

**Gesetzliche Rahmenbedingungen und Trends für
Gesundheit und Pflege
Entwicklung neuer Modelle durch strategische Kooperation**

Vortrag von Hermann-Josef Arentz auf der ehome am
15.10.2008

Ausgangslage

Seit 30 Jahren stellt sich die Gesundheitspolitik in Deutschland als Dauerreformbaustelle dar. Mehrere „Jahrhundertreformen“ und viele Reformen und Reförmchen prasselten in nur 30 Jahren auf Leistungserbringer und Patienten ein. Oft wurde die nächste Reform beschlossen, bevor die letzte überhaupt wirken konnte. Das Kernmotiv aller Reformen war stets der Versuch, den Anstieg der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stoppen, um die Unternehmen der gesamten Wirtschaft nicht mit ständig steigenden Lohnnebenkosten zu belasten. Es ging also bei allen Reformen in erster Linie nicht um eine bessere Versorgung der Patienten oder um eine optimale Organisation des Gesundheitswesens, sondern vorrangig immer um den Versuch der Ausgabenbegrenzung. In der Sprache der Politik hieß das:

Die Explosion der Kosten im Gesundheitswesen muss gestoppt werden!

Sieht man sich die tatsächliche Entwicklung der Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahrzehnten an, kann von einer „Kostenexplosion“ aber keine Rede sein. Der Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt liegt seit Jahrzehnten bei 6 bis 7 Prozent. Kräftig gestiegen sind allerdings die Beitragssätze der GKV: von 7 Prozent Anfang der 70iger Jahre auf 14,9 Prozent in diesem Jahr.

Die Ursache dieser Entwicklung

Die Ursache dieser Entwicklung allerdings ist nicht die behauptete „Kostenexplosion“, sondern das Schrumpfen der Bemessungsgrundlage der Beiträge. Dahinter verbirgt sich der Rückgang der Lohnquote, die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze und der Anstieg der nicht sozialversicherungspflichtigen Einkommen. Hinzu kommen zahlreiche Verschiebepunkte zu Lasten der GKV in den vergangenen Jahrzehnten.

Die Ergebnisse dieser Politik liegen auf der Hand:

1. Der wirtschaftliche Druck auf alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist extrem gestiegen.
2. Die Wachstumschancen, die die Gesundheitswirtschaft bietet, werden nur unzureichend ausgeschöpft.
3. Die Heilungschancen, die die moderne Medizin bietet, werden heute aus Kostengründen immer mehr Patienten vorenthalten. Die schleichende Rationierung von Gesundheitsleistungen ist keine Gefahr der Zukunft, sondern heute bereits Realität.

Die Perspektiven: Die politischen Perspektiven (I)

Der finanzielle Druck auf das Gesundheitswesen wird tendenziell weiter zunehmen. Daran ändern auch kurzfristige Entlastungsmaßnahmen wie die Erhöhung des Honorarvolumens für die niedergelassenen Ärzte und die Diskussionen um eine bessere Finanzausstattung der Krankenhäuser nichts.

Tatsache ist: So lange die Ausschöpfung der Wachstumschancen der Gesundheitswirtschaft die Wachstumschancen aller übrigen Wirtschaftssektoren durch steigende Lohnnebenkosten beeinträchtigt, bleibt das Spardiktat über dem deutschen Gesundheitswesen erhalten.

Die Konsequenz ist eindeutig: Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung muss wenigstens schrittweise – besser aber vollständig – von den Löhnen entkoppelt werden. Nur dadurch lassen sich die humanen und wirtschaftlichen Chancen des Gesundheitswesens voll nutzen ohne gleichzeitig nachteilige Folgen für andere Wirtschaftszweige und ihre Arbeitsplätze zu bewirken.

