

IGW kontrovers

Qualität als Richtschnur der Krankenhausreform

Zu viele, zu wenige oder falsch verteilt? Über die richtige Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland wird seit Jahren gestritten. Kein Wunder, schließlich ist die heutige Krankenhausplanung weder zeit- noch bedarfsgerecht. Die Große Koalition hat daher die Krankenhausreform zum Megathema dieser Legislaturperiode erklärt. Seit Monaten erarbeitet eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Eckpunkte dieser längst überfälligen Reform, bis Jahresende sollen sie stehen. Gut so!

Zwei Dinge sind dabei wichtig. Es geht nicht einfach nur darum, Krankenhäuser zu schließen, und es darf auch nicht dazu kommen, dass die Krankenhäuser am Ende pauschal nur mehr Geld erhalten. Ziel muss der konsequent restrukturierte Krankensektor sein, ausgerichtet an der Qualität der Versorgung. Schließlich ist gerade die Qualität in den Kliniken deutlich unterschiedlich. Das belegen zahlreiche Studien, die aber bei einigen Funktionären nicht gerade beliebt sind. Nötig sind die Qualitätsnachweise in jedem Fall. Denn warum sollten Leistungen an Patienten erbracht und durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, die schlechter als gefordert und möglich sind?

Im Mittelpunkt müssen immer die Sicherheit und der medizinische Bedarf der Patienten stehen. Dazu gehört auch, dass Leistungen aus stationären Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, in besser qualifizierte Krankenhäuser verlagert werden. Wenn sich die Krankenhäuser in Deutschland stärker spezialisieren, bedeutet dies gleichzeitig, dass nicht alle Kliniken erhalten werden können. Deutschland hat im internationalen Vergleich eine

sehr hohe Krankenhausdichte mit einer teilweise geringen Bettenauslastung, sodass nicht alle Betten für die Versorgung notwendig sind.

Um jedoch Missverständnissen vorzubeugen: Die Versorgung in der Fläche ist durch diese Pläne nicht gefährdet. Kleinere Krankenhäuser auf dem Land sind für die Sicherstellung der Grund- und Regelversorgung notwendig. Dazu sollten die heutigen Krankenhäuser zu ambulant-stationären Versorgungseinrichtungen umgebaut werden, mit weniger akut-stationären Betten und einem breiteren



ZU VIELE KRANKENHÄUSER?!

PRO

Dr. Christoph Straub,
Vorstandsvorsitzender der GEK, Berlin



» Fortsetzung auf Seite 2

Warum nicht mal ein Konkurs?

Wenn in der Gießkanne Jahr für Jahr weniger Wasser ist, verdursten im Beet irgendwann alle Blumen, es sei denn, auch ihre Anzahl nimmt ab. Ähnlich ist es mit den Krankenhäusern. Seit Jahren sinken real die Preise pro Fall. Hintergrund dafür ist, dass alle Kliniken die aufgehende Schere zwischen Erlös- und Kostenentwicklung durch immer mehr Leistungen auszugleichen versuchen. Zudem müssen sie ständig wachsende Anteile ihrer Investitionsfinanzierung über die Leistungsentgelte bestreiten, weil die Länder zunehmend schwächeln. Die Vorlage tieferer Jahresabschlüsse ist deshalb auch keine Seltenheit mehr. Da trifft es sich gut, dass wir wegen der kürzeren Verweildauern ein deutliches Überangebot an stationären Leistungen haben. Es ist also viel Luft für Kapazitätsanpassungen im System. Verständlicherweise melden sich aber freiwillig keine Landräte, die »ihre« Kliniken zur Schließung anbieten. Deshalb muss das der Wettbewerb richten. Die Anzeichen für eine solche Entwicklung sind schon deutlich zu erkennen. Während sich bisher für jedes kränkelnde Kreiskrankenhaus ein privater

Käufer fand, ist das heute nicht mehr der Fall. Das Angebot ist vielfältig, und so mancher Investor hat sich in der Vergangenheit an Ladenhütern die Finger verbrannt.

