

Das Wesen der Gesundheit

Neuentwicklungen in der realen Welt ziehen Veränderungen in der Begriffswelt nach sich. Als Beleg für diese Aussage führte Prof. Walther Umstätter, Informationswissenschaftler an der Berliner Humboldt-Universität, vor zehn Jahren das Wort *Bibliothek* an. Es stand Jahrhunderte lang für leicht verstaubte Räume voll edel gedruckter Information. Durch die elektronische Informationsverarbeitung erfuh es aber Sinnerweiterungen wie zum Beispiel die Internet-Bibliothek¹ für alles Gedruckte vom Märchen- bis zum Lehrbuch oder die Genom-Bibliothek², aus der man sich das Buch des Lebens auf den PC laden kann.

Eine ähnlich interessante Bedeutungserweiterung erlebt derzeit im Kontext des Gesundheitswesens das Wort *Potenzial*. In den letzten zehn Jahren schien dieses arme „Wesen“ nur ein einziges Potenzial zu haben, nämlich das Einsparpotenzial. Doch plötzlich entdecken Politiker und Ökonomen auch sein Zukunftspotenzial. Kein Wunder: Der antizyklisch reagierende Gesundheitsmarkt erscheint vielen in einer Zeit, in der die Supermanager der bisher erfolgsverwöhnten Finanzbranche

weitgehend entzaubert werden, als neuer Hoffnungsträger der Wirtschaft. Am Gesundheitswesen soll die Welt genesen.

Doch Vorsicht: Auch in der Medizin gibt es Supermanager vom alten Schlag, denen Geld und Macht mehr als gute Krankenversorgung und wissenschaftlicher Fortschritt bedeuten. Dass man sich gegen sie erfolgreich wehren kann, zeigt das Beispiel des Universitätsklinikums Aachen, dessen kaufmännischer Vorstand kürzlich vom Aufsichtsrat daran gehindert wurde, diagnostische Institute, die für Krankenversorgung, Forschung und Lehre essenziell sind, einfach zu verkaufen³.

Es ist an der Zeit, in der „Managerkrise“ über rein ökonomische Begriffswelten der Medizin kritisch nachzudenken. Ihre Floskeln sind inzwischen oft ähnlich verstaubt wie Umstätters Bibliotheken. Das Wesen der Gesundheit ist nun einmal eher medizinischer als ökonomischer Natur. Wer sein Zukunftspotenzial heben will, muss diese Selbstverständlichkeit beherzigen.

mh, gh

¹ books.google.com

² www.ncbi.nlm.nih.gov/mapview

³ www.trillium-report.de (16. Mai 2009)



Denkanstöße aus dem Vorwort:

Gesundheitswirtschaft in Deutschland
von Prof. Dr. Andreas J.W. Goldschmidt, Universität Trier und Priv.-Doz. Dr. Josef Hilbert, Universität Bochum

Von „Wesen“ und „Wirtschaft“

“Das Wort *Wesen* bedeutet laut Duden ja nicht nur Lebewesen oder Geschöpf, sondern auch Eigenart und Charakter. Insofern ergibt der Begriff „Gesundheitswesen“ als Beschreibung des äußerst komplexen Systems unserer Krankenversorgung natürlich einen Sinn.“

“Allerdings ist Gesundheit alles andere als ein gewöhnlicher Wirtschaftszweig, denn das zentrale Gut, um das er sich gruppiert, ist eine überaus essenzielle, ja oft lebenswichtige Angelegenheit... Dies unterstreicht die Notwendigkeit staatlichen Handelns und macht eine Teilregulierung im Gesundheitssystem unerlässlich.“

“Und wie immer, wenn es hohes staatliches Engagement gibt, muss auch darauf geachtet werden, dass nicht zu viel des Guten geschieht... Es ist endlich an der Zeit, in Sachen Gesundheit nicht mehr nur über Regulierung, Lohnnebenkosten und Kostendämpfung zu reden. Denn immer mehr wird deutlich, dass Gesundheitswirtschaft nicht nur eine Frage der Solidarität und sozialen Verantwortung ist, sondern, dass hier gewaltige Innovationspotenziale und gesamtwirtschaftliche Impulse schlummern. Stärker als jede andere Branche trägt sie zu Arbeitsplätzen und technologischen Spitzenentwicklungen bei.”

Die Buchbesprechung finden Sie auf S. 68.

synlab
clinic consulting

Synergien für Kliniken

*Frischer Wind macht volle Segel
Wenn das richtige Team an Bord ist.*

synlab clinic consulting
Kaiserstraße 1-2
54290 Trier

Telefon 0651/9771-802
info@consulting.synlab.de
www.synlab.de/consulting



Auch in seinem zwölften Jahr war der Hauptstadt-kongress Medizin und Gesundheit nach Aussagen seines Präsidenten Ulf Fink ein großer Erfolg. Die Teilnehmerzahl des Vorjahres wurde mit 7.870 sogar noch übertroffen: Es habe sich gezeigt, dass der Kongress auch in Zeiten der Krise das bedeutendste Treffen der Gesundheitsbranche bleibt.

Hoffnung für das Berufsbild Arzt

Wandel durch Krise

Die gegenwärtige Wirtschaftskrise wird auch an der Medizin nicht spurlos vorübergehen. Nicht zuletzt drohen der GKV Mindereinnahmen in Milliardenhöhe durch wachsende Arbeitslosigkeit. Doch beim diesjährigen Hauptstadtkongress wurde auch klar, dass die Krise Veränderungen befördert, die positiv sein können, z.B. beim Berufsbild Arzt.