Die Perspektiven: Die politischen Perspektiven (II)

Von diesem Ziel sind wir in der Realität noch weit entfernt. Deshalb wird der finanzielle und wirtschaftliche Druck auf die Leistungserbringer weiter zunehmen:

- Durch die Einführung des Gesundheitsfonds, der alle Krankenkassen zwingen wird, ihre Leistungen restriktiv zu gestalten, um nicht als eine der ersten Kassen den „mitgliedervertreibenden“ Zusatzbeitrag erheben zu müssen
- Durch die jahrelange Unterfinanzierung der Krankenhäuser im investiven Bereich, der ihnen oftmals die Möglichkeit nimmt, ihre Abläufe und Prozesse durch Investitionen wirtschaftlicher zu gestalten
- Durch steigende Lohn- und Energiekosten, die nicht durch das GKV-System refinanziert werden.

Nach einer Studie von den Krankenhausratingspezialisten von RWI und admed steigt der Anteil der Krankenhäuser, die Verluste erwirtschaften, von 22,9 Prozent 2006 auf 51,6 Prozent im laufenden Jahr an. Und die von den Krankenkassen und großen Teilen der Politik unter dem Stichwort „Mehr Wettbewerb“ befürwortete Möglichkeit zu selektiven Vertragsabschlüssen wird den wirtschaftlichen Druck auf viele Krankenhäuser weiter erhöhen.

Die Perspektiven: Die medizinische Perspektive

Allein auf Grund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass künftig mehr ältere und multimorbide Menschen Leistungen des Gesundheitswesens benötigen und nachfragen werden.

Durch den Einsatz moderner Medizin und neuer Behandlungsmethoden, aufgrund verbesserter Arbeits- und Lebensbedingungen, aufgrund weiter sinkender Säuglingssterblichkeit wird die Lebenserwartung der Menschen weiter steigen. Dank der Fortschritte der Medizin werden wir alle in Zukunft mehr Krankheiten „erleben“.

Schließlich werden neue Krankheitsbilder auftreten, die bisher keine oder nur eine unbedeutende Rolle gespielt haben. Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit sind HIV und SARS.

Eine weitere Entwicklung ist zu berücksichtigen: In der Vergangenheit stand die Versorgung von somatischen Akut- und Notfällen im Vordergrund. Auf diese Versorgung war die ganze Struktur in den Arztpraxen, Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen ausgerichtet. Aufgrund der Veränderungen des Patientenlientels ist aber zu erwarten, dass in Zukunft die Versorgung chronischer Erkrankungen zunehmen wird. Die Behandlung chronisch verlaufender Erkrankungen erfordert aber ein anderes Management. Sie erfordern andere wissenschaftliche Grundlagen, einen anderen Umgang mit der Patientenkarriere. Sie erfordern andere Leitbilder und Konzepte. Der Arzt muss nicht primär somatische Prozesse beherrschen, nicht mehr „Feuerwehrmann“ sein. Er muss vielmehr wie ein Gärtner den Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung unterstützen, beim Leben lernen mit einer chronischen Schädigung, beim Wiedergewinnen von seelischen Gleichgewicht und positivem Selbstbild, bei der Normalisierung des Alltags in Familie und Arbeitswelt.

Ausgangsthese und Strategie Kooperationen

Die These

Die medizinischen, politischen und finanziellen Herausforderungen der nächsten Jahre werden nur die Leistungsanbieter mit Erfolg bestehen

- die zu strategischen Kooperationen – und zwar horizontal und vertikal – fähig und bereit sind
- und die diese Prozesse mit modernster Informationstechnologie managen

Formen strategischer Kooperationen

In den letzten Jahren haben sich unterschiedliche Formen strategischer Kooperationen entwickelt. Betrachten wir allerdings das Gesundheitswesen als Ganzes, sind das immer noch die Ausnahmen, nicht die Regel. Und genau hier wird in den kommenden Jahren eine umfassende Weiterentwicklung stattfinden müssen. So häufig, wie heute von strategischen Kooperationen geredet wird, werden sie morgen praktiziert werden müssen, wenn die Akteure aller Zweige des Gesundheitswesens die anstehenden qualitativen, versorgungspolitischen und finanziellen Herausforderungen bestehen wollen.

