

Andrea Morgner, Martin Henze, D. Michael Albrecht

Auf zu neuen Ufern

Die Thesen der Dresdner Erklärung weisen den Weg für den Strukturwandel im Gesundheitswesen

Die Gesundheitssysteme und die Krankenversorgung müssen stabilisiert und modernisiert werden. Doch welches sind die geeigneten Strategien für diese Prozesse? Diese Frage wurde anlässlich des 6. Lübecker Symposiums «Best Hospital 2020» von Fachleuten diskutiert. Das Ergebnis dieser Tagung ist die «Dresdner Erklärung», in welcher mögliche Lösungsschritte in elf Thesen aufgezeigt werden.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist die Stabilisierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung und gleichzeitige Modernisierung des Gesundheitswesens eine der bedeutendsten sozialpolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Hinzu kommen die volkswirtschaftliche Dimension der Gesundheitswirtschaft, die Kombination von Veränderung der Altersstruktur und dem gleichzeitig auftretenden Bevölkerungsrückgang, das steigende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und die Stärkung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung.

Deshalb ist es auch in Krankenhäusern sowie ambulanten Einrichtungen zwingend erforderlich, sich durch ein modernes Management auf diesen Wandel einzustellen und sich in den Regionen strategisch zu positionieren. Spätestens seit Einführung der «Diagnosis-Related-Groups» (DRGs) in Deutschland befinden sich daher die meisten Krankenhäuser derweil in einem gravierenden Veränderungsprozess. Neben dem ökonomischen Druck hinsichtlich stationärer Verweildauer, Fallzahlen, fehlenden Wirtschaftlichkeitsreserven oder dem steigenden Kapitalbedarf bei sinkender Investitionsquote müssen sich die Krankenhäuser den oben genannten Herausforderungen stellen.

In diesem Kontext wurde im September 2009 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, einem Haus der Maximalversorgung im Osten Deutschland, durch die GSK Strategy Consultants in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Dresden und der Carus Consilium Sachsen GmbH als Gastgeber, das 6. Lübecker Symposium «Best Hospital 2020» ausgerichtet. Das Lübecker Symposium ist europaweit die Institution, die sich inhaltlich der engen Verzahnung der medizinischen Praxis mit den betriebswirtschaftlichen und technologischen Ansprüchen widmet. Die Experten treffen sich einmal im Jahr zur Analyse und Diskussion von praxisnahen, innovativen und geeigneten Lösungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft und bieten somit ein nachhal-

tiges Diskussions- und Netzwerkforum. Experten der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesapothekerkammer, des Bundesministeriums für Gesundheit, Vertretern von Kliniken aus Deutschland und der Schweiz sowie namhaften CEOs der Industrie diskutierten mit vielen Gästen und Referenten die Frage nach einer substanzhaltigen, qualitätsorientierten und finanzierbaren Struktur des Gesundheitssystems und der Zukunftsperspektive der Krankenversorgung. Das Ergebnis dieses Symposiums wurde als Dresdner Erklärung festgehalten und enthält 11 belastbare Thesen für die Gesundheitsversorgung der Zukunft, die im Folgenden erläutert werden:

1. These: Qualifikation und Partizipation

Wir brauchen in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft eine vertrauensvolle Kombination aus Qualifikation und Partizipation. Dreh- und Angelpunkt dafür ist eine enge, fachliche wie persönliche Kommunikation aller Beteiligten. Je offener alle Beteiligten agieren und je mehr rechtliche Instanzen partnerschaftlich mitwirken, desto mehr Innovationen entstehen.

Die medizinische Versorgung der Zukunft kann nur Bestand haben, wenn die Verantwortung eines jeden Akteurs als Systemverantwortung begriffen wird. Die Überwindung von sektoralen Barrieren und Abgrenzungen an den Schnittstellen der Versorgung geht immer zu Lasten der Patienten und führt zur Desintegration einer patientenorientierten Versorgung. Der für die nachhaltige Neustrukturierung des Versorgungssystems notwendige Systemaufbruch muss auf Vertrauen und Kommunikation beruhen



Andrea Morgner



Martin Henze



Michael Albrecht

und gleichberechtigte Innovationspartnerschaften zum Ziel haben. Je offener alle Beteiligten agieren und je mehr rechtliche Instanzen partnerschaftlich mitwirken, desto mehr Innovationen können entstehen.

