbevölkerung
Quelle: Statistisches Bundesamt 2004

H. Bauer/ DGCh

3

Neuorientierung unter DRG- Bedingungen

- **Verweildauer**
- **Aufnahme- und Verlegungsmanagement**
- **Behandlungsplanung**
- **Zusatzentgelte**
- **Versorgungsstrukturen**
- **Ambulante / prästationäre Behandlungen**

H. Bauer/ DGCh

4

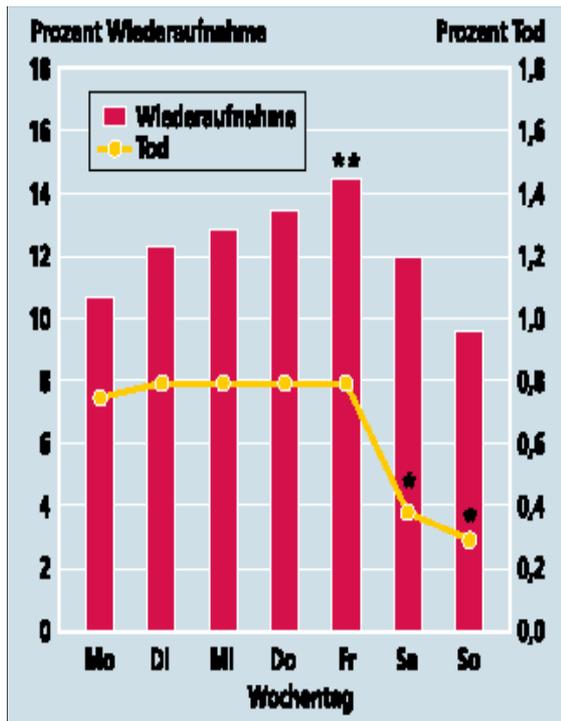
Aufnahme-, Entlassungs- und Verlegungsmanagement

- **Orientierung der Entlassung an unterer und oberer Grenzverweildauer**

Bestrebung, Patienten möglichst vor der mittleren Verweildauer zu entlassen, jedoch nicht vor der unteren Grenzverweildauer.

Verspätete Verlegung wegen Abschlagen bis zum Erreichen der mittleren Verweildauer





Prozentuale Wiederaufnahme- und Mortalitätsraten in Abhängigkeit vom Entlassungstag
 N.C. Nüssler et al, Dtsch. Äbl. 2006; 103: A927-932

6

Wiederaufnahme bei postoperativem Infekt nach externer und interner Erstbehandlung. Deckungsbetrag in Euro/Fall

G. Linczak Dt. Äbl. 24.2.06



Aufnahme-, Entlassungs- und Verlegungsmanagement

- **Orientierung einer Wiederaufnahme an oberer Grenzverweildauer bzw. 30-Tage-Intervall**

Fallzusammenführung, falls

Einstufung in dieselbe Basis-DRG: innerhalb oGVD
z.B. kontralaterale Varizen / Hernien

Sequenz medizinisch-operativ in derselben Hauptdiagnosengruppe: innerhalb 30 Tage
z.B. Cholelithiasis konserv./op

H. Bauer/ DGCh

8

Ökonomische Konsequenzen bei nicht sachgerechten DRG-Erlösen

- **Ausweichen auf kostengünstigere Behandlungsalternativen, sofern medizinisch vertretbar**

- Auswahl des günstigsten Anbieters z.B. von Implantaten mit nachrangiger Berücksichtigung der Produktqualität (Lebensdauer) oder des Patientenkomforts

- Konventionelle Verfahren statt minimal-invasiv

- Amputation statt Replantationsversuch

H. Bauer/ DGCh

9

Beeinflussung der Versorgungsstruktur

Festschreibung von Strukturmerkmalen in der Prozedurenklassifikation OPS:

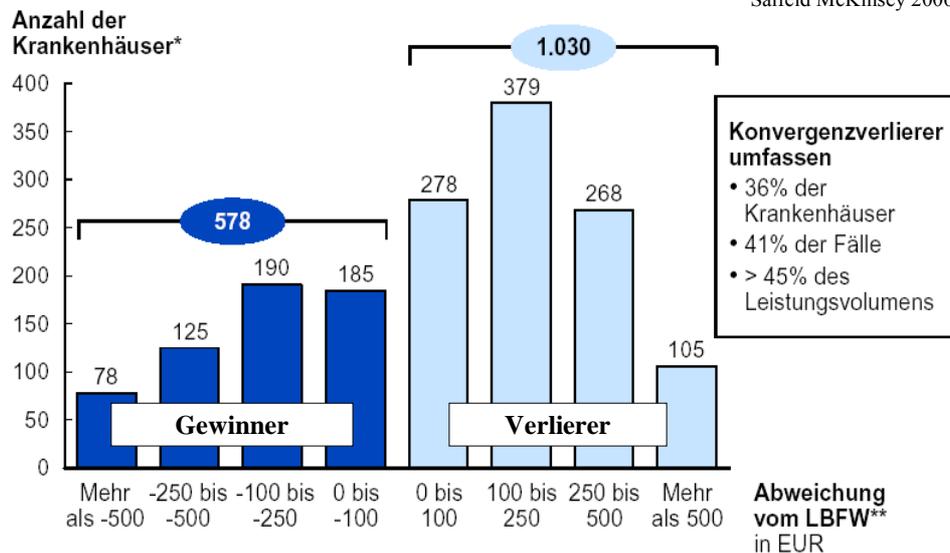
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Multimodale Schmerztherapie
- Komplexe Akutschmerzbehandlung
- Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung
- Palliativmedizinische Komplexbehandlung
- Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
- Komplexbehandlung bei multiresistente Erregern
- Fachübergreifende und andere Frührehabilitation

