ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

6
87. Jahrgang
Juni 2014

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © eyetronic/fotolia.com

Kommt eine bessere Investitionsförderung für Krankenhäuser?

- Der Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zum 117. Deutschen Ärztetag
- Erkenntnisse, Tipps und Tricks aus 25 Jahren Leitungserfahrung

Fehlende Investitionsmilliarden: VLK empfiehlt Neustart statt Lamento

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Bei den gegenwärtigen Diskussionen zur Krankenhausfinanzierung muss man gelegentlich an den österreichischen Dramaturgen Johann Nestroy denken: „Die Phönizier haben das Geld erfunden – aber warum so wenig?“ Tatsächlich dürfte sich der alte und immer wieder aktuelle Streit um die finanzielle Verantwortung der Länder schnell erledigt haben, wenn diese nur ihrer Verpflichtung zu einer angemessenen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser im auskömmlichen Maß nachkommen würden. Das aber tun sie nicht, denn... siehe Nestroy.

Soll nun also an dieser Stelle einmal mehr das alte Lied des dürftigen Mittelzuflusses aus den Länderkassen gesungen werden? Ich kann Sie beruhigen: Weinerliches Lamento war noch nie Politik des VLK, und wir überlassen es gerne Anderen, die Monstranz der eindeutig unzureichenden Länderfinanzierung weiter vor sich her zu tragen. Der VLK möchte sich vielmehr auch in diese festgefahrene Diskussion mit einem Vorschlag einbringen, den wir Ihnen und der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit mit diesem Heft (und natürlich in anschließenden direkten Gesprächen mit den entsprechenden Entscheidungsträgern) vorstellen wollen.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist die Einsicht, dass sich die fehlenden Investitionsmilliarden der Vergangenheit nicht werden zurückholen lassen. „Verschüttete Milch“ würde der Volksmund sagen. Die Addition dieser seit Jahren aufgestauten Summe ist allerdings ein Haupthindernis, um an dieser Dauerbaustelle zu einer Einigung zu kommen. Mehrstellige Milliardenbeträge schwirren im Raum und verhindern allein durch ihre Monströsität jede Therapie an dieser kontinuierlich größer werdenden offenen Wunde.

Wir Leitenden Krankhausärzte raten zu Realismus: Die Länder werden sich niemals auf eine Diskussion einlassen können, die zum Ziel hat, dieses Schuldenloch zuzuschütten. Also Schwamm drüber und entschlossen nach vorne geblickt, um die notleidenden Kliniken wenigsten für die Zukunft in finanziell abgesicherte Gewässer zu steuern: Der alljährliche Fehlbetrag – und das hat jetzt auch die neu gestartete Bund/Länder-Kommission bestätigt – beläuft sich auf rund 3 Milliarden Euro. Der VLK regt also an, den Fallpauschalentopf um genau diesen Betrag aufzustocken und die Summe über die abgerechneten Fallpauschalen zielgenau und verbindlich an die Krankenhäuser weiterzuleiten. Dann müssten die Häuser nicht immer vor den knappen Länderkassen Schlange stehen und würden diese auch langfristig zu entlasten. Daneben ist ein DRG-unabhängiger Sockelbetrag zu definieren, der Häuser mit unverzichtbaren Versorgungsaufgaben absichert. Bund und Krankenkassen sollte die langfristige Stabilisierung der flächendeckenden Krankenhausversorgung dieses Engagement wert sein.

Wichtig ist allerdings, dass die Länder die Planungshoheit über die Krankenhäuser behalten. Auch das wäre mit unserem Vorschlag gesichert, denn mit etwa 3 Milliarden Euro stehen die Länder auch zukünftig und in einer für sie leistbaren Höhe in der Verantwortung. Diese verbindliche Länderbeteiligung ist unerlässlich, denn wir alle wissen, dass zielgenaue und bedarfsorientierte Versorgungsplanung nicht aus Berlin gesteuert werden kann. Auch wenn sich manch Berliner Vertreter aus Politik und Selbstverwaltung das wünscht.

Es grüßt Sie herzlich und wünscht erholsame Sommerwochen

Ihr

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

188 **Fehlende Investitionsmilliarden: VLK empfiehlt Neustart statt Lamento**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

191 **„Duale Krankenhausfinanzierung“**
Frank Derix, Stephan Beeck

200 **„Mehr Geld oder bessere Strukturen? Investitionsfinanzierung aus Sicht des VKD“**
Dr. Josef Düllings

Berufs-und Gesundheitspolitik

204 **Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen**
Der Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zum 117. Deutschen Ärztetag

207 **Führung im Spannungsfeld von Wollen, Können und Dürfen**
Erkenntnisse, Tipps und Tricks aus 25 Jahren Leitungserfahrung
Prof. Dr. Hans-Peter Busch

217 **Positionen der DKG zur Qualitätssicherung und zur Patientensicherheit**

Rubriken

190 **Personen und Hintergründe**
206/219 **Bücher**
VLK-intern
220 Programm des 3. VLK-Bundeskongresses
222 Agenda
189 **Impressum**

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
Fax: (0211) 45419 14
E-Mail: info@vlk-online.de
Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (02 61) 5 66 44
Fax: (02 61) 5 10 05
Satz:
creativ-studio arenz GmbH, Rotenburg
Redaktionsbeirat:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden (Düsseldorf),
Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Bielefeld),
Prof. Dr. Günter Schmoz (Meißen),
PD Dr. Michael A. Weber (Dachau),
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Scheeßel)
Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650
Fax: (0234) 9616599

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

„Duale Krankenhausfinanzierung“
Etwa 2,7 Mrd. € stellen die Bundesländer derzeit jährlich für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen bereit. Dies ist nach Expertenmeinung deutlich zu wenig. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat im Auftrag der Selbstverwaltungspartner bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen entwickelt und kalkuliert. Dies könnte ein erster Schritt zur Reform der Investitionsfinanzierung sein.

Foto: © eyetronic/fotolia.com
191

„Mehr Geld oder bessere Strukturen?“
Aus Sicht der Krankenhausmanagements liegt das Problem nicht allein in einem Mehr an Investitionsfördermitteln. Die wirklich zentrale Zukunftsfrage der Krankenhausversorgung ist nach Einschätzung des VKD der dringend benötigte Strukturwandel, der nur mit Investitionen zu bewerkstelligen ist. Wie das gelingen könnte, legt der Präsident des VKD in diesem Artikel dar.

Foto: © Marco2811/fotolia.com
200

Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen
„Qualität nicht verwalten sondern produzieren, Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigen, Zielvereinbarungen mit Augenmaß vornehmen, gemeinsam gegen den Ärztemangel wirken und GOÄ-Reform zügig umsetzen! Das sind die Kernforderungen aus dem Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer, den der 117. Deutsche Ärztetag einstimmig beschlossen hat.

Foto: www.bundesaerztekammer.de
204

Führung im Spannungsfeld von Wollen, Können und Dürfen
„In eigener strategischer Nacht bringen extern moderierte Workshops nur selten neues Licht“ „Auch bei Führungskräften ist die frühzeitige Ablehnung einer Aufgabe besser als eine absehbar erfolglose Durchführung“. Dies sind zwei klare Erkenntnisse aus dem 25-jährigen Erfahrungsschatz eines „Ärztlichen Krankenhausmanagers“

Foto: © Colourbox.com/fotolia.com
207

Arztspezifische Tarifverträge sind Ausdruck der grundgesetzlich verbürgten Koalitionsfreiheit

Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes hat noch einmal festgestellt, dass die Beschäftigten möglichst individuelle tarifvertragliche Regelungen wünschen. Es sei fatal, wenn die Bundesregierung diese Entwicklung durch eine gesetzliche Festschreibung des Grundsatzes der Tarifeinheit („Ein Betrieb, ein Tarifvertrag") zunichte machen würde. Henke verwies darauf, dass die arztspezifischen Tarifverträge in den zurückliegenden Jahren einen wichtigen Beitrag zum Gemeinwohl geleistet und dafür gesorgt haben, dass angestellte Ärzte bessere Arbeitsbedingungen vorfinden und der kurativen Medizin in Deutschland erhalten bleiben. Vor diesem Hintergrund und angesichts der zunehmenden Probleme bei der Rekrutierung von besonders qualifizierten Fachkräften wäre eine Zwangstarifeinheit in den Krankenhäusern auch volkswirtschaftlich höchst widersinnig.

Rudolf Henke

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform konstituiert sich

Am 26. Mai trat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis zum Jahresende Eckpunkte für eine Krankenhausreform erarbeiten soll, zu ihrer 1. Sitzung zusammen. Der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gehören an: Bundgesundheitsminister **Herrmann Gröhe**, CDU und **Cornelia Prüfer-Storcks**, SPD (Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz) als Vorsitzende. Für die SPD-geführten Länder: **Hermann Schulte-Sasse** (Senator für Gesundheit in Bremen), **Alexander Schweitzer** (Gesundheitsminister Rheinland-Pfalz) und **Heike Taubert** (Gesundheitsministerin Thüringen).
Für die CDU/CSU-geführten Länder: **Stefan Grüttner** (Gesundheitsminister in Hessen), **Melanie Huml** (Gesundheitsministerin Bayern), **Andreas Storm** (Gesundheitsminister Saarland) und **Christine Clauß** (Gesundheitsministerin in Sachsen).
Für die Bundestagsfraktionen: **Georg Nüßlein** (CDU), **Jens Spahn** (CDU), **Karl Lauterbach** (SPD), **Hilde Mattheis** (SPD).

Hans-Georg Faust wird ehrenamtlicher Stadtbürgermeister von Linz

Dr. Hans-Georg Faust (CDU) hat die Wahl zum ehrenamtlichen Stadtbürgermeister der Stadt Linz mit 83% der Stimmen gewonnen. Faust ist Facharzt für Anästhesie und war von 1980 bis 1998 Chefarzt und Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Bad Harzburg. Danach war er 10 Jahre lang Mitglied des Deutschen Bundestages und arbeitete anschließend als politischer Koordinator des AOK-Bundesverbandes.

Dr. Hans-Georg Faust

OTA gründen Berufsverband

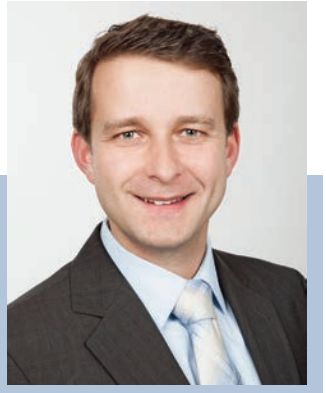
Der erste deutsche Berufsverband für Operationstechnische Assistenten (OTA) ist Ende März in Ludwigshafen gegründet worden. Die Hauptaufgabe der Organisation wird darin gesehen, sich berufspolitisch und rechtlich für die Eigenständigkeit der Berufsgruppe einzusetzen. Zu den wichtigsten Themen zählen dabei die fehlende staatliche Anerkennung, Finanzierung der Ausbildung und eine tarifliche Regelung für die Vergütung.

Frank Derix, Stephan Beeck

Duale Krankenhausfinanzierung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 wurde für die stationäre Versorgung die duale Finanzierung eingeführt. Nach § 6 Abs. 1 KHG ist die Krankenhausplanung und Investitionsförderung Aufgabe der Länder, die verpflichtet werden zur Verwirklichung der Ziele in § 1 KHG, Krankenhauspläne und Investitionspläne aufzustellen. Alle Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, haben einen Rechtsanspruch auf Investitionskostenförderung (§ 8 Abs. 1 KHG).[1] Die Fördermittel sind dabei so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken (§ 9 Abs. 5 KHG).

Die nachfolgenden Ausführungen stellen die Entwicklung und derzeitige Situation der Förderung nach dem KHG für das Bundesgebiet insgesamt dar. An dieser Stelle wird auf eine nach Bundesländern differenzierte Darstellung verzichtet.[2] Die bestehenden Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Förderpraxis und den Fördervolumina stehen den späteren Schlussfolgerungen dabei nicht entgegen.



Frank Derix

Stephan Beeck

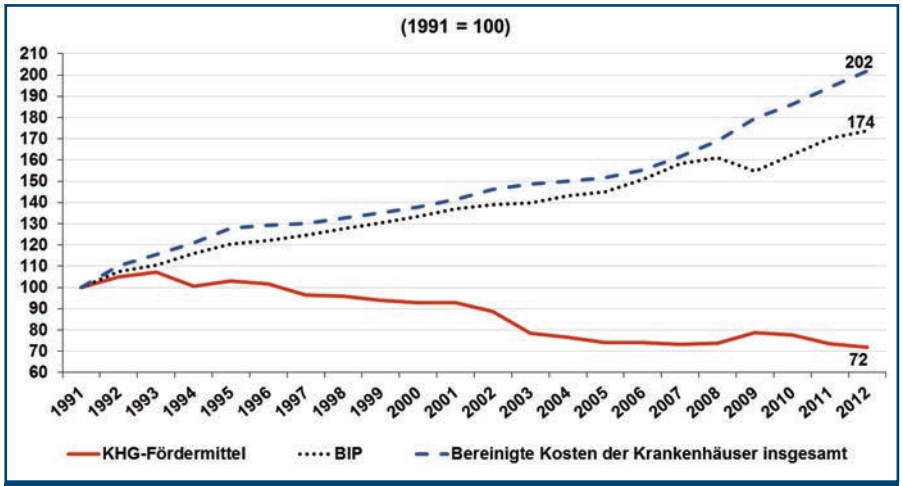


Abbildung 1: Entwicklung der KHG-Mittel, des BIP und der bereinigten Kosten (indexiert)
Quellen: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Entwicklung der Investitionsfördermittel nach dem Krankenhaus finanzierungsgesetz (KHG) und Investitionsbedarf

Die Länder stellten den Plankrankenhäusern im Jahr 2013 insgesamt rund 2,7 Mrd. Euro für Investitionszwecke zur Verfügung (ohne Universitätskliniken). Gegenüber dem Jahr 1991 entspricht dies einer nominalen Absenkung von rund einem Viertel bzw. inflationsbereinigt einem realen Rückgang von über 50 Prozent. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,24 auf lediglich 0,10 Prozent, bei zunehmender Bedeutung des Krankenhaussektors für die gesamte Bruttowertschöpfung.

Abbildung 1 stellt die Entwicklung der KHG-Fördermittel, des BIP und der bereinigten Kosten der Krankenhäuser bis ein-

[1] Die Förderung der Universitätskliniken ergibt sich aus den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau.

[2] Für weitere Informationen zur Förderung in den einzelnen Bundesländern sei z. B. auf die Ausführungen in der „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ verwiesen. Download unter www.dkgev.de (letzter Stand Januar 2014).

schließlich 2012 auf Bundesebene gegenüber und veranschaulicht die immer weiter auseinanderklaffende Schere.

Diverse Gutachten und Erhebungen haben in den vergangenen Jahren die Dimension der Unterfinanzierung der Investitionskosten herausgearbeitet.[3] Die neuesten Erkenntnisse zum Investitionsbedarf in den Krankenhäusern, die sich aus der aufwendigen Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ergeben, bestätigen eindrucksvoll, dass es der Diskussion um eine bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung nicht an der Kenntnis eines sachgerechten Fördermittelniveaus mangelt. So hatte bereits im Jahr 2008 ein vom Bundesgesundheitsministerium beauftragtes Gutachten deutliche Hinweise auf einen jährlichen Investitionsbedarf gegeben, der bei einer auf heutige Verhältnisse umgerechneten Größenordnung von mindestens 6 Mrd. Euro jährlich liegt.[4] In dieser Expertise wurde dargelegt, dass die geförderte Investitionsquote im Bereich der Krankenhäuser deutlich unter den Investitionsquoten liegt, wie sie sich für die gesamte Volkswirtschaft, für andere, prinzipiell vergleichbare Sektoren im Dienstleistungsbereich[5] und auf Basis der Projektion früherer Investitionsquoten Anfang der 90er Jahre ergeben.

Abbildung 2[6] stellt die Entwicklung der volkswirtschaftlichen Investitionsquote und der geförderten Krankenhaus-Investitionsquote dar und verdeutlicht, dass die Landesfördermittel die unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten spätestens seit Mitte der 1990er Jahre nicht mehr decken.

Foto: © eyetronic/fotolia.com

Eine weitere Verschärfung der Unterfinanzierung zeichnet sich bereits durch das diesjährige Auslaufen des Investitionsprogramms nach Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in den neuen Bundesländern ab. Gleichzeitig sind die Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags, u. a. durch steigende gesetzliche Anforderungen, den demografischen Wandel sowie den rasanten medizinisch-technischen Fortschritt, mit vielfältigen Investitionserfordernissen konfrontiert. So bedarf bspw. eine

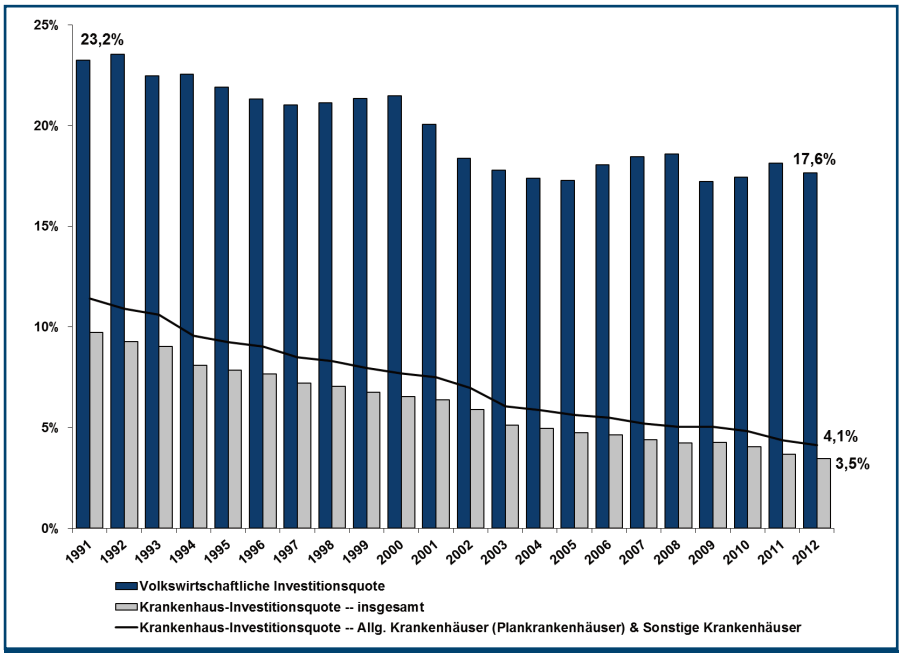


Abbildung 2: Krankenhaus-Investitionsquote und volkswirtschaftliche Investitionsquote
Quellen: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

[3] Vgl. z. B. Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Berlin – Eine Analyse der Berliner Krankenhausgesellschaft und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2011.