Nun kostet allerdings die Schließung einer Klinik unabhängig vom politischen Ärger wegen der weiterwirkenden Verpflichtungen eine ganze Stange Geld. Da kann es kurzfristig für einen öffentlichen Gesellschafter bequemer sein, mit Zuschüssen aus der Stadtkasse noch ein wenig »weiterzuschüteln«. Hier würden ein Insolvenzverfahren oder auch eine »Abwrackprämie« Abhilfe schaffen. Wenn alle überflüssigen Krankenhäuser vom Markt verschwinden, haben die restlichen deutlich bessere Überlebenschancen. Kliniken, die zu den Erfolgreicheren gehören wollen, müssen künftig die modernen Methoden und Technologien, die in anderen Branchen längst gang und gäbe sind, nutzen und den Workflow von Handbetrieb auf Automatik umstellen. Wer den Mut dazu bringt, braucht den Konkurs nicht zu fürchten.

Prof. Heinz Lohmann, Vorsitzender der
INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V., Hamburg



Editorial

Spektrum an ambulanter Versorgung und Pflege. Bei planbaren Krankenhausleistungen gilt jedoch: Nicht jeder Krankenhausarzt muss jede noch so komplizierte Knie- oder Herzoperation durchführen können. Medizinisches Können ist heute selbst innerhalb eines Fachgebiets so differenziert, dass mehr Spezialisierung und die Konzentration von Leistungen zwingend sind. Nur wenn wir konsequent darauf setzen, kann die Qualität in der Versorgung insgesamt wachsen. Und diese sollte künftig darüber entscheiden, wo und in welchem Umfang Leistungen erbracht werden.

Es geht also nicht darum, Krankenhausbetten ohne Rücksicht auf die Region einfach wegzurationalisieren. Vielmehr geht es immer um vernünftige Alternativen. Mit einem Investitionsfonds wäre es möglich, nicht notwendige Krankenhausabteilungen oder -häuser zum Beispiel in Pflegeeinrichtungen umzuwandeln. Dieser Fonds ist in jedem Fall der richtige Weg, um Überkapazitäten bei den Krankenhausbetten abzubauen. Allerdings muss sichergestellt werden, dass sich die Bundesländer daran finanziell angemessen beteiligen.

Der Krankenhausmarkt ist in Bewegung und braucht Unterstützung

Die Analyse des Spitzenverbandes der Krankenkassen zu Marktaustritten von Krankenhäusern im Zeitraum von 2003 bis 2013 bestätigt, dass im Krankenhauswesen sehr intensive Strukturanpassungen stattfinden. Denn hinter allen geschlossenen bzw. nicht selbstständig weitergeführten Krankenhäusern stehen in einem evolutionären Prozess erfolgte Kapazitäts- und Leistungsanpassungen an den konkreten örtlichen Bedarf. Entgegen der vom GKV-Spitzenverband genannten 15 Kliniken sind in Nordrhein-Westfalen seit 2003 sogar 32 Standorte (22 Krankenhäuser und 10 Betriebsstätten) geschlossen worden. Davon sind fünf Krankenhäuser insolvent gegangen.

Ja, in Ballungszentren wie im Rheinland oder im Ruhrgebiet gibt es eine dichte Krankenhausversorgung. Ja, nicht jedes kleinere Krankenhaus muss das komplette Leistungsspektrum komplizierter Behandlungen durchführen. Ja, die Krankenhäuser stellen sich diesem Thema intensiv und setzen aktuell den neuen »Krankenhausplan NRW 2015« mit einem Abbau von rund 10.000 Betten in den Regionen um. Und nein, einer ehrlichen Debatte um Angebote und Standorte verschließt sich niemand.

Wenn allerdings nur pauschal behauptet wird, dass wir zu viele Krankenhäuser haben, dann erwarten wir auch den Mut, den Bürgern und Mitarbeitern vor Ort den subjektiv für überflüssig empfundenen Standort zu nennen. Mit Rufen nach radikalen Krankenhausschließungen bringt man nur zum Ausdruck, dass das Ziel Kostensenkung ohne Rücksicht ist und nicht die medizinische Versorgung der Menschen in den Regionen. Ein finanzielles Austrocknen der Krankenhausversorgung ist dabei der falsche Weg und gefährdet nur dringend benötigte Strukturen.