H. Bauer/ DGCh

10

Abweichung der Krankenhäuser vom Landesbasisfallwert

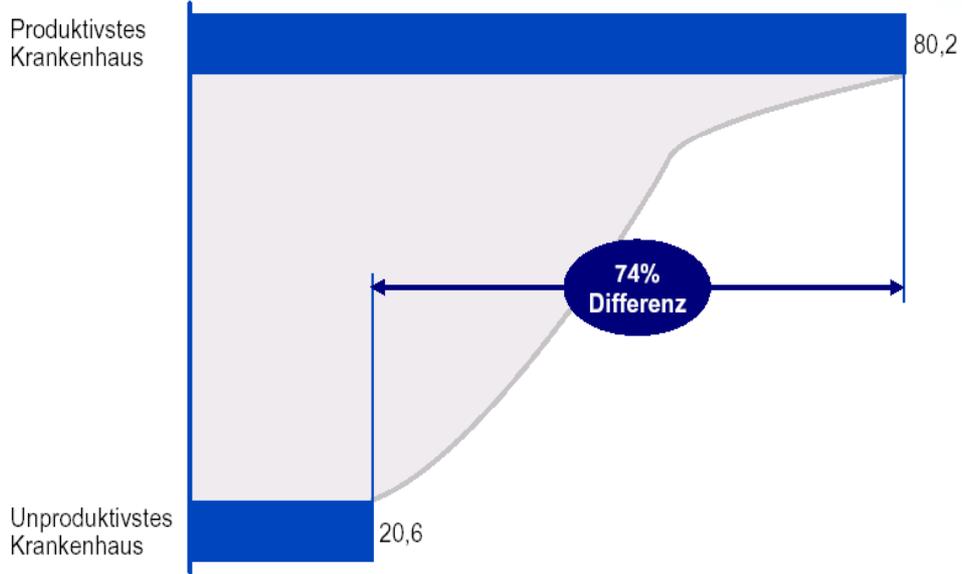
Salfeld McKinsey 2006



* 1.608 Akutkrankenhäuser mit publiziertem Bundesfallwert (BFW) in den Jahren 2004 oder 2005 sowie publiziertem Qualitätsbericht
 ** Differenz zwischen LBFW 2005 und BFW des jeweiligen Khs in 2005 bzw. 2004, falls keine Angabe für 2005; ohne Betrachtung des Case-Mix-Index (CMI)

Quelle: AOK-Geschäftspartner-Homepage, publizierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V des Jahres 2004, McKinsey-Datenbank

Produktivitätsunterschiede: Fälle pro Vollkraft in den klinischen Diensten



* Ärztlicher Dienst und Pflegedienst
Quelle: Publierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V des Jahres 2004, Internetpräsenzen einzelner Kliniken, McKinsey-Datenbank
Salfeld McKinsey 2006

DRG's als Katalysator von Veränderungen: Der Wind bläst schärfer

Bis zum Ende der Konvergenzphase: Den richtigen Weg finden

15. Neubiberger Krankenhausforum

Ordnungspolitische Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase

Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte

- DRG's als Katalysator für Veränderungen
- **Spezialisierung, Zentrenbildung,
Fallzahlkonzentration**
- **Interdisziplinäre, interprofessionelle und
sektorübergreifende Ablaufsteuerung**
- **Transparenz und Wettbewerb**
- **Der „DRG-fähige“ Chefarzt**

H. Bauer/ DGCh

14

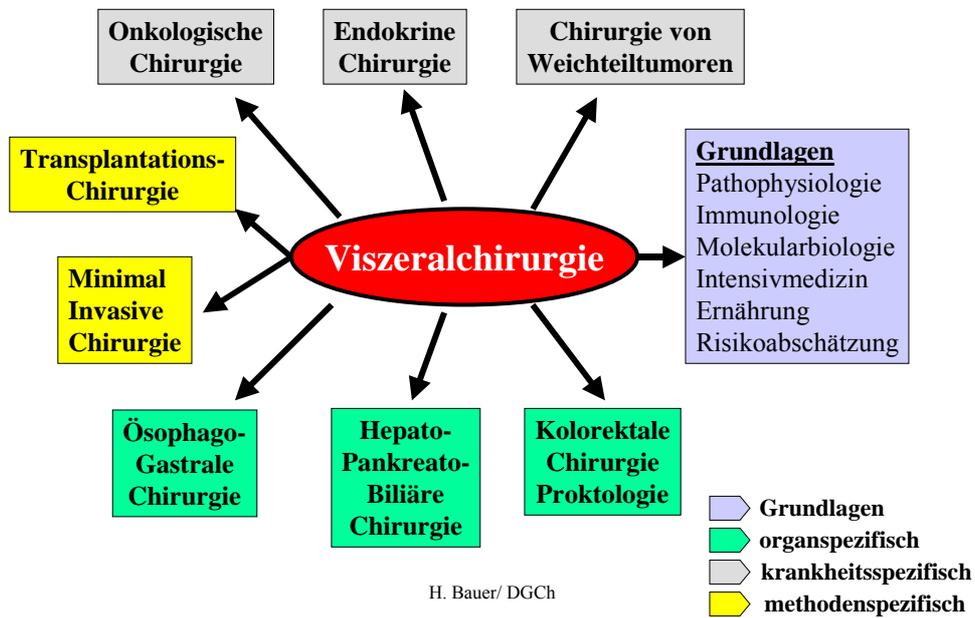
Förderung von Spezialisierung und Fallzahlkonzentrationen

- **Wissenschaftlicher Fortschritt**
- **Zentralisierung zur Gewährleistung adäquater
Versorgungsqualität (Tumorzentren, Gefäßzentren,
Traumazentren)**
- **Mindestmengenregelung und Rahmenvereinbarungen
(Brustzentren, Darmzentren)**
- **DRG's (Zwang zur Fallkostensenkung)**
- **Stärkere Wahlmöglichkeit für Patienten, zuweisende
Ärzte und Krankenkassen durch Steigerung der
Transparenz (Qualitätsbericht)**
- **Markt und Wettbewerb**