Finanzkrise, Autokrise, Krise der Stahlindustrie, der Printmedien, der Warenhäuser, fast vergessen die Bildungskrise und natürlich die Krise im Gesundheitssystem. Wo man hinhört: Krise und schrille Rufe nach Hilfgeldern allenthalben.

Dabei darf die Krise des Gesundheitssystems freilich für sich beanspruchen, die mit Abstand älteste und allen Reformen zum Trotz stabilste aller Krisen zu sein. Wie es aussieht, wird sie auch das Ende der Finanzkrise und der Autokrise unbeschadet überstehen. So lange zu kriseln, muss man sich erst einmal leisten können und durchhalten! Autokonzerne und Bankensystem wären da schon längst untergegangen.

Was ist also das Geheimnis der reformgebeutelten Dauerkrise des Gesundheitssystems im Vergleich zu ihren hektische Überreaktionen auslösenden Schwester-

krisen? Kontinuierliches Auf-der-Stelle-Treten oder geschicktes Entlanghangeln am Abgrund, ohne ihn aus den Augen zu verlieren?

Vorsichtige Bewegung statt Stillstand

Zugegeben, für Stillstand spricht derzeit Vieles, wenige Monate vor der Bundestagswahl. Befürchtungen und wilde Hoffnungen angesichts der Aussicht auf eine neue Regierung mit weiteren Reformen der Reform der Reform lassen die Akteure vor konkreten vertraglichen Ausgestaltungen von Gesundheitsfonds oder Morbi-RSA zurückschrecken.

Doch die momentane Angststarre stellt den Blick für die vielversprechenden Veränderungen im Gesundheitssystem, von denen beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit Ende Mai in Berlin ebenfalls die Rede war. Schlagwort: Wandel des traditionellen Arztbildes.

Feminisierung der Medizin

Dem deutschen Gesundheitssystem fehlen derzeit schätzungsweise 7.300 Ärzte; nach Angaben der Bundesärztekammer allein 4.000 im Krankenhaus. Zwar gibt es ausreichend Bewerber für ein Medizinstudium in Deutschland, doch haben mittlerweile ca. 19.000 Mediziner

Deutschland verlassen, um ins Ausland oder in die Industrie zu gehen – wegen besserer Bezahlung und meist günstigeren Rahmenbedingungen. Wie Prof. Dr. Dr. Volker Schumpelick von der Universität Aachen beim Hauptstadtkongress vorrechnet, gehen dem Gesundheitssystem mit jedem abwandernden Facharzt Ausbildungskosten von nahezu 1 Million € verloren.

Von den nachrückenden Medizinabsolventen sind bereits jetzt 60% Frauen, Tendenz steigend. Auf Ärztinnen ruht daher die Zukunft der Medizin in Deutschland. Der wachsende Frauenanteil in der Medizin verleiht den Forderungen nach verbesserten Arbeitsbedingungen, wie sie auch von männlichen Kollegen seit Jahren erhoben werden, zusätzliches Gewicht. Denn um die jungen Medizinerinnen dauerhaft im Krankenhaus halten zu können, bedarf es grundlegender Veränderungen des Berufsbildes und Arbeitsprofils in Kliniken, sonst ist der Ausstieg junger Medizinerinnen spätestens mit der ersten Schwangerschaft besiegelt und auch die Abwanderung der männlichen Kollegen in besser bezahlte Bereiche wird nicht zu stoppen sein.

Eine Anpassung der Arbeitsplätze an zeitgemäße Lebensmodelle der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit erfordert, wie Dr. med. Elke Buckisch-Urbanke (Marburger Bund) ausführte, intensive Nachwuchsförderung mit langfristigen Qualifikationsperspektiven, neue Aufgabenverteilung für Pflegekräfte, strikte Entbürokratisierung, flachere und vor allem kollegialere Strukturen auf Station, klar geregelte Arbeitszeiten und familienverträgliche Arbeitszeitmodelle entsprechend unterschiedlicher Lebensphasen (s.a. S.68).

Finanznot trifft Fachkräftemangel

Auch wenn Arbeitszeitverkürzung und bessere Weiterbildung angesichts der Finanznot von Krankenhäusern völlig unrealistisch erscheinen, müssen Kliniken schon jetzt teilweise die geforderten Rahmenbedingungen schaffen, um überhaupt noch ausreichend medizinisches Personal (Ärzte und Pflegekräfte) gewinnen zu können. Private Klinikbetreiber haben zu diesem Zweck bereits eigene Fortbildungsprogramme aufgelegt. Und nach jüngsten Zahlen der Bundesärztekammer von April 2009 lässt sich immerhin bereits ein um 1,6% gesunkenes Arbeitsvolumen der Ärzte feststellen.

Der sich zumindest ankündigende Wandel des Arzt-Arbeitsplatzes Klinik kommt dabei den Patienten zugute. Denn bessere Fortbildung sowie eine ausgeglichene Work-Life-Balance verhindern frühzeitiges

Burnout bei Medizinerinnen, stärken soziale Kompetenz und reduzieren Fehler z.B. aufgrund katastrophaler Übermüdung.

Arbeitsteilung und Kooperation

Doch das Berufsbild des Arztes erlebt derzeit nicht nur im Klinikbereich einen grundlegenden Wandel, sondern auch im niedergelassenen Sektor. Bisher stand der ausgebildete Mediziner vor der Wahl der Krankenhausausbeutung oder Selbstbehaftung auf dem freien Markt im Spannungsfeld von altruistischem Helfer und Homo oeconomicus. Nur wenige Ärzte verfügen jedoch de natu über eine ausgeprägte medizinisch-wirtschaftliche Doppelbegabung.

