

Krankenhausversorgung 2020 ???

Hannover, 16.04.2008



Dr. Jens Schick
Geschäftsführer
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH

Zitat:

„Wenn der Mensch nicht über das nachdenkt, was in ferner Zukunft liegt, wird er das schon in naher Zukunft bereuen.“

(Konfuzius)



Quelle:
suite-no-3.de/tc3/uploads/bilder...

Inhalt



1. Unternehmensprofil der Sana Kliniken AG
2. Ausgangssituation der deutschen Krankenhäuser
3. Herausforderungen für die Zukunft

Das Unternehmen

Basisdaten

Gründung

1976 als Sana Kliniken-GmbH durch die PKV

Rechtsform

Seit 1.1.2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA

Zum 1.1.2008 Umwandlung in eine
Aktiengesellschaft

Vorstand im Bild von links:

Dr. Reinhard Schwarz (Vorsitzender)

Thomas Lemke

Jan Stanslawski

Dr. Michael Philippi



*Hinter Sana stehen Deutschlands
führende private Krankenversicherer*



Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH



**§ Gesellschafter: Sana Kliniken AG 75,1 %
PARITÄTISCHER
Wohlfahrtsverband
LV Berlin e.V. 24,9 %**

**§ 6 Kliniken an den Standorten:
Berlin-Lichtenberg, Sommerfeld, Gransee,
Templin**

§ 6 ehemalige Polikliniken (120 Praxen) in Berlin

**§ Mitarbeiter: incl. aller Tochterunternehmen
- ca. 2000 Mitarbeiter**

**§ Umsatz:
- Sana Kliniken Berlin-Brandenburg 120 Mio. €
- mit allen Tochterunternehmen 150 Mio. €**

Inhalt



1. Unternehmensprofil der Sana Kliniken AG
2. Ausgangssituation der deutschen Krankenhäuser
3. Herausforderungen für die Zukunft

Ausgangssituation Krankenhausmarkt in Deutschland (I)

Ø Marktsituation

Ø 2.139 Krankenhäuser in Deutschland mit 523.824 Betten

Ø ca. 1,0 Mio. Mitarbeiter versorgen jährlich ca. 16,8 Mio. Patienten

Ø 60,4 Mrd. Euro Jahresumsatz

Ø Zunehmend private Krankenhausträger

Ø Tendenz bisher eher zu kleinen und mittleren Einrichtungen
(2006 erste Übernahme einer Universitätsklinik)

Ø Öffentliche KH- Träger steigen auf privatrechtliche Organisationsformen um

Ø Kliniken schließen sich zu Verbundstrukturen zusammen

Quelle: DKG, 2007

Ausgangssituation Krankenhausmarkt in Deutschland (II)



- Ø Ursachen für Investitionsstau und Kostendruck
 - Ø Rückgang der staatlichen (Investitions-) Förderung
 - Ø Beitragsrückgang der GKV:
 - Ø Einführung eines leistungsorientierten pauschalierenden Entgeltsystems (DRG)
 - Ø Überkapazitäten im KH-Sektor führen zu Wettbewerb um Patienten
- Ø Faktoren für verschärften Kostendruck
 - Ø Tarifsteigerungen für Klinikärzte
 - Ø Änderung des Arbeitszeitgesetzes
 - Ø Mehrwertsteuererhöhung
- Ø Einflussfaktoren
 - Ø Käufermarkt
 - Ø Einfluss von Politik, Gewerkschaft, Krankenkassen

Zukunft der Krankenhausfinanzierung nach Ablauf der Konvergenzphase



Rahmenplanung

ØMarktzugang für Krankenhäuser

- Weiterhin durch Krankenhausplanung der Länder oder durch Verträge mit Krankenkassen?
- Weiterhin Kontrahierungszwang für Krankenkassen oder z.B. durch Einkaufsmodelle?

