



MANAGERKREIS
DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

Für eine zukunftssichere Krankenhauslandschaft in Deutschland



Ein 7-Punkte-Programm zur Reform der Krankenhäuser
vorgelegt vom Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung

Autoren:

Heik Afheldt (Federführung)

Dagmar Braun

Claus W. Biermann

Florian Gerster

Rolf Heinze

Angelika Josten-Janssen

Gudrun Schaich-Walch

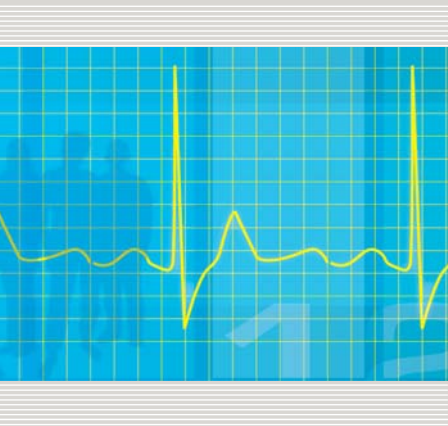
Ernst-Martin Walsken

Unter Mitarbeit von

Philip Schunke

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

www.managerkreis.de



Impressum

ISBN 978-3-86872-393-9

Herausgeber:
Friedrich-Ebert-Stiftung, Zentrale Aufgaben

Redaktion:
Dagmar Merk

© 2010 by Friedrich-Ebert-Stiftung

Umschlag + Layout:
Werbestudio Zum Weissen Roessl,
Susanne Noé
Druck:
bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei
1. Auflage: 2.000

Printed in Germany 2010

Für eine zukunftssichere Krankenhauslandschaft in Deutschland

Ein 7-Punkte-Programm zur Reform der Krankenhäuser
vorgelegt vom Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung

Autoren:

Heik Afheldt (Federführung)

Dagmar Braun

Claus W. Biermann

Florian Gerster

Rolf Heinze

Angelika Josten-Janssen

Gudrun Schaich-Walch

Ernst-Martin Walsken

Unter Mitarbeit von

Philip Schunke

Inhalt

Vorwort	5
Zum Status Quo: Stärken und Schwächen der deutschen Krankenhauslandschaft	6
Ein 7-Punkte-Programm zur Reform der deutschen Krankenhauslandschaft	8
1. Vom Krankenhaus zum Gesundheitszentrum - Notwendige Überwindung der Sektorengrenzen	8
2. Wettbewerb fördern - Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern	9
3. Finanzierung aus einer Hand - Übergang zur Monistik	10
4. Innovationsbeschleunigung in der klinischen Forschung	11
5. Human Resources: Fähiges Management, effiziente Organisation	12
6. Chancen von e-health als Motor der Gesundheitswirtschaft	13
7. Zukunftsmarkt: Homecare	15
Zusammenfassung Ein Zukunftsprogramm für die deutsche Krankenhauslandschaft	17
Glossar	19

Vorwort

Der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung hat sich bereits in den vergangenen Jahren wiederholt zum Thema der deutschen Gesundheitswirtschaft und den anstehenden Reformversuchen zu Wort gemeldet.¹

Immer ging es um die entscheidende Frage, wie die Strukturen eines Gesundheitswesens aussehen müssen, das den wachsenden Anforderungen an eine möglichst optimale Versorgung der Menschen gerecht wird, Innovationen der Medizintechnik und der pharmazeutischen Industrie fördert, effizient und effektiv arbeitet und dabei langfristig finanzierbar bleibt.

Zur Zeit beschäftigen sich Politik und Öffentlichkeit primär mit der Frage der Finanzierbarkeit der erwarteten Defizite und damit der Einnahmeseite. Die „Permanente Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziales“ im Managerkreis hat sich in diesem Papier dagegen auf die langfristig viel entscheidendere Frage der Steigerung der Effizienzen und da vor allem auf die enormen Modernisierungsreserven im Bereich der Krankenhäuser in Deutschland konzentriert.

Wir haben hier sieben der drängendsten Herausforderungen benannt, vor denen die deutsche Krankenhauslandschaft heute steht und hierzu geeignete Lösungsvorschläge und Lösungsforderungen formuliert. Es sind dies die Ergebnisse einer Reihe von Fachgesprächen, die mit namhaften Vertretern² der Krankenhauswirtschaft und der Kassen geführt worden sind.

¹ Eine Übersicht der Positionspapiere befindet sich auf der Umschlagrückseite dieser Publikation

² Prof. Dr. Karl Einhüpl, Vorsitzender des Vorstandes der Charité Berlin
Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB, Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
Prof. Heinz Lohmann, Geschäftsführer Lohmann Konzept GmbH, Beratung für die Gesundheitswirtschaft
Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg
Prof. Dr. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK
Dr. med. jur. Martin F. Siebert, stv. Vorsitzender der Konzerngeschäftsführung Asklepios Kliniken
Dr. Christoph Straub, Vorstand Rhön-Klinikum AG
Joachim Weith, Bereichsleiter Kommunikation und Gesundheitspolitik der Fresenius AG

Zum Status Quo: Stärken und Schwächen der deutschen Krankenhauslandschaft

Krankenhäuser sind und bleiben wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung und stehen im Zentrum der Gesundheitswirtschaft. In heute noch über 1700 allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland³ arbeiten ca. 1,1 Mio. Beschäftigte⁴. Ihr Gesamtumsatz beträgt ca. 65 Milliarden Euro⁵. Sie versorgen jährlich über 17 Mio. stationäre Behandlungsfälle. Diese beeindruckenden Zahlen und die auch im internationalen Vergleich anerkannte Qualität der stationären Versorgung dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es bereits heute, aber mehr noch in Zukunft eine Vielzahl teurer und die Qualität beeinflussender Schwächen gibt. Daran haben auch die diversen in den vergangenen Jahrzehnten beschlossenen Reformen wenig geändert. Eine stichwortartige Stärken- und Schwächen-Analyse zeigt folgendes Bild:

Stärken der deutschen Krankenhauslandschaft

- **Hohes Versorgungsniveau**
Von Hochleistungsmedizin bis zur Basisversorgung ist die Qualität der Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich sehr hoch. Dies überdeckt jedoch große Unterschiede in der Leistungserbringung zwischen Häusern und zunehmende Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägergruppen.
- **Vielfalt der Träger**
Grundsätzlich schaffen die unterschiedlichen Trägerstrukturen einen begrüßenswerten Wettbewerb der Systeme.
- **Fallpauschalen (G-DRG)**
Das in Deutschland 2003 implementierte Fallpauschalen-System (G-DRG) wird international anerkannt und bietet im Prinzip eine gute Grundlage für eine qualitätsorientierte, kosteneffiziente Leistungs- und Finanzierungsstruktur. Die Weiterentwicklung dieses Systems bietet Potenzial zur weiteren Qualitätsverbesserung, zur Steigerung der Kosteneffizienz und zur Beseitigung von unerwünschten Auswirkungen.