2. These: Problemlagen im Gesundheitswesen

Identifizierte Schwachstellen im Gesundheitswesen reichen von fehlender bedarfsorientierter Versorgungsplanung, mangelndem Investitionskapital bis hin zu Ineffizienzen beim Einsatz teurer Spitzentechnologie und Heilmittel. Dazu kommen kontraproduktive Abrechnungs- und Honorierungssysteme.

Die aktuelle medizinische Versorgung krankt an der Desintegration der Dienstleistung und gewährleistet keinen nahtlosen Versorgungsprozess. Eine Versorgung des Patienten in verschiedenen Lebensabschnitten ist nicht ohne Informationsverlust möglich. Zudem existieren Konkurrenzdenken, sektorierte und gedeckelte Budgetierungen und Abgrenzungstendenzen unter den Leistungserbringern. Ausgangspunkt aller Diskussionen um die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen ist der starke Anstieg der Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Bedingt ist dies einerseits durch den medizinisch-technischen Fortschritt, andererseits durch die demographischen Entwicklungen und das höhere Lebensalter der Patienten.

3. These: Demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung katapultiert das Gesundheitswesen vor ein Problem, für das keine Ausweichstrategie greift. Im Ergebnis der kommenden Jahre bedeutet dies: weniger Fachpersonal, höher belastetes und älteres Personal, höhere Patientenzahlen und personalintensivere Patienten sowie erhebliche Unterversorgung der ländlichen Räume. Diese Faktoren führen dazu, dass die infrastrukturellen und personellen Belastungsgrenzen der Gesundheitseinrichtungen in den kommenden fünf bis zehn Jahren personell und sachlich überschritten werden.

Erforderlich sind daher zum einen unmittelbare nachhaltige Lösungsstrategien zur Beschaffung und Finanzierung optimierter Infrastrukturen der kurzen Wege. Ziel muss es sein, das Personal auf Dauer zu entlasten und die Leistungsstandards in der Versorgung der Patienten insbesondere in den ländlichen Räumen zu halten. Zum anderen besteht einer der primären Lösungsansätze im Aufbau geriatrischer Schwerpunktzentren. In diesen Strukturen arbeiten teilstationäre, stationäre und niedergelassene Ärzte gemeinsam mit ambulanten Einrichtungen zusammen. Begleitet wird dieses durch den Aufbau einer flächendeckenden geriatrischen Fachkompetenz.

4. These: Priorisierung vor Rationierung

Die aktuelle gesundheitspolitische Debatte setzt sich zunehmend mit der Thematik der Priorisierung, dem Festlegen von Rangordnungen bei Fragen der medizinischen Versorgung, auseinander. Auslöser dafür ist unter anderem die finanzielle und demographische Situation der Gesundheitswirtschaft. Rationierung hingegen bedeutet vorenthalten medizinischer Leistungen.

Muss die Ausweitung medizinischer Interventionsmöglichkeiten zunehmend Verzicht auf mögliche Eingriffe und Behandlungen nach sich ziehen, weil niemals alles, was medizinisch möglich ist, auch gesellschaftlich finanzierbar ist? Der Bestand unseres Solidarsystems wird offen hinterfragt. Allerdings wird in dieser Diskussion der Ansatz, die Knappheit zu beseitigen, ein wenig verdrängt. Stattdessen ist ein Trend hin zur Verwaltung der vermeintlichen Knappheit (Priorisierung, Scheduling, Reservierung etc.) erkennbar. Auf diesem Weg lassen sich keine zielführende Lösungen für die bestehenden Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft generieren. Es muss eine öffentliche und transparente Diskussion der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistern aus dem Solidarsystem geben und kein Verschieben der Entscheidungen auf die Leistungserbringer.

5. These: Strukturveränderung des Systems

Das Aufheben der Sektorierung und insbesondere der sektorierten Bedarfsplanung ist zwingend erforderlich.