ØSicherstellung der Versorgung, insbesondere in ländlichen Räumen

ØPreisfindung

- Konvergenz der Landes-Basisfallwerte zu einem einheitlichen Bundes-Basisfallwert?
- Preiswettbewerb?
Weiterhin „Festpreise“ oder „Höchst- oder Richtpreise“?

ØFinanzierung der Investitionskosten

- Weiterhin dualistische Finanzierung oder Finanzierung über den DRG-Preis (monistische Finanzierung)?

Quelle:Ernst Bruckenberger, Hannover 2007

2. Elektivität

Konzepte zur Planung und Steuerung von elektiven Leistungen durch die Krankenkassen (selektives Kontrahieren)



Krankenkassen als Türsteher




- ▶ Konzept „**selektiv statt elektiv**“ der AOK
- ▶ **Modellverträge** von DAK und Knappschaft mit Vollversorgern unter Ausgrenzung der übrigen Leistungserbringer

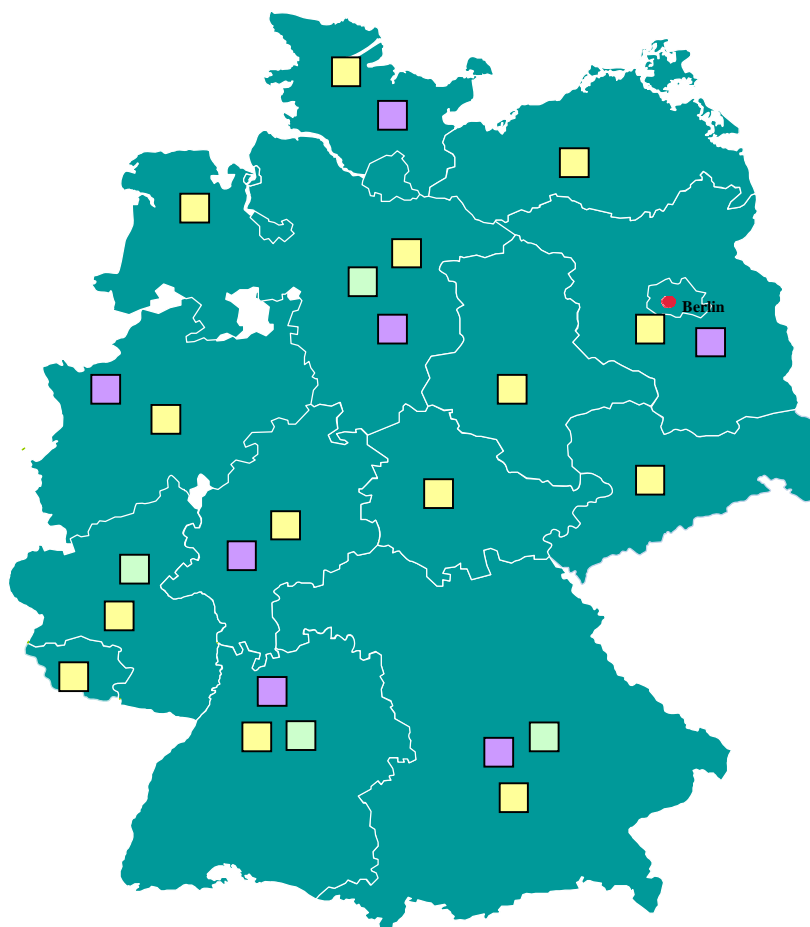
Aktive Konzentration, Akquise und Abgabe von Elektivleistungen als Aufgabe der strategischen Leistungssteuerung von Krankenhäusern.

Nur Notfälle und Patienten mit Wahlrecht bleiben aus der „Welt von gestern“, im zweiten Schritt erfolgt ggfs. auch die partielle Ausschreibung der Notfallversorgung.

Selektives Kontrahieren

Abschluss bundesweiter Gesamtverträge?