Wir sollten die Anpassung der Krankenhauskapazitäten wie bisher mit Augenmaß evolutionär betreiben. Insgesamt sollten jetzt keine Kapazitäten abgebaut werden, die man später mühsam wieder aufbauen muss. Unsere niederländischen Nachbarn bauen übrigens seit 2006 Bettenkapazitäten auf, um Wartezeiten und den demografischen Wandel einigmaßen in den Griff zu bekommen.

Der Blick auf die Betten- und Belegungsstatistik allein wird den Anforderungen für eine patientengerechte Versorgung nicht gerecht. Die Belegung in den Krankenhäusern unterliegt saisonalen Schwankungen. Für unerwartete Ereignisse benötigen wir die Vorhaltung von Betten, um z. B. bei Epidemien oder Unglücksfällen Kapazitäten für die Versorgung der Patienten zu haben. Krankenhäuser müssen in der

ZU VIELE KRANKENHÄUSER?!

CONTRA

Matthias Blum,
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW



Lage sein, Spitzen durch plötzliche Ereignisse abzufangen. Sie sind Teil der Daseinsvorsorge. Die Feuerwehr hat auch keine hundertprozentige Auslastung, und dennoch stellt niemand ihre Vorhaltung infrage.

Unstrittig ist mittlerweile auch die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser bei der Investitionsfinanzierung. Bekannt ist auch, dass die Länderhaushalte ab 2020 unter dem Druck der Schuldenbremse stehen werden. Wir brauchen deshalb den Schulterschluss von Bund und Ländern für eine faire und nachhaltige Lösung. Die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser muss stabilisiert werden, und die Investitionsmittel für die Kliniken sind deutlich aufzustocken. In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform muss Konsens über die gemeinsame Verantwortung für die Zukunftssicherung der Krankenhäuser hergestellt werden. Dazu gehört insbesondere auch eine Beteiligung des Bundes am investiven Mehrbedarf in Höhe von mindestens 3 Milliarden Euro.

Flankierend wäre eine finanzielle Unterstützung für Strukturanpassungen sicher hilfreich. Die im Entwurf des Koalitionsvertrages genannten 500 Millionen Euro dürften allerdings nicht ausreichen. Ein Strukturfonds darf auf keinen Fall die einzige Maßnahme bleiben, denn dann wäre es nur eine Scheinoperation, die den wirklichen Herausforderungen nicht gerecht wird. Nicht mehr zeitgemäße Gebäude und veraltete Geräte müssen dringend modernisiert werden. Dies darf nicht zulasten des Personalbudgets erfolgen.

Systempartnerschaften – bisher nur Leuchttürme, zukünftig hoffentlich flächendeckend!

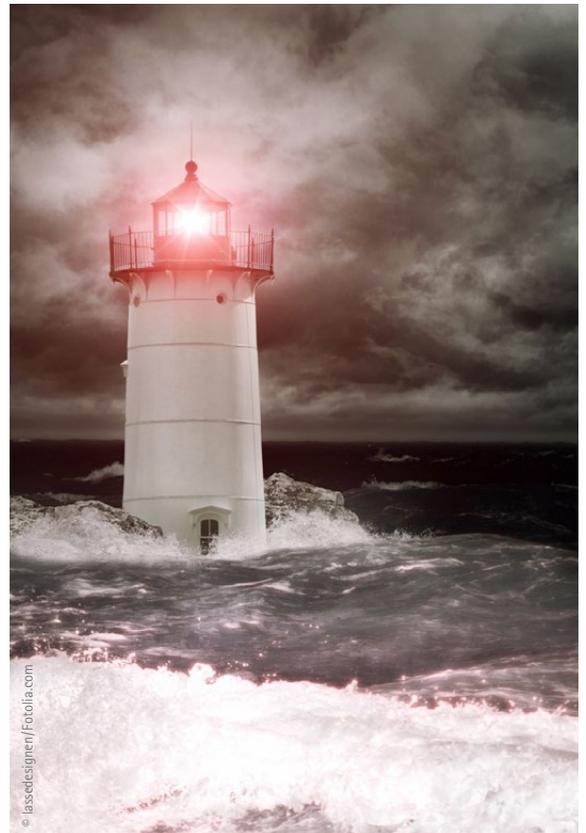
Das komplexe Ziel – bestmögliche medizinische Versorgung bei gleichzeitig sinkenden Kosten – fordert von allen Beteiligten neues Denken und belastbare Vertrauensgrundlagen.