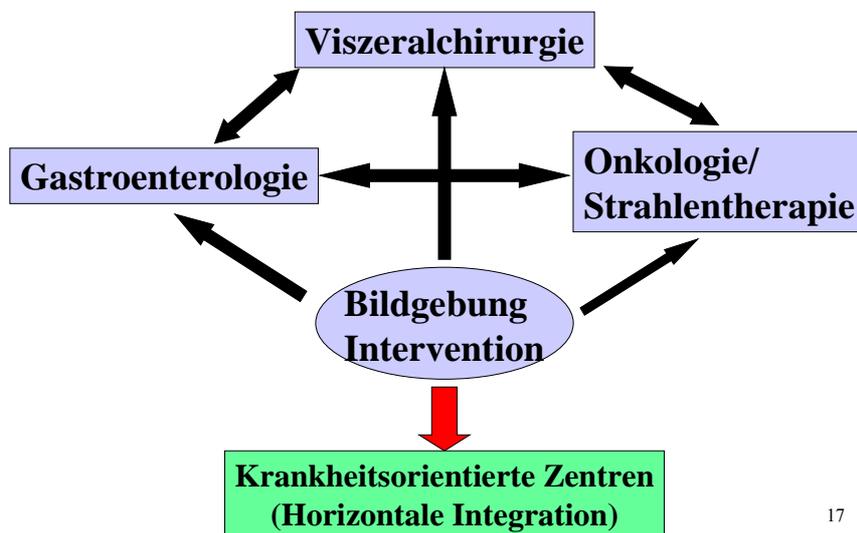
H. Bauer/ DGCh

15

Fortschreitende Subspezialisierung



Chirurgischer Paradigmenwechsel vom technikbezogenem zum organbezogenen Fach



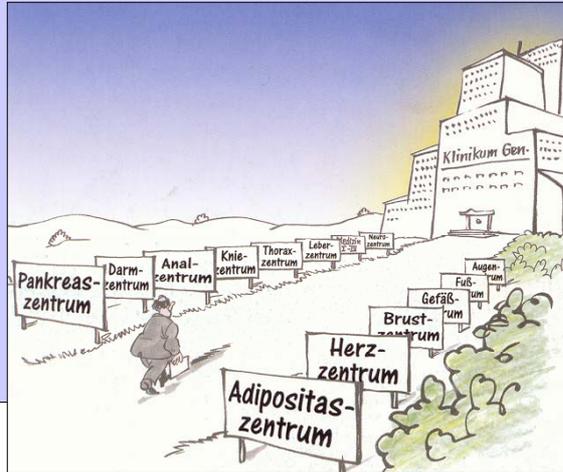
17

Krankheitsorientierte Zentren

Im Zentrum steht der Patient mit seinem individuellen Problem und nicht mehr die vor allem historische und methodengeprägte Fächergliederung mit ihrem starren Angebot

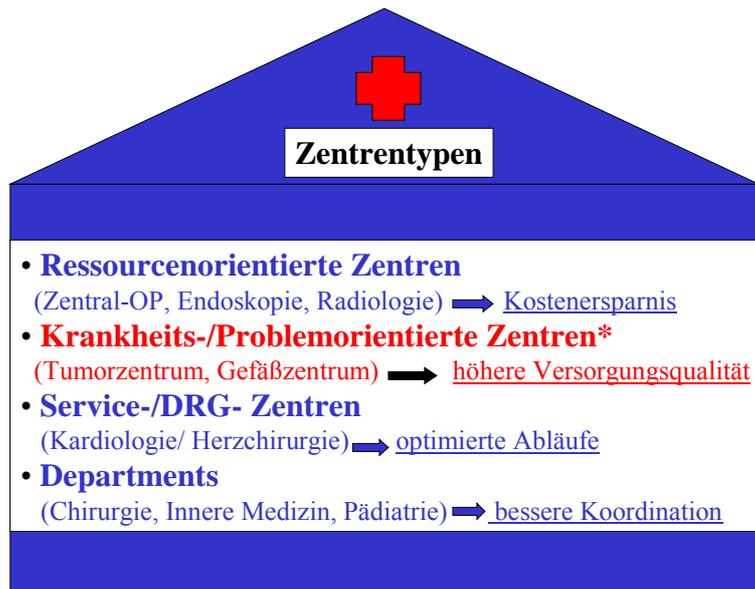
Beispiele

- **Interdisziplinäre Tumorthherapie** (Chirurgie, Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie, Pathologie)
- **Gastroenterologie** (Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Radiologie, Pathologie)
- **Gefäßerkrankungen** (Angiologie, Gefäßchirurgie, Radiologie)



Krankheitsorientierte Zentren Nutzen für den Patienten

- **Einfachere Zuweisung von außen**
- **Abbau des „Verlegungskarussells“ (Arztwechsel)**
- **Gemeinsames Therapiekonzept**
- **„Alles aus einer Hand“**
- **Aktueller Stand der Wissenschaft**
- **Bessere Heilungschancen, bessere Lebensqualität**
 - durch ein höheres Maß an Interdisziplinarität
 - durch Konzentrierung und High Volume Effekt

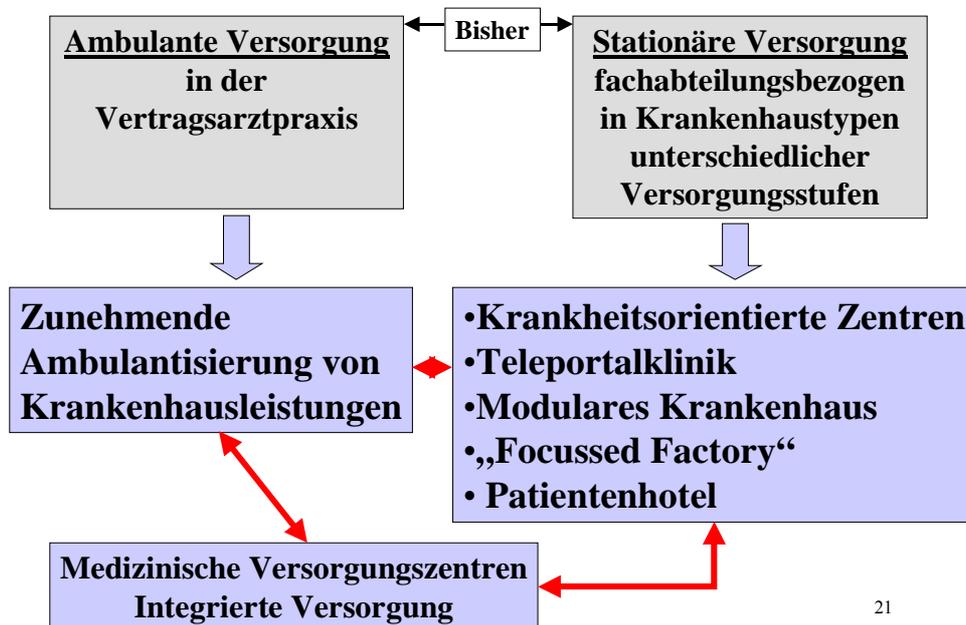


*** Wo Zentrum drauf steht, muss auch Zentrum drin sein!**

H. Bauer/ DGCh

20

Paradigmenwechsel in den Versorgungsstrukturen



21

15. Neubiberger Krankenhausforum

Ordnungspolitische Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase

Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte

- **DRG's als Katalysator für Veränderungen**
- **Spezialisierung, Zentrenbildung,
Fallzahlkonzentration**
- **Interdisziplinäre, interprofessionelle und
sektorübergreifende Ablaufsteuerung**
- **Transparenz und Wettbewerb**
- **Der „DRG-fähige“ Chefarzt**