Die Etablierung kooperativer Netzwerke zur Neugestaltung medizinischer Versorgungsformen ist dabei ein wesentlicher Weg, solche Lösungen zu generieren. Damit steht die Forderung nach einer Kombination und Vernetzung von zentralen und dezentralen regionalen Strukturen wie zum Beispiel der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen, die die Flexibilität der Akteure in den ländlichen Räumen und den Städten erhöht und Qualitäts- sowie Effizienzreserven freisetzen kann. Die Komplexität und die Dynamik der derzeitigen Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft verlangen nach Veränderungsansätzen. Sie zeichnen sich durch interdisziplinäre Erkenntnisse, ein verändertes, anspruchsvolleres Managementverständnis, dynamisch angepasste Unternehmensplanansätze und ein in die Zukunft gerichtetes Risikomanagementverständnis aus.

6. These: Steigender Wettbewerbsdruck und knappe Ressourcen

Gesundheitsversorgung, medizinische Wissenschaft, Lehre und Wirtschaft werden immer stärker gefordert.

Im Mittelpunkt stehen Kooperationen zur Sicherstellung

der medizinischen Versorgung, eine bessere Verwertung wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Festlegung von Qualitätsparametern und deren wissenschaftliche Auswertung zur Erarbeitung vergleichbarer Datenlagen sowie ein kontinuierliches transparentes Benchmarking. Auch die Gewährleistung der Aus- und Weiterbildung von Menschen einer älter werdenden Gesellschaft und ein beschleunigter Innovationsprozess in der Gesundheitswirtschaft sind von Bedeutung. Notwendigerweise erfordert auch dies eine ganzheitliche Betrachtungsweise der strategischen Unternehmenssteuerung von Gesundheitseinrichtungen.

7. These: Organisationsformen

Öffentlich-private Partnerschaften werden sich zunehmend als bedeutende Koordinationsformen zur Integration der gesellschaftlichen Teilsysteme von Gesundheitsversorgung, Forschung und Wirtschaft etablieren.

Als Konsequenz der anhaltenden Finanzkrise, der demographischen Entwicklung sowie des notwendigen Paradigmenwechsel bei der Aufgabenteilung zwischen Staat und Wirtschaft gewinnen neue Organisationsformen an Bedeutung – beispielsweise «Public-Private-Partnership» – ein Konzeptansatz von hoher Aktualität und praktischer Relevanz. Gleichzeitig fungiert dieser Ansatz als eine Variante zur schlichten Vollprivatisierung oder staatlichen Lenkung. Zu beachten ist dabei, dass insbesondere inhaltliche und finanzielle Risiken nicht einseitig auf den öffentlichen Partner verlegt werden, während die Vorteile der Kooperation ausschließlich beim privaten Partner identifiziert sind.

8. These: Steigender Kapitalbedarf und sinkende Investitionsquote

Angesichts des steigenden Investitionsbedarfs der Krankenhäuser ist folgendes als dringend notwendig zu attestieren:

- Umgehender Abbau des Investitionsstaus,
- Vereinfachung der Durchführung öffentlich geförderter Investitionsvorhaben durch Abbau bürokratischer Vorgaben,
- Möglichkeit der Länder, Investitionen auch über Pauschalbeträge zu fördern; die Krankenhäuser müssen mit diesen Mitteln unter Beachtung der Zweckbindung frei wirtschaften dürfen,
- Anspruchsberechtigung auf zielgenaue bedarfsgerechte Einzelförderung und Bewilligung der tatsächlich notwendigen Investitionsmittel innerhalb des Realisierungszeitraumes,
- Verbesserung der Potentiale der Krankenhäuser, Infrastrukturvorhaben nach Möglichkeit ganz oder teil-

weise mithilfe privater Partner zu organisieren und zu betreiben,

- Aufbau effizienter Management- und Risikomanagementsysteme,
- Verstärkte Selbstorganisation durch regionale und überregionale Netzwerk-Kooperationen.

9. These: Gesundheitsgewinne für Patienten

werden im gesundheitsfördernden Krankenhaus vor allem durch die Umsetzung eines umfassenden Verständnisses von Patientenorientierung erreicht.

Neben der beständigen Qualitätsentwicklung der diagnostischen und kurativen Leistungen, der technischen Infrastrukturunterstützung (z.B. Telemonitoring/Gesundheitsakte) muss dieses über eine verstärkte Orientierung an Prävention, Gesundheitsschutz und der Entwicklung und Unterstützung von Gesundheitsressourcen und Gesundheitskompetenzen realisiert werden. Dieses schliesst die aktive Einbeziehung der Patienten und ihre Mitentscheidung als Koproduzenten ihrer Gesundheit in Diagnostik und Therapie ein.