Bisher:
Viele Einzelverträge
in versch. Bundesl.
z.B. AOK 
DAK 
Knappschaft 



Selektives Kontrahieren

Abschluss bundesweiter Gesamtverträge?

Zukunft:

Abschluss Gesamtpakete

Gültig für alle Bundesl.

z.B. AOK 

DAK 

Knappschaft 



Selektives Kontrahieren

Implikationen

- ▶ Sicherung der **Behandlungsqualität** bei Wegfall der elektiven Anteile?
- ▶ Erbringbarkeit von **Mindestmengen** bei Wegfall der elektiven Anteile?
- ▶ Durchsetzung von § 39 (2) SGB der **Auferlegung von Mehrkosten**, wenn der Patient ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus wählt?
- ▶ Welche **Notfallindikationen** können ausgeschrieben werden, wo greifen dagegen **Versorgungsradien** (z.B. Entscheidungs-Entbindungszeit von 30 min.)?
- ▶ Adaption der bislang als Mischkalkulation errechneten CM der **DRGs**?
- ▶ Drastischer **Preiswettbewerb** zwischen den Krankenhäusern
- ▶ **Investitionsfähigkeit** der Krankenhäuser bei perspektivischer Verschlechterung der Ertragslage?

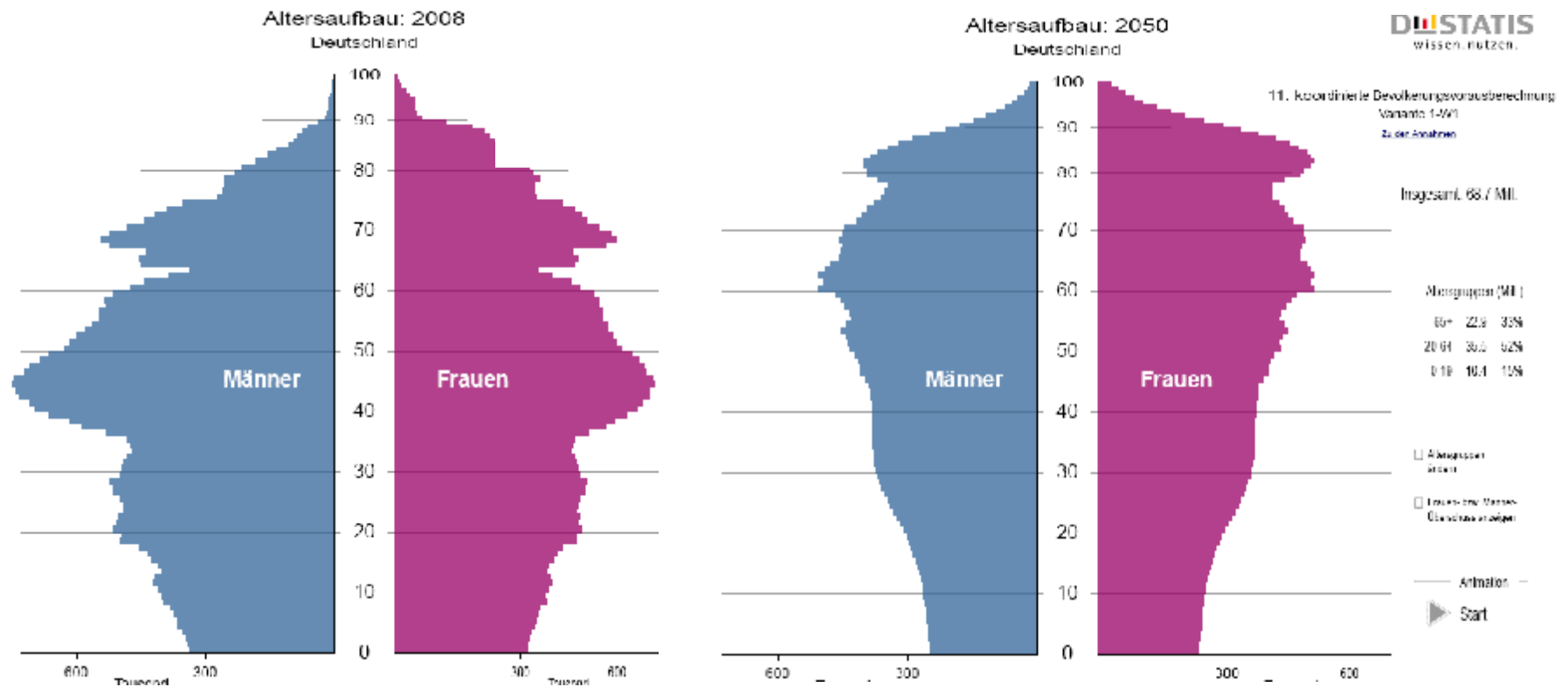
Absehbare Entwicklung



- Ø Deutlicher Bevölkerungsrückgang in den Städten und Gemeinden bis 2020
- Ø Überholt angeschaute Versorgungsstrukturen (z.B. Gemeindeschwester) werden zeitgemäß angepasst – Telemedizin (Projekt AGnES MVP)
- Ø Leistungsausweitung und Personalknappheit
- Ø Regionale Clusterbildung von Krankenhäusern bzw. flächendeckende sektorübergreifende integrierte Angebotsstrukturen
- Ø Angebotssicherung vor Standortsicherung