Dazu ist es unabdingbar, die eigenen Komfortzonen zu verlassen und partnerschaftliche Lösungen mit innovativen Geschäftsmodellen anzustreben. Die in der Gesundheitswirtschaft Verantwortlichen müssen Berührungspunkte gegenüber industriellen Partnern abbauen und es zulassen, dass sich ein Dritter an der Wertschöpfungskette beteiligt. Erfolgskritisch ist dabei eine detaillierte Beschreibung des gemeinsam zu organisierenden Prozesses, der idealerweise an der Patientenversorgung orientiert ist.

Gesundheitseinrichtungen haben im letzten Jahrzehnt enorme Anstrengungen unternommen, Einsparungen in allen Bereichen zu erzielen. Es sei dabei kritisch angemerkt, dass dies von vielen mit traditionellen Maßnahmen umgesetzt wurde. Personal- und Sachkosten wurden oftmals getrennt betrachtet. Die Gesamtkostenbetrachtung einer Patienten-, Reha- oder Pflegeversorgung war eher die Ausnahme.

Laut einer aktuellen Studie des IGES-Instituts fällt die jährliche Steigerung der Produktivität in der Gesundheitswirtschaft mit 0,7 Prozent im Vergleich zur Gesamtwirtschaft mit 1,5 Prozent bisher gering aus. Krankenhäuser sind davon besonders betroffen. Es sind in Zukunft »dicke Bretter zu bohren«, also Behandlungspfade großflächig zu etablieren und die Effizienz von Prozessen zu erhöhen. Funktionsdenken muss einem konsequenten Prozessdenken weichen.

Dann sollte es möglich sein vorurteilsfrei externe Partner in die Wertschöpfungskette zu integrieren. Für Infrastruktur und Ausstattung, die häufig aufgrund von fehlenden



Investitionsmitteln veraltet sind, sollte nach Zukunftsmodellen unter Einbeziehung externer Anbieter Ausschau gehalten werden. Moderne Strukturen verbessern Qualität und Wirtschaftlichkeit meist im Gleichschritt.

Die Einrichtung der Gesundheitswirtschaft konzentriert sich auf den medizinischen Kernprozess, der Dienstleister, beispielsweise der Kooperationspartner, trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der Leistungsnotwendigkeiten innerhalb des Kernprozesses.

Anton J. Schmidt, Vorstandsvorsitzender der
P.E.G. Einkaufs- und Betriebsgenossenschaft eG, München



Die Initiative Gesundheitswirtschaft (IGW) – nun auch in den sozialen Netzwerken aktiv

Noch vor dem Gesundheitswirtschaftskongress ist der Startschuss für die neuen Social-Media-Aktivitäten der IGW gefallen. Der Verband informiert ab sofort auch über eine eigene Facebook-Seite, über Google+ und Twitter, ein Blog ist in Planung. Damit macht der Verband deutlich, dass er sich dem digitalen Wandel nicht nur nicht verschließt. Vielmehr nutzt er die Möglichkeiten der sozialen Netzwerke, um nun auch online in Dialog zu treten. Ob es um Fragen der Personalbeschaffung, der Krisenkommunikation, der Marken- oder Netzwerkpfege geht: Die sozialen Medien »sind gekommen, um zu bleiben«.

Silke Schippmann, dialog artists, Hamburg



**Der 7. ÖSTERREICHISCHE
GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS
findet am 11. März 2015 in Wien statt.**

Es werden zu diesem wichtigsten
Branchentreffen wiederum rund
400 Unternehmer und Manager erwartet.

Nähere Informationen unter:

www.oegwk.at

Hier ist auch jederzeit die Anmeldung möglich.