[4] Vgl. Rürup et al., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern – Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2008.

[5] Für die Wirtschaftsabschnitte I und K zusammen wird eine durchschnittliche Investitionsquote von ca. 10 Prozent des Umsatzes angeführt.

[6] Krankenhausinvestitionsquote: KHG-Fördermittel / bereinigte Krankenhauskosten; Volkswirtschaftliche Investitionsquote: Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt.

wirksame Prävention von Infektionen auch Investitionen in die Krankenhausbauten und die Ausstattungen der Kliniken. Der demografischen Entwicklung und veränderten Krankheitsrisiken muss mit angepassten Strukturen begegnet werden.

Trotz des gesetzlichen Förderanspruchs sind die Krankenhäuser aufgrund des Missverhältnisses zwischen Förderung und Bedarf gezwungen, sich mit einer Finanzierung aus Eigenmitteln bzw. alternativen Finanzierungsinstrumenten auseinanderzusetzen. Alle diese Maßnahmen haben gemein, dass sie bestenfalls das Symptom bekämpfen, aber nicht das Grundproblem einer ungenügenden Förderung notwendiger Investitionen in Gebäude, Medizintechnik und IT-Systeme lösen.[7] Sofern die eigenen finanziellen Rahmenbedingungen dies überhaupt erlauben, werden Eigenmittel dabei vor allem zur Deckung des laufenden Liquiditätsbedarfs oder für geringumfängliche Investitionen in die bauliche Infrastruktur oder technische Ausstattung genutzt. Größere Investitionsmaßnahmen können dagegen i. d. R. von den wenigsten Krankenhäusern aus eigener Kraft finanziert werden.[8] Bei einem Anteil der defizitären Krankenhäuser von rund 50 Prozent im Jahr 2012, kann nicht von ausreichender Finanzkraft auf Seiten der Krankenhäuser ausgegangen werden.[9]

Die dargestellten Entwicklungen verdeutlichen, dass eine nachhaltige Aufstockung der Fördermittel dringend angezeigt ist. Ziel muss es sein, dass jedem bedarfsgerechten Krankenhaus künftig die Investitionsmittel zur Verfügung stehen, die zur Finanzierung der für die auftragsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Anlagenausstattung benötigt werden. Die Anstrengungen der Krankenhausträger, bspw. über Kooperationen und Reorganisationen ihrer Leistungsangebote, weitere Prozessoptimierungen zu generieren, müssen mit zusätzlichen Investitionsmitteln unterstützt werden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Nachfrage nach stationären Leistungen künftig voraussichtlich steigen.

In der Krankenhausplanung findet i. d. R. eine Bettenplanung nach der sogenannten Hill-Burton-Formel statt. Die Zahl der Planbetten ist dabei eine Funktion der medizinischen und demografischen Entwicklungen sowie regionaler Morbiditätsstrukturen. Damit bestimmt der Umfang der notwendigen Behandlungen, der tatsächlich zu versorgende Bedarf, die Bettenkapazität – nicht umgekehrt.[10] Somit folgt die Krankenhausplanung dem Grundsatz, nur dort und in dem Umfang Kapazitäten vorzuhalten, wo sich ein entsprechender planerischer Bedarf ergibt. Die staatliche Investitionsförderung kommt der wichtigen Aufgabe, entsprechende Finanzmittel zur Schaffung und Aufrechterhaltung dieser bedarfsgerechten Strukturen bereitzustellen, jedoch immer weniger nach.

Die zukünftige Nachfrage der Patientinnen und Patienten nach stationären Leistungen und der damit verbundene Finanzmittelbedarf werden stark durch die demografische Entwicklung und Verschiebungen im Erkrankungsspektrum geprägt sein. Die Patientinnen und Patienten werden immer älter und leiden, je älter sie sind, an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Multimorbidität geht dabei u. a. mit einer verlängerten Krankenhausaufenthaltsdauer einher.[11]

Prognosen für die Jahre 2030 gehen von einem Anstieg des Anteils der über 60-jährigen an den Krankenhausfällen auf mindestens 60 Prozent aus.[12] Im Jahr 2012 entfielen auf diese Altersgruppe rund 50 Prozent der stationären Fälle. Der Anteil der über 80-jährigen wird sich voraussichtlich von ca. 15 Prozent in 2012 auf mehr als 20 Prozent im Jahr 2030 erhöhen.[13]

Modellrechnungen und langfristige Prognosen zu benötigten Krankenhauskapazitäten sind naturgemäß von den getroffe-

[7] Vgl. Kockisch, das krankenhaus 10/2013, 1014 - 1020.
[8] Vgl. Prognos, Krankenhauslandschaft 2020 – Studie zu den zukünftigen Herausforderungen für kirchliche Krankenhäuser in Deutschland, 2012.
[9] Vgl. DKI, Krankenhausbarometer 2013.
[10] Vgl. z. B. Bruckenberger, Klinikschließungen – Eine undifferenzierte Diskussion, Ärzte Zeitung online vom 29.11.2013.
[11] Vgl. z. B. Beske et al., Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten – Eine Projektion bis 2050, Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 417 - 426.
[12] Vgl. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 7/2009, 641 - 659.
[13] Vgl. Statistisches Bundesamt, Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12, Reihe 6.2.1, 2012.

nen Annahmen abhängig, bspw. dazu wie sich das Krankheitsrisiko bei steigender Lebenserwartung voraussichtlich gestalten wird (Kompressionsthese vs. Expansionsthese).[14] Unbestritten ist, dass die Zahl älterer und damit krankheitsgefährdeter Menschen und in der Folge auch die Prävalenz volkswirtschaftlich relevanter Krankheiten teils dramatisch steigen wird.[15] Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes ist in den nächsten Jahrzehnten, trotz einer sinkenden Gesamtbevölkerungszahl, daher in fast allen Bundesländern eher eine Zunahme als ein Rückgang der Krankenhausfälle zu erwarten – allein aufgrund der Alterung der Bevölkerung. Die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts sind hier noch nicht berücksichtigt. Demografie bedingt wird es dabei Verschiebungen im Diagnosespektrum und Ressourcenbedarf in den Fachdisziplinen geben. Bei einer gleichbleibenden Geburtenrate werden bspw. im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe weniger Kapazitäten nachgefragt werden, während für den Bereich der Inneren Medizin voraussichtlich mit einem spürbaren Anstieg der Zahl der Krankenhausfälle zu rechnen sein wird.[16]

Foto: © mygimwall/fotolia.com

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen ist die Verweildauer. Einer Verweildauerreduktion sind trotz medizinisch-technischem Fortschritt und steigendem Kostendruck langfristig Grenzen gesetzt. Aufgrund der Alterung der Gesellschaft könnte bis zum Jahr 2030 sogar ein Anstieg der durchschnittlichen Tage je Krankenhausfall zu verzeichnen sein.[17]

Insbesondere vor dem Hintergrund der erwarteten Nachfrageentwicklungen erscheinen undifferenzierte Forderungen nach einem weiteren Kapazitätsabbau nicht sachgerecht.[18] Für die Investitionsfinanzierung ist zu konstatieren, dass auch bei einer Schließung von Abteilungen oder kompletten Krankenhäusern ein Versorgungsbedarf der betroffenen Bevölkerung bestehen bleibt. Dieser muss durch andere stationäre Einrichtungen ggf. über einen Aufbau von entsprechenden Kapazitäten aufgefangen werden. Zudem können auch auf regionaler Ebene als erforderlich identifizierte Umstrukturierungsmaßnahmen lediglich mit ausreichenden Investitionsmitteln umgesetzt werden.

[14] So geht die Expansionsthese bei einer steigenden Lebenserwartung von längeren Zeiten in Krankheit und Behinderung aus. Die Kompressionsthese prognostiziert niedrigere Zahlen von Krankheitsfällen, da sie eine Verdichtung von Krankheit und Behinderung in einem festgesetzten Zeitfenster vor dem Tod beschreibt.

[15] Vgl. z. B. Beske et al. 2010, 425.

[16] Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2010, S. 14.

[17] Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2010, S. 10.

[18] Zumal die Mitwirkung der Beteiligten in den Planungsprozessen nach § 7 KHG mit dem § 110 SGB V zusätzlich um ein Antrags- bzw. Kündigungsrecht erweitert wird, dass es den Landesverbänden der Krankenkassen erlaubt, gezielt Planungsentscheidungen zu hinterfragen. Vor dem Hintergrund der in letzter Zeit verstärkt erhobenen Vorwürfe vermeintlicher Überkapazitäten, ist die mangelnde Inanspruchnahme dieses Instruments sehr verwunderlich. Eine mögliche Erklärung mag darin liegen, dass eine differenzierte Betrachtung der Versorgungssituationen vor Ort eine Bewertung weniger eindeutig erscheinen lässt.

Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

Eine Anpassung der Investitionsförderung wurde auch vom Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) als notwendig erachtet. Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b bzw. 17d erhalten, wurde daher im Jahr 2009 mit dem KHRG die Option geschaffen, eine Investitionsförderung anhand leistungsorientierter Investitionspauschalen zu ermöglichen. Mit der Festlegung der Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen sowie des Verfahrens zu ihrer Ermittlung beauftragte der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband (GKV), den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Das von den Selbstverwaltungspartnern im Jahr 2001 gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sollte auf der Grundlage dieser Vereinbarung beauftragt werden, bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren (§ 10 Abs. 2 KHG). Gleichzeitig wurden die Länder beauftragt, zu diesem Zweck die Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes zu entwickeln (§ 10 Abs. 1 KHG).

Bei der Festlegung der Grundsatzkriterien stimmten die Selbstverwaltungspartner darin überein, dass den Ländern bereits zum Einstieg ein qualitativ hochwertiges System angeboten werden muss, da davon auszugehen ist, dass die Länder das neue System nur dann anwenden werden, wenn es sich in seiner Umsetzung als sachgerecht und praktikabel erweist und Vorteile gegenüber der derzeitigen Förderpraxis existieren.

Darüber hinaus konnten sich die DKG, der GKV-SV und die PKV darauf verständigen, dass sowohl der Aufwand zur Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen als auch deren Differenzierungsgrad den quantitativen Verhältnismäßigkeiten zwischen der Betriebs- und der Investitionskostenfinanzierung Rechnung tragen sollte.

Unter Einbindung externer Fachexperten und Krankenhaus-Praktikern hatte die DKG bereits im Vorfeld der ersten Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene ein eigenständiges Konzept zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen erarbeitet, worauf die im Frühjahr 2010 mit dem GKV-SV und der PKV getroffenen „Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG über die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung“ im Wesentlichen basiert. Die zentralen Eckpunkte dieses Konzeptes werden im Folgenden kurz dargestellt.

- Zur Ermittlung des Investitionsbedarfs im Sinne des § 10 Abs. 2 KHG wird ausschließlich auf den laufenden jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser abgestellt. Der investive Nachholbedarf der Krankenhäuser („Investitionsstau“) wird bei der Ermittlung des Investitionsbedarfs nicht berücksichtigt, da dieser weder Gegenstand des gesetzlichen Entwicklungsauftrages ist, noch im Rahmen der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen sachgerecht berücksichtigt werden kann.

- Für die Kalkulation werden Ist-Kosten realisierter Investitionsmaßnahmen herangezogen. Eine Berücksichtigung geplanter oder „gewünschter“ Vorhaben erfolgt nicht.

- In der Praxis findet eine vollständige Förderung von Investitionsvorhaben trotz des rechtlichen Anspruchs der Krankenhäuser nur noch in Ausnahmefällen statt. Üblich ist vielmehr die Übernahme eines prozentualen Anteils des beantragten Fördervolumens durch das Land oder eine Fest- bzw. Höchstbetragsförderung, so dass die Krankenhausträger im Regelfall neben der öffentlichen Förderung noch weitere Finanzierungsquellen nutzen müssen. Für die Ermittlung des Investitionsbedarfs spielt die Herkunft der Investitionsmittel (Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, Eigenmittel, Zuwendungen Dritter oder Fördermittel nach KHG) jedoch keine Rolle. Die Ermittlung des Investitionsbedarfs im Sinne des § 10 Abs. 2 KHG soll deshalb unabhängig von der Herkunft der Investitionsmittel erfolgen.

- Erfasst werden sollen einzig Anschaffungs- und Herstellungskosten für die vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation. Dieser Kalkulationszeitraum stellt einen Kompromiss zwischen Aktualität der Investitionskosten und zur Verfügung stehender Datenbreite dar. Der aktuellen Kalkulation aus dem Jahr 2013 liegt somit ein Kalkulationszeitraum von 2006 bis 2012 zu Grunde.

- Die Ableitung des laufenden jährlichen Investitionsbedarfs aus den Ist-Kosten erfolgt, indem für jedes Anlagegut des-

sen spezifische wirtschaftliche Nutzungsdauer (z. B. entsprechend den AfA-Tabellen) angesetzt wird. Neben den Ist-Kosten, welche aus der Anlagenbuchhaltung, Bauausgabebüchern und weiteren die Baumaßnahmen beschreibenden Dokumentationen ermittelt werden können, kann das InEK bei Bedarf ergänzend normative Bewertungsansätze als zusätzliche Datenquellen für die Ermittlung des Investitionsbedarfs und zur Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts einbeziehen.

Für die fallbezogene Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen sieht die Vereinbarung einen modularen Ansatz vor, welcher das Krankenhaus nach Anlagenkonten (Art der Ausstattung) und Leistungsbereichen (Leistungsort) differenziert in Module untergliedert. Dies ermöglicht die Beschreibung standardisierter Ausschnitte des Krankenhauses mit ähnlicher Anlagenausstattung. Für den DRG-Entgeltbereich konnten vom InEK insgesamt 192 und für den PEPP-Entgeltbereich 71 für die Kalkulation relevante Module identifiziert werden. Ziel bei der Kalkulation ist es, dass für jedes Modul mindestens 3 Kostenwerte vorliegen, um bei der Kostenermittlung zu starke Prägungen durch strukturelle Gegebenheiten eines einzelnen Krankenhauses zu vermeiden.

- Der Ausweis der vom InEK zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen erfolgt anhand des DRG-Fallpauschalen-Kataloges. Von der Möglichkeit gemäß § 3 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG eine sachgerechte Differenzierung von bis zu 30 weiteren Fallgruppen im ersten Jahr der Anwendung vorzunehmen, wurde im aktuellen Katalog kein Gebrauch gemacht, sodass es zu keiner Veränderung am DRG-Fallpauschalen-Katalog kommt.

- Für Universitätskliniken ist zudem eine separate Bewertung der Investitionsbewertungsrelationen vorgesehen. Eine Umsetzung konnte im Jahr 2013 noch nicht erfolgen, da die Gesamtzahl der Häuser mit erfolgter Datenlieferung mit 39 sowie die Zahl der Universitätskliniken mit 4 Teilnehmern keine getrennte Datenauswertung zuließ.

Bisherige Kalkulationsverfahren

Nach einem Prä-Test im Jahr 2011 und einer Probekalkulation 2012 konnte 2013 eine Erstkalkulation durch das InEK erfolgen. Die Beteiligung der Krankenhäuser mit erfolgreicher Datenlieferung an den bisherigen Kalkulationsrunden konnte zwar von Jahr zu Jahr gesteigert werden, lag jedoch mit 14 Häusern im Prä-Test, 23 Häusern in der Probekalkulation und 39 Häusern bei der Erstkalkulation vergleichsweise niedrig. Lobend wurde vom InEK hervorgehoben, dass in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und der Selbstverwaltung bereits zu Beginn der Kalkulation eine ausgereifte Methodik zur Verfügung stand und die Qualität der von den Häusern gelieferten Daten für eine Erstkalkulation sehr gut sei.

Differenziert man die 39 Krankenhäuser, welche insgesamt erfolgreich an der Erstkalkulation teilgenommen haben nach ihrer Trägerschaft, so sind 20 Häuser dem frei-gemeinnützigen und 19 (hierunter 4 Universitätskliniken) dem öffentlichen Sektor zuzuordnen. Bislang noch nicht in der Kalkulation vertreten sind die privaten Träger.

Bei der regionalen Differenzierung der Bundesländer sticht Nordrhein-Westfalen bei der Anzahl der Kalkulationsteilnehmer deutlich hervor. Abbildung 3 zeigt, dass insgesamt aus 12 der 16 Bundesländer Kalkulationshäuser gewonnen werden konnten.