H. Bauer/ DGCh

22

Ärztliche Aufgaben im Klinikmanagement

- **Abteilungsübergreifende Versorgung**
(Krankheitsorientierte Zentren)
- **Klinikübergreifende Versorgung** (Integration,
Zentrumsbildung, Kooperation, Verbände, Fusion)
- **Verbesserung der klinikinternen Abläufe**
(Prozessmanagement von der Aufnahme bis zur
Entlassung, optimierte Ressourcennutzung)
- **Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**
(Interdisziplinär u. interprofessionell abgestimmte
Behandlungspfade, Komplikationsvermeidung)

H. Bauer/ DGCh

23

Ablaufsteuerung durch Behandlungspfade: Ergebnisziele

- **Gewährleistung qualifizierter Versorgung**
Verbesserung der Prozessqualität und Kostensenkung durch Elimination überflüssiger oder ineffizienter Behandlungsschritte
- **Verstärkte und verbesserte Zusammenarbeit über Fach- und Abteilungsgrenzen**
- **Etablierung interdisziplinärer Teams**
- **Liegezeitverkürzung**
- **Transparenz der Versorgung**

H. Bauer/ DGCh

24



Traditionelle Ablauforganisation

- **Primär an Berufsgruppen orientierte Organisationsstruktur**
- **Autonome Organisationseinheiten, starre Fächergliederung**



Konflikte für eine an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Versorgung, erhebliche Schnittstellenproblematik, Kommunikations- und Koordinationsprobleme, ineffizienter Mitteleinsatz

H. Bauer/ DGCh

26

„Organisationspathologien“ im System öffentlicher Krankenhäuser

- **Nach traditionellem Verständnis ist jeder Abteilungschef bemüht, den Erfolg seiner Abteilung zu optimieren. Die Summe aller „Einzeloptima“ entspricht nicht dem Gesamtoptimum**
- **Es wird viel Aufwand betrieben, um etwas zu verbessern, was besser überhaupt nicht getan werden sollte**
- **Niedriges Problemlösungs- und Motivations-Potential befehlenden Anreizmechanismen**
- **Verantwortungsabgrenzung bei „versäulten“ Führungsstrukturen**

H. Bauer/ DGCh

27

Bewertete Medizin Qualitätssicherung und EbM

**Es gilt, nicht nur die Dinge
richtig, sondern auch die
richtigen Dinge zu tun**

„Viel Wunderkuren gibt’s jetzunder -
bedenkliche, gesteh ich’s frei!
Natur und Kunst tun große Wunder,
und es gibt Schelme nebenbei!“

J.W.v.Goethe

H. Bauer/ DGCh

28

Festlegung des objektiven Bedarfs

„Das Auseinanderklaffen zwischen den Nutzen- und Opportunitätskosten einer Leistung begründet auch aus ökonomischer Sicht die Berechtigung bzw. die Notwendigkeit, den individuellen Bedarf durch externe Fachgremien zu überprüfen und die Gesundheits- bzw. Versicherungsleistungen an einem nach bestimmten Kriterien normierten bzw. objektiven Bedarf zu orientieren.“

Sachverständigenrat, Sachstandsbericht 1994



**Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG**

H. Bauer/ DGCh

29

Bewertung neuer Technologien und Op- Verfahren

Es ist meist leichter zu zeigen, dass eine neue Technologie die unmittelbaren methodenimmanenten Ziele erreicht, als zu beweisen, dass ihre Anwendung dem Patienten Vorteile bringt

(Brian Jennett)

„Wenn man einen neuen Hammer hat,
sieht alles wie ein Nagel aus“



15. Neubiberger Krankenhausforum

Ordnungspolitische Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase

Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte

- DRG's als Katalysator für Veränderungen
- Spezialisierung, Zentrenbildung, Fallzahlkonzentration
- Interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorübergreifende Ablaufsteuerung
- **Transparenz und Wettbewerb**
- Der „DRG-fähige“ Chefarzt

Transparente Qualität / Leistungsvergleich Welche Informationsquellen stehen zur Verfügung?

„Gefühlte Qualität“ (Patientensicht)
Empfehlungen (Hausarzt, Ärztekammern/KV, Kassen)
Veröffentlichungen /Broschüren
Internetauftritt
(Pseudo-)Rankings

Seit 2005 verpflichtender Qualitätsbericht aller Krankenhäuser



Informationsmöglichkeiten über Krankenhäuser





Die Gesundheitskasse

- Klinik-Konsil
- Diagnose (ICD)
- Fallpauschale (DRG)
- stat. Behandlung (OPS)**
- amb. Behandlung
- Qualitätsberichte (PDF)
- Methodik / Hilfe

- Apotheke
- Arzt und Praxis
- Heilberufe
- Hilfsmittelanbieter
- Krankenhaus



Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

Home Kontakt Impressum Datenschutz

Krankenhaussuche zu einer stationären Behandlung → Tipp: Suchpfad ändern

Suchpfad: [Start](#) / [OPS-Kode der Behandlung](#) / [Suchradius](#)

Kode, Bezeichnung: 5511, Cholezystektomie

[Neue Suche](#) [Methodik / Hilfe](#)

Bitte schränken Sie Ihre Suche ein:

PLZ:

Stadt:

Maximale Entfernung: 30 km

Krankenhaussuche zu einem OPS

Suchergebnis: 9 Treffer Anzeigebereich: 1 - 9

Anfang | << | < | **1** | > | >> | Ende

Name des Krankenhauses	Stadt	Entfernung (km)	Anzahl Betten (KH)	Art der Fachabteilung	Häufigkeit		Häufigkeitsklasse im Vergleich	VWD	mittl. Alter	
					alle stat. Fälle	gesuchte Leistung				
Klinikum Assmannshagen	Assmannshagen	0	677	ALLGCHIR (HA)	2.907	358	12%		12,6	59,7
Kreiskrankenhaus	14	140	Maschinenlesbarer Bericht liegt nicht vor, bzw. ist in Aufbereitung.					8,0	61,3



Wahlmöglichkeit für die Patienten

Der Patient ist zwar kein unabhängiger Konsument. Er kann sich seine Krankheit nicht aussuchen, sehr wohl aber in den meisten Fällen den Arzt und das Krankenhaus, in das er sich zur Behandlung seiner Krankheit begibt.