Deutsche Gesundheitsregionen wollen Aktivposten für Innovationsfonds werden

Die Bundesregierung beabsichtigt, innovative und nachhaltig integrierte Versorgungsformen zu stärken. Dazu ist ein Innovationsfonds vorgesehen, der mit Mitteln in Höhe von 300 Millionen Euro jährlich ausgestattet werden soll.

Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) ist der größte Zusammenschluss regionaler Gesundheitsinitiativen und verfügt über einen guten Überblick über bereits heute arbeitende innovative Versorgungsformen. »Deshalb begrüßt das NDGR den geplanten Innovationsfonds. Regionen sind Inkubatoren für Innovationen. Daher erwarten wir durch den Innovationsfonds einen kräftigen Schub für eine bessere Versorgung und sind bereit, an der Ausgestaltung mitzuwirken«, so Professor Josef Hilbert, Vorsitzender des NDGR.

Gesundheitsregionen: Schon heute ein starkes Stück Versorgungsinnovation

Gesundheitsregionen arbeiten daran, die Grenzen der versäulten Versorgung zu überwinden. Die Zusammenarbeit bei der Versorgung ist eine notwendige Voraussetzung für patientennahe Innovationen. Initiatoren und engagierte



Akteure vor Ort sind notwendig, damit Zusammenarbeit gelingt. Hierfür engagieren sich regionale Gesundheitsinitiativen mit hoher Professionalität.

Als Beispiel für wegweisende Versorgungslösungen ist vor allem die Region »Gesundes Kinzigtal« bekannt. Aber auch anderswo werden innovative Wege realisiert:

In Köln-Bonn und in Lippe etwa wurden geriatrische Versorgungsverbände aufgebaut, in Dortmund und Frankfurt am Main arbeiten Seniorenbüros im Quartiersmanagement, Hamburg kümmert sich um das Thema psychische Gesundheit, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern bündeln Know-how in den Initiativen WAGT (»Wohnen, Alter, Gesundheit, Technik«) bzw. »Wohnen und Alter«, und Baden-Württemberg schlägt Brücken zwischen Technik und sozialen Dienstleistungen. Im Ruhrgebiet ebenso wie in Dresden, Weser-Ems, Braunschweig, Berlin-Brandenburg oder Schleswig-Holstein konnten Fortschritte bei der Nutzung von E-Health für die »Vernetzte Versorgung« erzielt werden.

Gesundheitsregionen: Partner für Innovationsfonds

Das NDGR bündelt Wissen für vernetzte Versorgung, und seine Mitglieder können die Infrastruktur bei der Planung und Umsetzung wegweisender Innovationen werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen die Notwendigkeit, aber auch die Machbarkeit neuer Wege. Im Normalbetrieb spielen sektorübergreifende Konzepte allerdings nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Es fehlen nicht nur finanzielle Anreize, sondern auch inhaltliche und organisatorische Kompetenzen sowie fachlich engagierte Mitstreiter.

Wegweisende neue Ansätze können nicht zentral realisiert werden. Für ein Gelingen sind lokale Akteure entscheidend. Gesundheitsregionen kennen die Motivation der Akteure vor Ort und die Erfolgsfaktoren für ihre Zusammenarbeit. Deshalb können sie und ihr Netzwerk zum Erfolg des Innovationsfonds beitragen, etwa durch Mitwirkung bei der Konzeption desselben, aber auch bei der Realisierung anspruchsvoller Vorhaben. Für großflächige Projekte kann die Zusammenarbeit mehrerer Gesundheitsregionen eine Perspektive bieten.

Uwe Bochers, Prof. Dr. Josef Hilbert, Dr. Petra Rambow-Bertram, Sabine RöBig, Vorstandmitglieder des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e.V., Berlin
Dr. Maren Grautmann, Geschäftsstelle NDGR e.V., Berlin

Parlamentarischer Abend
»Gesundheitsregionen für Innovationsfonds«
 Zu den Planungen für einen Innovationsfonds Gesundheit und zur Rolle von Gesundheitsregionen bei dessen Realisierung veranstaltet das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. Anfang Dezember 2014 einen parlamentarischen Abend in Berlin.

Details zum Programm in Kürze auf www.ndgr.de