Quelle: Ernst Bruckenberger, Hannover 2007

Die Alterung der Bevölkerung - National

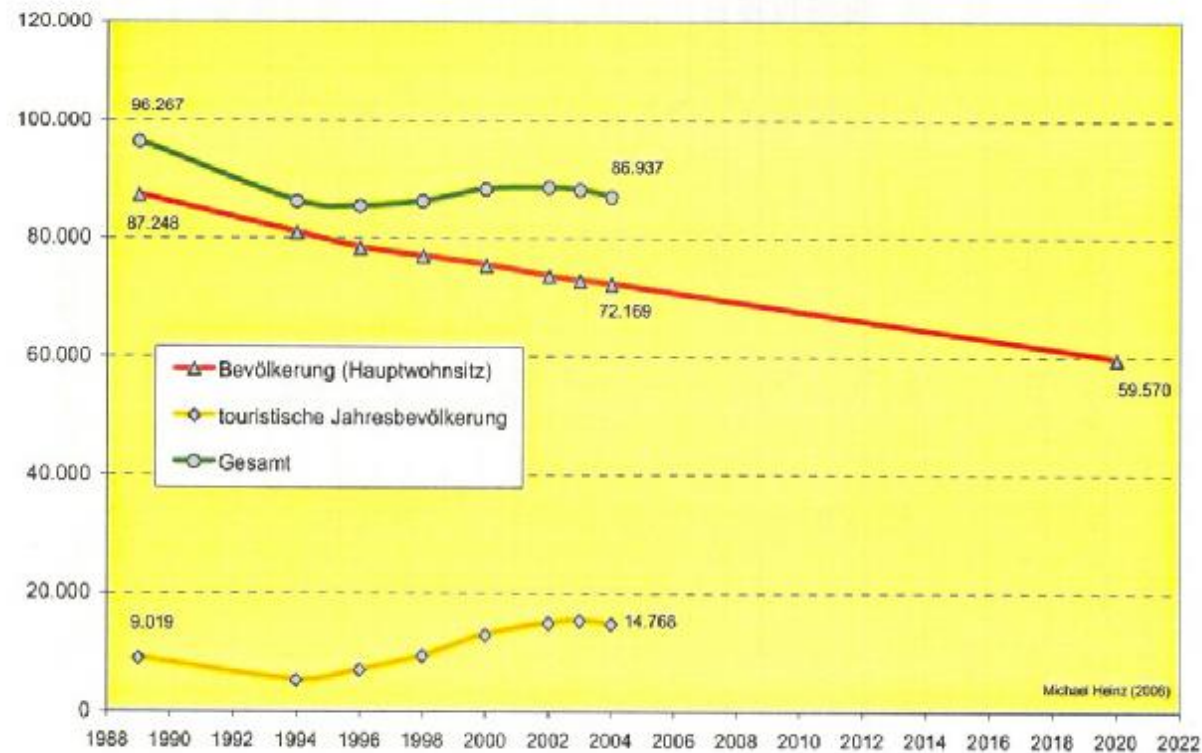


Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de

Die Alterung der Bevölkerung – Lokal am Beispiel Rügen



Abbildung 5: „Bevölkerung PLUS“ = 1989-2004 und Landesprognose Bevölkerung bis 2020 für den Landkreis Rügen