Zwar konnte in den fetten Jahren die Praxis eines niedergelassenen Arztes auch noch den Unwirtschaftlichsten ganz gut ernähren, doch die Zeiten haben sich geändert. Budgetierung, Punktwertabsenkungen & Co. haben den Druck auf niedergelassene Ärzte in den letzten Jahren außerordentlich erhöht. Nähme man die Lautstärke der Klage niedergelassener Fachärzte in Bayern als Indikator, dürfte kaum eine Praxis die jüngste Abrechnungsreform überleben.

Der Berliner Arzt und Betriebswirt Dr. Wolfram Otto sieht in dieser Entwicklung die Chance zur Konsolidierung des zersplitterten niedergelassenen Bereichs

durch neue Kooperationsformen und Arbeitsteilung. In den von Otto gegründeten Medizinischen Versorgungszentren der Polikum Gruppe, der er als Geschäftsführer vorsteht, können sich angestellte Ärzte vollständig ihrem eigentlichen Heilberuf widmen. Sie ersticken nicht unter einem Berg administrativer Arbeiten und müssen sich nicht als Einzelkämpfer hilflos in einem von multiplen politischen und wirtschaftlichen Interessen umkämpften Milliardenmarkt behaupten.

Die 2004 zugelassene Organisationsform Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bietet nicht nur fachliche Kooperation mit effizienteren, integrierten Versorgungsmöglichkeiten für Patienten, sondern ebenso neue Berufsbilder für studierte Mediziner. Vom angestellten Arzt, der nur am Patienten arbeitet und keinerlei wirtschaftliche Mitverantwortung trägt, über den Arzt als Heiler mit Abteilungsleiter-Verantwortung bis hin zum Arzt, der sein Know-how fürs administrative und wirtschaftliche Management einbringt, bieten sich in der neuen Organisationsform MVZ neue Arbeitsprofile, andere Arbeitszeitmodelle und Entwicklungsmöglichkeiten für unterschiedliche Medizinerpersönlichkeiten.

Wie der Wandel des Arztberufsbildes im Krankenhaus können auch diese neuen arbeitsteiligen Strukturen den Patientinnen

und Patienten zugute kommen, wenn ihr Behandler während der Konsultation nicht von ökonomischen Ängsten geplagt wird. Entscheidende Voraussetzung für einen positiven Wandel des Berufsbildes wird aber sein, dass Angestelltenverhältnisse in MVZ-Strukturen oder Krankenhäusern jederzeit die Freiheit des Arztberufes wahren.

Licht im Dunkel

Es bleibt zu hoffen, dass die Krise noch eine Weile anhält, damit sich die positiven Veränderungen für Ärzte und damit auch Patienten in der Breite durchsetzen. Die Chancen stehen paradoxerweise gar nicht so schlecht, denn eine weitere Abwanderung teuer ausgebildeter Mediziner ins Ausland oder in fachferne Jobs kann das System nicht mehr verkraften. Schon heute ist die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten kaum noch aufrecht zu erhalten. Höhere Versorgungsansprüche und -möglichkeiten sowie die demografische Entwicklung mit wachsenden Krankheitszahlen erhöhen den Druck auf die Verantwortlichen, Forderungen der Ärzte und Pflegekräfte (siehe unten) nach Wandel sehr ernst zu nehmen.

Dr. Katharina Meinel (km)
ad textum, Berlin
meinel@adtextum.de
www.adtextum.de

Die Pflege-Offensive

www.deutscher-pflegerat.de

Ist der Weg zum Wandel des Berufsbildes Arzt schon uneben und kurvig, so ist der schmale Pfad, der zu Veränderungen im Berufsalltag der Pflegekräfte führt, steinig bis unwegsam.

Seit Jahren wird ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften beklagt. Doch die jetzige Situation ist nichts im Vergleich zu dem, was uns erwartet. Neueste Zahlen des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg bestätigen die Schätzungen der Bundesagentur für Arbeit, wonach davon ausgegangen werden kann, dass aufgrund des demografischen Wandels statt der heute ca. 300.000 Pflegekräfte der Bedarf auf ca. 850.000 im Jahr 2050 steigen dürfte. In verschärfter Form stellt sich somit im Pflegesektor die Frage, woher die Fachkräfte der Zukunft kommen sollen bzw. wie man sie gewinnen will. Aus dem Ausland werden wegen des sich rasant angleichenden Lohnniveaus in Zukunft kaum noch Pflegekräfte kommen, wie die BA warnt.

Grundvoraussetzung für die Sicherung der Pflege in den nächsten Jahrzehnten wird daher sein, dass sich die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte radikal verändern. Schichtdienste, hohe physische und psychische Belastung, oft unzureichende Qualifikation und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung in Kombination mit schlechter Bezahlung führen derzeit zu einer durchschnittlichen Verweildauer der Pflegebeschäftigten in ihrem Beruf von etwa acht Jahren. Vor diesem Hintergrund

Wer pflegt die Babyboomer-Generation?

ergibt sich ein sozialer Imperativ zum umfassenden Handeln. Um neue Pflegekräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten, bedarf es einer Aus- und Weiterbildungsoffensive, insgesamt einer Absenkung der Arbeitsbelastung, einer besseren Koordination mit Ärzten und Angehörigen, einer der Schwere und wachsenden Verantwortung angemessenen Bezahlung, Ausweitung der Pflegeforschung und vor allem einer weit höheren gesellschaftlichen Wertschätzung.