Schwächen der deutschen Krankenhauslandschaft

- **Ineffiziente und unzureichende duale Finanzierung führt zu gewaltigem Investitionsstau**
Die duale Krankenhausfinanzierung hat sich als ineffizient herausgestellt. Die Länder kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen zur Deckung der Investitionskosten nicht mehr nach – es entstand ein Investitionsstau von inzwischen bis zu 50 Mrd. €. Dies zwingt die Häuser, nötige Investitionen ganz auf-

³ Statistisches Bundesamt, 2009

⁴ Statistisches Bundesamt, 2008

⁵ Statistisches Bundesamt, 2007

⁶ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Positionspapier vom August 2009

zuschieben oder zunehmend aus den Einnahmen durch die Krankenkassen zu finanzieren. Diese Zweckentfremdung führt unmittelbar auch zu einem enormen Kostendruck auf die Mitarbeiter. Gleichsam führt die auf der Leistungsfähigkeit der Länder beruhende Ausstattung mit Investitionsmitteln nachhaltig zu einem Gefälle der Versorgungsqualität zwischen reichen und armen Bundesländern.

- **Verhinderter Wettbewerb durch Kollektivverträge**

Das System der Kollektivverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern verhindert einen Qualitäts-Wettbewerb im deutschen Krankenhausmarkt und bremst damit unnötigerweise auch das Potenzial, durch Qualitätsoptimierung Kosteneffizienzen im System zu heben, aus.

- **Wachsende Qualitätsunterschiede zwischen den Trägern**

Das im Durchschnitt hohe Qualitätsniveau deutscher Krankenhäuser überdeckt große und wachsende Unterschiede in der Qualität der Leistungserbringung zwischen den Trägern. Durch die Optimierung von Versorgungsprozessen, der Einführung von transparenten Qualitätsdaten, der Einrichtung von Versorgungssystemen aus Portal- und Schwerpunktkliniken o. ä. haben zumeist private Träger die Basis geschaffen, um nachhaltig die Qualität ihrer Leistungen zu optimieren. Andere Trägerstrukturen können derzeit diese Innovationsgeschwindigkeit nicht halten.

- **Kommunalpolitische Einflussnahme**

Eine der größten Schwächen im deutschen Krankenhausmarkt ist die (kommunal-)politische Einflussnahme. Kurzfristige kommunalpolitische Interessen geraten oftmals in Konflikt mit notwendigen Entscheidungen zur Entwicklung von effizienten Versorgungsstrukturen (u. a. durch von Versorgungsnotwendigkeiten abgekoppelte Standortfestlegungen). Veränderungen in der Finanzierungsstruktur oder rationale unternehmerische Entscheidungen zur Entwicklung von Standorten werden durch kommunalpolitische Diskussionen erschwert.

- **Überkapazitäten**

Selbst unter Berücksichtigung von regionalen Bedarfen (Basisversorgungsstrukturen in ländlichen Regionen) liegt der Bettenstand in Deutschland mit 5,7 Betten pro 1000 Einwohnern trotz des schon erfolgten Bettenabbaus immer noch deutlich über dem anderer Länder (USA: 2,9/Schweden: 3,2). Diese Überkapazitäten sind die Folge ineffizienter Finanzierungsstrukturen, politischer Einflussnahme und fehlender unternehmerischer Entscheidungsfreiheit.

- **Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung**

Große finanzielle Ressourcen und Chancen zur Qualitätssteigerung liegen aufgrund der starren Abgrenzung zum ambulanten Sektor brach. Insbesondere Krankenhäuser hätten hier durch ihre Managementkapazitäten die Möglichkeit sich als Zentrum von Gesundheitsnetzwerken zu etablieren oder innovative neue Dienstleistungen für eine effizientere und qualitativ hochwertigere Versorgung anzubieten.

- **Hoher Fachkräftebedarf und geringe Berufsattraktivität**

Die mangelnde finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln durch die Länder hat einen enormen Druck auf das Personal zur Folge. Arbeitsverdichtung und finanzielle Einschnitte sind die Folge und auch die Attraktivität insbesondere des Pflegeberufes hat darunter stark gelitten. Gleichzeitig besteht schon heute ein wachsender ungedeckter Fachkräftebedarf. Krankenhäuser werden neue, innovative Ansätze der Personalbindung, Personalgewinnung aber auch von betrieblicher Gesundheitsförderung und demographiegerechter Arbeitsplatzgestaltung implementieren müssen. Wichtiges qualifiziertes Personal droht aus Deutschland abzuwandern.

Ein 7-Punkte Programm zur Reform der deutschen Krankenhauslandschaft

1. Vom Krankenhaus zum Gesundheitszentrum – notwendige Überwindung der Sektorengrenzen

Krankenhäuser als wesentlicher Bestandteil der regionalen Gesundheitsversorgung haben eine bedeutende Aufgabe in der Koordination und Integration von Gesundheitsleistungen. Nach wie vor liegen die wesentlichsten Effizienzreserven und Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung unseres Gesundheitswesens in der Überwindung der Sektorengrenzen und der verbesserten Koordination der verschiedenen gesundheitlichen Angebote. Die Herausforderung besteht damit vordringlich darin hausärztliche, fachärztliche, ambulante, stationäre sowie rehabilitative und pflegerische Behandlungsleistungen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.

Diese notwendige Integrationsfunktion könnte insbesondere von Einheiten aus initiiert werden, die über die notwendigen Management-Ressourcen verfügen, um eine sektorübergreifende Versorgung zu strukturieren. Solche Management-Kapazitäten existieren in Krankenhäusern oder könnten dort aufgebaut und entwickelt werden.