▶ Sinkende Patientenzahlen

▶ Epidemiologische und medizinische Entwicklung

▶ Ressourcenbemessung

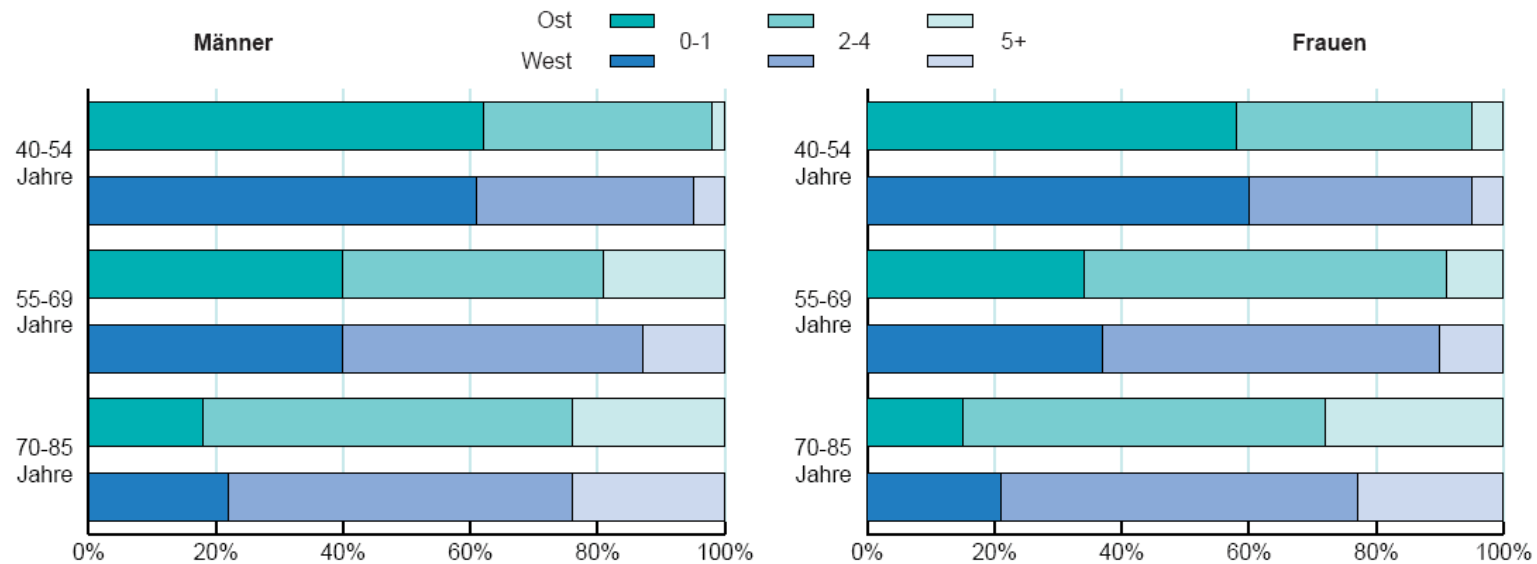
Multimorbidität



9.5 Der Preis eines langen Lebens sind viele gleichzeitige Erkrankungen: Multimorbidität

Multimorbidität steigt mit dem Alter. Zwischen Ost- und Westdeutschland, Männern und Frauen gibt es nur geringe Unterschiede.