Kalkulationsergebnisse

Nahezu allen DRGs konnte eine Investitionsbewertungsrelation zugeordnet werden. Selbst bei den im Betriebskostenbereich unbewerteten DRGs der Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges konnten für den Großteil der

Bundesland	KH
Baden-Württemberg	2
Bayern	3
Brandenburg	1
Bremen	2
Hamburg	1
Hessen	2
Niedersachsen	4
Nordrhein-Westfalen	15
Rheinland-Pfalz	4
Saarland	1
Sachsen	1
Schleswig-Holstein	3

Abbildung 3: Kalkulationsteilnehmer untergliedert nach Regionen

DRGs die Investitionskosten ermittelt werden. Einzig den DRGs 960Z, 961Z und 962Z der Anlage 1 sowie den DRGs A16B, A22Z, F96Z und H37Z der Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges konnte keine Investitionsbewertungsrelationen zugeordnet werden.

Der Ausweis der Investitionsbewertungsrelation erfolgt bei bundesweit bewerteten vollstationären Leistungen je Fall. Bei unbewerteten vollstationären Leistungen der Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges sind die Bewertungsrelationen sowohl je Fall als auch je Berechnungstag ausgewiesen. Teilstationäre Leistungen werden im Katalog der Investitionsbewertungsrelationen, unabhängig davon, ob sie bundesweit bewertet oder nicht bewertet werden konnten, mit einer Bewertungsrelation je Tag abgebildet. Anbei einige Beispiele (vgl. Tabelle 1).

Sofern für die Leistungserbringung spezifische Anlagenausstattung notwendig ist, wurden vom InEK ebenfalls die Leistungen der Zusatzentgelte in die Kalkulation mit einbezogen. Die Vorgehensweise erfolgte dabei analog zur Berechnung der voll- bzw. teilstationären Entgelte. Aufgrund der schmalen Datenbasis konnte im ersten Jahr der Kalkulation allerdings einzig für Dialyseleistungen eine Bewertung umgesetzt werden. Leistungen aus dem Bereich der unbewerteten Zusatzentgelte (Anlage 4 bzw. 6) konnten bislang keine Investitionsbewertungsrelationen zugeordnet werden.

Die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen für den PEPP-Entgeltbereich war aufgrund der unzureichenden Datenlage im vergangenen Jahr nicht möglich. Für 2/3 der benötigten Module konnte kein Kostenwert ermittelt werden, welcher den gestellten Anforderungen an die Kalkulationsdatenbasis entsprochen hätte. Eine zukünftige Berechnung dieser Entgelte wird nur möglich sein, sofern bei den kommenden Kalkulationsrunden weitere Teilnehmer aus dem psychiatrischen bzw. psychosomatischen Bereich hinzugewonnen werden können.

Bezugsgröße

Große Erwartungen wurden insbesondere von Seiten der Krankenhäuser an die Veröffentlichung der Bezugsgröße gestellt. Die Bezugsgröße spiegelt die mittleren Investitionskosten pro Fall wieder und gibt somit einen Anhaltspunkt, wieviel Investitionsmittel für ein Haus, ein Bundesland oder insgesamt in Deutschland von Nöten wären, um den jährlichen Investitionsbedarf zu decken. Die Bezugsgröße basiert auf Kostendaten des Kalkulationszeitraumes 2006 bis 2012. Keine Berücksichtigung im Rahmen der Kostenkalkulation finden Kostensteigerungen (beispielsweise im Bereich der Materialkosten), welche erst nach der getätigten Investition bzw. dem vorhandenen Kalkulationszeitraum erfolgten.

Die vom InEK veröffentlichte Bezugsgröße weist die mittleren Investitionskosten je Fall aus und beträgt: 286,06 €.

Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten je Entgelt auf Basis der Fallmenge, die für die Berechnung der DRG-Fallpauschalen verwendet wurde. Enthalten sind somit vollstationäre Fälle in Haupt- und Belegabteilungen sowie Fälle der unbewerteten DRGs der Anlage 3a. Nicht enthalten sind teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle und Begleitpersonen.

Umsetzung der Investitionsbewertungsrelationen

Sowohl der Zeitpunkt als auch die grundsätzliche Entscheidung ob ein Bundesland die Investitionsbewertungsrelationen einführen wird, obliegt dem jeweiligen Land. § 10 Abs. 1 Satz 5 KHG besagt hierzu: „Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt."

Das Bild der Länder zur Umsetzung der Investitionsbewertungsrelationen ist derzeit sehr heterogen (siehe Abbildung 4). Positiv in Bezug auf die Investitionsbewertungsrelationen haben sich bislang die Ministerien der Bundesländer Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Sachsen-

Zuordnung	DRG	Partition	Bezeichnung [1)]	Bewertungsrelation/Fall	Bewertungsrelation/Tag
1	2	3	5	6	7
Anlage 1 (bewertet vollstationär)	E03Z	O	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag	1,558	
Anlage 3a (unbewertet vollstationär)	F45Z	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	2,864	0,082
Anlage 3b (unbewertet teilstationär)	L90A	M	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre		0,246
Anlage 1 (bewertet teilstationär)	L90B	M	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse		0,094

Tabelle 1: Investitionsbewertungsrelationen verschiedener Anlagen des Fallpauschalenkataloges

Anhalt und Saarland geäußert. Ebenso steht Nordrhein-Westfalen, welches bereits vor der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen eine Investitionsförderung über leistungsorientierte Pauschalen umgesetzt hat, dem neuen Verteilungssystem offen gegenüber. Die verbleibenden 9 Bundesländer haben sich bisher entweder noch nicht oder ablehnend gegenüber einer Einführung geäußert.

Neben der Frage der Einführung liegt die Form der Umsetzung in der Hoheit des Bundes und der Bundesländer. So erfolgt beispielsweise die Festlegung einer landesspezifischen Bezugsgröße durch das jeweilige Land. Zudem bleibt es den Ländern die das neue System einführen wollen überlassen, zu welchem Anteil sie ihre Investitionsmittel über Investitionsbewertungsrelationen verteilen wollen und wieviel weiterhin über die bisherige Einzelförderung bzw. die alte Form der Pauschalförderung fließen soll. Die Selbstverwaltung ist in diese Form der Ausgestaltung nicht eingebunden.

Umsetzung auf Selbstverwaltungsebene

Auf Ebene der Selbstverwaltung erfolgte am 1. April 2014 ein Spitzengespräch zwischen GKV-SV, PKV und DKG, in welchem der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen durch die Selbstverwaltungspartner in einer gemeinsamen Vereinbarung beschlossen wurde.

Der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen für das Jahr 2014 wurde anschließend auf der Homepage des InEK (www.g-drg.de) veröffentlicht.

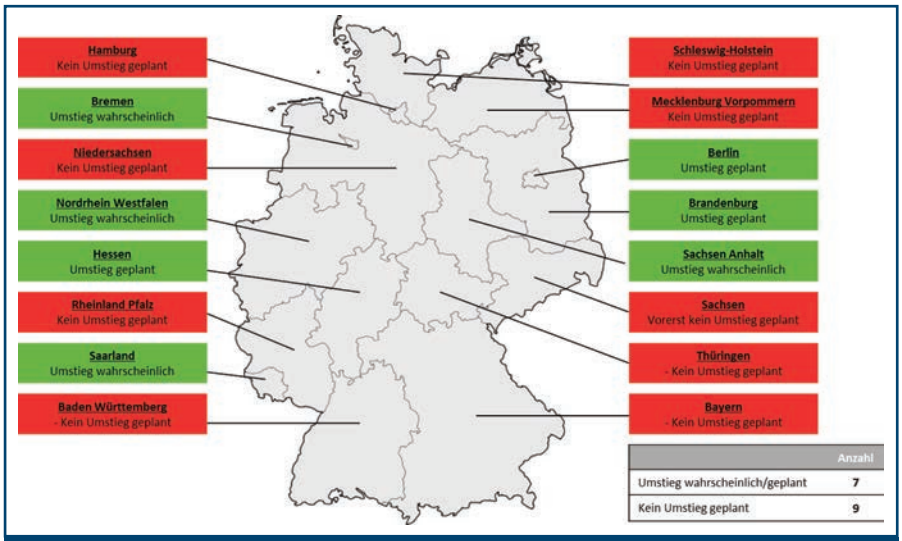


Abbildung 4: Umsetzung der Investitionsbewertungsrelationen

Praktische Bedeutung der Investitionsbewertungsrelationen

Der Gesetzgeber bot mit den im Rahmen des KHRG im Jahr 2009 gefassten Regelungen zur Investitionsfinanzierung trotz des grundsätzlich erkannten Handlungsbedarfs keinen Ansatz zur Beseitigung der Unterfinanzierung.[19] Als Ergebnis eines politischen Kompromisses sollte durch den neu geschaffenen § 10 KHG zumindest die Voraussetzungen für eine leistungsorientierte Allokation der zur Verfügung stehenden Investitionsfördermittel der Länder geschaffen werden.

Eine Beurteilung der Auswirkungen für die Krankenhäuser wird stark von den im jeweiligen Land zu treffenden Rahmenbedingungen abhängen. Grundsätzlich kann allerdings gesagt werden, dass die pauschalen Investitionsmittel zukünftig besser an Krankenhäuser verteilt und gezielt den Leistungen zugeordnet werden können. Einhergehend mit einer stärkeren pauschalen Finanzierung werden sich den Krankenhäusern auch weitere Möglichkeiten und Herausforderungen stellen. So kann einerseits der bürokratische Aufwand für Anträge zur Einzelförderung reduziert und eine gewisse Planungssicherheit für Krankenhäuser geschaffen werden. Andererseits wird die Anzahl der Investitionsmaßnahmen, welche über eine Kreditfinanzierung getätigt werden müssen, zukünftig steigen.

In der derzeitigen gesetzlichen Ausgestaltung stellen die Bewertungsrelationen ein neues Verteilungsinstrument dar, welches für mehr Transparenz und Sachgerechtigkeit sorgen soll. An der bisherigen Unterfinanzierung im Bereich der Investitionskosten wird das neue System jedoch nicht viel ändern, da es nur jene Gelder verteilen kann, die von den Bundesländern zur Verfügung gestellt werden. Ebenso ist ein Abbau des bisherigen Investitionsstaus anhand dieses Instruments nicht möglich.

Die Probleme der ungenügenden Finanzierung von Krankenhausinvestitionen und des Investitionsstaus bleiben daher auch mit der Veröffentlichung des ersten Katalogs der Investitionsbe-

[19] Vgl. z. B. Flintrop, Krankenhausfinanzierung nach 2008 – Der Streit spitzt sich zu, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 14, 4. April 2008, A 715.

wertungsrelationen weiterhin ungelöst. Dennoch sind mit der aufwendigen Kalkulation bestätigende Erkenntnisse zu dem zur Aufrechterhaltung der medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser mindestens erforderlichen Investitionsbedarfs verbunden.

Die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen nachhaltig ausgestalten.

Das Statistische Bundesamt stellte bereits im Jahr 2009 fest, dass auf die Politik in den nächsten Jahren vor allem die Aufgabe zukommen werde, ein adäquates Versorgungsangebot für eine alternde Bevölkerung sicherzustellen.[20] Der stationäre Sektor wird hier weiterhin eine zentrale Rolle spielen. Reformvorhaben müssen daher insbesondere von einer Stabilisierung der Krankenhausfinanzierung begleitet werden. In die Reform der Investitionsfinanzierung müssen die Universitätskliniken dabei in geeigneter Form und unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Aufgaben einbezogen werden.

Die Bedeutung des Krankenhaussektors und seine wirtschaftlichen Potenziale dürfen in der Finanzierungsdiskussion nicht ausgeblendet werden. Die Finanzierungslast einer mindestnotwendigen Verdopplung der derzeitigen Investitionsfördermittel relativiert sich, wenn man die positiven ökonomischen aber auch sozialen Rückflüsse von Investitionen im Krankenhausbereich in gebotener Weise anerkennt.[21] Mit einer sicheren, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung erschaffen die Kliniken in Deutschland einen hohen volkswirtschaftlichen Nutzen und sind ebenso wichtige Impulsgeber für Wachstum, Innovationen und Beschäftigung von über 1 Mio. Mitarbeitern bundesweit.

Der dargestellte Nutzen von Investitionen im Krankenhaussektor in Verbindung mit der staatlichen Verantwortung zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern und nicht zuletzt die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft liefern gute Gründe für eine gemeinsame, steuerfinanzierte Investitionsförderung von Bund und Ländern.

Die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung, die den regionalen Gegebenheiten und Patientenbedürfnissen ausreichend Rechnung trägt, kann allerdings nur dann gewährleistet werden, wenn das Letztentscheidungsrecht weiterhin bei den verantwortlichen Landesbehörden liegt. Einzelverträge und Nachfragemonopole von Krankenversicherungen gefährden den Erhalt verlässlicher, bedarfsgerechter Strukturen und stehen insbesondere der langfristigen Natur von Investitionen entgegen.

Die Erkenntnisse aus der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen zum Investitionsbedarf der Kliniken haben die Angemessenheit der von den Krankenhäusern seit Jahren angemahnten Höhe notwendiger Fördermittel erneut eindrücklich unterstrichen. Die Forderungen fanden und finden dabei breite Unterstützung auch außerhalb der Krankenhausverbände.[22] Eine nachhaltige Investitionstätigkeit in den Krankenhäusern erfordert eine verlässliche Förderquote mit einem entsprechenden jährlichen Volumen von mindestens 6 Mrd. Euro. Die Krankenhäuser setzen daher große Hoffnungen in die Arbeit der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Bund und Ländern zur Reform der Krankenhausfinanzierung und in den politischen Willen zu einer zukunftsfähigen Lösung der Investitionsproblematik.

Informationen zu den Verfassern:
Referenten im
Dezernat Krankenhausfinanzierung
und Planung
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

[20] Vgl. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 7/2009, 641 - 659.
[21] Vgl. z. B Prognos, Makroökonomische Auswirkungen zusätzlicher Investitionen im Krankenhausbereich im Jahr 2009.
[22] Vgl. z. B. Positionen der Bundesärztekammer zur Krankenhausfinanzierung vom 13.12.2013 oder Gemeinsame Presseinformation der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) und der Ländervertretung Berlin / Brandenburg des Ersatzkassenverbandes (vdek) vom 13.02.2013.

Dr. Josef Düllings

Mehr Geld oder bessere Strukturen?

Investitionsfinanzierung aus Sicht des VKD

Eine echte Herausforderung

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland steht auf zwei (wackeligen) Beinen. Betriebskosten werden über Krankenhausleistungen von den Krankenkassen finanziert, Investitionen von den Bundesländern, die damit auch die Versorgungsstrukturen gestalten sollen – ein Bein, das heute so gut wie amputiert ist.

Anfang der 1970er Jahre lag das Verhältnis der öffentlichen Fördermittel zu den Krankenhausausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei ca. 25 Prozent. Bis 2013 ist es auf unter vier Prozent gesunken. Differenziert nach Bundesländern sind die Förderquoten unterschiedlich, aber in keinem Land letztlich ausreichend, auch nicht in Bayern.

Bei nahezu allen Parteien, Verbänden und Experten besteht Konsens darüber, dass die Investitionsfinanzierung der Kliniken notleidend ist und verbessert werden muss. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fordert deshalb zu Recht, dass mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr mehr bereitgestellt werden müssen, um überhaupt eine solide Regelfinanzierung der Krankenhausinvestitionen zu ermöglichen. Damit ist das Thema Strukturwandel noch gar nicht angesprochen.

Aus Sicht des Klinikmanagements liegt das Problem nicht allein in einem Mehr an Fördermitteln. Finanzentscheidungen werden auf betrieblicher Ebene immer „aus einer Hand“ getroffen. Ansonsten könnte man keine erfolgreiche Unternehmensstrategie entwickeln. Die unzureichende Investitionsförderung der Bundesländer ist mittlerweile das "schwarze Loch" der Krankenhausfinanzierung. Solange dieses Problem nicht gelöst ist, kranken alle anderen Bereiche, auch die Personalbesetzung in der Pflege sowie die Qualität und auch die Sicherheit im Krankenhaus.

Zentral ist die Frage des Strukturwandels

Die wirklich zentrale Zukunftsfrage der Krankenhausversorgung in Deutschland ist der dringend benötigte Strukturwandel. Dieser Strukturwandel ist aber nur mit Investitionen zu bewegen. Dies gilt nicht nur für die Krankenhauswirtschaft, sondern für alle Wirtschaftsbereiche. Es ist das kleine 1 x 1 der Ökonomie.

Alle bisher versuchten Strategien des „Strukturwandels“, insbesondere auch die finanzielle Auszehrung von Krankenhäusern mit Hilfe des DRG-Systems, sind gescheitert. Das Fallpauschalensystem hat im Gegenteil und wider Erwarten zu einem Strukturwachstum mit mehr Angeboten für die Patienten geführt. Diese wollen Politik und Krankenkassen aber nicht bezahlen, obwohl sie Folge des gewollten Wettbewerbs sind und dem Patienten auch mehr Wahlmöglichkeiten bieten. Vor allem wird das wettbewerbsrationale Verhalten der Krankenhäuser noch kritisiert und seit einiger Zeit, vor allem durch Verlautbarungen von Krankenkassenseite, in eine kriminelle Ecke gestellt, wenn man etwa behauptet – bislang ohne hinreichende Evidenz – in Deutschland würde zu viel und primär aus ökonomischen Gründen operiert.

Dr. Josef Düllings

Das neue Thema ist jetzt Qualität und Vergütung. Den Krankenhäusern soll es recht sein. Ärzte, Pflegende, Patienten und Klinikmanagement sind sehr für Qualität. Mehr Qualität ist besser als weniger. Auch hier bedarf es jedoch einer Folgenabschätzung.