Die im Zuge der Finanzkrise steigenden Arbeitslosenzahlen geben Anlass zur Hoffnung, denn bisher konnten in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit stets neue Angestellte für den Pflegebereich gewonnen werden. Allerdings warnt der Deutsche Pflegerat zu Recht vor einer Deprofessionalisierung, wodurch die Nachhaltigkeit der Beschäftigungsverhältnisse und die Qualität der Pflege erheblich beeinträchtigt würden.

Erste zarte Ansätze für Veränderungen sind erkennbar. So ist es nun erklärter politischer Wille, sich von der "Pflege im Minutentakt" abzuwenden und durch eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu stärken. Auch haben Betreiber von Pflegeeinrichtungen weitgehend begriffen, ihre Mitarbeiter/-innen gezielt durch betriebliche Gesundheitsförderung und Weiterbildung zu binden. Weitere Maßnahmen werden freilich folgen müssen, um junge Menschen für Berufe im sozialen Bereich begeistern zu können.

km

Studie 2009

DRG-Erosion

Eine kürzlich publizierte Analyse des G-DRG-Systems* hat ergeben, dass eine schleichende Erosion der ursprünglich *Diagnose-basierten* Vergütungssystematik für deutsche Krankenhäuser droht. Zwar hat sich die Gesamtzahl der abrechenbaren DRG-Kodes 2009 stabilisiert und die der ungesplitteten Z-DRGs sogar verringert, was für eine Reifung des Systems spricht; erschreckend ist aber die unkontrollierte Vermehrung der Zusatzentgelte für Prozeduren und Medikamente.

Die offiziell publizierte Zahl von 127 Zusatzentgelten wirkt im Vergleich zu 1.192 DRGs zwar klein, aber wer genau in Anhang 5 des Fallpauschalenkatalogs nachschlägt, findet dort eine ausufernde Untergliederung der Entgelte nach Art, Zahl oder Menge der Einzelleistungen. Insgesamt summieren sie sich inzwischen auf über 1.000 auf, so dass es bereits ein den DRGs etwa gleichwertiges Schattensystem von *nicht-Diagnose-basierten* Vergütungen gibt.

* Schenker M, Hoffmann G: *Das siebte Jahr der G-DRGs. Krankenhaus-Umschau 2009; Heft 5:54-57*

Personalprobleme im Gesundheitswesen

Mittel gegen den Mangel

Beim 13. Symposium zum Gesundheitsmanagement in Marburg gab Dr. Christoph Hoppenheit, Kfm. Direktor am Uniklinikum Münster (UKM), Tipps zur Abwehr des drohenden Personalmangels im Gesundheitswesen.

Langfristig gesehen muss die Gesundheitswirtschaft mit immer weniger Ärzten und Pflegekräften auskommen. Am Beispiel des UKM zeigte Dr. Hoppenheit auf, dass diesen Herausforderungen mit einer Organisationsveränderung wirksam zu begegnen ist. Langjährig eingefahrene Organisationsabläufe können z.B. durch Gründung einer Tochtergesellschaft positiv beeinflusst werden, denn die so geschaffenen neuen Strukturen ermöglichen mitbestimmungsfreie Flexibilisierungen der Arbeitsabläufe. Auch durch sozialverträgliches Ausscheiden von Mitarbeitern kann Handlungsfähigkeit erreicht werden.

Im Pflegebereich gibt es große Aufgabenbereiche, die nicht bis zum 65. oder 67. Lebensjahr leistbar sind. Hier empfiehlt

es sich, auf Arbeitszeitkonten Überstunden anzusammeln, die ein Ausscheiden aus dem aktiven Dienst vor Erreichen der Altersgrenze ermöglichen. Der steigende Frauenanteil sowie die Fokussierung der Familienplanung bei Ärzten erfordert laut Hoppenheit ein ganzheitliches Umdenken in den klinischen Abläufen. Eine exakte Einhaltung des Arbeitszeitendes wird eingefordert, ist aber in der Praxis nicht immer möglich. Deshalb muss der Arbeitgeber Kinderkrippen und Tagesstätten mit langen Öffnungszeiten unterstützen oder selbst vorhalten.

Ideen wie „rent a doc“, also Zeitarbeit von Ärzten, kommen vor allem für sehr erfahrene Klinikärzte in Frage, die Wissen in ihrem Spezialgebiet auf der Höhe der Zeit anbieten können.

Dipl.-Kfm. Sebastian Keßel
Univ. Marburg, Lehrstuhl für Marketing
kessels@staff.uni-marburg.de

Das 14. Symposium zum Gesundheitsmanagement findet am 22.04.2010 im Welcome Hotel Marburg statt.

Buchbesprechungen

Zukunft Gesundheitswirtschaft

H. Lohmann, U. Preusker (Hrsg): *Band 1 Geschäftsmodell Systempartnerschaften Die Digitale Industrialisierung der Medizin Economica 2009, ISBN 978-3-87081-580-6 165 Seiten, 34,50 Euro*

Economica startet mit diesem Buch eine neue Fachbuchreihe. Band 1 befasst sich mit Systempartnerschaften zwischen Herstellern und Dienstleistern im Gesundheitswesen. Die 14 Autoren beleuchten das Thema aus rein ökonomischen und trotzdem sehr unterschiedlichen Blickwinkeln (Versicherungen, Berater, Klinikketten, Pharmaunternehmen usw.).