Anteil der Frauen und Männer an der jeweiligen Altersklasse nach Anzahl der Erkrankungen (in %), 2002



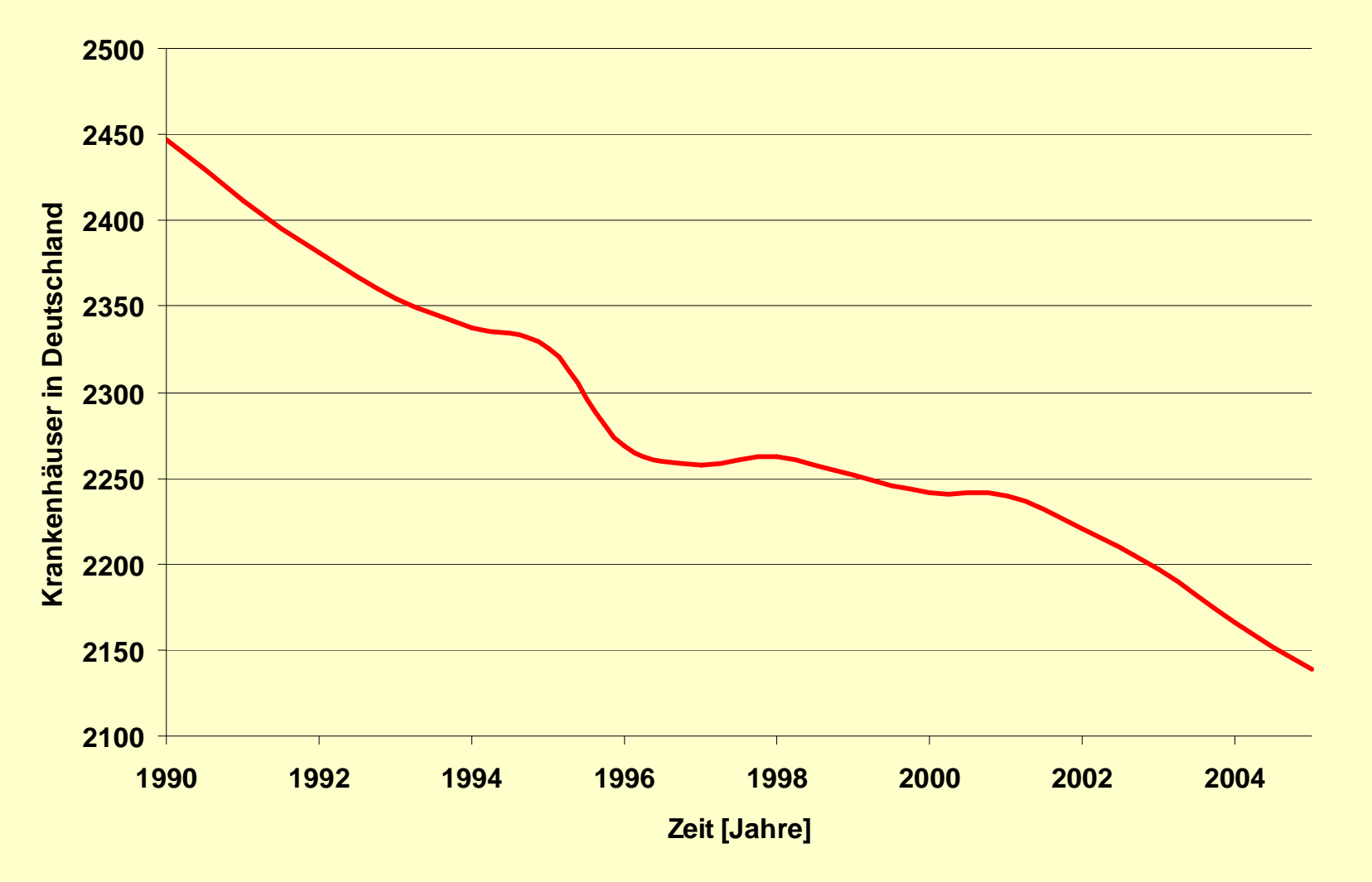
Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Inhalt