Die wichtigsten Formen strategischer Kooperationen sind heute:

- Trägerverbände
- Prozessbasierte Verbundstrukturen
- Diagnosebasierte Verbundstrukturen
- Strategische Kooperationen mit Partnern aus anderen Wirtschaftssektoren

Strategie Kooperationen: Trägerverbände

Trägerverbände gibt es als private Klinikketten, die einen steigenden Marktanteil aufweisen, aber zunehmen auch bei Krankenhäusern in kirchlicher und kommunaler Trägerschaft.

Den Trägerverbänden liegt die richtige Erkenntnis zugrunde, dass in Zukunft nicht mehr jedes alles machen muss. Trägerverbände bedeuten in der Regel, dass sich einzelne Häuser auf bestimmte Leistungen spezialisieren. Damit sind höhere Fallzahlen verbunden, was sich sowohl auf die Kostenstruktur als auch auf die Qualität der erbrachten Leistungen positiv auswirkt.

Weitere Vorteile von Trägerverbänden liegen in der Möglichkeit, Aus- und Weiterbildung im Verbund gemeinsam und besser gestalten zu können, in gemeinsamer Personalführung und –nutzung, in gemeinsamer Verwaltung und Planung. Auch die Einkaufsmacht von Trägerverbänden darf nicht unterschätzt werden und stellt einen spürbaren wirtschaftlichen Vorteil dar.

Wenn Trägerverbände regionale Schwerpunkte bilden, bieten sie darüber hinaus bedeutende wirtschaftliche Einsparpotentiale durch die gemeinsame Erledigung von Aufgaben wie facility management, Küche, Wäsche, Krankenhausapotheke, Sterilisation etc.

Strategie Kooperationen: Prozessbasierte Verbundstrukturen

Das Ziel prozessbasierter Verbundstrukturen ist die Optimierung des Versorgungsprozesses durch integrierte Versorgung. Tatsache ist, dass eine entscheidende Ursache für medizinische Versorgungsprobleme und Unwirtschaftlichkeit in der Vergangenheit die starren Grenzen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren waren. Die rechtlichen und finanziellen Grenzen zwischen der ambulanten Versorgung, der stationären Akutversorgung, der Rehabilitation und der Pflege wirkten wie die chinesische Mauer – eine unüberwindliche Hürde zu Lasten der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit.

In den letzten 100 Jahren deutscher Gesundheitsgeschichte gab es davon nur zwei Ausnahmen:

- a) in der früheren DDR die Polikliniken, die die Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung überbrückten und die heute – sozusagen ideologisch reingewaschen und damit unverdächtig – als Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ihre Wiederauferstehung feiern
- b) die knappschaftliche Versicherung der Bergleute, die seit ihrer Gründung im 19. Jahrhundert unter dem Dach der Krankenversicherung Krankenhäuser, niedergelassene Arztpraxen und Rehabilitationseinrichtungen bereitstellte und betrieb. Damit ist die Knappschaft ein ganz frühes und nachweislich erfolgreiches Musterbeispiel integrierter Versorgung und ein ganz frühes Modell der Health Maintenance Organisation (HMO).

In Zukunft werden die prozessbasierten Verbundstrukturen mit Sicherheit ergänzt werden durch Portalkliniken, Ärztehäuser und MVZs sowie Einrichtungen der Pflege und des altengerechten Wohnens. Bei Nutzung fortschrittlicher Informationstechnologie, insbesondere der elektronischen Patientenakte, bieten diese Verbundstrukturen große Chancen zur Erhöhung der Versorgungsqualität, Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen und Fehlbehandlungen sowie deutlich gesteigerter Wirtschaftlichkeit. Prozessbasierte Verbundstrukturen zeigen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit auch im Gesundheitswesen kein Widerspruch sein müssen.