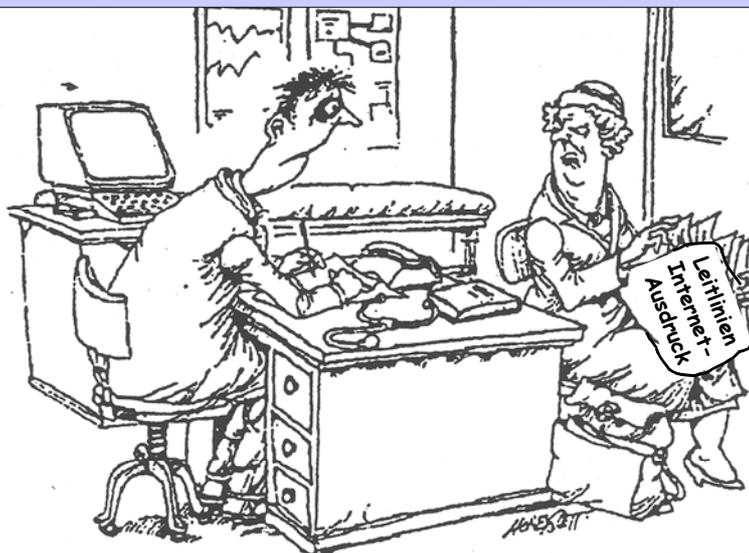
Gesteigerte Transparenz und verbesserte Informationsmöglichkeiten stärken die Wahlposition des Patienten.

Wahlfreiheit fördert Markt und Wettbewerb. Marketing- und Managementstrategien gewinnen zunehmend an Bedeutung.

H. Bauer/ DGCh

36

Der internet- informierte Patient



„Entschuldigung, Doktor, aber ich muss erneut widersprechen!“

British Medical Journal (1999) 319:762

15. Neubiberger Krankenhausforum

Ordnungspolitische Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase

Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte

- DRG's als Katalysator für Veränderungen
- Spezialisierung, Zentrenbildung, Fallzahlkonzentration
- Interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorübergreifende Ablaufsteuerung
- Transparenz und Wettbewerb
- Der „DRG-fähige“ Chefarzt

H. Bauer/ DGCh

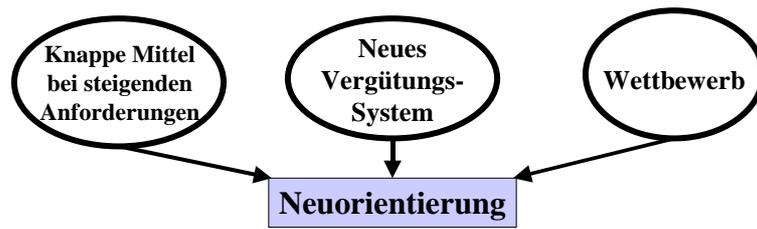
38

Der zeitgemäße Chefarzt

- Ist ein Top- Spezialist, dabei aber universell einsetzbar
- Ist etwa 30 Jahre alt, dabei mit mindestens 15 Jahren Berufserfahrung
- Hat einen Bekanntheitsgrad wie Prof. Brinkmann aus der Schwarzwaldklinik
- Bringt hohe Privatliquidations- Erlöse, die fast vollständig an das Krankenhaus abgeführt werden
- Hat hohe soziale Kompetenz, dabei die Klinik fest im Griff
- Ist Arzt und Manager, mindestens mit MBA- Abschluss

H. Bauer/ DGCh

39



Anforderungsprofil für Chefarztposition

- Erwartet werden**
- **Fachliche Qualifikation (als selbstverständlich vorausgesetzt) und Leitungskompetenz**
 - **Managerqualitäten**
 - **Teamfähigkeit**
 - **Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit**
 - **Ausgeprägtes betriebswirtschaftliches Denken**

H. Bauer/ DGCh

40



Der geradlinige Weg zur optimalen Patientenversorgung

„Der Arzt fühlt sich dem größtmöglichen Wohl des individuellen Patienten verpflichtet, anstatt bei limitierten Ressourcen im Sinne des größtmöglichen Nutzens für die Gesamtheit der Patienten zu entscheiden.“

Sind Ärzte fähig, Krankenhäuser zu führen?
H. Brock Gesundh.Ökon.Qual.Manag. 2005

Berücksichtigung wirtschaftlicher Interessen

41

Der „DRG-fähige“ Chefarzt muss (neben seiner fachlichen Qualifikation)

- die wirtschaftlichen Zusammenhänge begreifen und umsetzen
- die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in strukturierten Abläufen auf das Notwendige beschränken
- als Teamleader bzw. Teamspieler in horizontaler und vertikaler Integration fungieren
- mithelfen, die ärztliche Dokumentation in der Klassifizierung (Haupt- und Nebendiagnosen) sowie aller diagnostischen und therapeutischen Prozeduren und sonstiger erlösbestimmender Faktoren sicherzustellen
- als kundiger Partner der Krankenhausleitung gesamtunternehmerisch denken und handeln

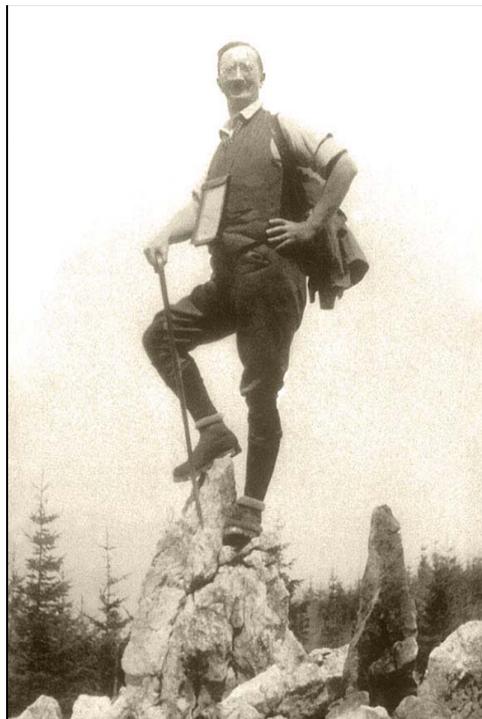
H. Bauer/ DGCh

42



Anfragenflut des MDK
Anfragen kommen meist erst, wenn Patient bereits entlassen ist. Hoher Aufwand. In der Folge nur geringer Korrekturbedarf (in 95% Entscheid zugunsten der Krankenhäuser). Prüfaufwand steht in keinem Verhältnis zum Prüfergebnis.