Man muss sich den oft pointiert vorgetragenen Argumentationen nicht unbedingt anschließen – dafür ist die Meinungsvielfalt zu groß – aber gerade ärztliche Leser erhalten interessante Einblicke in die Denkweise ihrer nicht-ärztlichen „Zulieferer“. Diese wollen sich künftig verstärkt als „Partner“ präsentieren und stellen hierzu vielfältige Angebote vor. Etwas zu kurz kommen allerdings die spezifisch digitalen Aspekte, die im Untertitel als Schwerpunkt angekündigt werden.



Gesundheitswirtschaft in Deutschland

Die Zukunftsbranche

Andreas J. W. Goldschmidt, Josef Hilbert (Hrsg) 2009, ISBN: 978-3-9812646-0-9 928 Seiten, 49 Euro
www.wikom.net/shop

Fast tausend Seiten geballtes gesundheitsökonomisches Wissen, präsentiert von 80 durchwegs hochkarätigen Fachautoren – so lässt sich das neueste Buch aus der Schriftenreihe *kma reader – die Bibliothek für Manager* am besten charakterisieren. Es ist der neunte Band und bislang „dickste Wälzer“ aus dem Hause Wikom. Den alten Rekord von 672 Seiten (Prof. W. von Eiff: Risikomanagement) schlagen die Herausgeber Prof. Dr. Andreas Goldschmidt und Priv.-Doz. Dr. Josef Hilbert nicht nur dem Umfang nach, sondern auch in der Themenbreite.

In der Debatte um die Zukunft Deutschlands spielt die Gesundheitsversorgung nach Aussagen der Herausgeber eine bemerkenswerte neue Rolle: Das Gesundheitssystem wird nicht mehr als Last gesehen, sondern als Voraussetzung für künftigen volkswirtschaftlichen Erfolg. Mit 10,6% des BIP ist der Gesundheitsmarkt größter deutscher Arbeitgeber, noch vor der Autoindustrie (9,7%). Mit 12.000 Unternehmen und über 20% F&E-Anteil zählt speziell die Medizinprodukteindustrie zu den innovativsten Branchen überhaupt. Kaum eines der aktuell diskutierten gesundheitsökonomischen Themen wird in diesem Band ausgespart, ob demografischer Wandel oder Integrierte Versorgung, Privatisierung oder Wellness-Trend, die Zukunft von Krankenkassen und Gesundheitsnetzen oder der zweite Gesundheitsmarkt. Dass es trotzdem kein oberflächlicher Rundumschlag, sondern ein mit Fakten gespickter Tauchgang in die Tiefen der Gesundheitswirtschaft ist, liegt an der hervorragenden Recherche der Autoren. Schade nur, dass dieses wertvolle Nachschlagewerk kein Sachregister besitzt, aber das lässt sich ja vielleicht bei der zweiten Auflage nachholen.

gh

Gesundheitsregionen der Zukunft

Anfang 2008 startete der mit rund 40 Millionen Euro ausgestattete bundesweite Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“, der zur Sicherung des Technologiestandorts Deutschland beitragen soll. Inzwischen ist die zweite Runde eingeläutet. Fünf von 86 Bewerbern sind noch im Rennen.



Bundesforschungsministerin Schavan gab am 27. Mai auf dem Hauptstadtkongress in Berlin die Gewinner der zweiten Phase des BMBF-Wettbewerbs bekannt.

Im Rahmen seiner Hightech-Strategie will das Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Titel „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ fünf ausgewählte Regionen mit einem Betrag von jeweils bis zu 10 Mio. Euro fördern.

Dieser Wettbewerb war zweistufig angelegt. Von den 86 teilnehmenden Regionen konnten sich in einer ersten Auswahlrunde 20 Regionsprojekte vor einer internationalen Jury profilieren. Zu diesen Gewinnerregionen gehörte auch die „Gesundheitsregion NORD“ mit den Kreisen Schleswig-Flensburg, Nordfriesland sowie der Stadt Flensburg.

Diese 20 Regionen hatten Zeit bis zum 31. März, ein zukunftsfähiges, auf Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit ausgelegtes Konzept auszuarbeiten. Die Prämierung der fünf zu fördernden Regionen erfolgte im Rahmen des Hauptstadtkongresses Ende Mai in Berlin. Um einen Eindruck über die im Rahmen dieses Wettbewerbs entwickelten Konzepte zu geben, soll hier beispielsweise die Gesundheitsregion NORD vorgestellt werden. 65 Partnerunternehmen, die Flensburger Hochschulen sowie politische Vertreter widmen sich

dem Thema „Gesundheitsregion Nord: Zukunftsorientierte regionale Vernetzungsstrukturen für chronisch kranke Menschen in ländlichen Räumen“.

Exemplarisch wurden die Krankheitsbilder Atemwegserkrankungen, Schmerzen am Bewegungsapparat sowie Demenz ausgewählt. Die zu gestaltenden Prozesse werden insbesondere unter den Blickwinkeln des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung betrachtet. Die Abbildung unten zeigt die modularisierten Teilprozesse.

Ziel dieser Konzeption ist es, Innovation und Kooperation zu stärken, die Netzwerkbildung kontinuierlich als lebendes Projekt voranzutreiben und damit die regionale Gesundheitsversorgung aktiv gestalten und optimieren zu können.