Strategie Kooperationen: Diagnosebasierte Verbundstrukturen

Diagnosebasierte Verbundstrukturen führen zu höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Spezialisierung von Kliniken auf wenige Leistungen. Solche Verbundstrukturen sind innerhalb von Trägerverbänden möglich und auch oft schon praktiziert. Sie können aber genauso geschaffen werden in einem regionalen Rahmen zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger. Das ist allerdings heute noch eine große Ausnahme, weil oft eine kurzsichtige Interpretation von Trägerinteressen diese Kooperationsform blockiert. Die hier mögliche win-win-Situation für alle Beteiligten wird deshalb von den Verantwortlichen in der Regel nicht genutzt.

Mittelfristig werden regionale diagnosebasierte Verbundstrukturen von Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft ein entscheidendes Instrument sein, damit Krankenhäuser in einer Region mit Krankenkassen auch nach Zulassung selektiver Vertragsformen auf gleicher Augenhöhe verhandeln können.

Strategie Kooperationen mit Partnern anderer Wirtschaftssektoren

Strategische Kooperationen mit Partnern aus anderen Wirtschaftsbereichen sind heute noch selten –auch sie werden morgen, nicht nur im Krankenhaus, der Normalfall sein.

Für Kooperationen kommen dabei besonders in Betracht:

- Industriepartner, die medizinische Geräte herstellen
- Dienstleister, die einen immer größeren Teil der Leistungen erbringen werden, die nicht direkt medizinischer Natur sind
- ppp-Partner, die durch leasing, sale and lease back Modelle oder durch die Finanzierung von Investitionskosten sowohl für den stationären wie für den ambulanten Bereich immer wichtiger werden
- Unternehmen der Wohnungswirtschaft, weil durch die demographische Veränderung die Themen Gesundheitsversorgung und Wohnen (im Alter) zwangsläufig näher aneinander rücken.
- Hochschulen und Forschungseinrichtungen, wie z.B. im „Bochumer Modell“ bereits seit Jahren erfolgreich praktiziert.

Strategische Kooperation braucht Kulturwandel (I)

Lange Jahre standen den hier diskutierten Formen der Kooperation, insbesondere den prozessbasierten Verbundstrukturen, gesetzliche Hindernisse im Weg. Heute ist allerdings positiv festzustellen, dass der Gesetzgeber auf die neuen Anforderungen insofern reagiert hat, als dass er Versorgungsformen zulässt, die geprägt sind von einem höheren Maß an Kooperation und Zusammenarbeit. Beispiele dafür sind die vor- und nachstationäre Behandlung am Krankenhaus, das ambulante Operieren am Krankenhaus, Versorgung innerhalb des Belegarztsystems, Gründung von Medizinischen Versorgungszentren, Integrierte Versorgung, die Einführung von Disease Management Programmen und anderes.

Sicherlich sind weitere Schritte zur Förderung von Kooperationen wünschenswert, z.B. die Weiterentwicklung der Sonderform der Integrierten Versorgungsverträge zum Normalfall der Versorgung oder die Lösung der Mehrwertsteuerproblematik für die Krankenhäuser, die verstärkt Leistungen an Dritte vergeben, um sich auf ihre Kernkompetenz zu konzentrieren.

Die größte Herausforderung für mehr gelebte Kooperation im Gesundheitswesen liegt aber in einem völlig anderen Bereich. Es geht um eine umfassende Veränderung von Haltungen und Mentalität der verantwortlichen Akteure.

Unser heutiges Gesundheitswesen ist seit mehr als 100 Jahren durch eine Einzelkämpfermentalität geprägt, die nichts so fern ist wie Kooperation als Grundprinzip.

Strategische Kooperation braucht Kulturwandel (II)

Vom niedergelassenen Arzt in der Einzelpraxis – dem klassischen „Alleskönner“ – bis zum Chefarzt, vom Einzelkrankenhaus bis zur Rehaeinrichtung – fast alle Akteure und Einrichtungen handeln und fühlen als hochqualifizierte Solisten. Hier ist nicht mehr und nicht weniger nötig als ein radikaler Kulturwandel. Ob dieser Kulturwandel gelingt oder nicht, entscheidet über die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens. Damit wird der vordergründig „weiche“ Faktor Kultur zum härtesten Erfolgsfaktor.