Dokumentieren
Kodieren
Erlöscontrolling
AEP
Qualitätssicherung
MDK- Anfragen
Atteste



45

ORDNUNGSPOLITISCHE NEUORIENTIERUNG AUS SICHT DES KRANKENHAUSMANAGEMENTS

Eugen Münch
Aufsichtsratsvorsitzender
Rhön-Klinikum AG

RHÖN-KLINIKUM AG
Aufsichtsratsvorsitzender 

**„Ordnungspolitische Neuorientierung aus der Sicht
„eines“ Krankenhausträgers**

15. Neubiberger Krankenhausforum

**Ordnungspolitische
Neuorientierung der
Krankenhausversorgung nach der
Konvergenzphase**

Eugen Münch
Aufsichtsratsvorsitzender
Rhön-Klinikum AG
Tel.: 097 71 / 651346
Fax: 097 71 / 651323
E-Mail: av@rhoen-klinikum-ag.com



Rhön-Klinikum AG
D-97616 Bad Neustadt/Saale
Tel.: 097 71 / 65-0 - Fax: 097 71 / 97467
E-mail: rka@rhoen-klinikum-ag.com
Homepage: www.rhoen-klinikum-ag.com

Stand 060707 1



Eine Variation des Themas

- Statt der Sicht „der“ Krankenhausträger spreche ich über die Sicht „eines“ Krankenhausträgers, nämlich der der Rhön-Klinikum AG.
- Die Trendanalyse und der Lösungsansatz greifen weit und sind die Basis langfristiger Unternehmensstrategie.
- Auf das Ende der Konvergenzphase reagieren wir – im Hinblick auf die Zukunft möchten wir agieren und gestalten.
- Durchsetzen wird sich in unbestimmter Zeit das System, welches allen Beteiligten, insbesondere den Bürgern und Patienten, am besten nützt.
- Auch die Politik ist nur ein abgeleitetes Machtsystem, das um so mehr beeinflusst wird, je mehr gute Alternativen sichtbar sind.

2



Behauptungen

- In der alternden reifen Industriegesellschaft wird Gesundheitsdienstleistung massenhaft nachgefragt und deshalb industriell in so genannten Netzwerk-Produktionen massenhaft produziert.
- Die Arbeitsteiligkeit der informationsgesteuerten Prozesse führt zu einem neuen Arztbild. Der Arzt wird entweder personenbezogener Berater und Betreuer sein oder innerhalb einer Prozesskette hoch differenzierte Spezialfunktionen ausführen oder als Systembetreuer Prozesssegmente quantitativ und qualitativ optimieren.
- Die Ausrichtung auf die Wünsche und Interessen der Bevölkerung als Nachfrager von Sicherheit und Bereitstellung, als Nachfrage von „Beschwerdeführern“, welche Lebensumstände und Lebensqualität verbessern wollen, und Kranken, die Heilung oder Nothilfe erwarten, wird wegen zunehmender Selbstbehalte, schwarzen und grauen Finanzierungen, drastisch zunehmen.

3



Ursachen der Veränderung

- Versorgung und Sicherheit statt Wartelisten und Bevormundung.
- Hüften statt Mopeds. – Die Alten brauchen die kurze Mobilität und deren Erwerb, Erhalt oder Verbesserung ist der Konsum des Alters.
- Wie lernen die Menschen, dass Konsum nie sozialisiert werden kann?
- Wie lernen die Dienstleister, dass ein Preis das Ergebnis von Angebot und Nachfrage – und nicht von staatlicher Planung – ist?
- Der bezahlten Nachfrage wird das Angebot folgen.

4



Leistungsnachfrage im Gesundheitswesen

- WAS wird von WEM nachgefragt?

Da Gesundheitsdienstleistung an vorinstallierte Systeme, die das Wissen der Menschheit beinhalten, und an komplexeste Technik sowie an konkrete Einzelausführung durch hoch qualifizierte Experten gebunden ist, gibt es zwei Arten von Nachfrage:

5



Formen der Nachfrage



Nachfrage als

- Vorhaltung im Sinne von Sicherheit für den Bedarfsfall, in welchem medizinische Leistung gebraucht wird. In Deutschland erfolgt bislang überwiegend die Bereitstellung dieser Dienstleistung vom Staat als ‚Daseinsvorsorge‘ (Es gibt ein betriebenes Krankenhaus oder die KV erfüllt den Sicherstellungsauftrag). Nachfrager sind i. d. Regel gesunde Bürger.
- Konkrete Nachfrage, z.B. elektive Gesundheitsdienstleistung (ein neues Knie, eine Krebsvorsorgeuntersuchung) oder als konkrete Notfallbehandlung. Nachfrager sind i. d. Regel Patienten und deren einweisende Ärzte.

6

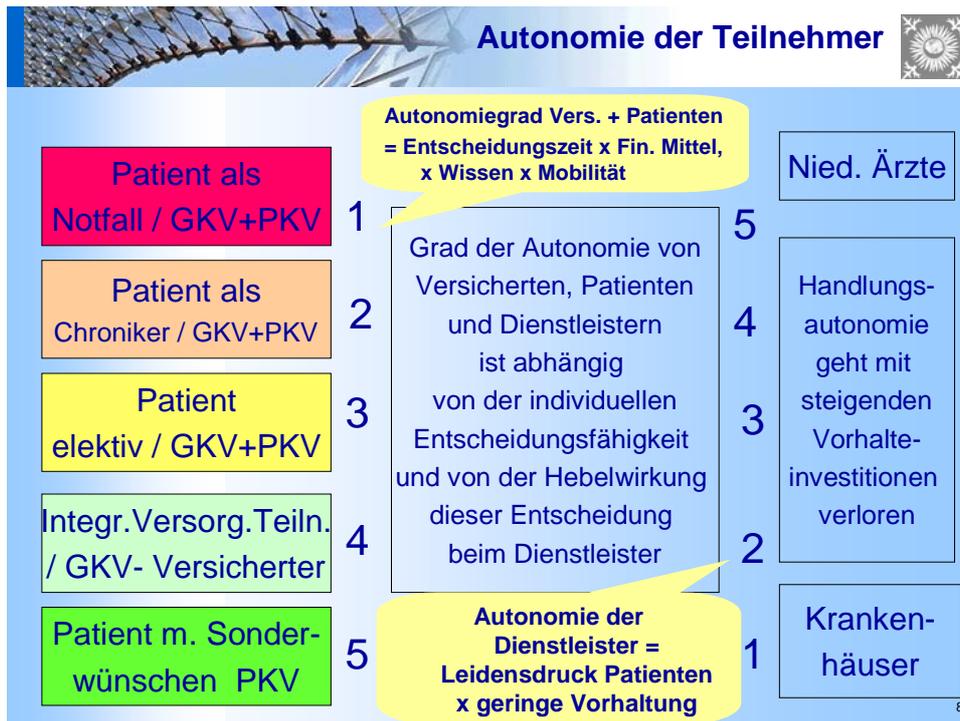


Autonomie der Marktteilnehmer



- Die Autonomie der Marktteilnehmer ist eine Bedingung für Leistung steigernden Wettbewerb im Markt!
- Frage: Gibt es Autonomie im Gesundheitsmarkt bzw. wie müsste sie erzeugt werden?