Es ist daher sinnvoll, Krankenhäusern die Möglichkeit einzuräumen, sich zu Gesundheitszentren weiter zu entwickeln, die ambulante Leistungen erbringen und mit niedergelassenen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen (z. B. Pflege / Reha / soziale Dienste) kooperieren. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an Krankenhäusern können in diesem Sinne einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung in der Region leisten und die Wahlmöglichkeiten der Patienten, aber auch des ärztlichen und medizinischen Personals erweitern. Im MVZ der Klinik können Krankenhausärzte/innen an der ambulanten Versorgung mitwirken und eine Anstellung finden die es ihnen erlaubt Beruf und Familie zu verbinden. Letzteres ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Zahl an Ärztinnen von Bedeutung. Die Einrichtung von MVZ in Kliniken trägt schließlich auch zur optimalen Nutzung teurer Ausstattung und damit zur Kostendämpfung bei.

Berücksichtigt man nur diese aufgezählten Punkte ist die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU/FDP angekündigte Rückführung der MVZ in die alleinige Trägerschaft der niedergelassener Ärzte kontraproduktiv und wettbewerbsfeindlich.

Forderungen:

- Krankenhäuser müssen unabhängig von ihrer Rechtsform weiterhin MVZ betreiben können.
- Hürden für die Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser müssen beseitigt werden (z. B. Verträge zur ambulanten Notfallversorgung)
- Erweiterte Vertragsmöglichkeiten zur Erprobung neuer Versorgungsformen müssen geschaffen werden
- Sektorübergreifende Qualitätssicherung muss so etabliert werden, dass sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich die gleichen Anforderungen und Prüfungen gelten.
- Es muss ein Vergütungssystem aufgebaut werden, das den effektiven Aufwand widerspiegelt, unabhängig davon ob dieser im ambulanten oder im stationären Bereich erbracht wurde.

2. Wettbewerb fördern

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

Der Gesetzgeber hatte schon seit Jahren die Absicht, Wettbewerb unter den Krankenkassen in Gang zu bringen, damit die Versorgung der Versicherten – auch im Krankenhausbereich – optimiert werden könne. Wirtschaftlichkeit und Qualität sollten gesteigert werden zum Nutzen der Patienten.

Entscheidende Instrumente zur Durchführung des gewünschten Wettbewerbs fehlen jedoch nach wie vor: Die gesetzliche Krankenversicherung ist nach heutiger Gesetzeslage immer noch gezwungen, ein Krankenhausbudget einheitlich und gemeinsam zu verhandeln (sog. Kollektivvertrag) – ein monolithisches Budget ohne Qualitäts- oder sonstige Leistungsaspekte. Besonderer Handlungsbedarf besteht daher beim Gesetzgeber: Es wird ein Rechtsrahmen für den Wettbewerb der Krankenversicherungen untereinander benötigt, der es erlaubt, die geltenden kollektivvertraglichen Regelungen durch wettbewerbskonforme selektive Verträge abzulösen.

Nach dem Ende der Konvergenzphase sollten die Krankenkassen eigentlich die Möglichkeit erhalten, kostenorientierte Budgets durch leistungsorientierte zu ersetzen – ein Weg, der durch die Grenzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) versperrt wird. Nötig ist ein System, das es Krankenkassen erlaubt kassenspezifische Verträge abzuschließen, wie es z. B. bei der Integrierten Versorgung und auch in der Rehabilitation bereits der Fall ist. Diese Verträge, die auf geordneten und transparenten Ausschreibungsverfahren beruhen müssten, würden auch die Behandlungsqualität als Ausschreibungskriterium einbeziehen. Damit würde sich zusätzlich die Chance ergeben, das in der Bundesrepublik insgesamt vorhandene Überangebot an Betten zu verringern.

Um in einer solchen Situation den Kassenwettbewerb zu ermöglichen, müssen Krankenkassen uneingeschränkt der Kontrolle durch die Kartellbehörden unterliegen.

Um die Bedürfnisse der Versicherten in diesem Zusammenhang angemessen erfüllen zu können, müssen den Kunden / Versicherten zur informierten Entscheidungsfindung laienverständliche Qualitätssicherungsprofile zugänglich gemacht werden.

Forderungen:

- In den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern müssen Wettbewerbselemente verstärkt werden, um auf beiden Seiten das Kostenbewusstsein zu verbessern und einen Ausleseprozess in Gang zu setzen bzw. weiter zu befördern.
- Die gesetzlichen Bestimmungen sollten so verändert werden, dass zwischen einzelnen Kassen und Krankenhäusern selektive leistungsorientierte Verträge abgeschlossen werden können, analog zu den Regelungen über DMPs und Rehabilitation.
- Um trotzdem die wohnortnahe Versorgung und die Wahlfreiheit der Versicherten zu erhalten, sollten Wahlmöglichkeiten eingeführt werden: die Versicherten können das Krankenhaus frei wählen, wenn die anfallenden Kosten nicht höher sind als im nächst gelegenen Vertragskrankenhaus ihrer Kasse oder wenn sie bereit sind, die Differenz zu zahlen.
- Damit der Wettbewerb nicht hauptsächlich über den Preis und zu Lasten der Qualität geführt wird, muss ein transparentes, laienverständliches System von Qualitätssicherungsprofilen etabliert werden.
- In einem solchen System sind die Kassen voll dem Kartellrecht zu unterwerfen. Die klare Entscheidungspraxis des Bundeskartellamts bei Klinikübernahmen zwecks Verhinderung von regionaler Dominanz wird damit noch wichtiger.

3. Finanzierung aus einer Hand - Übergang zur Monistik

Die bestehende Krankenhausfinanzierung hat sich nicht bewährt. In der gegenwärtigen dualen Krankenhausfinanzierung werden die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser durch GKV und PKV finanziert, während die Investitionskosten durch die einzelnen Bundesländer als Einzel- oder Pauschalförderung getragen werden. Dieser Verpflichtung kommen die Länder höchst unterschiedlich, aber in keinem Fall ausreichend nach.

Um die dringend notwendigen Investitionen in ihren Häusern zu realisieren, konnten die Träger lediglich auf eine Zweckentfremdung der eigentlich für die Deckung der laufenden Betriebskosten vorgesehenen Mittel der Krankenkassen zurückgreifen. Bei einem Personalkostenanteil von rund 60 Prozent bedeutete dies immer auch enormen Druck auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – von zunehmender Arbeitsverdichtung bis zum Stellenabbau.