Foto: © Marco2811/fotolia.com

Was ist denn eine zu erwartende Folge aus Sicht der Praxis? Qualität kostet Geld. Und wenn hier das neue Postulat eingeführt werden sollte „Geld folgt der Qualität“, dann werden wir für den Patienten genau das bekommen: mehr Qualität und die Krankenversicherung wird dafür mehr Geld ausgeben – ob sie will oder nicht. Die Phantasie, Qualität auch als „Knock-Out-Parameter“ einzusetzen – um keine Strukturpolitik machen zu müssen – hat wenig Aussicht auf Erfolg, da sich die Akteure in der Praxis an die neuen Rahmenbedingungen anpassen werden, schneller als die Politik sich dazu beraten kann.

Strukturwandel erfordert Investitionen

Wenn man also ein Strukturwachstum nicht will, sondern eher eine Konzentration der Krankenhausstrukturen, dann liegt es nahe, sich die Erfahrungen mit dem Artikel 14-Programm des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 in den neuen Bundesländern zunutze zu machen. Diese legen nahe, einen zeitlich befristeten Investitionsfonds anzulegen, der dem Ziel angemessen ausgestattet sein muss. Mit 500 Millionen Euro bundesweit wird man einen signifikanten Strukturwandel nicht bewegen können. Und es kann dabei auch nicht einseitig und nur um Strukturabbau oder -konversion gehen. Die Folgen wären fatal und vergleichbar mit der Entscheidung der Bundesländer Ende der 1990er Jahre zum Abbau von Studienplatzkapazitäten – unter dem Eindruck der damaligen „Ärzteschwemme“.

Ziel muss eine sinnvolle und zukunftsfähige strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung sein, bei der die zentralen Zukunftsparameter berücksichtigt werden. Das Zeitfenster für eine solche Entscheidung ist eng und muss genutzt werden. Insofern lastet auf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine große Verantwortung, der sie hoffentlich gerecht wird.

Welche Vorstellungen hat der VKD?

Wettbewerb in einem brüchigen Ordnungsrahmen

Mit der Entscheidung über die Einführung des Fallpauschalensystems wollte der Gesetzgeber für die Krankenhäuser mehr Wettbewerb um den Patienten. Zehn Jahre DRG-System haben die Krankenhäuser gelehrt, dass es bei ihren Angebotsentschei-

dungen nicht um staatliche Daseinsvorsorge geht, sondern um bestmögliche Angebote für ihre Patienten, die in der jetzigen Struktur allerdings die Krankenversicherung zu überfordern scheinen. Mit dem Rückzug der Bundesländer aus der Investitionsförderung und einem damit verbundenen Verlust der Gestaltungsspielräume in der Strukturentwicklung fehlt derzeit ein „ordnungspolitischer Rahmen" zum DRG-System. Eine Restauration über die traditionelle Krankenhausplanung scheint kaum zu gelingen.

Zur Wettbewerbslogik des G-DRG-Systems komplementär schlägt der VKD für die Strukturpolitik der Krankenhausversorgung auf Landesebene eine Neuordnung der Investitionsfinanzierung vor, die nachfolgend kurz erläutert werden soll. Das Modell umfasst zwei Komponenten.

VKD-Konzept zur Neuordnung der Investitionsfinanzierung

A. Beteiligung der Krankenkassen

Da die stationären Patienten als Versicherte der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung den weit überwiegenden Anteil der Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, sollten die Krankenkassen an der Regelfinanzierung von Krankenhausinvestitionen beteiligt werden. Möglich wäre dies über einen Zuschlag zur Fallpauschale. Mit dem Versorgungszuschlag für 2013 und 2014 haben die Krankenkassen bereits „Fingerübungen" gemacht und gezeigt, wie unkompliziert eine solche Regelung umsetzbar wäre.

Um zu einer betriebswirtschaftlich vernünftigen Investitionsquote zu kommen, ist ein Zuschlag von mindestens 5 Prozent erforderlich. Mit den jetzt vorgelegten ersten Kalkulationen leistungsgerechter Investitionspauschalen ist ohnehin der Weg gebahnt, um zu einer systemlogischen Abbildung von Investitionsanteilen im Fallpauschalensystem und zu einer aus Sicht des VKD überfälligen Beteiligung der Krankenkassen an den Investitionen zu kommen.

Mehr Mitsprache oder Selektivverträge?

An dieser Stelle wird von Kassenseite gern die Forderung erhoben, dass man dann aber auch mitbestimmen möchte in der Krankenhausplanung. Das Argument galt bis zur Einführung des DRG-Systems in einem Ordnungsrahmen der staatlichen Daseinsvorsorge, also bis etwa 2005. Heute haben wir ein Wettbewerbssystem, in dem die Krankenhäuser als Anbieter autonom über ihre Angebote entscheiden. Insoweit ist die Kassenforderung systemfremd.

Eine andere Option wäre, zu sagen: Dann wollen wir Selektivverträge. In welchem Umfang, müsste diskutiert werden, und, ob dies grundsätzlich sinnvoll ist. Als Modellprojekte dürften Selektivverträge kein ernsthaftes Problem sein. Es ist allerdings rein hypothetisch zu fragen, ob eine flächendeckende Einführung den aus Kassensicht gewünschten Effekt der Strukturbereinigung wirklich hätte. Auch die Krankenkassen stehen im Wettbewerb. Insoweit bestünde hier eher die Gefahr eines unkontrollierten, weiteren Strukturwachstums und einer finanziellen Überforderung des Krankenversicherungssystems. Denn es ist davon auszugehen, dass bestehende Strukturen aus politischen Gründen nicht angetastet und mit Selektivverträgen eher zusätzliche Strukturen aufgerüstet werden. Das Gesamtsystem würde leiden unter einer schlechteren Wirtschaftlichkeit und wegen zu großer Streuung der Mengen (Patientenzahlen) auch unter einer schlechteren Qualität.

Kassen können schon jetzt auf allen Ebenen mitentscheiden

Grundsätzlich ist noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass die Krankenkassenverbände schon heute erhebliche Mitspracherechte in der Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung haben:

1. So können sie Krankenhäusern nach § 110 SGB V ganz oder teilweise (Fachabteilungen) den Versorgungsvertrag kündigen, wobei das Land dieser Kündigung nur widersprechen darf, wenn ein Krankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung tatsächlich „unverzichtbar" ist.

2. Die Krankenkassenverbände sind zudem in den Landesplanungsausschüssen der Bundesländer vertreten, in denen Struktur- und Standortfestlegungen getroffen werden.

3. Weiterhin gestalten sie Leistungsstrukturen von Krankenhäuern über die jährlichen Entgeltverhandlungen, indem sie Leistungen vereinbaren oder verweigern. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird faktisch mehr und mehr über die Entgeltverhandlungen definiert und nicht durch die Planungsbehörde, obwohl man immer vom Letztentscheidungsrecht der Länder hört.

4. Weiter betreiben Krankenkassen Strukturgestaltung „durch die kalte Küche“, indem sie Zahlungen für Leistungen des Versorgungsvertrages verweigern und sich lieber verklagen lassen. Aktuelles Beispiel: Mitral-Clipping. Angesichts der finanziellen Schieflage vieler Krankenhäuser besteht hier ein hohes Erpressungspotenzial, bei dem sich viele nicht auf einen Rechtskonflikt einlassen, um ihre Liquidität nicht zu gefährden.

5. Schließlich werden im kassenseitig dominierten Gemeinsamen Bundesausschuss mehr und mehr Parameter festgelegt, die steuernd auf die Strukturen bis in die einzelne Fachabteilung eines Krankenhauses eingreifen. Prominentes Beispiel ist die Frühchenversorgung in Perinatalzentren.

Insgesamt ist also die ständige Forderung nach mehr Mitsprache der Krankenkassen völlig überzogen. Es sei denn, man wollte selbst die Patientenversorgung übernehmen.

B. Einrichtung eines Fonds zur Strukturentwicklung

Um eine bedarfsgerechte Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung und vor allem auch eine perspektivische Entlastung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung zu erreichen, bestünde mit der zurzeit eher guten Finanzlage von Bund und Ländern ein Zeitfenster zur Einrichtung eines zeitlich befristeten Strukturentwicklungsfonds. Ein solcher Fonds wurde bereits in den Verhandlungen zum Koalitionsvertrag Ende 2013 diskutiert, jedoch nicht in den Koalitionsvertrag übergenommen. Ein Investitionsfonds sollte folgende Bausteine umfassen:

1. Die bisherigen Investitionsmittel der Bundesländer sollten, ergänzt um Investitionsmittel aus dem Bundeshaushalt (50/50), in einen jeweils auf Landesebene zu bildenden „Fonds zur Strukturentwicklung und Modernisierung der Krankenhausversorgung“ eingebracht werden.

2. Spürbare strukturelle Veränderungen sind – auch angesichts eines immensen Investitionsstaus vor allem in den alten Bundesländern wie auch des Wegfalls der Investitionsmittel nach Artikel 14 GSG in den neuen Bundesländern ab 2015 – erst ab einer Größenordnung von mindestens 5 Milliarden Euro bundesweit zu erwarten.

3. Vorrangig sollten dabei Krankenhäuser in regionalen Verbünden zum Zuge kommen, die eine Anpassung auf der Ebene ihrer Fachabteilungen und Standorte selbst vornehmen. Optimal wäre ein regional abgestimmtes Planungskonzept.

4. Eine in diesem Zusammenhang diskutierte „Abwrackprämie“ lehnt der VKD ab. Sie birgt das Risiko eines einseitigen Abbaus von Strukturen, die in den kommenden fünfzehn Jahren wieder benötigt werden: Demografie, Hygiene und Patientenisolierung, 2-Bett-Zimmer, weitere Senkung der Verweildauer mit steigendem Organisationsaufwand.

5. Zu diskutieren ist, ob zu grundsätzlichen Vorgaben über die Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf Basis eines zwischen Bund und Ländern abgestimmten Kataloges ermächtigt werden sollten, unter Wahrung der Letztverantwortung der Bundesländer für die konkrete Standort- und Bettenplanung in einem Bundesland.

Ausblick

Grundsätzlich besteht Konsens über zwei Punkte, die für die Zukunft der Patientenversorgung in den Krankenhäusern von zentraler Bedeutung sind:

1. Die Investitionsförderung der Bundesländer ist nicht ausreichend und hat zunehmend schädlichere Auswirkungen auf alle anderen Bereiche des Krankenhauses.

2. Die Krankenhausversorgung in Deutschland braucht einen Strukturwandel.

Wenn diese Diagnose zutrifft, dann sollte es doch möglich sein, dass Bund und Länder in der Arbeitsgruppe zu einer Lösung kommen, die die Krankenhausversorgung, aber auch die Gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfest machen. Ohne eine solche Lösung wird sich der Mangel in den Krankenhäusern, aber auch bei Mitarbeitern und nicht zuletzt bei den Patienten verschärfen. Und die gesetzliche Krankenversicherung wird paradoxerweise zunehmend finanziell überfordert, weil die Effizienzreserven des Systems aufgrund fehlender Investitionen nicht gehoben werden. Dies dürfte sich in den nächsten fünfzehn Jahren mit dem Eintreffen der Babyboomer in den versorgungsrelevanten Altersgruppen bis 2030 zunehmend dramatischer darstellen. Insofern ist die Politik gefordert, zu handeln. Wegducken ist keine Alternative.

Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen

Der Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zum 117. Deutschen Ärztetag

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Fritz Stagge (Drucksache I - 01a) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 einstimmig folgende Entschließung:

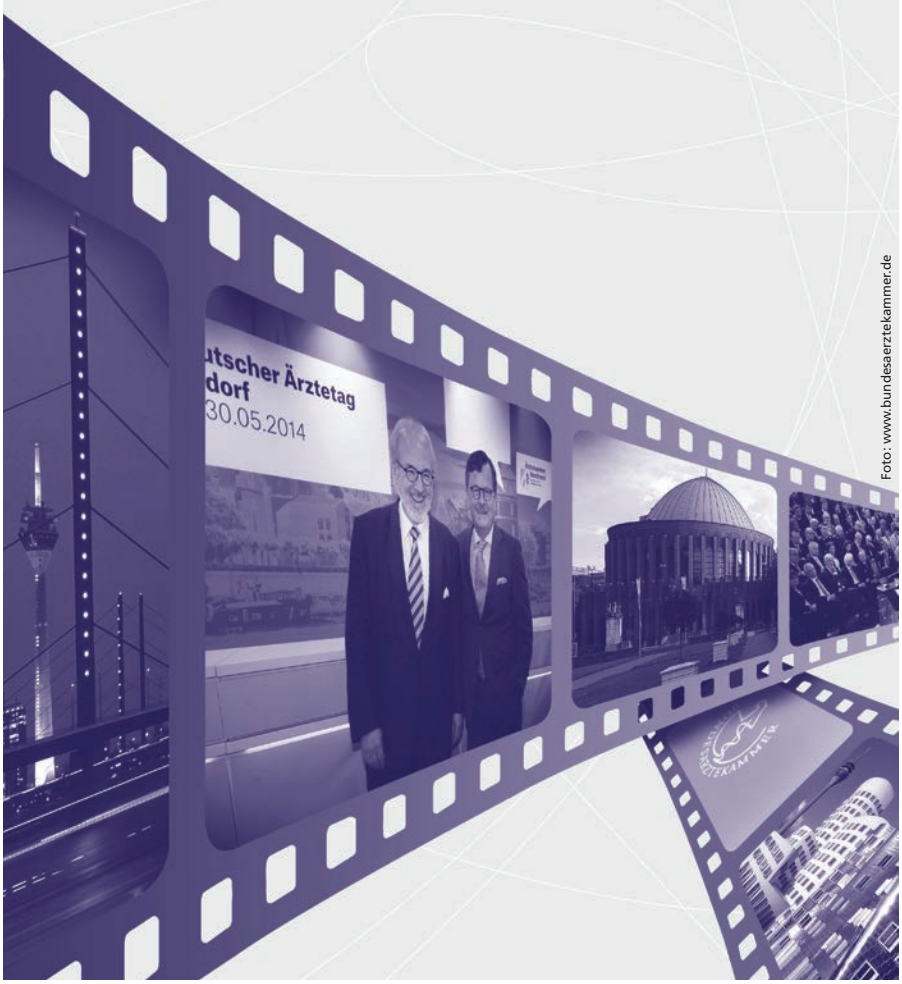


Foto: www.bundesaerztekammer.de

Qualität nicht verwalten, sondern produzieren

Seit jeher zählt die Qualitätssicherung des eigenen Handelns zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt daher die von der Bundesregierung angekündigte "Qualitätsoffensive" im Gesundheitswesen. Allerdings braucht unser Gesundheitssystem keine als Qualitätsinstitut getarnte Behörde, die Qualität lediglich verwaltet. Ein solches Institut ist nur dann sinnvoll, wenn es die Ärztinnen und Ärzte aktiv dabei unterstützt, Qualität zu produzieren.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung daher auf, den ärztlichen Sachverstand in dem geplanten Qualitätsinstitut an führender Stelle zu verankern. Qualitätssicherung gehört zu den originären Aufgaben der Heilberufekammern. Deshalb sollten sie jeweils mit einem Sitz im Vorstand der Stiftung beteiligt sein und auch ein unmittelbares Antragsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten, das Institut zu beauftragen.

Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigen

In ihrem Positionspapier zur Krankenhausfinanzierung fordert die BÄK dringend notwendige Korrekturen zur Sicherung der Versorgung im stationären Sektor. Die Kliniken leiden unter einer fortwährenden Unterfinanzierung. Seit 1991 ging die Investitionsförderung der Länder um rund 30 Prozent zurück. Das daraus entstandene Defizit beläuft sich bundesweit auf mehr als 30 Milliarden Euro. Verschärft wird die finanzielle Not durch starre und unflexible Fallpauschalen. Sie benachteiligen systematisch Krankenhäuser, die in strukturschwachen Regionen die medizinische Versorgung sicherstellen.

Das derzeitige Fallpauschalensystem nivelliert medizinische Leistungen, die in besonderer Qualität oder besonders selten erbracht werden.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014

fordert, den 100-Prozent-Ansatz des deutschen Fallpauschalensystems aufzugeben. Es müssen mehr Spielräume für dieBerücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen, fachlicher und regionaler Besonderheiten geschaffen werden, wie für

- die Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausbehandlung und Notfallversorgung durch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung auch in strukturschwachen Regionen,
- die ausreichende Finanzierung der Universitätsmedizin und der Maximalversorgung,
- die fortlaufende Berücksichtigung von Tarifanpassungen und Personalkosten,
- die besondere Förderung der Qualität, Hygiene, belegärztlichen Versorgung und Fortbildung,
- die Berücksichtigung von kurzfristigen Kostenentwicklungen, zum Beispiel Haftpflichtversicherung und Energieumlagen,
- begründete normative Abweichungen von der DRG-Systematik und ihre Folgen auf die erforderliche Personalausstattung und
- die Finanzierung von Extremkostenfällen und der Transplantationsmedizin.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, die Krankenhausfinanzierung auf den Prüfstand zu stellen und Reformen zur Verbesserung der Lage der Krankenhäuser auf den Weg zu bringen. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die Länder, sich diese Positionen zu eigen zu machen und eine nachhaltige Investitionsfinanzierung der Kliniken sicherzustellen.

Zielvereinbarungen mit Augenmaß

Im Mai 2013 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen mit der BÄK gem. § 136a SGB V Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen vorgelegt. Wie eine Auswertung der in der gemeinsamen Koordinierungsstelle vom Verband leitender Krankenhausärzte und von der BÄK eingegangenen Arbeitsverträge zeigt, enthalten trotzdem noch viele Verträge berufsrechtlich kritische Zielvorgaben und Anreize.