7



Mobilität erhöht die Autonomie

Mobilität besteht aus der tatsächlichen Wahlmöglichkeit und

- aus der **Bereitschaft und Fähigkeit,**
 - geografisch zu wandern,
 - Wissen (Informationen) mental zu nutzen.
- Steigendes Informationsangebot und steigendes Informationsbedürfnis führen zu höherer Mobilität und damit auch zu einer höheren Autonomie der Bevölkerung gegenüber den Leistungserbringern und induzieren damit den gewünschten Wettbewerb.

9



Steigende Vorhalte-Investitionen

- Der medizinische Fortschritt ist wesentlich technisch-naturwissenschaftlich getrieben; das bedeutet steigende Investitionen.
- Steigende private Vorhalteinvestitionen, die nicht staatlich rückgedeckt sind, führen im Verbund mit erhöhter Mobilität - somit Autonomie der Nachfrager - zu verstärktem Wettbewerb.
- Leistungsanbieter, deren Gesamtkosten mehr als 25% durch Investitionskosten belastet sind, verlieren mit jedem fehlenden Prozent Patienten ein Viertel Prozent ihres Gewinns. Wenn sie 10% Gewinn kalkuliert haben und eine Auslastung von 90% unterstellten, führt bereits eine 65%ige Auslastung dazu, dass sie keinen Gewinn erzielen. Tatsächlich geschieht dies sogar früher, da auch Personalkosten etc. (sprung-) fixe Kosten sind.

10



Patientenwanderung

Patientenwanderung am Beispiel einer Flachlandversorgung - eine Folge mangelnder Anpassungsinvestitionen.

Maximal-, Schwerpunkt-/	2003 56,5 %
Regelversorgung	1983 29,9 %
Grundversorgung	2003 43,5%
	1983 70,1 %

Bei kalkulatorischer Preisdifferenz von 30% zwischen Grundversorgung und der Regel-/Schwerpunktversorgung liegen die Zusatzaufwendungen bei mindestens 6,5 Mrd. € oder 10 – 15 % der Systemkosten.

11



Systemwandel

- Mangelnde qualitative und quantitative Anpassungsinvestitionen des Staates führen zu Ersatzinvestitionen durch nichtstaatliche Organisationen = Privatisierung der Daseinsvorsorge.
- Nicht erfolgte Investitionen des Staates sind unterlassene Daseinsvorsorge. – Es entsteht Nachfrage nach Bereitstellung und diese wird aus Gründen der entstehenden Entscheidungsautonomie eine neue Form von Wettbewerb erzeugen.
- Nach einer Phase der Privatisierung von Einzelleistungen wird es zunehmend Ersatzangebote auf privater Basis für Daseinsvorsorge, z. B. auf der Rechtsbasis der Integrierten Versorgung, als Beitrittsrecht geben.

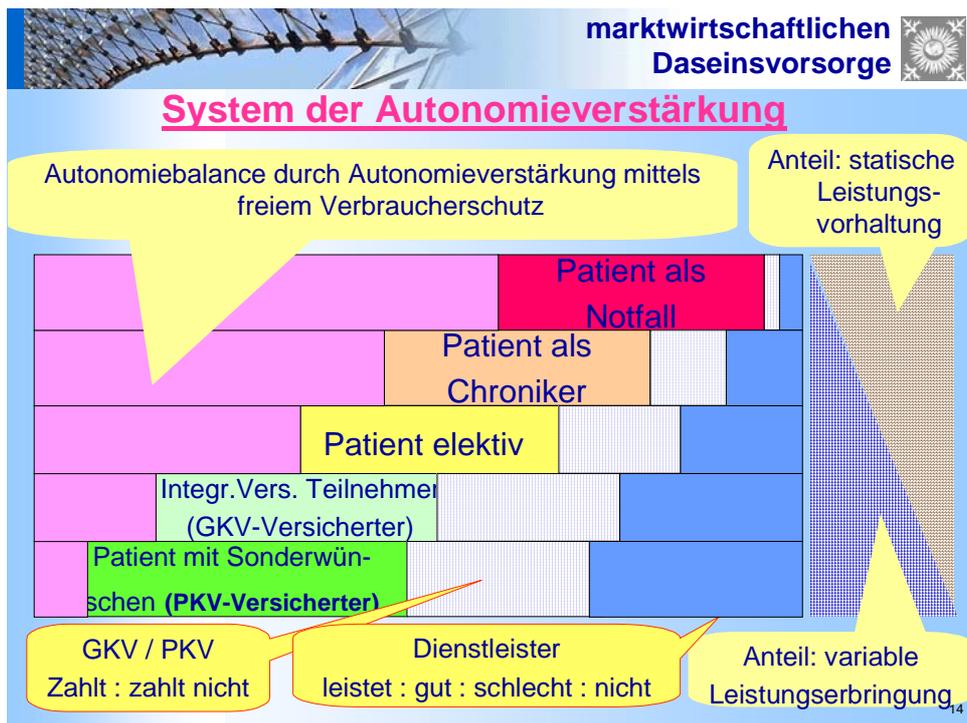
12



Wandel der Nachfrage

- Eine unveröffentlichte repräsentative Befragung der Rhön-Klinikum AG ergab auf die Fragen:
- **„Welche Wirkung hat der Preis einer Gesundheitsdienstleistung auf die Wahl des Krankenhauses?“** – antworteten 89 %: **keine.**
- **„Spielt der Preis eine wichtige Rolle bei der Wahl des Krankenhauses, wenn es eine Kostenbeteiligung gäbe?“** – antworteten über 86 % mit **ja.**
- **Fazit: Sobald den entstehenden Leistungs- und Vorhaltelücken ein Angebot folgt, wird der damit verbundene Preis Wettbewerb zeitigen.**

13



- Nachfrager selbstverantwortlich und autonom (1)** 
1. Allgemeine Versicherungspflicht
 2. Beitritt zu einer die Autonomie verstärkenden Verbraucherschutzorganisation bzw. Verbraucher-Gewerkschaft, die unabhängig und nur den Interessen der Mitglieder unterworfen ist und diese fast wie eine Rechtschutzversicherung stützt und qualifiziert informiert. – Zweitmeinungen anbietet und Patienteninteressen durchsetzt – 20 % informierter und gestärkter Nutzer reichen einen Markt herzustellen - **Gegenleistung Beitrag.**
 3. Pflichtbeitritt zu einer Krankenversicherung mit einem nach Einkommen gestuften prozentualen Selbstbehalt zur Steigerung der **Selbstverantwortung und Befeuerung des Wettbewerbs.**
- 15