Aufgrund des Themenschwerpunktes werden technologische Innovationen aus dem Anwendungsbereich „eHealth“ eine wichtige Rolle spielen. Schlagworte wie „regionale Patientenakte“ und „Ambient Assisting Living“ lassen erahnen, auf welchem Wege eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Fläche erreicht werden soll. Damit werden der Gesundheitswirtschaft neue Impulse gegeben, neue Geschäftsmodelle werden entstehen (z.B. im Gesundheitstourismus), ja, auch neue Berufsbilder könnten während der Projektrealisierung zum Tragen kommen.

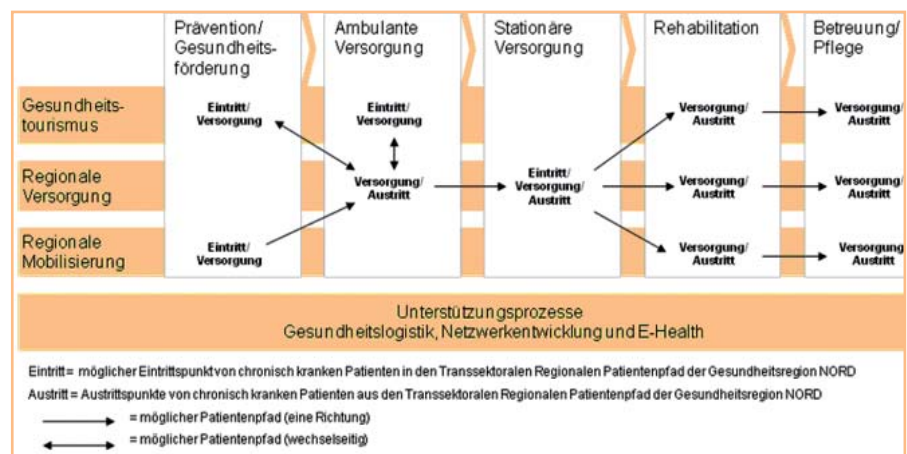
Um die Nachhaltigkeit zu sichern, werden ein Programmbeirat und ein wissenschaftlicher Beirat dafür Sorge tragen, dass der Verein „Gesundheitsregion NORD“ immer auf Kurs bleibt.

Allgemeine Ziele des Wettbewerbs

- Erschließung der Potenziale einer Region für Innovationen im Gesundheitswesen durch Forschung und Entwicklung:
 - Prozess- und Produktinnovation
- Nachhaltige Stärkung der regionalen Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft zur Steigerung von Wachstum und Beschäftigung durch:
 - Marktfähige Produkte und Dienstleistungen
 - Wirtschaftliche Anschlussfähigkeit
- Bessere Gesundheitsversorgung durch gesteigerte Qualität und effizientere Prozesse:
 - Qualitätssteigerung in der Medizin
 - Verschränkungsprozesse zwischen Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung.



Prof. Dr. Roland Trill
1. Vorsitzender „Gesundheitsregion NORD e.V.“
c/o Fachhochschule Flensburg
Krankenhausmanagement & eHealth
Tel. 0461/805 1473
trill@fh-flensburg.de
www.gesundheitsregionnord.de



Die Gesundheitsregion NORD gehört zu den Gewinnern der zweiten Runde 2009. Ihr Prozessmodell beschreibt eine vernetzte Versorgung chronisch kranker Menschen im ländlichen Raum.

Qualitätswettbewerb im Krankenhaus

Drei Kennzahlensysteme im Vergleich

Das „Megathema Qualitätswettbewerb“ wird immer mehr zum Dreh- und Angelpunkt des deutschen Gesundheitswesens. Was oft fehlt, sind harte Fakten. Eine aktuelle Studie vergleicht drei Kennzahlensysteme, die aus Routinedaten interessante Erkenntnisse liefern.

In den letzten Jahren hat sich die Diskussion zur Qualität der Gesundheitsversorgung verschärft. Während die Kostenträger hierunter vor allem Einsparpotenziale verstehen, setzen die Leistungserbringer auf Qualitätswettbewerb. Von den ärztlichen Standesvertretungen wird insbesondere die Ergebnisqualität ins Spiel gebracht, und das hat gute Gründe. Unter den Rahmenbedingungen des fallpauschalierten G-DRG-Vergütungssystems befürchten sie die Rationierung von medizinischen Leistungen durch ökonomischen Druck, während die Krankenkassen im Gegenteil eine Entwicklung hin zu minimaler Leistung bei maximalen Preisen sehen.

Die zahlreichen Vorgaben und Regelungen für qualitätssichernde Maßnahmen im stationären Sektor kommen aufgrund umfangreicher ärztlicher Dokumentationspflichten in die Kritik. In einem Spannungsfeld zwischen zunehmender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, vielfältigen Dokumentationsanforderungen und einer Politik, die sich Finanzierungsproblemen weitgehend verschließt, stellt sich die Frage der zukünftigen Gestaltung der Qualitätssicherung in Deutschland.

Besonders interessant erscheint der Ansatz, qualitätsrelevante Aussagen anhand von im DRG-System erfassten Routinedaten (sog. § 21-Datensatz) zu treffen. Während in den Vereinigten Staaten hierzu schon umfangreiche Untersuchungen existieren, sind in Deutschland bisher nur Einzelinitiativen bekannt, u. a. der HELIOS Kliniken Gruppe.