Der jährliche Investitionsmittelbedarf kann bundesweit mit 5 Mrd. Euro angesetzt werden. Durch die seit Jahren bestehende nicht ausreichende Investitionsförderung ist inzwischen ein Investitionsstau von mindestens 30 Mrd. Euro entstanden. Notwendige Modernisierungsinvestitionen sind seit Jahren unterblieben – mit negativen Auswirkungen auf die Effizienz der Krankenhausversorgung. Da nicht davon auszugehen ist, dass sich die Finanzsituation der Länder und damit die unterschiedliche Förderpraxis verändert, sind neue Wege zu beschreiten um das bestehende Defizit abzubauen und ein weiteres Anwachsen des Investitionsdefizits zu verhindern. Für Versorgungsqualität oder Arbeitsbelastung sollte es unerheblich sein, ob ein effizient strukturiertes Krankenhaus in Bayern oder Berlin steht. Derzeit ist dies aber nicht der Fall, da jedes Land nach unterschiedlicher Prioritätensetzung und haushälterischen Möglichkeiten entscheidet. Diese Situation ist weder sozial noch ökonomisch tragfähig und muss auch im Sinne eines fairen Wettbewerbs einer bundeseinheitlichen Lösung Platz machen. Mit der Monistik bietet sich hier ein Ausweg an.

Als Folge dieser neuen Finanzierungsstruktur müsste sich – gepaart mit erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen (Selektivverträge) – auch die Rolle der Kommunalpolitik verändern. Die Entlastung der Länder aus der Finanzierungsverantwortung erfordert auch eine Änderung der Kompetenzen bei der Krankenhausplanung. Die bisherige Planungstiefe sollte künftig auf Kernfragen – z. B. Anforderungen der Notfallversorgung – reduziert werden.

Forderungen:

- Die Krankenhausfinanzierung sollte von der dualen auf eine monistische Finanzierung umgestellt werden.
- Investitionsmittel sollten möglichst leistungsorientiert fließen und zwar aus einer Hand. Investitionsbedarf und Betriebskosten gingen dann zu Lasten von GKV und PKV und würden als Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen ausgezahlt.
- Einhergehend mit der Entlastung der Länder aus ihrer Finanzverantwortung muss auch eine Änderung der Krankenhausplanung der Länder erfolgen. Künftig verzichten die Länder zu Gunsten einer Rahmenplanung auf die bisherige Planungstiefe (z. B. Fachrichtung und Bettenzahl).
- Die Rahmenplanung sollte künftig auf Kernfragen – z. B. die Festlegung von Anforderungen der Notfallversorgung – reduziert werden.
- Der Sicherstellungsauftrag liegt im beschriebenen Umfang weiter bei den Ländern.

4. Innovationsbeschleunigung in der klinischen Forschung

Krankenhäuser stellen die Pforte des medizinischen Fortschritts in unser Gesundheitswesen dar. Zur nachhaltigen Förderung von Innovationen in der klinischen Forschung gibt es zwei zentrale Ansatzpunkte:

Verbesserung der Erstattung von Innovationen im stationären Bereich

Innovationen sind im stationären Sektor nach der behördlichen Zulassung von neuen Verfahren und Produkten solange unmittelbar erstattungsfähig, bis durch ein Überprüfungsverfahren festgestellt wird, dass die Leistung für die Versorgung der Patienten nicht erforderlich ist. Diese gesetzliche Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Einführung neuer medizinischer Methoden vornehmlich über die Krankenhäuser erfolgt und ist mit dem gesetzgeberischen Willen erklärbar, im stationären Bereich eine innovationsfreundliche Regelung zu verankern. Die ausreichende Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in Krankenhäusern ist daher unbedingt sicherzustellen. Soweit NUB mit den DRG-Fallpauschalen noch nicht sachgerecht finanziert werden können [vgl. § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)], kann deren Erstattung im Rahmen krankenhausesindividueller Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Ortsebene vereinbart werden. Leider verweigern immer mehr Kassen entsprechende Vereinbarungen und das InEK lehnt Anträge für die Erstattung von NUB meist ab. Dieser Entwicklung ist dringend entgegenzuwirken, da die Finanzierung wichtiger Innovationen sonst immer mehr zu Lasten der Krankenhäuser geht und damit ggf. ganz zu unterbleiben droht.

Ein innovationsfreundliches Gesundheitswesen erfordert daher die Beibehaltung des Verbotsvorbehaltes (nach § 137 c SGB V) sowie eine zeitnahe Anpassung und Differenzierung der DRG-Fallpauschalen im stationären Bereich. Solange dies noch nicht erfolgt ist, könnten Innovationen im stationären Bereich durch Mittel aus einem zentralen Innovationspool unabhängig von individuellen Verhandlungen mit Versicherern zwischenfinanziert werden.

Optimierung der Rahmenbedingungen für klinische Studien

Man unterscheidet hauptsächlich zwei Typen von Innovationen und Studien:

- Bei einem neuen Arzneimittel, Medizinprodukt o. ä. gibt es in der Regel einen Hersteller, der die für eine Zulassung erforderlichen klinischen Studien finanziert. Zu hohe bürokratische Hürden dürfen allerdings nicht dazu führen, dass Deutschland als Standort für klinische Studien unattraktiv wird und Patienten so von frühen medizinischen Fortschritten (besonders bei Sprung-Innovationen) ausschließt.
- Bei geringerer Innovationstiefe (Schrittinnovationen) gibt es keine externe Finanzierung, da aufgrund der derzeitigen Erstattungsregularien eine wirtschaftliche Verwertung kaum zu erwarten ist. Solche Studien werden mittlerweile fast als nur noch als Investigator Initiated Trials (IITs) durchgeführt. Derzeit gibt es aber aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen für innovative Kliniken wenig Anreize, solche Forschungsprojekte zu beginnen. Darin liegt ein nicht ausgeschöpftes Potential für den Forschungsstandort. Es sollten statt Kürzungen neue Finanzierungsquellen erschlossen und rechtliche Hürden beseitigt werden (z. B. Finanzierungspools, die großen Kliniken ohne umständliche Antrags-Bürokratie zur Verfügung gestellt werden könnten).

Hinzu kommt, dass Innovationen generell zukünftig einer frühen (Kosten-)Nutzen-Bewertung unterzogen werden. Hierzu sind neue Aspekte bei der klinischen Prüfung von Innovationen zu berücksichtigen und die Versorgungsforschung auszuweiten. Dabei ist es erforderlich, neue Untersuchungs-Modelle zu entwickeln, bei der auch die Sicht der Patienten einbezogen wird.