Der notwendige Wandel bezieht sich auf die Haltungen und Einstellungen der Akteure, auf die Arbeitskultur, andere Organisationsformen und –strukturen und eine neue Führungs- und Kommunikationskultur.

Das gilt im Verhältnis Arzt und Patient, Krankenhäuser zu Einweisern und Dienstleistern und im Verhältnis der Krankenhäuser untereinander.

Auch innerhalb der Krankenhäuser sind die Anforderungen an den Kulturwandel „vom Einzelkämpfer zum Teamplayer“ groß:

Strategische Kooperation braucht Kulturwandel (III)

Die Änderung der Unternehmenskultur muss von allen Mitarbeitern aufgenommen und getragen werden. Vorgelebt werden muss sie „von oben“.

Kulturwandel bedarf deshalb einer hervorragenden Führung. Es stellen sich dabei Anforderungen an

- Die Kommunikation zwischen den Hierarchieebenen im Krankenhaus,
- Kommunikation mit den Patienten,
- Kommunikation mit den Einweisern und mit den im Anschluss behandelnden Einrichtungen,
- Qualität der Fort- und Weiterbildung,
- Betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse,
- Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Kommunikation, z.B. Wissen um die Mentalität von Partnern aus anderen Branchen,
- Grundlegendes Verständnis wichtiger Rechtsgebiete, wie Haftungsrecht, Krankenhausfinanzierungsrecht, Arbeitsrecht sowie
- Grundlegende Kenntnisse des Qualitätsmanagements.

Strategische Kooperation braucht IT

Die technische Basis einer umfassenden, die Behandlungssektoren übergreifenden Kooperation kann nur durch moderne Informationstechnologie sichergestellt werden. Heute schon ist der Einsatz moderner IT-Systeme für viele Ärzte und Krankenhäuser unverzichtbar. Aber bisher dominieren in vielen Kliniken noch Insellösungen, die selbst in einem Haus miteinander nicht optimal vernetzt sind. Zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und der Pflege herrscht sogar (fast) flächendeckend IT-Sprachlosigkeit.

Wenige positive Einzelbeispiele zeigen aber, wo der Weg der Zukunft hingehen muss. Dazu gehören das Netzwerk AGnES in den neuen Bundesländern ebenso wie das Modell ProspeGkT der Knappschaft.

AGnES steht für Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention und zielt ab auf die Koordination und den Einsatz von Telemedizin und TeleCare in Kooperation mit dem Hausarzt und der verbesserten Kommunikation mit weiteren, am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie dem sozialen Umfeld des Klienten.

ProspeGkT ist die elektronische Patientenakte im Prosper-Gesundheitsnetz der Knappschaft. Das Modell führt im Ergebnis dazu, dass alle berechtigten behandelnden Ärzte – ob in den ambulanten oder stationären Versorgung oder in der Rehabilitation – alle notwendigen Patienteninformationen zur Hand haben. Das erhöht gleichermaßen die Qualität und Sicherheit des Behandlungsprozesses wie seine Wirtschaftlichkeit.

Diese beiden Beispiele - heute noch Exoten in der Versorgungslandschaft – stehen beispielhaft für die Chancen, die die IT der gesundheitlichen Versorgung der Zukunft eröffnet.

Zur Person



Hermann-Josef Arentz war 25 Jahre Abgeordneter und Gesundheitsexperte der CDU. Heute ist Arentz Inhaber der Politikberatung ArentzConsulting und Partner der auf Change Management spezialisierten Dr. Dithmar & Partner Managementberatung in Stuttgart.(www.drdp.de)

Dr. Dithmar & Partner verfolgen einen Ansatz, der strategische, strukturelle und kulturelle Aspekte in Veränderungsprozessen gleichermaßen berücksichtigt.