Vor diesem Hintergrund hat die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) als Spitzenverband der Krankenhausträger ein Projekt zur Evaluation konkurrierender Verfahren

initiiert. Zum Qualitätsmanagement mit Routinedaten stand eine vergleichende wissenschaftliche Untersuchung bislang noch aus. In diesem Projekt wurde u. a. die Übereinstimmung der Verfahren hinsichtlich der Qualitätsbewertung eines Krankenhauses untersucht. Analysiert wurden drei Indikatorensets, die teilweise von mehreren Unternehmen unter Anwendung unterschiedlicher Referenzbereiche angeboten werden:

- Qualitätskennzahlen der zweiten Generation der HELIOS Kliniken Gruppe
- Patient Safety Indicators (PSI) der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Das Patientenklassifikationssystem Disease Staging (DS)

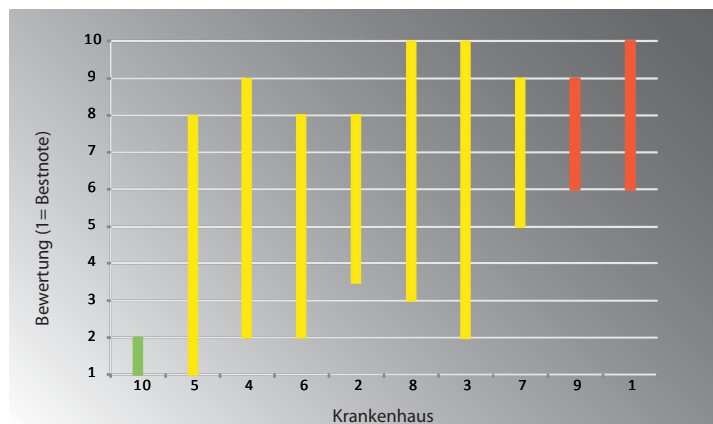
Während die beiden erstgenannten Verfahren primär versuchen, anhand von Indikatoren Aussagen zur Ergebnisqualität zu treffen, handelt es sich beim Disease Staging um ein Patientenklassifikationssystem, welches Fallgruppen mit vergleichbarem Mortalitätsrisiko definiert.

Im Rahmen des KGNW-Projektes „Qualität aus Routinedaten“ erstellten Anbieter dieser Verfahren für zehn Krankenhäuser Auswertungen aus dem § 21-Datensatz. Für jedes Krankenhaus und jedes Verfahren wurde die relative Häufigkeit von auffälligen, d. h. außerhalb der Referenzbereiche befindlichen, Qualitätsindikatoren ermittelt. Die Übereinstimmung

der relativen Häufigkeiten wurde mit dem nicht parametrischen Korrelationskoeffizienten nach Spearman ermittelt.

Bei Verwendung unterschiedlicher Referenzbereiche für die HELIOS-Kennzahlen (z. B. nach Zielwerten, nach Mittelwerten der zehn Krankenhäuser, nach Mittelwerten aus einem Benchmarking-Datensatz) zeigen sich zum Teil starke Abweichungen in der Rangfolge sowie der Bewertung der Ergebnisse; dennoch ist die Übereinstimmung (gemessen mit dem Korrelationskoeffizienten) erwartungsgemäß hoch. Die PSI zeigen eine signifikante und relevante Korrelation zur Verweildauerbewertung über die Gruppen des Disease Staging, aber keine Korrelation zu den HELIOS-Kennzahlen. Die Bewertung der Sterblichkeit über die Gruppen des Disease Staging zeigt eine signifikante und relevante Korrelation zu einer von mehreren Varianten einer Interpretation der HELIOS-Kennzahlen, zu einer weiteren Interpretation eine mäßige Korrelation. Insgesamt kommen die Verfahren bei Verdichtung auf das Krankenhaus zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Rangfolge der Krankenhäuser kann allerdings fast beliebig durch Wahl des Verfahrens oder Referenzbereiches geändert werden. Vergleiche auf Ebene einzelner Leistungsbereiche unterstreichen diese Unterschiede.

Krankenhäuser erhalten daher bei paralleler Anwendung der Verfahren sich ergänzende Sichten auf die Qualität ihrer Leistungsgestaltung. Für ein internes Qualitätsmanagement kann es daher sinnvoll sein, aus mehreren Verfahren jeweils besonders geeignete Indikatoren auszuwählen und zu einem Krankenhaus spezifischen Set zu kombinieren. Nicht geeignet erscheinen die Verfahren derzeit jedoch für eine öffentliche und vergleichende Berichterstattung. Ein Ranking von Krankenhäusern ist mit den hier untersuchten Systemen (noch) nicht zuverlässig möglich. Dazu müssen weitere Analysen der Indikatoren und Verfahren erfolgen. Problematisch ist, dass keines der untersuchten Verfahren in der deutschen Version voll-



Zehn Krankenhäuser im Qualitätsvergleich. Die Säulen zeigen die Bandbreite der Ergebnisse unterschiedlicher Indikatorensets. Diese liegen bei den am besten (grün) und am schlechtesten (rot) bewerteten Häusern beieinander. Im Mittelfeld (gelb) streuen sie für eine öffentliche, vergleichende Berichterstattung zu stark, eignen sich aber in der Detailbetrachtung für das interne Qualitätsmanagement.

ständig offen liegt. Die Anbieter behandeln die zugrunde liegenden Definitionen als Geschäftsgeheimnis. Eine öffentliche Diskussion über Nutzen und Grenzen wird damit erschwert.

Als Vorbild für ein offenes Verfahren zur Pflege von Qualitätsindikatoren in Deutschland kann die Gestaltung der G-DRGs dienen. Die Verfahrensschritte sind im Prinzip für jedermann transparent und nachvollziehbar, und es findet eine regelmäßige Weiterentwicklung im Sinne eines „lernenden Systems“ statt. Die Definition geeigneter Qualitätsindikatoren könnte bei den Krankenhäusern liegen, Softwareanbieter im Gesundheitswesen könnten darauf basierend einen „Qualitätsgrupper“ entwickeln und diesen in etablierte Reporting-Systeme integrieren. Damit würde der Qualitätswettbewerb ein Stück mehr mit Leben gefüllt.