Forderungen:

- Ausreichende Finanzierung von NUB in Krankenhäusern
- Erstattung von NUB im Rahmen krankenhausesindividueller Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Ortsebene
- Beibehaltung des Verbotsvorbehaltes sowie eine zeitnahe Anpassung und Differenzierung der DRG-Fallpauschalen im stationären Bereich.
- Zwischen-Finanzierung von Innovationen im stationären Bereich durch Mittel aus einem zentralen Innovationspool unabhängig von individuellen Verhandlungen mit Versicherern
- Entbürokratisierung der Voraussetzungen für klinische Studien
- Finanzielle Unterstützung von IITs und Schrittinnovationen
- Ausweitung der Versorgungsforschung unter Einbeziehung von Patienten-Aspekten.

5. Human Resources: Fähiges Management, effiziente Organisation

5.000 unbesetzte Stellen an Kliniken – etwa fünf Prozent aller Arztstellen – machen deutlich, dass der Status Ober-/Chefarzt oder niedergelassener (Fach-)Arzt nicht mehr motivierend genug ist. In Fächern wie Chirurgie, Innere Medizin oder Anästhesie hat der Ärztemangel gravierende Folgen für die Belastung der zu kleinen Teams, was wiederum von einer Laufbahn als Krankenhausarzt abschreckt. Das Selbstverständnis der Klinikärzte wandelt sich weiter. Sie haben in den letzten Jahrzehnten hinnehmen müssen, dass ihnen die Deutungshoheit über die Organisation ihrer Betriebe von (Gesundheits-) Ökonomen abgenommen wurde. Der Ärztemangel im Krankenhaus ist damit auch ein Ausdruck der Marginalisierung dieses früher dominierenden Berufsstandes. So wenig ein Produktionsunternehmen ohne den Sachverstand von Ingenieuren auskommt, so wenig kann eine Klinikorganisation ohne ärztlichen Sachverstand in der Leitung auskommen.

Es gibt nicht nur den Ärztemangel im stationären Gesundheitswesen, sondern auch den Mangel an qualifizierten Pflegekräften. Schon manche Abteilung eines Klinikums musste aus diesen Gründen geschlossen werden. Die Fluktuation bei Pflegekräften – die zu geringe Verweildauer im Beruf – ist kein Naturgesetz. Der Mangel an Fachkräften in der Pflege ist in vielen Fällen einer geringen Arbeitszufriedenheit geschuldet. Die hohe Arbeitsbelastung verhindert oftmals eine lange Berufskarriere im erlernten Beruf. Die Ausbildung in Deutschland ist im internationalen Vergleich eher rückständig, es fehlen Aufstiegsmöglichkeiten und die Akademisierung von Führungskräften ist oftmals nicht wirklich gewollt – alles Elemente, die die Verweildauer im Pflegeberuf nachhaltig negativ beeinflussen.

Das Gewinnen und das Halten von Mitarbeitern sind mitnichten zwei Seiten derselben Medaille: Das Halten und Entwickeln guter Leute, die Ermöglichung von Arbeitszufriedenheit und adäquatem Personaleinsatz sind für den nachhaltigen Unternehmenserfolg von ungleich größerer Bedeutung als die Glitzerfassade eines attraktiven Stellenangebots, die der alltäglichen „Chemie“ nicht standhält.

Die Wandlung zum Anbietermarkt zwingt Kliniken und Klinikgruppen zur Markenbildung. Die Ansprache neuer Mitarbeiter beginnt damit lange vor ihrem Eintritt in die Klinik und endet nicht mit der Unterschrift

unter den Arbeitsvertrag. Je zielgerichteter die Präsentation des Arbeitgebers bei potentiellen Beschäftigten während deren Berufswahl und Ausbildung ist, desto einfacher wird die eigentliche Rekrutierung.

Die Zufriedenheit des Kunden eines Dienstleisters ist untrennbar mit der Mitarbeiterzufriedenheit verbunden. So verstanden strahlt Personalmarketing durch die Zufriedenheit der eigenen Mitarbeiter auf die Patienten und damit auf die Attraktivität der Klinik aus.

Forderungen:

Diese Forderungen wenden sich primär nicht an die Politik, sondern an die Entscheider im Krankenhausmanagement

- Krankenhäuser müssen sich in der zunehmenden Konkurrenz um Fach- und Führungskräfte stärker als attraktive Arbeitgebermarke etablieren und sich als solche auch durch die gelebte Arbeitsorganisation auszeichnen. Die hierfür nötige umfangreiche Partizipationskultur erfordert Mut – ermöglicht aber das Heben von bislang ungenutzten Innovationspotenzialen. Private Träger sind tendenziell in diesem Feld bereits deutlich aktiver.
- Um langfristige Berufskarrieren insbesondere in der Pflege zu ermöglichen, bedarf es einer deutlichen Steigerung der Berufsattraktivität. Aufgrund der gesellschaftspolitischen Relevanz sollte dazu auch eine breit angelegte gesellschaftliche Kampagne für die Pflege gehören. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser umfassen als Teil der gelebten, attraktiven Arbeitgebermarke auch die Schaffung altersgerechter Tätigkeitsprofile (beispielsweise durch Kinderbetreuungskonzepte oder horizontale Karriereoptionen für ältere Mitarbeiter in körperlich weniger belastende Aufgabenbereiche hinein).
- Größtes Hindernis in der Frage einer finanziellen adäquaten Personalausstattung ist die chronische Unterfinanzierung durch die duale Krankenhausfinanzierung. Dies bedarf dringend einer Lösung (siehe hierzu insbesondere auch: „3. Finanzierung aus einer Hand – Übergang zur Monistik“).