Die BÄK ruft daher die Krankenhausträger dazu auf, im Sinne der Patienten die Unabhängigkeit der Ärzte bei medizinischen Entscheidungen zu respektieren und sich bei der Formulierung von Arbeitsverträgen an die Empfehlungen der DKG zu halten. Darüber hinaus ist eine Konkretisierung und Verschärfung der Empfehlungen erforderlich. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die DKG auf, in Nachverhandlungen einzutreten. Die gesetzliche Regelung nach § 136a SGB V, die wirtschaftliche Anreize bei einzelnen Leistungen untersagt, ist so zu konkretisieren, dass auch für mehrere Leistungen, Leistungsmengen oder wirtschaftliche Messgrößen für Leistungsmengen keine finanzielle Anreize vereinbart werden dürfen.

Gemeinsam gegen den Ärztemangel

Im Jahr 2001 warnte die BÄK zum ersten Mal vor dem drohenden Ärztemangel. Inzwischen ist er vielerorts Realität, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung. Das Problem wird sich in Zukunft noch verschärfen, denn der demografische Wandel macht auch vor der Ärzteschaft nicht Halt. Seit Jahren nimmt ihr Durchschnittsalter zu, immer mehr Ärztinnen und Ärzte gehen in den Ruhestand. Zur Behebung des ärztlichen Nachwuchsmangels sind in den letzten Jahren vielfältige Aktivitäten gestartet worden, nicht zuletzt von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden. Zwar zeigen die Anstrengungen erste Erfolge, sie reichen aber vor dem Hintergrund des stetig steigenden Versorgungsbedarfs einer alternden Gesellschaft längst nicht aus, um die derzeitige Qualität der medizinischen Versorgung aufrechtzuerhalten.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ruft daher alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung auf. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung muss konsequent etabliert werden, unter anderem durch die Stärkung der Kompetenzen der hierfür zuständigen Landesgremien nach § 90a SGB V, in welche die Landesärztekammern bundesweit einzubeziehen sind. Es gilt, ohne ideologische Scheuklappen neue, sektorenübergreifende Konzepte zur Gewinnung und Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu entwickeln. Insbesondere bedarf es einer soliden Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, einer zielgerichteten Auswahl der Studienbewerber und mehr Praxisnähe im Studium. Darüber hinaus sind die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeleiteten Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiter auszubauen.

Die Ärzteschaft bietet der Bundesregierung ihre Mitarbeit bei der Entwicklung eines "Masterplans Medizinstudium 2020" an.

GOÄ-Reform zügig umsetzen

Im November 2013 vereinbarten die BÄK und der Verband der Privaten Krankenversicherungen eine Rahmenvereinbarung zur

Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wechselnde Bundesregierungen haben eine Einigung zur Vorbedingung für die Aufnahme eines entsprechenden Gesetzgebungs – bzw. Verordnungsverfahrens erklärt. Die amtliche Gebührenordnung legt Höchstsätze fest, um Patienten vor finanzieller Überforderung zu schützen und bestimmt Mindestsätze, um die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung zu gewährleisten. Die letzte Gesamtrevision des Regelwerks fand im Jahr 1982 statt. Die Novellierung ist dringend notwendig, um die GOÄ auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die Bundesregierung, nun ihren Teil der Vereinbarung zu erfüllen und für eine zügige rechtliche Umsetzung der GOÄ zu sorgen. Es muss ein Inflationsausgleich für die Vergangenheit geschaffen werden. Für die Zukunft ist ein regelmäßiger automatischer Inflationsausgleich durch die Einfügung einer Indexklausel vorzusehen. Seit 1996 beträgt die Inflation in Deutschland knapp 30 Prozent – der Punktwert der GOÄ ist hingegen gleich geblieben.

Für ein Europa der individuellen Gesundheitssysteme

Die Ärzteschaft beobachtet mit großer Sorge Bestrebungen auf europäischer Ebene, medizinische Verfahren mit Hilfe privatwirtschaftlicher Normungsinstitute europaweit zu vereinheitlichen. Damit wird das vertraglich vereinbarte Recht der Mitgliedstaaten verletzt, die Organisation ihres Gesundheitswesens und die Patientenversorgung eigenverantwortlich zu regeln. Ein solcher Eingriff konterkariert darüber hinaus das bewährte System einer fachlich fundierten und demokratisch gewählten ärztlichen Selbstverwaltung und bedroht die qualitativ hochwertige Patientenversorgung in Deutschland.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 plädiert für ein Europa der individuellen Gesundheitssysteme und fordert die Bundesregierung auf, sich auf europäischer Ebene energisch für den Subsidiaritätsgedanken einzusetzen. Die Europäische Kommission muss die Souveränität der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich respektieren und jede unzulässige Einmischung unterlassen.

Die Europäische Union muss sich stärker bemühen, Bürokratie abzubauen und gute Rechtsetzung da zu gewährleisten, wo Europa tatsächlich als Ganzes gefordert ist. Insbesondere müssen die politischen Prozesse und Entscheidungen der EU zur Gesundheit für die Beteiligten wie die Betroffenen transparenter und verständlicher gestaltet werden. Eine Normierung der Gesundheitsversorgung über Dienstleistungsrichtlinien der EU und Normungsaktivitäten des europäischen Normungsinstituts CEN auf ein einheitliches Minimalniveau kann und darf nicht stattfinden.

Bücher

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

mit CD-Rom, Stand Jan. 2014

R. Hess/R.Klakow-Franck (Bearb.)

Verlag: Deutscher Ärzte-Verlag
416 Seiten
ISBN 978-3-7691-3553-4
39,99 EUR

Die nachfolgende Rezension folgt weitgehend dem Begleittext des Verlags:
Das Eingangskapitel enthält die gesetzlich Grundlagen der GOÄ. Im Gebührenverzeichnis finden sich auf einen Blick die Bewertung aller Leistungen in Punktzahlen und die kompletten Gebühren im Einfachsatz und Steigerungssätzen, sowie die Gebühren für Standard- und Basistarif der privaten Krankenversicherung.
Es folgt ein Verzeichnis der analogen Bewertungen mit Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer.
In der Erläuterung der neuen Rahmenvereinbarung zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband findet man den aktuellen Sachstand zur GOÄ-Reform. Neu aufgenommen wurde der IGel Ratgeber von Bundesärztekammer und kassenärztlicher Bundesvereinigung als Orientierungshilfe.

Mit dem Erwerb des Bandes erwirbt man eine CD-Rom mit dem kompletten Inhalt des gedruckten Textes.

KH Schriefers, Koblenz

Prof. Dr. Hans-Peter Busch

Führung im Spannungsfeld von Wollen, Können und Dürfen

Erkenntnisse, Tipps und Tricks aus 25 Jahren Leitungserfahrung

Eine erfolgreiche Unternehmensentwicklung von Praxen und Krankenhäusern wird entscheidend bestimmt durch die Qualität und Quantität geeigneter Mitarbeiter und deren Motivation, diese Fähigkeiten dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen. Dies gilt insbesondere für Führungskräfte, welche als „Zugpferde" durch ihre Ideen und Vorbildfunktion die Zukunft bestimmen und das Arbeitsklima prägen. Führungskräfte tragen für die erfolgreiche Unternehmensentwicklung eine persönliche, nicht delegierbare Verantwortung. Sie müssen klare Visionen und Ziele haben und diese mit Empathie, Begeisterungsfähigkeit und dem Vertrauen der Mitarbeiter konsequent verfolgen.

Rahmenbedingungen für Führungskräfte

Führungskräfte werden nicht für die dramatische Schilderung der aktuellen und zukünftigen Probleme, sondern für den Erfolg in bestehenden Rahmenbedingungen (Finanzierung des Gesundheitssystems, lokale Bedingungen, Eignung der Vorgesetzten) benötigt und bezahlt. Erfolg muss dabei messbar in den Dimensionen **medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit – aber auch bei den Kriterien Mitarbeiterbindung und Mitarbeitergewinnung** nachgewiesen werden.

Foto: © Coloures-pic/fotolia.com

Medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit

Im aktuellen Gesundheitssystem wird eine kontinuierliche Optimierung von Behandlungsprozessen in den Dimensionen medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit gefordert.

Die „Kultur des kontinuierlichen Wandels" stellt eine Herausforderung an das Denken und Handeln der Führungskräfte dar.

In der Musterberufsordnung wird dem Arzt die Verantwortung für die medizinische Qualität durch eine Therapiefreiheit zugeordnet. Der Arzt will, soll und muss damit dem Patienten auch Behandlungsformen ermöglichen, die sich nicht refinanzieren. Die Rahmenbedingungen verlangen aber tägliche Kompromisse beim ärztlichen, pflegerischen, und administrativen Handeln. Die Frage lautet leider nicht: „Welche finanziellen Ressourcen brauche ich für eine optimale Behandlungsqualität?" **sondern** „Wie kann ich mit den vorhandenen zugewiesenen bzw. erwirtschafteten finanziellen Ressourcen eine möglichst hohe Qualität erzeugen?" In der Realität muss der Arzt sich seine Therapiefreiheit erwirtschaften. Dabei erzwingt die Existenzsicherung der Praxis und der Klinik, dass die Kosten in der Gesamtsumme deutlich unter den Erlösen liegen.

Doch wo sind die Wirtschaftlichkeitsreserven, die diese größere Therapiefreiheit ermöglichen? Die Antwort lautet: **Zum Teil** in einer Optimierung bzw. Neugestaltung der Prozesse und Strukturen und einer Weiterentwicklung der Personen. Mit dieser Strategie werden im Wettbewerb Vorteile erreicht, sicherlich aber nicht alle Probleme und Versäumnisse im Gesundheitssystem kompensiert.

Wirtschaftlichkeitsreserven im Leistungs- und Kostenwettbewerb

In einem „Leistungs- und Kostenwettbewerb mit Qualitätsgarantie" liegen Wirtschaftlichkeitsreserven in einer Steigerung der **Effizienz** einzelner Leistungen (z.B. kostengünstige Durchführung einer Untersuchung bei gleich hoher Qualität), im Krankenhaus zusätzlich in der **Effektivität** (z.B. Frage nach der medizinischen Notwendigkeit von Einzelleistungen), d.h. der Qualität von abteilungsübergreifenden Gesamtbehandlungsprozessen von der Aufnahme bis zur Entlassung. Im Vordergrund der Optimierung sollte nicht stehen, in den bestehenden Strukturen und Abläufen mehr oder schneller zu arbeiten sondern in neuen Strukturen und Abläufen anders zu arbeiten. Dann stehen im Mittelpunkt des Motivations- und Belohnungssystems nicht ausgeführte Einzelleistungen (Leistungsmenge), sondern auch Leistungsqualität und die Vermeidung von medizinisch nicht notwendigen Einzelleistungen, das heißt die Prozessqualität. Bisher folgt der aktiven Vermeidung von nicht notwendigen Einzelleistungen in der Praxis der Erlösverlust, im Krankenhaus, auch wenn damit ein Vorteil für den Patienten und im Fallpauschalen-System für die Ökonomie verbunden ist, der Stellenabbau – und das wissen alle Mitarbeiter. Also ist das Ziel: Steigerung der Leistungsmenge, nicht Steigerung der Leistungsqualität und Prozessqualität zur Sicherung der Arbeitsplätze – ein falscher Anreiz.

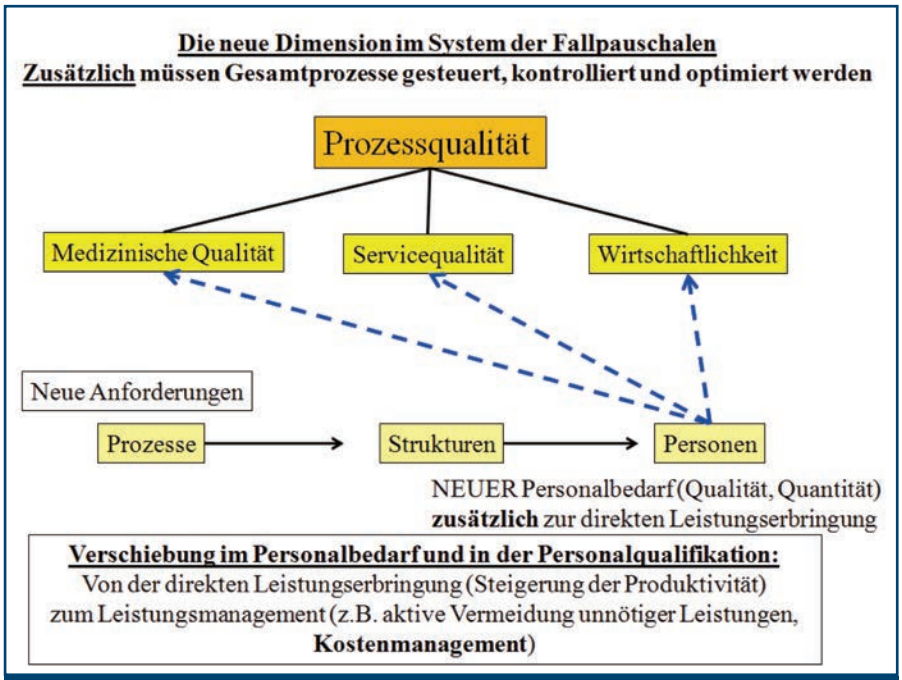


Abbildung 1: Prozessqualität – die neue Dimension der Optimierung

Im Mittelpunkt der Organisation stehen die Mitarbeiter

Die Existenz einer Praxis oder eines Krankenhauses kann gefährdet werden durch zu geringe medizinische Qualität und Servicequalität oder ungenügende Wirtschaftlichkeit, aber auch durch das Fehlen von ausreichend qualifiziertem Personal. Wer heute bei Stellenausschreibungen die große Anzahl von ungeeigneten Bewerbern erlebt, kann sicher sein, dass auch diese Bewerber in einer anderen Klinik/Praxis „in Not" einen Platz finden – eine potentielle „Todesspirale" für diese Organisationen. Geeignetes Personal zu finden und zu binden ist eine der wichtigsten Aufgaben **aller** Führungskräfte – und dies auch bei ungünstigen Rahmenbedingungen.

Es gibt einen existentiellen Wettbewerb um qualifizierte und motivierte Mitarbeiter.

Die Rahmenbedingungen der „DRG-Welt" erfordern eine Veränderung der Führungskräfte. Viele vertraute Abläufe und Besitzstände der (persönlichen) „Inseloptimierung", die in der Vergangenheit sinnvoll waren, müssen in Zukunft in der Welt der „Optimierung von Gesamtprozessen" aufgegeben werden.

Die Vorgabe der DRG Welt:In Gesamtprozessen von der Aufnahme bis zur Entlassung abteilungsübergreifend denken, handeln und optimieren(medizinische Qualität, Servicequalität, Wirtschaftlichkeit).

Im Mittelpunkt einer erfolgreichen Entwicklung stehen dabei die Mitarbeiter aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und ihrem Wollen, Können und Dürfen, Prozesse auch in veränderten Aufgaben, Rollen, Strukturen und Verantwortungen zu opti-

mieren und somit zu einer für das Krankenhaus „überlebensnotwendigen“ Qualitätsoffensive beizutragen.

Ein wichtiger Aspekt im Wettbewerb um gute Mitarbeiter ist, dass optimierte Strukturen und Abläufe (medizinische Qualität, Servicequalität, Wirtschaftlichkeit) zusätzlich sichtbar mit **verbesserten Arbeitsbedingungen (Lebensqualität!)** verbunden sein müssen – eine neue Herausforderung.

Gute Mitarbeiter (zum Beispiel qualifizierte Fachärzte) können sich den gewünschten Arbeitsplatz weitgehend aussuchen. Diese „Marktbedingungen“ zwingen Krankenhäuser, mit sichtbar herausragenden Arbeits- und Lebensbedingungen (Work-Life-Balance) aktiv um Mitarbeiter zu werben, d.h. die Erwartungen weitgehend zu erfüllen – eine neue Herausforderung an das professionelle Personalmanagement, aber auch an die Krankenhausleitung, die Führungskräfte und alle Mitarbeiter.

Bei schlechten Arbeitsbedingungen gehen leider die besten Mitarbeiter mit guten Alternativen zuerst. Gute Mitarbeiter ziehen in der Regel gute Mitarbeiter an, schlechte Mitarbeiter…

Patienten und Bewerber nehmen die Qualität des Arbeitsklimas direkt wahr – und bleiben oder gehen, wenn sie geeignete Alternativen haben.

In guten Zeiten für ein gutes Arbeitsklima zu sorgen ist relativ leicht, in schlechten Zeiten aber eine herausragende Aufgabe der Führungskräfte. Die Antwort von Führungskräften: „Können wir nicht bei den schlechten Rahmenbedingungen“ ist unzureichend und kein professioneller Beitrag im Wettbewerb. Gesucht werden Führungskräfte, die als „Mutmacher“ und „Optimisten“ ein positives Arbeits- und Veränderungsklima schaffen können. Nur Führungskräfte, die nicht lange klagen, diese Herausforderungen und damit die Rahmenbedingungen akzeptieren und bei der strategischen Weiterentwicklung in einem positiven internen Veränderungsklima qualifizierte und motivierte Mitarbeiter mitnehmen, werden erfolgreich sein. Dies ist nicht ein Wunsch an die Zukunft sondern Forderung zur Sicherung der Existenz.