Fazit: Für eine breite Anwendung von Kennzahlensystemen im Rahmen des Qualitätsmanagements im Krankenhaus sind folgende Aspekte von Bedeutung:

1. Bei Krankenhausvergleichen müssen risikoadjustierte Qualitätsindikatoren von hoher Güte eingesetzt werden.
2. Diese Güte ist für einzelne Indikatoren wie auch für Indikatorensets bzw. Verfahren zu belegen.
3. Definitionen und Bewertungskriterien müssen offengelegt werden.
4. Die Präsentation der Ergebnisse muss die Anwender bei der internen Umsetzung sinnvoll unterstützen (Verständlichkeit, Lesbarkeit, Vergleichbarkeit usw.).
5. Eine zusätzliche Dokumentationslast der Mitarbeiter im Krankenhaus ist zu vermeiden. Routinedaten ist der Vorzug gegenüber der gesonderten Erfassung von Daten zu geben.



Axel Halim, MBA
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen (KGNW)
AHalim@kgnw.de

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Universität München, Inst. f. Med. Inf.-
Verarb., Biometrie und Epidemiol. (IBE)
juergen.stausberg@
ibe.med.uni-muenchen.de

scc - Synlab Clinic Consulting

Irren kann tödlich sein

Kommunikation in Klinik und Labor – so lautete das Motto der ersten beiden scc-Veranstaltungen in Weiden und Frankfurt. Ärzte sowie Mitarbeiter der Bereiche Pflege, Labor und Verwaltung aus verschiedensten Häusern waren bei der synlab-Tochter für Klinikangebote zu Gast.

Hans Schmitz? Joachim Schmitz? Namen mögen bei Goethe Schall und Rauch sein – nicht aber im Krankenhaus. Dort kann es um Leben oder Tod gehen, wenn Hans Schmitz eine



Nanni Schulze möchte mit ihrer „synlab clinic consulting“ Synergien für Kliniken anbieten. Dahinter steht die international agierende Laborgruppe synlab, die in 18 Ländern mehr als 80 humanmedizinische Labore betreibt. Mehr Info unter www.synlab.de.

Blutkonserven erhält, die für Joachim Schmitz bestimmt war.

Mit der Rekonstruktion eines aktuellen Falles demonstrierte synlab-Transfusionschef Dr. Ashraf Dada, was Kommunikation im Klinikalltag bedeutet. Und dass Irren zwar menschlich ist, aber tödlich sein kann: „Es sterben in Deutschland mehr Menschen durch falsch vorbereitete Bluttransfusionen als durch HIV, HBC und HCV zusammen“. Blutprodukte stellen heutzutage ein kleineres Sicherheitsrisiko dar als menschliches Versagen.

Menschen, Medizin und Management zusammenbringen

Es hat sich in der Wirtschaft herumgesprochen, dass in Unternehmen mit ineffizienter Kommunikation die Folgen zumeist ernst sind. Für Kliniken und Krankenhäuser gilt dies verschärft. Grund genug für synlab clinic consulting (scc), anderthalb Tage lang mit Kunden und Experten über diese Problematik zu sprechen.

Präanalytik etwa ist ein steter Quell von Missverständnissen zwischen Laboranalytikern und Probeneinsendern. Dass zum Beispiel eine Routine-Blutabnahme zwischen sieben und neun Uhr morgens erfolgen soll, hat seinen Grund darin, dass die Referenzwerte zur Einordnung der Parameter ebenfalls in diesem Zeitfenster erhoben wurden. Gleich zwei Vorträge widmeten sich den häufigsten Fallstricken der Präanalytik – und ihrer Beseitigung.

Doch Kommunikation beschränkt sich nicht nur

auf die Mensch-zu-Mensch-Beziehung, sondern umfasst auch die „Verständigung“ von Analysegeräten und EDV, verschiedenen Abteilungen oder ganzen Häusern untereinander. Der Beitrag *Vom Krankenhaus- zum Stadtlabor* schilderte die Reorganisation eines Kliniklabors einschließlich EDV-Vereinheitlichung, Raum- und POCT-Konzept. Das POCT-Prozessmanagement war denn auch Schwerpunkt des Vortrags von conworx-Geschäftsführer Roman Rosenkranz. Er listete die Vorteile für alle relevanten Abteilungen auf und kam zu dem Schluss, dass für ein erfolgreiches POCT-Projekt „alle am Prozess Beteiligten von Anfang einbezogen werden müssen.“ Abgerundet wurde die Veranstaltung durch den Erfahrungsbericht einer leitenden Laborkraft aus Berlin, die mit ihrem Team den wechselvollen Weg von Trägerwechsel, Verkauf und Outsourcing beschritten hatte. Sie schilderte Chancen und Risiken eines solchen Prozesses, Ängste und Hoffnungen der Mitarbeiter. Mit Happy End. Das Labor hat sich als qualifizierter Dienstleister in der Region behauptet und sogar den Akzent „für Trinkwasseranalytik akkreditiertes Hygienelabor“ gesetzt.

scc-Geschäftsführerin Nanni Schulze zeigte sich zufrieden: „Medizin, Menschen und Managementprozesse zusammenzubringen ist Schwerpunkt unseres Netzwerk-Gedankens. Wir werden die Veranstaltungsreihe im Herbst fortsetzen.“

mh