6. Chancen von e-health als Motor der Gesundheitswirtschaft

Der Bereich der Informations - und Kommunikationstechnologien (IuK) hat sich zu einem der bedeutendsten Faktoren der Gesundheitswirtschaft entwickelt. Prozesssteuerung in Kliniken (Krankenhaus-Informationssysteme) und die Kommunikation zwischen den Akteuren hat stetig an Bedeutung gewonnen und entscheidet zunehmend über die Wettbewerbsfähigkeit. Dabei sind Kostensteigerungen Grund für zahlreiche Innovationen. Mittels IT-Anwendungen werden Reserven im Prozessmanagement aufgedeckt, Prozesse verschlankt und Kosten gesenkt. Neben Out-Sourcing wird der IT-Einsatz für diese Entwicklung immer bedeutender und der Austausch medizinischer Daten, die Datenbewirtschaftung (Verbreitung, Vermittlung, Speicherung) oder die Wissensvermittlung nehmen immer mehr zu. Neben den Einsparungspotenzialen spielen qualitative Gesichtspunkte bei der Patientenbetreuung und die Qualität der Versorgung eine zunehmend wichtige Rolle.

Die Anwendung modernen IT-Möglichkeiten scheitert an vielen Barrieren. Wie der schleppende Einsatz der Gesundheitskarte gezeigt hat, gibt es erhebliche Akzeptanzprobleme. Der Gesetzgeber hat zudem Probleme

moderne Erfordernisse durchzusetzen. Schließlich gibt es diffuse und auch begründete Ängste auf der Patientenseite. Es gilt, die Entwicklung im Sinne eines kostengünstigen, leistungsfähigen, transparenten Systems voranzutreiben. Dabei muss die Politik vorangehen und andere ermutigen, diesen Weg mitzugehen. Die Menge zugänglicher, auch qualitativ guter Informationen, versetzt den Patienten zunehmend in die Lage, eigene Meinungen zu entwickeln und diese auch vorzubringen. Im Sinne einer größeren Patienten-Souveränität ist das im Prinzip wünschbar und zu begrüßen. Dies wird aber das Verhältnis zwischen Patienten und Arzt / Klinik / Arzneimittel nachhaltig verändern. Die herkömmlichen Institutionen werden einem zunehmenden Informations- und Legitimationsdruck ausgesetzt werden. Kundenentscheidungen werden den Markt zunehmend beeinflussen.

In diese Netzkommunikation sind die Kassen, die Kliniken, die Ärzte sehr unterschiedlich eingebunden. Dabei werden Portale mit Buchungen von Betten im Krankenhaus, Informationen über Krankheiten und Therapien, der patientenbezogene Austausch von Daten (vom Rezept bis zum CT-Bild) z. B. zur Finanzierungsregelung oder zur Fallbeurteilung und Diagnose immer wichtiger.

Dies zeigt, dass e-health zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Verbesserung der Prozesse bei und zwischen den Akteuren, die Optimierung der Versorgung, die erhöhte Transparenz und die effektivere Kommunikation kann durch e-health unterstützt werden. Sicherheit von Datentransport und Öffentlichkeit sind nicht gegensätzlich, sondern parallel verlaufende Prozesse des Standes der technischen Entwicklung. Die erforderlichen Investitionen werden realisiert, wenn die Beteiligten sich des Nutzens für ihre Person und /oder Institution bewusst werden. Auf dieser Basis können auch neue Geschäftsmodelle entstehen oder zugelassen werden.

Die Bedeutung des Internets als Informationsquelle für Patienten wächst ständig. Dabei wird die Informationsquelle immer mehr zu einer Entscheidungshilfe, die auch Verhalten präjudiziert. Patientenströme werden plötzlich je nach Qualität und Bedeutung der Information gelenkt und dabei wird die Information zu einem Werbeträger. Die Informationsfülle setzt den Patienten immer mehr in die Lage, seinen Arzt mit Fachwissen zu konfrontieren, was zu weiteren Komplikationen, aber auch zu positiven Entwicklungen im Sinne eines „informierten Verbrauchers“ führt.

Forderungen:

- Qualitätsberichte von Krankenhäusern oder Kassen, öffentliche Verlautbarungen wie beispielsweise des IQWiG sind in verständlicher Form ins Netz zu stellen. Für diese Veröffentlichungen sind von der Politik einheitliche Maßstäbe zu setzen.
- Die öffentliche Hand muss sich stärker der Netzkommunikation bedienen, vorhandene Angebote qualifizieren oder mit Gütesiegeln versehen und damit zur Vernetzung beitragen (Qualitätsinformation). Die Funktionsweise der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ist daher zu überprüfen und an moderne kommunikative Ansprüche anzupassen.
- Die Weiterentwicklung von IT-Strukturen ist die Basis für eine effiziente und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung. Deshalb steht die Förderung von IT-unterlegten Prozessen in Krankenhäusern im Zentrum einer effektiven Investitionsförderung.
- Neue Entwicklungen dauern bis zur Einführung ins Regelwerk der GKV zu lange. Bei Telemedizin, Zweitmeinungsprozessen oder anderen innovativen Entwicklungen gerät Deutschland trotz seines hohen Qualitätsstandards immer weiter ins Hintertreffen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, mit den Akteuren oder auch gegen sie das Innovationstempo durch geeignete Maßnahmen zu beschleunigen.

7. Zukunftsmarkt: Homecare

Homecare ist ein Sammelbegriff für eine neue Versorgungsform, mit der insbesondere chronisch erkrankte Patienten sowie Patienten vor oder nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause unterstützt werden. Das Konzept zielt auf Menschen, die wegen ihrer schweren chronischen Erkrankung zwingend auf die aktive und kontinuierliche Unterstützung im ambulanten Bereich angewiesen sind, oder die bei einer Akuterkrankung und wegen verkürzter Liegezeiten im Krankenhaus eine professionelle poststationäre Versorgung benötigen.

Unter Homecare versteht man sowohl häusliche Therapien und damit ärztlich verordnete Leistungen und Dienstleistungen, die nicht in Rechnung gestellt, sondern über die Erstattung der Produktkosten durch die Krankenversicherung finanziert werden als auch privat finanzierte telemedizinische Dienstleistungen oder Hausnotrufsysteme etc. Der Fortschritt in der Medizintechnik (vor allem die Miniaturisierung und die neue Sensortechnik) ermöglichen Behandlungen zuhause, die früher ausschließlich im Krankenhaus oder einer Arztpraxis möglich waren.

Einen Grund dafür, dass noch nicht alle Chancen genutzt werden, sind die regulierenden Rahmenbedingungen, die noch nicht optimal ausgestaltet sind. Ein Beispiel hierfür ist die Situation der Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV), die zwar inzwischen über prinzipielle Finanzierungs- und Vergütungsregelungen verfügt, diese aber in der Praxis so wenig umgesetzt werden, dass in diesem Versorgungssegment eine chronische Unterfinanzierung und somit Unterversorgung besteht.