Kompetenz	Kriterien
Methodisch Kenntnis der Marktentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen	
- Betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse (mind. Terminologie)	
- Kenntnisse Personalmanagement	
- Kenntnisse Qualitätsmanagement (QM)	
- Kenntnisse Personalentwicklung (PE)	
- Kenntnisse Organisationsentwicklung (OE)	
- Projektmanagement	
- Prozessmanagement	
- Strategieentwicklung	
- Methodenkompetenz in Analysen (SWOT, Marktanalyse, Befragungen)	
- Veränderungsmanagement	
Strategisch	
- Visionsfähigkeit	
- Strategieableitungen, konzeptionelle Zukunftsplanung	
- Systemverständnis	
- Analytische Kompetenz	
- Zielorientierung	
- Erfassung von Komplexität und deren Reduzierung	
Sozial	
- Kommunikationsfähigkeit	
- Kooperationsfähigkeit	
- Konsensfähigkeit	
- Konfliktfähigkeit	
- Überzeugungsfähigkeit	
- Antizipationsfähigkeit	
- Empathiefähigkeit	
- Kontaktfähigkeit	
- Entscheidungsfreudigkeit	
- Selbstreflexions- und Selbststeuerungsfähigkeit	
- Fähigkeit, Möglichkeiten und Handlungsnotwendigkeiten zur Verbesserung einer Situation immer zuerst bei sich selbst zu Sehen	

(aus: H. P. Busch: Managementhandbuch für Radiologen, Thieme Verlag 2008)

Tabelle 1: Anforderungsprofil an ärztliche Mitarbeiter (Sozial – und Managementkompetenzen)

Anforderungsprofil von Führungskräften

Leitungskräfte im Krankenhaus müssen in ihrer Position und Funktion zunächst selbst die Notwendigkeit von Änderungen der Prozesse und Strukturen erken-

nen, ein Veränderungsklima schaffen, parallel Führungskräfte und Mitarbeiter im Rahmen eines professionellen Veränderungsmanagements durch geeignete Personalentwicklung (Sozial- und Managementkompetenz) für diese Veränderungen befähigen und selbst die Zukunft gestalten. Hierzu ist eine systematische Entwicklung der eigenen methodischen Kompetenz, der Sozialkompetenz und der Managementkompetenz notwendig. Häufig fehlende Kompetenzen sind methodisch die ungenügenden Erfahrungen mit einem systematischen und nachhaltigen Veränderungsmanagement, strategisch die Erfassung und Reduktion von Komplexität und sozial Möglichkeiten zur Verbesserung einer Situation immer zuerst bei sich selbst zu suchen.

Ein „Brainstorming" über neue Organisationsformen des Krankenhauses ohne limitierende Rahmenbedingungen stellt Führungskräfte, die sich umringt von Bedenkenträgern immer nur entlang von Bedenken und einengenden Rahmenbedingungen entwickelt haben, vor unlösbare Herausforderungen. Eine neue Kreativität bei Querdenkern muss häufig erst wieder geweckt werden.

Die Köpfe der Mitarbeiter bereit oder fähig für Veränderungen zu machen, ist eine wesentliche Aufgabe der Führungskräfte.

Die Umsetzung von Erfolg versprechenden Ergebnissen und Strategien scheitert häufig an der schlechten Verpackung der Informationen. Das systematische Informations- und Kommunikationsmanagement ist eine unterschätzte Aufgabe. Wissen ist Macht – und so wird Wissen häufig auch funktionalisiert. Transparenz mit System ist anstrengend. Ein transparentes Informationsmanagement erfordert Kompetenz, Zeit und IT Lösungen.

> Sende nicht nur eine Information mit Sendeprotokoll aus, sondern überzeuge dich auch davon, ob Sie verstanden (und umgesetzt) wurde. Das ist eine neue aufwendigere Strategie! Ich habe doch Herrn XX gesagt…, ist keine Lösung!

Die folgenden beiden Zitate zeigen das Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie:

„Der Arzt kann nicht reduziert werden auf einen Manager, der für einen reibungslosen Ablauf zu sorgen hat. Ärzte sind eben nicht einfach Funktionierer und Vollzugsbeamten von vorgegebenen Unternehmenszielen, sondern sie sind gefordert, in der Begegnung mit dem Patienten patientengerechte – und das heißt singuläre – Entscheidungen zu fällen. Für diese urärztliche und unabdingbare Qualität des Arztseins muss man sich in den heutigen Tagen neu einsetzen, im Interesse der Patienten und im Interesse einer Sinnerfüllung in diesem schönen und menschennahen Beruf. (G. Maio, Freiburg)".

„Unser Gesundheitssystem braucht Wirtschaftlichkeit und mehr nachhaltige Finanzierung. Gebot der Stunde ist, den sozialen Sicherstellungsauftrag der Gesundheitsversorgung mit ökonomischen Grundprinzipien zu verbinden. Nur so erhalten wir auf lange Sicht eine bundesweite Versorgungssicherheit und eine hohe Versorgungsqualität. Und nur so vermeiden wir, dass Patienten Therapien vorenthalten und medizinische Leistungen rationiert werden. Gerade um seinem sozialen Auftrag auch in Zukunft gerecht zu werden, ist das Krankenhaus von heute ein Dienstleistungsunternehmen, das wirtschaftlich geführt werden muss – unabhängig ob es einen privaten, einen freigemeinnützigen oder einen kommunalen Träger hat (W. Pföhler)."

Insbesondere im täglichen ärztlichen Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie wird die Veränderung im Anforderungsprofil von Führungskräften deutlich. Für ärztliche Führungskräfte besteht die Alternative als Führungskraft von der Konzern- und Krankenhausleitung als geschätzter medizinischer Fachmann und Unternehmenspartner mit hoher Beratungs- und Gestaltungskompetenz wahrgenommen zu werden – diese Position muss wachsen und erarbeitet werden – oder nur in der Rolle als Spitzenmediziner ohne Managementambitionen zu agieren – eine vertraute Position. Dann muss ein Outsourcing des Managements in die Verwaltung stattfinden. Trotzdem muss auch die Ressource der medizinischen Spitzenkraft ohne Managementambitionen in einem geeigneten Umfeld für den Patienten und das Krankenhaus erfolgreich genutzt werden – eine Herausforderung an Strukturen und Personen.

Führungskräfte müssen die Organisationen auf die Welt von morgen vorbereiten, in deren Mittelpunkt die Ergebnisqualität von übergreifenden Gesamtprozessen steht. Dies geht weit über das erfolgreiche tägliche Alltagsmanagement hinaus und stellt neue Anforderungen an die Eigenschaften von Führungspersonen. Führungskräfte müssen Visionen haben und sich an der

Umsetzung messen lassen. Als „Heerführer“ müssen Sie mit den Mitarbeitern neue unbekannte „Hügel“ erstürmen und nicht nach halber Strecke feststellen, dass die Mannschaft ihnen nicht gefolgt ist. Vorreiter im Wettbewerb brauchen das Vertrauen der Mitarbeiter. Sie können nicht auf zahlreiche erfolgreiche Vorbilder zurückgreifen. Wenn es diese erst gibt, ist der notwendige Vorsprung im Wettbewerb aufgebraucht.

Die entscheidende Aufgabe der Zukunft: Personalentwicklung

Bei leitenden Führungskräften (Chefärzte, ärztlicher Direktor, kaufmännischer Direktor, Pflegedirektor) ist in der Regel mit der Einstellung die persönliche systematische Entwicklung der Sozial- und Managementkompetenz abgeschlossen. Dies ist schade, da zum Beispiel gerade junge Chefärzte häufig Managementausbildungen mitbringen und junge kaufmännische Direktoren zunehmend auch auf eine medizinische Ausbildung zurückblicken können, die es lohnt, weiter auszubauen. Doch leider erstickt ein Chefarzt am 2. Arbeitstag in der Regel im medizinischen Alltag – und die erlernten Managementfähigkeiten sind schnell wieder vergessen. Erwartungen an neue Chefärzte liegen fast ausschließlich auf der fachlichen Ebene, ein gutes Management wird stillschweigend vorausgesetzt und nur im Fall von deutlich sichtbaren Fehlentwicklungen hinterfragt. Dann werden einzelne Oberärzte zur Führungskräfteentwicklung geschickt, kommen möglicherweise von einem hervorragenden Workshop mit neuen Ideen zurück. Diese Ideen werden vom „Chef“ und den nachgeordneten Mitarbeitern eher als Bedrohung für Besitzstände und gewohnte Abläufe gesehen, stoßen aber mindestens auf Unverständnis. Dem Wollen und Können des Mitarbeiters fehlt dann das notwendige Dürfen. Nach kurzer Zeit ist alles wieder vergessen und die Abläufe und Denkweisen sind wie vor dem Workshop. Das Ergebnis von Personalentwicklung ohne System und Nachhaltigkeit ist Frustration und Demotivation für die weitere Zukunft bei allen Beteiligten.

Im Alltag findet Personalentwicklung besonders durch die Vorbildfunktion der Führungskräfte statt. So hat jeder Vorgesetzte nach einiger Zeit die Mitarbeiter, die er ausgewählt und entwickelt hat (verdient). („Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“). Personalentwicklung erfolgt aber nicht nur „Top Down“ sondern auch „Bottom up“. Ziel muss es sein, Vorgesetzte von den eigenen Fähigkeiten und Ideen zu überzeugen und persönliche win-win Gemeinschaften zu gründen. Der Wunsch, die Hoffnung, die Erwartung, die Forderung muss sowohl zum richtigen Zeitpunkt als auch mit den richtigen Worten vorgebracht werden. Geht das schief, stimmten vielleicht Zeitpunkt und Form nicht. Dabei müssen realistisch die sensiblen Parameter Erfolg, Geld und Macht berücksichtigt werden – so ist die „alte“ Welt.

Warum sind qualifizierte Fachkräfte häufig ungeeignete Führungskräfte?

Im Berufsalltag stellt sich die Frage, warum fachlich hochqualifizierte Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltungsfachkräfte häufig nur wenig geeignet sind zur Führung von Organisationen bzw. Organisationseinheiten – und trotzdem „als Belohnung“ für gute fachliche Arbeit in diese Rolle „befördert“ oder „empfohlen“ werden. Nach einiger Zeit stellen Führungskräfte und/oder Vorgesetzte dann fest, dass die neue Position nicht erfolgreich mit gewünschter Qualität, Lebensqualität und Motivation auszufüllen ist. Gründe liegen häufig darin, dass vor der Übernahme der Position die Anforderungen nicht ausreichend bekannt bzw. bewusst waren und die eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften nicht richtig eingeschätzt wurden. Es besteht zum Beispiel ein großer Unterschied zwischen einer erfolgreichen chirurgischen Tätigkeit am Patienten und der Leitung eines großen chirurgischen Organzentrums, der fachärztlichen Tätigkeit in der „behüteten“ Umgebung eines Krankenhauses und der Führung einer Praxis im Wettbewerb von Wirtschaftsunternehmen und der erfolgreichen Tätigkeit in einer Lohnbuchhaltung und der Führung eines modernen Zentrums für Personalmanagement (Personalabteilung) im Krankenhaus oder Praxisverbund. Diese Positionen erfordern unterschiedliche persönliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen.

Führung ist mehr als nur „gute Verwaltung“ des Alltags.

Nicht die Position sondern das tägliche erfolgreiche Handeln bestimmt den Erfolg **(„Leadership is action not position“ (Mc Gannhon))**. Ein hervorragender Oberarzt wird nicht automatisch durch eine neue Position zu einem guten Chefarzt und ein fachlich ausgezeichneter Administrator nicht automatisch zu einem guten kaufmännischen Direktor.

Mitarbeiter sind häufig auf Führungspositionen nur unzureichend vorbereitet. Im Span-

nungsfeld von Wollen, Können und Dürfen fand nach bzw. neben einer hervorragenden Ausbildung der Fachkompetenz nur eine unzureichende Entwicklung der Sozial- und Managementkompetenz statt. Die Techniken sind bis zu einem gewissen Grad lernbar, notwendige Überzeugungskraft und Empathie zu einem großen Teil aber in den persönlichen Grundeigenschaften verwurzelt.

Vor der Übernahme von Führungspositionen fehlt häufig die kritische Eigenreflektion des „Ge-/Beförderten". Die wichtige Frage lautet: Will und kann ich diese Führungsposition übernehmen? Sind mir die Konsequenzen für mich und meine Familie und für die Organisation bewusst? Häufig deckt sich die eigene Rollendefinition nicht mit dem notwendigen Anforderungsprofil. Für einen Mediziner stellt sich die Frage: Will ich neben oder an Stelle der Rolle eines erfolgreichen Arztes auch die Rolle eines erfolgreichen Managers übernehmen? Kann ich mit Empathie die Aufgaben eines Dirigenten ausfüllen? Der Dirigent ist nicht der beste Solist sondern der beste „Teamleader" und damit nicht nur für seine eigene Leistung sondern für das Ergebnis der Organisation bzw. des Teams verantwortlich. Eine größere Ergebnisverantwortung ist in der Regel mit neuen Anforderungen, Problemen und höherem Aufwand verbunden. Diese zusätzlichen emotionalen und zeitlichen Ressourcen müssen zum Teil auch dem Privatleben entnommen werden.

Das „Peter Prinzip" (nach Laurence J. Peter) sagt: „Nach einer gewissen Zeit wird jede Position von einem Mitarbeiter besetzt, der unfähig ist, seine Aufgabe zu erfüllen." „Die Arbeit wird von Mitarbeitern erledigt, die ihre Stufe der Inkompetenz noch nicht erreicht haben." Er schließt mit der These, dass man

Foto: © Trueffelpix/fotolia.com

seine Energie in diesem Fall vielleicht sinnvoller auf die Vermeidung einer Karriere verwenden sollte.

Für Führungskräfte und Organisationen ist häufig nach einer kritischen Analyse des „Status Quo" ein „Ende mit Schrecken" besser als ein „Schrecken ohne Ende" – und dies möglichst durch Selbsterkenntnis. In der organisatorischen Erfahrung wurde dieser Punkt häufig zu lange (mit Coaching Versuchen) hinausgezögert und war dann doch nicht zu vermeiden.

„Die Menschen sind weniger veränderbar, als wir glauben. Verschwende nicht deine Zeit damit, etwas hineinzutun, was die Natur weggelassen hat. Versuche herauszuholen, was drin ist. Das ist schwer genug."M.Buckingham: Erfolgreiches Führen gegen alle Regeln (Campus Verlag 2002)

In jeder Organisation gibt es Beispiele von Führungspersonen, die über den Zenit ihres Könnens hinaus befördert wurden – schade. Es gibt aber auch Beispiele dafür, dass Mitarbeiter unter den Aspekten von Lebensqualität, Work Life Balance und Generation Y konsequent eine Beförderung in eine Führungsposition ablehnen. Im Fokus stehen dann die Arbeit als Mittel zum Geldverdienen, die eigenen privaten Bedürfnisse und die Familie. Dies sollte (muss) akzeptiert werden und für den Betroffenen nicht mit einem Imageverlust verbunden sein („Will keine Karriere machen"). Das Unternehmen hat ein Recht darauf, dass Mitarbeiter in der tariflichen Arbeitszeit ihre Kenntnisse und Fähigkeiten dem eigenen Unternehmen uneingeschränkt zur Verfügung stellen – alles was darüber hinausgeht ist wünschenswert, aber nicht zu erzwingen. Bei Mitarbeitern im Krankenhaus, stellt die Motivation zu Höchstleitungen (gerade davon lebt eine Klinik) eine besondere Herausforderung an und für Führungskräfte dar.

Warum sind Versuche zu einer erfolgreichen Organisationsentwicklung häufig erfolglos?

Wer häufig in Workshops und Arbeitsgruppen zur Optimierung von Strukturen und Prozessen mit unvorbereiteten und verständnislosen Teilnehmern auf allen Ebenen, vom Chefarzt bis zum Assistenzarzt, („Das hält mich doch nur von meiner ei-

gentlichen Arbeit ab") konfrontiert wurde, kennt einige Ursachen:

1. Führungskräfte können von der Notwendigkeit, **„bewährte" Abläufe und Besitzstände** zu ändern, nicht überzeugt werden. Aus ihrem Blickwinkel ist die Welt in ihrer Umgebung/auf ihrer Insel noch in Ordnung (z.B. alle Stellen sind besetzt – noch tolerables Verhältnis von Arbeitsbelastung und Entlohnung, ausreichende Anzahl von Patienten und Privatpatienten). Dann werden Strategien und Veränderungskonzepte von Führungskräften vorgetragen, die selbst nicht an den Erfolg glauben. Die Besitzstandswahrer, Bedenkenträger und Pessimisten übernehmen die Führung!

2. Neue Anforderungen („In Gesamtprozessen denken und optimieren" – Steigerung von Effizienz und Effektivität der Leistungen) fordern neue **Prozesse, Strukturen und Denkweisen**. Krankenhausleitung, Praxisleitung und Chefärzte wollen aber mit alten Rezepten diese neuen Probleme lösen („Das hat früher immer gut funktioniert"). Das alte Rezept lautet: In alten bekannten Strukturen und Abläufen mehr Einzelleistungen bei gleicher Qualität mit vorhandenen Geräten und Räumen, aber weniger Personal zu erbringen. Diese Bemühungen enden in der Regel in Erfolglosigkeit und Frustration. Die alten Strukturen wurden bereits in der Vergangenheit bis an die Grenzen ausgepresst.

3. Bei Leitungs- und Führungskräften ist häufig eine **Flucht ins operative fachliche Geschäft** („sicherer Boden: das haben wir gelernt – dafür sind wir Arzt/Pfleger/Administrator geworden") aus Abneigung oder Angst vor dem strategischen Geschäft der Weiterentwicklung von Prozessen, Strukturen und Personen zu erkennen. Ablauf- und Aufbauorganisation im Krankenhaus oder einer Praxis zu verändern ist immer mit Unruhe, Skepsis und Widerstand verbunden – wer nimmt das schon gerne auf sich.