**Nachfrager
selbstverantwortlich und autonom (2)**



4. Krankenkassen schließen für ihre Mitglieder mit Leistungserbringern Vollversorgungsverträge und diese organisieren sich in Netzwerken und Konzernen, die sowohl die Bereitstellung zusagen und absichern und ebenso die Leistung im Netzwerk organisieren.
5. Es gibt viele umfassende Netzwerke, deren Überlappung im Rahmen der Mobilität der eingeschriebenen Mitglieder Wettbewerb und Auswahlmöglichkeit mit Wettbewerb gewährleistet. Ziel: Wenn 20 % der Nutzer in 1 – 1,5 Stunden eine Alternative erreichen ist ein Markt hergestellt. (Fixkostenabhängigkeit der Anbieter!)
6. Einheitlich und gemeinsam werden nur noch Not- und Unfallbehandlung organisiert und vergütet.

16

**Beispiel eines Konzern-
Netzwerkanbieters**



- Jeder Bewohner in Deutschland findet in maximal 1 -1,5 Stunden Fahrtfernung km einen Anlaufpunkt – Gesundheitszentrum bestehend aus MVZ, Tele-Portal-Klinik oder Schwerpunkteinrichtung.
- Mit Hausärzten bestehen fakultativ Betreuungsverträge im Vorfeld stationärer, semistationärer und ambulanter (MVZ) Zentren. Die Vergütung für die Bereitstellung erfolgt über eine Service-Bereitstellungspauschale pro Kopf/ eingeschriebenes Mitglied. Die Vergütung für die konkrete Leistung erfolgt über weiter entwickelte DRGs.

17



EPA und der virtuelle Patient



Entscheidende Basis für rationelle Medizin: der virtuelle Patient

Der Staat muss sicherstellen, dass

- die Datenbasis des Bürgers in der Notfallnachfrage ebenso wie in präventiver Betreuung oder bei elektiven Leistungen - und vor allem in der Netzwerksteuerung - zum alles entscheidenden Steuerungselement und Serviceträger für die „Nutzerbindung“ werden kann.
- die Datennutzung privatwirtschaftlich organisiert werden kann, wobei die Autonomie des Einzelnen und auch der Schutz vor Datenmissbrauch durch Verbrauchergemeinschaften unterstützt und gewährleistet werden kann. Dann wäre es möglich, im Wettbewerb den Rationalisierungsvorteil als Anreiz weiter zu geben.

18



Neue Berufsbilder und Chancen für Ärzte



- Die Veränderung des Systems wird sehr entscheidend davon abhängen, ob die Ärzte darin eine tragende Rolle finden und ob diese Rolle ein neues Selbstverständnis ermöglicht und der Staat die Ausbildungsvoraussetzungen ermöglicht.
- Die rationalisierte Gesundheitsnetzwerk-Dienstleistung benötigt vier ärztliche Berufsausrichtungen mit eigenständigen Karrierechancen, denn ohne eine Perspektive, welche die Lücke zwischen Erwartung des Nachwuchses und der Realität schließt, wird die besondere Leistungsbereitschaft der Ärzte, die ein Gesundheitswesen braucht, nicht zu haben sein.

19



Neue Perspektiven für den Arzt

Die Zukunft gehört

- dem fachärztlichen Spezialisten mit hoher Fachautonomie angesiedelt im MVZ und eingebunden im klinischen Prozess;
- dem einem heutigen leitenden Arzt ähnlichen Spezialisten für Betriebs- und Prozessführung;
- dem universell ausgebildeten Arzt mit hohen kommunikativen Fähigkeiten zur direkten Betreuung und Begleitung der Patienten im Prozess;
- dem Beratungsspezialisten, eventuell ein ehemaliger Facharzt für die Beratung und Zweitmeinung zur Stützung der Systemnutzer.

20



Fazit

- Die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser werden immer 5 eher 10 Jahre hinter den Trendsettern dem Versorgungsanspruch der Nutzer = Bürger = Wähler = Politikausrichtern folgen, weil Politik längst nicht mehr gestaltend sondern reaktiv ist.
- Die Generallinie der Entwicklung wird nachdem die Marktöffnung begonnen hat von steigender Autonomie der verstärkt zahlenden Nutzer (Patienten und Versicherte) getragen, weil „wer zahlt schafft an“.
- Dabei gibt es zwei Trends:
 - A) Ausgrenzung und Leistung nur für Zahlungskräftige = amerikanischer Weg
 - B) Getragen von Anbietern, die misch-kalkulativ, höhere Mengen (Leistung für alle) mit den Produktionstechnischen vorteilen und niedrigeren „Stückkosten“ anbieten und durchsetzen.
- Das Credo der Rhön-Klinikum AG und ihre Daseinsberechtigung ist die Alternative B mit der Flächen- und Massenvollversorgung

21



Ich danke für Ihre
Aufmerksamkeit
Jetzt sind Sie gefordert

22

ANHANG

Programm

- 9.00 **Eröffnung**
Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München
- 9.10 **Grußworte**
Prof. Dr. Merith Niehuss
Präsidentin
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**
Dr. Joachim Schnell
Vorstandsvorsitzender
der B. Braun-Stiftung, Melsungen
- 9.45 **Einführung in die Thematik**
Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München
- 10.00 **Politischer Auftakt**
Staatsministerin Christa Stewens
Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und
Frauen
- 10.30 **Europäische Perspektive:
Krankenhausfinanzierung in der Schweiz**
Dr. Max Lenz
Geschäftsführer
LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG

- 11.00 **Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenkassen**
Dr. Werner Gerdemann
Vorstandsvorsitzender VdAK
- 11.30 **Diskussion** mit dem Auditorium
(Leitung: *Prof. Dr. G. Neubauer*)
- 12.00 **Pause**
- 12.30 **Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte**
Prof. Dr. Hartwig Bauer
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 13.00 **Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht des Krankenhausmanagements**
Eugen Münch
Aufsichtsratsvorsitzender Rhön-Klinikum AG
- 13.30 **Diskussion** mit dem Auditorium
(Leitung: *Prof. Dr. G. Neubauer*)
- 14.00 **Mittagessen**