Da bis zum Jahr 2020 bspw. die Zahl der Pflegebedürftigen auf knapp 3 Millionen ansteigen und der größte Teil davon zu Hause betreut werden wird, gewinnt auch TeleHomeCare speziell in der häuslichen Pflege zunehmend an Bedeutung. Und dies aus zwei Gründen: Einmal werden die Menschen immer älter und wollen solange es irgendwie geht, in der eigenen Wohnung verweilen und zum anderen haben sich neue Technologien entwickelt, die ein zuhause Leben im Alter als realistische Option erscheinen lassen. Zudem werden sich die zukünftigen Älteren von den heutigen in der Techniknutzung unterscheiden. Die zukünftigen „Alten“ werden neuen Technologien und e-health aufgeschlossener gegenüber stehen.

Gleichzeitig verfügen Wohnungen zunehmend über informationstechnische Infrastrukturen; wir befinden uns im Stadium der massiven Expansion von Internetanwendungen gerade im Bereich Gesundheit und Pflege. Formen vernetzten Wohnens (Ambient Assisted Living) erleichtert das zuhause Leben im Alter und bei Pflegebedarfen und kann zudem potenziell Kosten reduzieren. Man kann deshalb davon sprechen, dass ein „dritter“ Gesundheitsstandort – die private Wohnung – entsteht, in dem auch soziale Dienstleistungen für ältere Menschen erbracht werden.

In der Zukunft werden bi-direktionale Telemedizinik Konzepte an Bedeutung zunehmen, bei denen neben der Übertragung der Vitalparameter vor allem die individuelle Schulung den Patienten über Monate engmaschig am „Gesundheitsstandort Haushalt“ begleitet. Der Patient nutzt als Kommunikationsmedium z. B. den Fernseher und überträgt via Internet seine medizinischen Daten zu einem lokalen medizinischen Versorgungszentrum und erhält regelmäßig persönliches Feedback und positive Bestätigung, individuelle medizinische Anweisungen, Verhaltensregeln und Tipps sowie individuelle Schulungen über seine Erkrankung via Bildschirm.

Solche neuen Dienstleistungen sind optimal und kostengünstig nur von Krankenhäusern – als Gesundheitszentren – zu erbringen, die als einziger Dienstleister im Gesundheitssystem rund um die Uhr präsent sind. Die Krankenhäuser von Morgen werden somit die wichtigen Kopfstationen für alle Arten von Homecare.

Forderungen:

- Es ist dringend notwendig, Finanzierungsmodelle für den zukünftigen Homecare-Markt gemeinsam mit allen Akteuren – Wohnungsbaugesellschaften, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Ärzteschaft und Krankenhäusern – zu entwickeln.
- Die Finanzierung der technischen Entwicklung muss in enger Abstimmung mit dem wirklichen Nutzen für die „User“ auch unter dem zukünftig steigenden Kostendruck im Gesundheitsmarkt sichergestellt werden.
- Es fehlen Evidenz basierte Kosten-Nutzen-Studien zu Beurteilung der effektiven Verbesserung der häuslichen Versorgung auch unter dem Aspekt der möglichen integrierten Versorgung. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen.
- Ferner müssen die Entwicklungen im Homecare-Markt dringend mit der quantitativen und qualitativen Förderung von neuen Gesundheitsberufen einhergehen.

Zusammenfassung: Ein Zukunftsprogramm für die deutsche Krankenhauslandschaft

Die „Permanente Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziales“ (PAG) im Managerkreis hat sich in diesem Papier auf die enormen Modernisierungsreserven im Bereich der Krankenhäuser in Deutschland konzentriert. Krankenhäuser als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung stehen im Zentrum der Gesundheitsversorgung und bilden zudem den Nukleus der Gesundheitswirtschaft. Bereits heute, mehr noch aber in Zukunft werden jedoch eine Vielzahl teurer und die Qualität beeinflussender Schwächen des gegenwärtigen Organisations- und Finanzierungssystems deutlich.

Der Managerkreis hat in diesem Papier eine Auswahl an Herausforderungen benannt, vor denen die deutsche Krankenhauslandschaft steht. Unsere Lösungsvorschläge und Lösungsforderungen sollen helfen, die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung nachhaltig zu stärken.

Zum Wohle der Versorgung und der Finanzierbarkeit spricht sich der Managerkreis für einen Wandel der klassischen Krankenhäuser zu sektorübergreifenden Gesundheitszentren aus.

Das Zukunftsprogramm erhebt darüber hinaus folgende Forderungen:

- **Finanzierungsstrukturen modernisieren**

Eine nachhaltig effiziente Leistungserbringung bedarf stetiger Investitionen. Diese werden durch die gegenwärtige duale Krankenhausfinanzierung nur unzureichend sichergestellt. Die Umstellung auf eine neue Form der Monistik ist daher ebenso von Nöten wie die schnellstmögliche Auflösung des Investitionsstaus.

- **Effiziente Versorgungsstrukturen ermöglichen**

Eines der größten Hindernisse bei der strukturellen Gesundung des Krankenhausmarktes stellt die gegenwärtige Form der (kommunal-)politischen Einflussnahme dar. Rationale unternehmerische wie versorgungsoptimierende Entscheidungen werden durch ideologische Standortentscheidungen be- oder sogar verhindert. Strukturen müssen geschaffen werden, die zwar eine flächendeckende aber z. B. durch Strukturen von Portal- und Schwerpunktkliniken ermöglichte optimierte Versorgung ermöglichen. Hiermit könnte sich auch das Problem der in vielen Regionen zu verzeichnenden Überkapazitäten beheben lassen.

- **Qualitätskonkurrenz fördern**

Das System der Kollektivverträge verhindert eine wirksame Qualitäts-Konkurrenz im deutschen Krankenhausmarkt und bremst unnötigerweise auch das Potenzial durch Qualitätsoptimierung Kosteneffizienzen im System zu heben aus. Der Gesetzgeber muss sich daher für eine neue Form der Krankenhausplanung entscheiden. Hierzu steht zum einen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs – inkl. einer deutlich reduzierten kommunalen Kompetenz bei der Krankenhausplanung – als Option offen wie auch die Lizenzierung von Leistungsbereichen von Einrichtungen anhand von Qualitätskriterien. Kostenintensive, weil qualitativ minderwertige, Leistungsangebote von Anbietern können mit beiden Modellen deutlich vermindert werden.