Patienten müssen durch bessere Informationen stärker in den Behandlungsprozess eingebunden, zum eigenen Gesundheitsexperten werden und somit den Heilungsprozess positiv unterstützen und die Chancen auf ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erhöhen. Das Krankenhaus soll als angenehmer, die Gesundheit fördernder Ort empfunden werden und auch über die Behandlung hinaus Anleitung für eine gesunde Lebensführung geben (die Klinik als Setting). Der selbstbestimmte, informierte und eigenverantwortlich agierende Patient ist somit auch von den Versorgern als gleichwertiger Partner in unserem Gesundheitssystem zu akzeptieren.

Mitarbeiter müssen durch ein gutes Management eine gesundheitsfördernde Arbeitsumgebung vorfinden, in der die Gefahr von Berufskrankheiten minimiert, Stressfaktoren abgebaut, Hilfestellungen für eine gesunde Lebensführung gegeben und sie durch die Verdichtung der Infrastrukturen entlastet werden.

Regional hat die Klinik insbesondere in den ländlichen Räumen eine grosse Bedeutung als Arbeitgeber und als Kooperationspartner. So muss die Regionalklinik allen aktuellen und ehemaligen Patienten, deren Angehörigen und Besuchern offenstehen, eine gute Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen pflegen, enge Kooperationspartnerschaften mit den Gesundheitsdienstleistern der jeweiligen Regionen eingehen und eine aktive Informationsstätte für Interessengruppen sein.

10. These: Zuwanderung

Trotz der zunehmenden demographischen Wichtigkeit der Zuwanderung von Menschen ist deren epidemiologische Bedeutung noch unterentwickelt, daher sind spezifische Ansätze der Gesundheitsförderung für vulnerable Gruppen wie Migranten und Kinder und Jugendliche in der Krankenversorgung und Pflege zeitnah umzusetzen.

11. These: Langzeitpflege

Gerade bei Patienten und Bewohnern in diesem Versorgungssegment gibt es viele unerschlossene Potentiale hinsichtlich der Verbesserung von Lebensqualität und funktioneller Unabhängigkeit, die durch Gesundheitsförderung erschlossen werden können.

Aufgrund der Bedeutung des Themas vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist hier einer der Schwerpunkte in den kommenden Jahren zu setzen.

Die 11 Thesen der Dresdner Erklärung des Lübecker Symposiums stellen belastbare und zukunftsorientierte Leuchttürme in der weiteren Diskussion der zukünftigen medizinischen und pflegerischen Versorgung dar und werden auf dem 7. Lübecker Symposium vom 23. und 24. September 2010 an den Universitätskliniken Aachen und Maastricht zur Diskussion gestellt.

Korrespondenz:

PD Dr. med. habil. Andrea Morgner
Carus Consilium Sachsen GmbH
Fetscherstr. 74
D-01307 Dresden
andrea.morgner@uniklinikum-dresden.de
www.carusconsilium.de

Martin Henze, CEO
GSK Strategy Consultants
Dorfstr. 14
D-23684 Scharbeutz
martin.henze@gsk-sh.de
www.gsk-sh.de

Prof. Dr. med. habil. D. Michael Albrecht
Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus Dresden, AöR
Aufsichtsratsvorsitzender der Carus Consilium Sachsen GmbH
Fetscherstr. 74
D-01307 Dresden

Neue Spitalfinanzierung: ein Symposium zu den Herausforderungen in der Schweiz

Die kommenden Jahre bringen dem stationären Sektor in der Schweiz einen massiven Umbruch. Unter dem Stichwort «Neue Spitalfinanzierung» sind auf politischer Ebene eine Reihe von Neuerungen in Gang gesetzt worden, welche die stationären Einrichtungen vor neue Herausforderungen stellen. So lautet auch der Titel eines Symposiums, das am **Donnerstag, 15. Januar in Zürich** stattfindet. Namentlich geht es um folgende Fragen:

- Unter welchen neuen Rahmenbedingungen werden Kantone und Spitäler in Zukunft agieren?
- Wie wirken sich die neuen Rahmenbedingungen auf die Spitallandschaft insgesamt aus?
- Wie können sich einzelne Spitäler im Wettbewerb strategisch positionieren und organisatorisch vorbereiten?

Weitere Informationen und Anmeldung: www.rsmedicalconsult.com