4. Es gibt keine systematische und nachhaltige Entwicklung der **Sozial- und Führungskompetenz** der vorhandenen und potentiellen Führungskräfte. Dem von der Personalabteilung mit externen Referenten organisierten „Führungskräfte Workshop" („Da gehen Sie mal hin") folgt keine nachhaltige Änderungsstrategie („Monitoring", systematisches Refreshing) mit Erfolgskontrolle. Eine isolierte Weiterentwicklung der Führungskräfte ohne parallele Änderung der vorhandenen Prozesse und Strukturen (z.B. der Verantwortungsstrukturen und Verantwortungshierarchie) ist nutz- und sinnlos. Dann passt das Dürfen nicht zum erworbenen Können und Wollen. Ungeklärt ist häufig die Verantwortung für die Entwicklung von Führungskräften. Wer hat **persönlich** in der Gesamtorganisation die Verantwortung für den Erfolg dieser Entwicklung der Sozial- und Führungskompetenz?

5. Es gibt auf der operativen und strategischen Ebene kein **professionelles systematisches Veränderungsmanagement**. Dafür fehlen geeignete Strukturen mit qualifizierten Mitarbeitern in ausreichender Zahl. Veränderungsmanagement ist keine „zusätzliche" Aufgabe nach einem anstrengenden Arbeitstag, sondern Hauptaufgabe von qualifiziertem spezialisiertem **zusätzlichem** Personal. Häufig fehlt ein konsequentes Monitoring der Entwicklung und der Ergebnisse (Management – Fehlleistungen bleiben folgenlos). Den Zyklus Plan-Do Check-Act (PDCA) gibt es dann nur in Management Seminaren. Ohne diese Professionalität ist das Ergebnis eine fehlende Nachhaltigkeit – nach kurzer Zeit ist alles wieder vergessen.

6. Die **mittel- und langfristigen Ziele des Krankenhauses** werden zwar im Führungszirkel ständig diskutiert, sind den übrigen Mitarbeitern aber nicht bekannt, obwohl sie sehr allgemein in einem Rundschreiben, einer Informationsveranstaltung und der Mitarbeiterzeitschrift standen – es hat sich nur keiner dafür interessiert. (Fehlendes Feedback zur Qualität des Informationsmanagements).

7. Im **Reich der Besitzstandwahrer und Bedenkenträger** fehlt der Mut für klare Vorgaben und Entscheidungen mit Konsequenzen – es wird lieber das Bestehende weiter (evtl. besser) verwaltet.

8. „Heilsbringer" sollen **externe Unternehmensberater** sein. Sie müssen die eigenen fehlenden Kompetenzen ersetzen in einem ihnen nicht bekannten und vorbereiteten Umfeld. Wer aber keine Kompetenz zur Ein- und Durchführung der Veränderungen hat, hat in der Regel auch keine Kompetenz (Prozesse, Strukturen, Personen) für ein systematisches Monitoring und damit für Nachhaltigkeit. Nur muss er

die unangenehmen Wahrheiten nicht persönlich aussprechen.

9. **Personen müssen den notwendigen (neuen) Prozessen und Strukturen angepasst (danach ausgewählt) werden.** Häufig werden die Prozesse und Strukturen (und damit die Patienten) für die vorhandenen Personen aber passend gemacht.

Eine erfolgreiche Reihenfolge der Optimierungsstrategie ist: erst die Prozesse, dann die Strukturen, dann die Personen gestalten bzw. entwickeln. Bei Krankenhäusern und Praxisverbünden gibt es nicht nur einen Leistungs- und Kostenwettbewerb mit Qualitätsgarantie sondern auch einen Veränderungswettbewerb bei der Suche nach optimalen Prozessen und Strukturen. („Nicht die Großen werden die Kleinen sondern die Schnellen die Langsamen verdrängen" (Prof. Dr. W. von Eiff)).

Nach einer aufwendigen Lernkurve an Fehlversuchen der alten Führungskräfte ohne Änderung der Prozesse, Strukturen und Personen kommen neue Führungskräfte, alles Gelernte wird wieder zur Diskussion gestellt und der Zyklus beginnt von vorne. Neue Führungskräfte werden gesucht und gefunden, die das Bestehende anders und besser machen wollen und sollen. Nach zwei Änderungen um 180 Grad ist man aber wieder in der alten Richtung.

Beispiele hierfür sind:
- Die Einführung von Behandlungspfaden (keine Nachhaltigkeit)
- Die Einführung neuer fachübergreifender eigenverantwortlicher Zentren, um Gesamtprozesse abteilungsübergreifend zu optimieren (neuer Name in alten Verantwortungsstrukturen)
- Zertifizierungen (Beschreiberitis ohne Konsequenzen)
- Systematisches für alle Mitarbeiter transparentes Multi – Projektmanagement (gerät nach einem Workshop bald wieder in Vergessenheit)
- Interne Leistungsverrechnung (ein kurzzeitiger Versuch zur Kostenoptimierung ohne bewiesene Nachhaltigkeit)
- Budgetierung an DRG Anteilen (kurzzeitiger Umsetzungsversuch nach einem Workshop)
- Systematische Personalentwicklung (nicht koordinierte Einzelmaßnahmen ohne Gesamtkonzept)

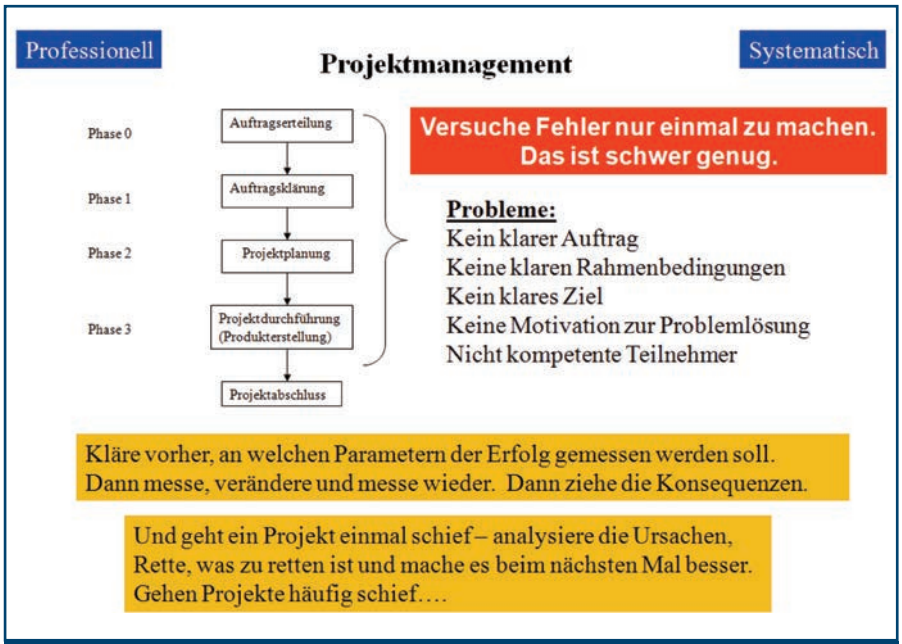


Abbildung 2: Probleme und Gefahren im Projektmanagement

Frage bei einem Workshop oder einer Arbeitsgruppe nicht nur anschließend nach dem Ergebnis, sondern prüfe den Erfolg und die Wirksamkeit ein Jahr danach.

Dann kann sich häufig keiner mehr an den Workshop erinnern und die Ergebnisse sind in Vergessenheit geraten. Dies hat aber keiner gemerkt, da durch glückliche Umstände sich die wirtschaftlichen Ergebnisse wieder gebessert haben und dann kein Handlungsdruck (fehlendes organisatorisches Krankheitsgefühl) mehr besteht. Ausgearbeitete Ergebnisse und verabredete Strategien, die ohne Konsequenzen in Vergessenheit geraten, sind eine schlechte Voraussetzung für zukünftige Entwicklungen.

In den bestehenden Strukturen reicht die „Kraft" eines Krankenhauses häufig noch für punktuelle Maßnahmen (Workshop, Seminarreihe evtl. mit externen Referenten). Nachhaltigkeit wird aber erst durch die Integration in ein langfristiges Konzept mit kontinuierlichem Monitoring und Refreshing und einer **persönlichen Ergebnisverantwortung garantiert**. Die Optimierung der Prozesse und Strukturen muss rechtzeitig in „guten" Zeiten durchgeführt werden (erheblicher organisatorischer Vorlauf) (Problem: Geld vorhanden – keine Motivation), in „schlechten" Zeiten stehen kurzfristig keine Ressourcen dafür zur Verfügung (Problem: Motivation vorhanden – kein Geld).

Erfahrungen, Tipps und Tricks aus 25 Jahren Führungserfahrung

Kläre dein Können, Wollen und Dürfen bevor du mit einer Aufgabe beginnst!

Vor der Übernahme von Aufgaben und Projekten durch Führungskräfte werden die Rahmenbedingungen häufig nicht ausreichend definiert und hinterfragt – weil sie dem Auftraggeber möglicherweise selbst nicht klar sind. Die Lösung soll dann der Workshop, die Arbeitsgruppe bringen.

In eigener strategischer Nacht bringen extern moderierte Workshops nur selten neues Licht.

Workshops sind (nützlicher) Teil des operativen Geschäfts, nicht des strategischen Geschäfts. Ohne klare Vorgaben der Rahmenbedingungen und einer ausreichenden Zuordnung von eigener Zeit und qualifizierter Mitarbeiter ist keine erfolgreiche Projektarbeit möglich. Auch Projektarbeit braucht eine Lern- und Übungsphase der zukünftigen Projektleiter. Erfolgreiche Projektleiter müssen eine methodische, fachliche und menschliche **Autorität** („Lebensreife") besitzen. Nur dadurch lässt sich bei den Beteiligten Vertrauen in den Erfolg erzeugen. Beherrscht werden muss die „Kunst der roten Lampen", die als Vorsichtsanzeige im Fall von Gefahrenpotentialen bei erfahrenen Projektleitern sehr früh aufleuchten. Dann müssen in zeitaufwendigen **persönlichen** Einzelgesprächen möglicherweise erst **persönliche** Befindlichkeiten geklärt werden – das können aber nur erfahrene Projektleiter mit Autorität.

Auch bei Führungskräften ist die frühzeitige Ablehnung einer Aufgabe besser als eine absehbar erfolglose Durchführung.

Foto: © Trueffelpix/fotolia.com

In schlechten Organisationen ist „sag ja und tue nichts – es wird schon in Vergessenheit geraten" – **noch** ein gutes Rezept, in guten Organisationen nicht möglich. Häufig wird auch von „unwilligen" Teilnehmern versucht, schnell den Komplexitätsgrad dramatisch zu erhöhen, um die Projektaufgabe unmöglich zu machen. In diesem Fall hilft nur eine konsequente, teilweise auch autoritäre Beschränkung auf das Wesentliche (Simplifizierung) durch einen erfahrenen Projektleiter.

Am Ende von diesem Beitrag sollen Erfahrungen, Tipps und Tricks aus 25 Jahren eigener Führungserfahrung zur Diskussion und Anregung gestellt werden.

- Hole die Mitarbeiter dort ab, wo sie (geistig) stehen, nicht wo sie stehen sollten.
- Überschätze nicht die vorhandene Sozial- und Managementkompetenz.
- Kalkuliere den individuellen Egoismus der Beteiligten ein – was habe **ich** davon!
- Verlasse dich nicht auf die erfolgreiche Weitergabe von Informationen (Herunterbrechen!) Das funktioniert nur bei Gerüchten und Skandalen!
- Ohne systematische Wiederholung (Übung) und regelmäßiges Monitoring ist alles nach kurzer Zeit vergessen. Reicht dafür die Kraft (Prozesse, Strukturen, Personen) nicht aus, fang gar nicht an!
- Nimm dir viel Zeit für **persönliche** Gespräche!
- Schaffe ein positives Veränderungsklima **vor** dem Workshop.
- Versuche bei Konfliktlösungen „sichtbare" Verlierer zu vermeiden. Das „Gesichtswahrungsprogramm" ist häufig der anstrengendste Teil der Aufgabe – lässt aber keine alten Rechnungen und Feinde zurück.
- Treffe wichtige Entscheidungen nie spontan (erst überlegen, mind. 1 Nacht)!

- Vor Konsequenzen und Entscheidungen prüfe erst die Qualität der vorausgegangenen Informationen!
- Schätze am Anfang die Bedeutung und die Auswirkungen eines Problems ein. Wäge bei Problemen zwischen der Größe von Käse und Löchern ab! Optimiere nicht das Kabinett der organisatorischen Raritätenprobleme (mache erst eine Statistik – Pareto Prinzip)! Dann löse oder ignoriere konsequent das Problem.
- Lass dir nicht jedes Problem auf deinen Rücken binden!
- Delegiere und kontrolliere – die Verantwortung bleibt aber bei dir!
- Vergiss nichts (IT gesteuert oder durch einen Zettel auf dem Schreibtisch)!
- Gründe keine Arbeitsgruppe aus eigener strategischer und operativer Hilflosigkeit. Sprich mit jedem Teilnehmer vorher (unter 4 Augen) und überzeuge dich persönlich von seiner Kompetenz und Motivation.
- Formuliere am Anfang **schriftlich** klare Ziele und Rahmenbedingungen, die **nicht** zur Diskussion stehen.
- Ordne auch äußerlich deine Verhältnisse! (Wie der Schreibtisch ist manchmal auch der Kopf sortiert!) Führungskräfte sind für das äußere Erscheinungsbild der Abteilung und der Mitarbeiter verantwortlich! Qualität muss durch ein ansprechendes Ambiente sichtbar gemacht werden.
- Ein Schlüsselfaktor der Organisation ist eine optisch ansprechende Anmeldung, die mit Spitzenkräften besetzt wird und durchgehend erreichbar ist – das erzeugt eine gute Atmosphäre vor der Diagnostik/Therapie und vermeidet im Vorfeld Beschwerden und juristische Konflikte.
- **Lebe vor, was du von anderen verlangst!**

Die Beschreibung einer typischen Situation bei der Optimierung von Prozessen im Krankenhaus und der Praxis lautet:

Mitarbeiter werden gefragt, ob sie an einer Arbeitsgruppe, einem Workshop teilnehmen wollen. Jeder weiß, dass diese Arbeit zusätzlich zum täglichen Arbeitspensum erforderlich ist – sonst ist keiner für die Routine vorhanden. Die Antwort lautet dann: Geht im Augenblick nicht wegen Arbeitsüberlastung – vielleicht später. Wird er trotzdem ausgewählt, versucht der Mitarbeiter mit einer Minimierung des Aufwandes diese Arbeitsgruppe bzw. den Workshop „zu überleben" oder durch eine rasche Erhöhung der Komplexitätsgrade zum Scheitern zu bringen. Besonders eingeschränkt ist das Entwicklungspotential der Organisation dann, wenn diese Mitarbeiter auch noch Führungskräfte sind.

Dies erinnert an folgende Geschichte:

Ein Wanderer fragt im Wald einen Holzfäller nach dem Weg. Der Holzfäller sagt, dass er bei seiner vielen Arbeit fast keine Zeit für Erklärungen hat. Da fragt ihn der Wanderer, ob er daran gedacht hätte, sein Beil zu schärfen. Die Antwort des Holzfällers ist, dass er bei so viel Arbeit dafür überhaupt keine Zeit hat.

(Autor unbekannt)

Anmerkung des Autors:

Der vorliegende Beitrag soll der kritischen Reflektion von Strukturen und Rollen in der Organisation Krankenhaus und Praxis dienen. Er spiegelt zu einem geringen Teil die persönlichen Erfahrungen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder wider, beruht aber auf den persönlichen Erfahrungen von zahlreichen eigenen Managementkongressen und Managementfortbildungen, der Beratung von externen Krankenhäusern und Praxen, dem regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Unternehmensberatern, der Leserreaktion auf eigene Bücher und Publikationen und den häufigen persönlichen Hilferufen von Chefarztkollegen und Ärzten. Aus der Umgebung des eigenen gut geführten Krankenhauses, in dem es Freude macht zu arbeiten, wird dieser Kontrast dann natürlich besonders deutlich und vielleicht etwas überzeichnet. Für einige erfolgreiche Krankenhäuser und Praxen wird der Inhalt dieses Beitrages nur teilweise oder gar nicht zutreffen. Dann ist es Ziel des Beitrages, diese Anzahl zu steigern.

Autor:
Prof. Dr. med. Dipl. Phys. H. P. Busch, Leiter der Stabsstelle Medizin Barmherzige Brüder Trier e.V., Koblenz
Chefarzt, Abteilung für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin („Imaging Center")
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Literatur:
· H. P. Busch: Prozessoptimierung im Krankenhaus – Behandlungsabläufe im Überangebot bildgebender Untersuchungsmethoden. Arzt und Krankenhaus 2012 (2)
· H. P. Busch: Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus – Eine kritische Analyse der Prozesse, Strukturen und Personen. Arzt und Krankenhaus 2012 (6)
· H. P. Busch: Zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Arzt und Krankenhaus 2012 (11)
· H. P. Busch: Imaging Center – Optimierung der diagnostischen Bildgebung im DRG Zeitalter. RÖFO; 2013 (184)
· H. P. Busch, K.Galler, M.Dürr. Mit Syntegration Komplexität managen – Ein Weg, wie Krankenhäuser ihre Funktion nachhaltig erfüllen können. Das Krankenhaus 3, 2013
· H. P. Busch: Managementhandbuch für Chefärzte. Thieme Verlag 2013

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Qualitätssicherung und zur Patientensicherheit

Im Rahmen des „Qualitätstages der Krankenhäuser“ in Berlin stellte die Deutsche Krankenhausgesellschaft ihre Positionen zur Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Patientensicherheit vor. Nachfolgend sind die 37 Positionen – ohne den Begründungstext – im Wortlaut widergegeben.