- **Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufbrechen**

Ungenutzte Ressourcen liegen aufgrund der oft noch starren Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung brach. Insbesondere Krankenhäuser hätten hier durch ihre Managementkapazitäten die Möglichkeit sich als Zentrum von Gesundheitsnetzwerken zu etablieren und innovative, an den Bedürfnissen einer optimierten Versorgung orientierte neue Dienstleistungen anzubieten.

- **Fachkräftenachwuchs sichern und Berufsattraktivität steigern**

Der Fachkräftebedarf in der klinischen Gesundheitsversorgung weist heute bereits große Lücken auf. Ein Problem, dass sich nicht zuletzt auch aufgrund des demographischen Wandels und der weiterhin sinkenden Berufsattraktivität verschärfen wird. Krankenhäuser werden neue, innovative Ansätze der Personalbindung, Personalgewinnung aber auch der betrieblichen Gesundheitsförderung und der altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung implementieren müssen um diesem Problem zu begegnen. Den Konkurrenzkampf um die rarer werdenden Fach- und Führungskräfte werden Träger nur noch als attraktive Arbeitgebermarke gewinnen können. Ein Prozess, der eine neue, partizipative Arbeitsorganisation impliziert. Auf gesellschaftlicher Ebene werden Konzepte der Arbeitskräftemigration ebenso umgesetzt werden müssen wie breit angelegte Kampagnen zur Steigerung der Berufsattraktivität – insbesondere der Pflege.

Ohne Anstrengungen in diesem Bereich droht wichtiges qualifiziertes Personal aus Deutschland weiter abzuwandern.

- **Innovationen beschleunigen**

Viele Entwicklungsmöglichkeiten im Krankenhaussektor werden durch die derzeitige Gesetzgebung bzw. das restriktive Verhalten der Versicherer behindert. Sicherzustellen ist insbesondere die ausreichende Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Insbesondere durch die Möglichkeiten von e-Health und der Leistungserweiterung im Bereich Homecare bieten sich für die Versorgungsoptimierung neue Möglichkeiten, die im Rahmen der Versorgungsforschung evaluiert werden sollten.

Glossar

DMP	Disease-Management-Programm ist ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen, das sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin stützt. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden diese Programme auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet.
DRG	Diagnosis Related Groups deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen: ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem zur Zuordnung der erstatteten Fallpauschalen
InEK	Zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde ein System eingeführt, wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird. Die Weiterentwicklung und Pflege dieses Vergütungssystems haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung der InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) übertragen.
IQWiG	Unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten untersucht und über Vor- und Nachteile verschiedene Therapien und Diagnoseverfahren informiert.
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
Kollektivverträge	Kollektivverträge sind zunächst lediglich Verträge, bei denen zumindest eine vertragsschließende Partei aus einem Kollektiv besteht. Im Bereich der Krankenhausversorgung schließen die alle Krankenkassen einer Region (als Kollektiv) Verträge mit einzelnen Krankenhäusern.
Kontrahierungszwang	Kontrahierungszwang bedeutet, dass Krankenkassen mit allen im jeweiligen Krankenhausplan aufgeführten Kliniken einen Vertrag abschließen müssen (Eine Kasse kann also nicht eine Klinik ausschließen).
Konvergenzphase	Die Konvergenzphase ist eine Anpassungsphase an das neue, auf Fallpauschalen basierende Vergütungssystem. In dieser Zeit wurde die krankenhausspezifische Vergütungshöhe, also der krankhausindividuelle Basisfallwert, in mehreren Schritten schrittweise an den jeweiligen Landesbasisfallwert (einheitlicher Basisfallwert je Bundesland) angepasst.
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine vom deutschen Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführte Einrichtung zur ambulanten Krankenversorgung. Vorteil ist, das dort Ärzte auch im Angestelltenverhältnis arbeiten können, was in den herkömmlichen Arztpraxen nur sehr eingeschränkt erlaubt ist. Für ein Krankenhaus bedeutet dies auch die Möglichkeit, Mitarbeiter auch im ambulanten Sektor eine Anstellungsoption zu offerieren.
Monistik & duale Krankenhausfinanzierung	Unterschiedliche Verfahren zur Deckung der Betriebs- und Investitionskosten im Krankenhaus. Während bei der dualen Krankenhausfinanzierung für die Betriebskosten GKV und PKV aufkommen und für die Investitionen die Länder Gelder zur Verfügung stellen sollen werden beide Posten in einer monistischen Finanzierung aus einer Hand geleistet – also von den Kassen.
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PKV / GKV	Private Krankenversicherung / Gesetzliche Krankenversicherung
Schrittinnovationen	Verbesserungen bestehender Präparate oder Behandlungsmethoden: z. B. neue Indikationen oder Darreichungsformen für bekannte Wirkstoffe, Einbeziehung neuer Patientengruppen (Kinder, sehr alte Menschen), Veränderung von Behandlungsschemata
Sektoren & sektorübergreifende Versorgung	Derzeit wird die Versorgung in Deutschland in den stationären (z. B. Krankenhäuser) und den ambulanten Bereich (z. B. Haus- und Facharztpraxen) aufgeteilt. Diese Sektoren unterliegen unterschiedlicher gesetzlicher/finanzieller Rahmenbedingungen. In der Überwindung dieser Grenzen – einer sektorübergreifenden Versorgung – liegen enorme Effizienzreserven der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch, regelt die Krankenversicherung
Sprunginnovationen	Neue Präparate, deren Wirkung sich erheblich von den auf dem Markt befindlichen unterscheidet und die einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt markieren: z. B. neue (Wirk)Stoffklasse, neue biologische Wirkweise

Für eine zukunftssichere Krankenhauslandschaft in Deutschland

THESENPAPIERE DES MANAGERKREISES:

Wachstum und Gesundheit - Chancengleichheit, Wettbewerb und Konsumentensouveränität, Juni 2008

Gesundheitsreform auf dem größten gemeinsamen Nenner, März 2006

**Wachstumsfeld Gesundheit? Reformen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und
Eigenverantwortung**, Juni 2005

Wachstumsfeld Gesundheit: 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik, Juni 2003

Diese und weitere Thesenpapiere finden Sie zum Download auf:

www.managerkreis.de