Diese Positionen sind der Dokumentation „Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Patientensicherheit“ vom Mai 2014 entnommen.

1. Die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren sollen öffentlich und transparent dargestellt werden. Dies kann auch in Form eines Benchmarks erfolgen. Sektorenübergreifend müssen alle jeweils beteiligten Leistungserbringer angemessen einbezogen werden. Im Vorfeld muss eine Bewertung der Qualitätsindikatoren durch eine fachlich qualifizierte und unabhängige Institution erfolgen. diese Bewertung ist zusammen mit den Ergebnissen zur veröffentlichen.

2. Die Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren müssen durch eine fachlich qualifizierte und unabhängige Institution erfolgen.

3. Eine Bewertung der Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren muss insbesondere bei Auffälligkeiten weiterhin erfolgen und zukünftig Teil der Berichterstattung werden.

4. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren müssen insbesondere für die öffentliche Berichterstattung angemessen risikoadjustiert und graphisch unverfälscht wiedergegeben werden.

5. Für die Ergebnisse der öffentlich berichteten Qualitätsindikatoren sind vorzugsweise absolute Referenzbereiche zu verwenden, die sich an vorhandenen evidenzbasierten Daten orientieren. Abwertungen als Folge der Qualitätsdarstellung sind auf Leistungserbringer zu beschränken, deren Bewertung statistisch signifikant außerhalb eine solchen Referenzbereiches liegt.

6. Die Berichterstattung muss so zeitnah wie möglich erfolgen. Sie soll zukünftig auch die Entwicklung der Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren im zeitlichen Verlauf beinhalten.

7. Die Qualitätsberichterstattung soll insgesamt weiterentwickelt werden. Hierzu gehört die Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereichs. Eine unabhängige Institution soll zukünftig zielgruppenspezifische Informationsprodukte entwickeln und veröffentlichen.

8. Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte ist mit der Beauftragung des unabhängigen Instituts entbehrlich.

9. Geeignete und hinreichend validierte routinemäßig erhobene Daten sollen zukünftig bevorzugt genutzt werden.

10. Unter dem Aspekt der Qualitätsverbesserung muss der jeweilige Leistungserbringer über die in die Bewertung einbezogene Behandlungsfälle informiert werden.

11. Die Beurteilung der Qualität der Behandlung in Krankenhäusern anhand von Routinedaten bei einzelnen Krankenkassen oder deren Verbänden ist abzulehnen.

12. Die DKG unterstützt die Einrichtung von Registern in Leistungsbereichen, in denen dies entweder vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung oder der Weiterentwicklung einzelner Verfahren angemessen ist, falls

notwendig auch mit verpflichtender Teilnahme aller an der Erbringung beteiligten Leistungserbringer. Eine sachgerechte Finanzierung des Aufwands für die Leistungserbringer ist dabei sicherzustellen.

13. Der G-BA soll mit der Erarbeitung einheitlicher methodischer Vorgaben sowie eines Verfahrens zur Erreichung und den Betrieb von Registern beauftragt werden. Er soll auch über die Erreichung und über wesentliche Aspekte der Umsetzung entscheiden.

14. Zur Datenerhebung und Datenübermittlung müssen die im G-BA konsentierten Verfahren genutzt werden.

15. Externe Audits durch gleichrangige Fachvertreter müssen verstärkt in die Qualitätssicherung integriert werden. Die gesetzlichen Grundlagen, insbesondere für eine trägerübergreifende Ausgestaltung, müssen geschaffen werden; hierbei sind wettbewerbliche Aspekte und die Refinanzierung des entstehenden Aufwands zu berücksichtigen.

16. Verbindliche Vorgaben zur Strukturqualität sind sinnvoll, wenn es sich um nachweislich begründete Mindestanforderungen handelt und der Patientennutzen belegt ist. Darüberhinausgehende Forderungen werden abgelehnt.

17. Der Gesetzgeber und die Partner im G-BA werden aufgefordert, der Bewertung der Ergebnisqualität Vorrang vor Festlegungen zur Strukturqualität einzuräumen.

18. Die Krankenhausplanung der Länder darf nicht durch den G-BA übersteuert werden.

19. Die Überprüfung der Qualitätsvorgaben des G-BA muss von einer unabhängigen und neutralen Institution übernommen werden.

20. Der G-BA muss verpflichtet werden, neben den Bürokratiekosten auch den Erfüllungsaufwand seiner Richtlinien zu ermitteln und anzugeben.

21. Verbindliche Regelungen zu einer vollständigen und zeitnahen Refinanzierung der Bürokratiekosten und des Erfüllungsaufwands aller Richtlinien des G-BA müssen geschaffen werden.

22. Der G-BA muss verpflichtet werden, im Vorfeld seiner Richtlinienbeschlüsse eine Abschätzung der Folgen des jeweiligen Beschlusses für die Versorgung durchzuführen.

23. Der G-BA muss umfassender als bisher verpflichtet werden, die Auswirkungen aller von ihm angeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu evaluieren. Die Evaluation muss sich umfassend auf die Auswirkungen der jeweiligen Regelung beziehen und innerhalb einer Frist, die zum Zeitpunkt des Beschlusses der Maßnahmen festgelegt wird, abgeschlossen sein. Paragraph 137 b SGB V ist dementsprechend anzupassen.

24. Der G-BA soll die Möglichkeit erhalten, Forschungsvorhaben zur Versorgungsforschung in Fragen grundsätzlicher Bedeutung auch für die (insbesondere sektorenübergreifende) Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen in Auftrag zu geben.

25. Ein explizit normiertes Zweitmeinungsverfahren muss als Regelleistung der GKV eingeführt werden. (ggf. beschränkt auf bestimmte Indikationen). Hierbei sind sowohl die Krankenhäuser als auch die Vertragsärzte einzubeziehen.

26. Wenn die Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 1KHG) als weitere mögliche Kriterien normiert werden, dann muss dies eine Regelung zur nachhaltigen Finanzierung der durch diese Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Landesebene ausgelösten Kosten einschließen.

27. Für die Länder muss eine Möglichkeit geschaffen werden, im Einzelfall auf Antrag eines Krankenhauses zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung von Vorgaben des G-BA abzuweichen.

28. Notwendige Investitionen als Folge von G-BA-Entscheidungen über Qualitätskriterien für Krankenhausplanung sind von den Ländern zusätzlich zu finanzieren.

29. Bringen G-BA-Entscheidungen über Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung erhöhte Kosten bei der Leistungserbringung mit sich, so sind diese im Rahmen der Folgenabschätzung vom G-BA zu berechnen und über eine entsprechende Erhöhung des Landesbasisfallwertes oder über Vergütungszuschläge zusätzlich zu finanzieren.

30. Patientenbefragungen sind ein wertvolles Instrument, das auch innerhalb der Qualitätssicherung Verwendung finden soll, sofern die hierfür nötigen methodischen Mindestanforderungen erfüllt werden. Vorrangig sollte die Ermittlung von Aussagen und Beobachtungen zu patientenbezogenen Prozessen oder Ereignissen sein.

31. Patientenbefragungen sind aufwendig und müssen daher gezielt und in der Regel als bei den Leistungserbringern gezogene Stichprobenprüfungen stattfinden. Eine Durchführung über die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Landesgeschäftsstellen zur Qualitätssicherung ist naheliegend.

32. An die Behandlungsqualität gekoppelt Zu- und Abschläge für die erbrachten Leistungen sind kein geeignetes Mittel zur Steigerung der Behandlungsqualität in den Krankenhäusern.

33. Die im Koalitionsvertrag vorgesehenen modellhaften Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Krankenhäusern werden von der DKG kritisch begleitet.

34. Die DKG akzeptiert Mindestmengen in Leistungsbereichen, in denen die Ergebnisqualität nicht geeigneter Form transparent gemacht werden kann. Nachgewiesen hohe Ergebnisqualität ist höher zu bewerten als die erbrachte Leistungsmenge. In Leistungsbereichen, für die Mindestmengen-Regelungen grundsätzlich in Frage kommen, ist ein angemessener Nachweis des Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität auf der Grundlage der höchsten verfügbaren Evidenz notwendig.

35. Für Krankenhäuser, die Leistungen mit nachgewiesen hoher Ergebnisqualität erbringen, müssen Ausnahmetatbestände von Mindestmengen für die jeweiligen Leistungsbereiche geschaffen werden.

36. Bei der Entwicklung oder Weiterentwicklung von externen Maßnahmen der Qualitätssicherung muss daher darauf geachtet werden, dass deren Auswirkungen das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer unterstützen.

37. Qualitätsmanagement ist nur als flexibel auszugestaltendes System denkbar, in dem –angepasst an die Situation – eine Auswahl der umzusetzenden Instrumente möglich sein muss.

Bücher

DRG: Verschlüsseln leicht gemacht

Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen.

Zaiß (Hrsg.)

Verlag: Deutscher Ärzte-Verlag, Berlin 2014
12. Auflage, 420 Seiten
ISBN 978-3-7691-3560-2
49,99 EUR

Die erstmals 2001 erschienenen Deutschen Kodierrichtlinien wurden zuletzt in diesem Jahr (2014) nach neuerlicher „Verschlankung und Klarstellung“ sowie Anpassung an die aktuellen Versionen von ICD-10-GM sowie OPS erneut gefasst. Die jetzt vorliegenden Anleitungen für eine richtige Verschlüsselung sind den neuen Kodierrichtlinien angepasst.

Den einleitenden allgemeinen Richtlinien folgen die spezielle Richtlinien sie orientieren sich im Wesentlichen an den Krankheitskapiteln der ICD -10-GM, Neoplasien sind von der Organbezogenheit gelöst und bilden ein eigenes Kapitel.

Die allgemeinen Kapitel beinhalten Haupt-, Neben- und Verdachtsdiagnosen, Doppel-Klassifizierungen, sowie die allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren.

Die Texte sind knapp, dabei bestens verständlich und von zahlreichen Tabellen und Diagrammen begleitet. Beispiele aus der klinischen Kasuistik erweitern das Verständnis.

Die Klinik, deren Einnahmen nicht zuletzt von der richtigen Kodierung der Krankenunterlagen abhängen, wird auf dieses hervorragende Sachbuch kaum verzichten können.

KH Schriefers, Koblenz

3. VLK Bundeskongress

Berlin, 27. September 2014

Welche Medizin, welche Ärzte will unsere Gesellschaft?

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

welche Medizin wünschen wir uns?
Mit seinem Gedicht hat Eugen Roth die Situation humorvoll und treffend beschrieben:
„Was bringt den Doktor um sein Brot? a) Die Gesundheit, b) der Tod.
Drum hält der Arzt auf dass er lebe, uns zwischen beiden in der Schwebe."

Lassen Sie uns über eine erfolgreiche Zukunft diskutieren, auch wenn diese ungewiss und ein Geheimnis ist. Denn was ist die Rolle des Leitenden Arztes?
Das Kommende vorzubereiten und die Zukunft erfinden, zum Wohle des Patienten.

Veranstaltungsort:

Hotel Adlon Kempinski Berlin, Palaissaal, Unter den Linden 77, 10117 Berlin

Referenten und Tagungsvorsitzende:

Dr. Werner Bartens / München
Anselm Bilgri / München
Erik Bodendieck / Dresden
Dr. Jürgen Brenner / Hamburg
Prof. Dr. Hans-Peter Bruch / Berlin
Prof. Dr. Cornelia Cedzich / Saarbücken
Uwe Deh / Berlin
Dr. Josef Düllings / Berlin
Prof. Dr. Reinhard Fünfstück / Weimar
Prof. Dr. Gundolf Gubernatis / Wilhelmshaven
Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB / Berlin
Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery / Berlin
RA Norbert H. Müller / Bochum
Prof. Dr. Herbert Rebscher / Hamburg
Dr. Hans-Friedrich Spies / Wiesbaden
PD Dr. Michael A. Weber / Dachau
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser / Düsseldorf
Dr. Wolfgang Wesiack / Wiesbaden
Dr. Theodor Windhorst / Münster

In Kooperation mit:

- Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
- Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Hotel-Abrufkontingent bis 27.08.2014: Für 27./28.09.2014: Hotel Adlon Kempinski Berlin
DZ 320,- € je Übernachtung (inkl. Frühstück), Stichwort: VLK-Bundeskongress 2014, Tel.: 030/2261-1111

Verbindliche Anmeldung

Das Anmeldeformular bitte ausfüllen und an die Adresse des VLK schicken.
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Frau Regina Baer,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 - 454990, Fax: 0211 - 451834, E-Mail: info@vlk-online.de

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Klinik/Praxis: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Programm:

09:00 Registrierung und Kaffee

10:00 Begrüßung und Einführung, **Weiser**

Tagungsvorsitz am Vormittag: **Bruch/Fünfstück**

10:15 Was erwartet die Gesellschaft von einem Leitenden Krankenhausarzt?, **Rebscher**

10:45 Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Berufsethos und Ökonomie, **Bilgri**

11:15 Ärztliche Behandlungsfehler:
Sachgerechte Information oder interessengesteuerte Diffamierung?
– Aus Sicht der BÄK, **Montgomery**
– Aus Sicht des VKD, **Düllings**
– Aus Sicht der GKV, **Deh**
– Aus Sicht der Medien, **Bartens**

12:15 Podiumsdiskussion mit Referenten, Moderation: **Weber**

12:45 Verleihung des VLK-Zukunftspreises, Laudator: **Montgomery**

13:15 Mittagspause

Tagungsvorsitz am Nachmittag: **Wesiack/Cedzich**

14:00 Schleudersitz Chefarzt
– Frühwarnindikatoren, **Müller**
– Wie hilft der VLK? **Brenner**

14:30 Wie lösen wir den Ärztemangel?
– Delegation? **Lauterbach**
– Substitution? **Windhorst**
– Migration? **Bodendieck**
– Initiativpakt des VLK, **Gubernatis**

15:30 Podiumsdiskussion mit Referenten, Moderation: **Spies**

16:00 Ausblick und Schlusswort: **Weiser**

– Änderungen vorbehalten –

Wir freuen uns, Sie zahlreich in Berlin begrüßen zu können!

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident VLK

Prof. Dr. Hans-Peter Bruch
Präsident BDC

Prof. Dr. Dietrich Andresen
Vorsitzender ALKK

Dr. Wolfgang Wesiack
Präsident BDI

Wir danken den nachfolgend aufgeführten Unternehmen für ihre freundliche Unterstützung

deutsche apotheker- und ärztebank

ECCLESIA Gruppe

KlinikRente VERSORGUNGSWERK

Das stand auf der Agenda Mai 2014

05.05.2014 Düsseldorf

- 278. Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes des VLK, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, PD Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Günter Schmoz, Dr. Jürgen Brenner, Prof. Hans-Jochen Stolpmann, Gerd Norden
- 1. Sitzung der Konferenz der Landesvorsitzenden des VLK, VLK-Teilnehmer: Dr. Hans-Peter Allerödder, Dr. Jürgen Brenner, Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Prof. Wolfgang Deinsberger, Dr. Arthur Friedrich, Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Dr. Bernd Klinge, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Prof. Dr. Günter Schmoz, PD Dr. Michael A. Weber, Prof. Wolfgang Zieger, Gerd Norden

07.05.2014 Berlin

- Gemeinsamer Bundesausschuss, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
- Verbändegespräch bei der Bundesärztekammer, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

08.05.2014 Berlin

- Gemeinsame Koordinierungsstelle BÄK/VLK zu Zielvereinbarungen, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

- Gespräch mit Hauptgeschäftsführung BDC, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

09.05.2014 Leipzig

- Versammlung der Mitglieder aus dem Fachgebiet „Anästhesiologie“ im VLK, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

17.05.2014 München

- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bayern im VLK, VLK-Teilnehmer: PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

22.05.2014 Düsseldorf

- Gespräch VLK mit Präsidium VKD, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

23.05.2014 Düsseldorf

- Gespräch mit Hauptgeschäftsführer BÄK, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

26.05.2014 Düsseldorf

- DKI Haushaltsausschuss, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

27.05.2014 Düsseldorf

- Eröffnung des 117. Deutschen Ärztetages, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

28.05.2014 Hamburg

- Arbeitsgruppe „Zertifizierung“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Dr. Alex Blaicher, Gerd Norden

Brauchen Sie Drucksachen?

kataloge logos
flyer **außenwerbung**
plakate broschüren
geschäftsdrucksachen
folder prospekte
roll up displays **anzeigen**

Besuchen Sie uns im Internet unter:
www.creativ-studio-arenz.de
Jetzt NEU mit SCHILDER-SHOP

wir setzen ihre vorstellungen in die tat um

creativ-studio
arenz gmbh

große straße 79
27356 rotenburg/wümme
telefon 04261 9290-50
telefax 04261 9290-59

Ihr Unternehmen im Internet

zum Beispiel **Base One**

- Beratung inkl. Bedarfsanalyse
- Designvorschlag
- Installation und Einrichtung des CMS-Systems Joomla (damit Sie Ihre Internetseiten stets selbst aktuell halten können)
- Erstellung von bis zu sechs Internetseiten
- Einweisung in das System

Rufen Sie uns an.
Wir beraten Sie gerne!

Auf Wunsch registrieren wir Ihre Wunschdomain und stellen den Speicherplatz für Ihren neuen Internetauftritt zur Verfügung.

@ Rundschau Onlinedienst

Große Straße 79 · 27356 Rotenburg
Telefon: 04261 - 929075
E-Mail: info@rundschau-onlinedienst.de
www.rundschau-onlinedienst.de