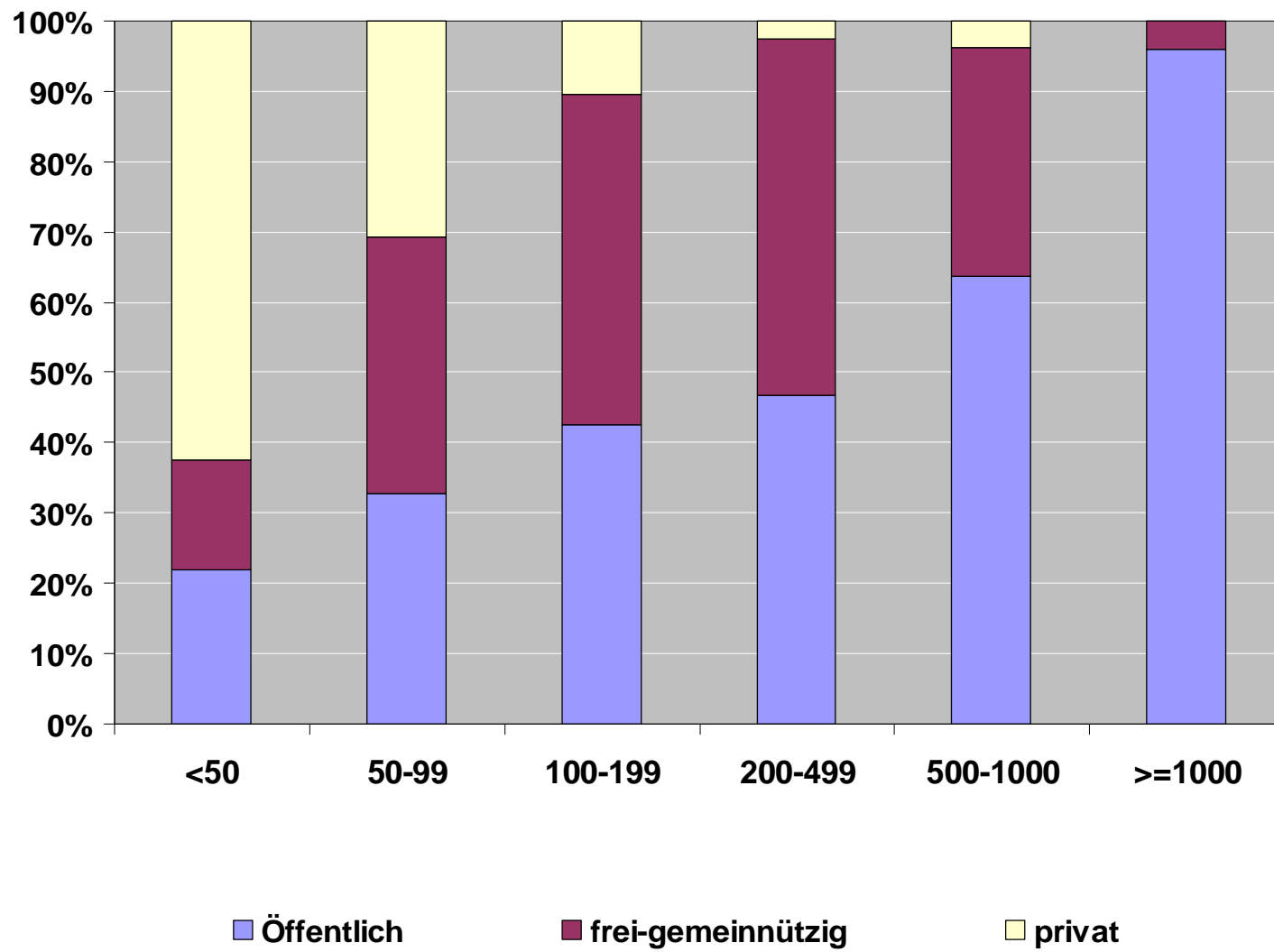


1. Unternehmensprofil der Sana Kliniken AG
2. Ausgangssituation der deutschen Krankenhäuser
3. Herausforderungen für die Zukunft

Zahl der Krankenhäuser von 1990 bis 2005



Trägerschaft 2005

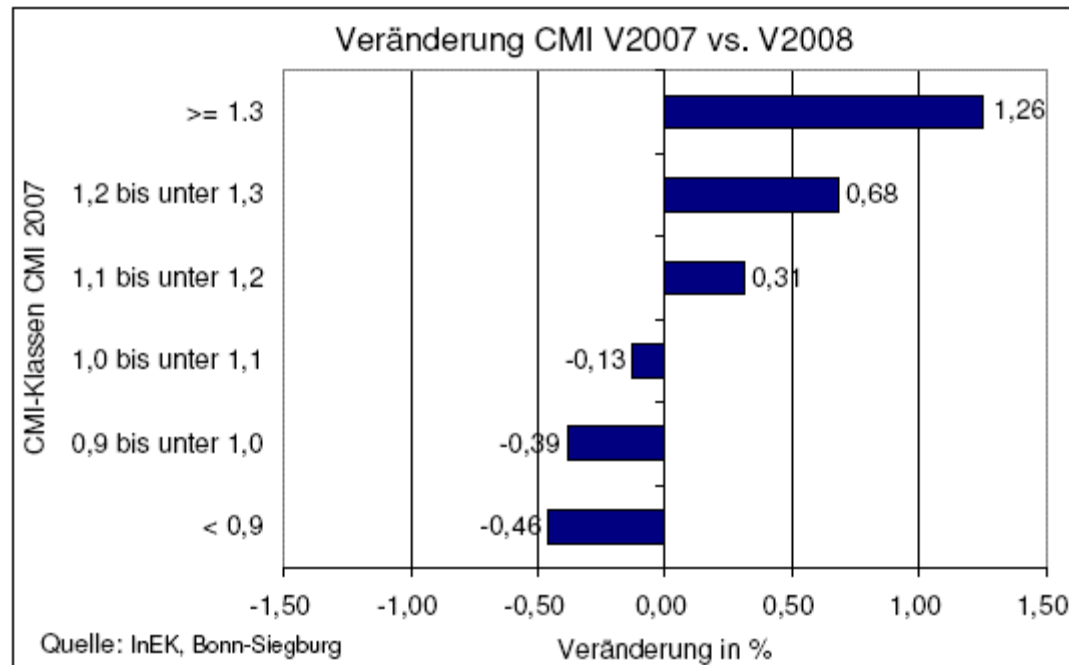


Veränderungen im Krankenhausbereich



- **Leistungsorientierung statt Selbstkostendeckungsprinzip**
- **Direkte Verknüpfung der Vergütung mit der konkreten Leistung**
 - **Aufwändige Fälle werden höher vergütet**
 - **Spezialisierung wird sich lohnen**
- **Verweildauerverkürzung und Prozessoptimierung**
- **Fachabteilungsübergreifendes Behandlungsmanagement**
- **Unterschiedlich leistungsgerechte Budgets werden umgeschichtet**
- **Fehlbelegungs-/ Abrechnungsprüfung erforderlich**
- **Qualitätsberichte als Informationsquelle werden Pflicht**

Gewinner und Verlierer nach CMI

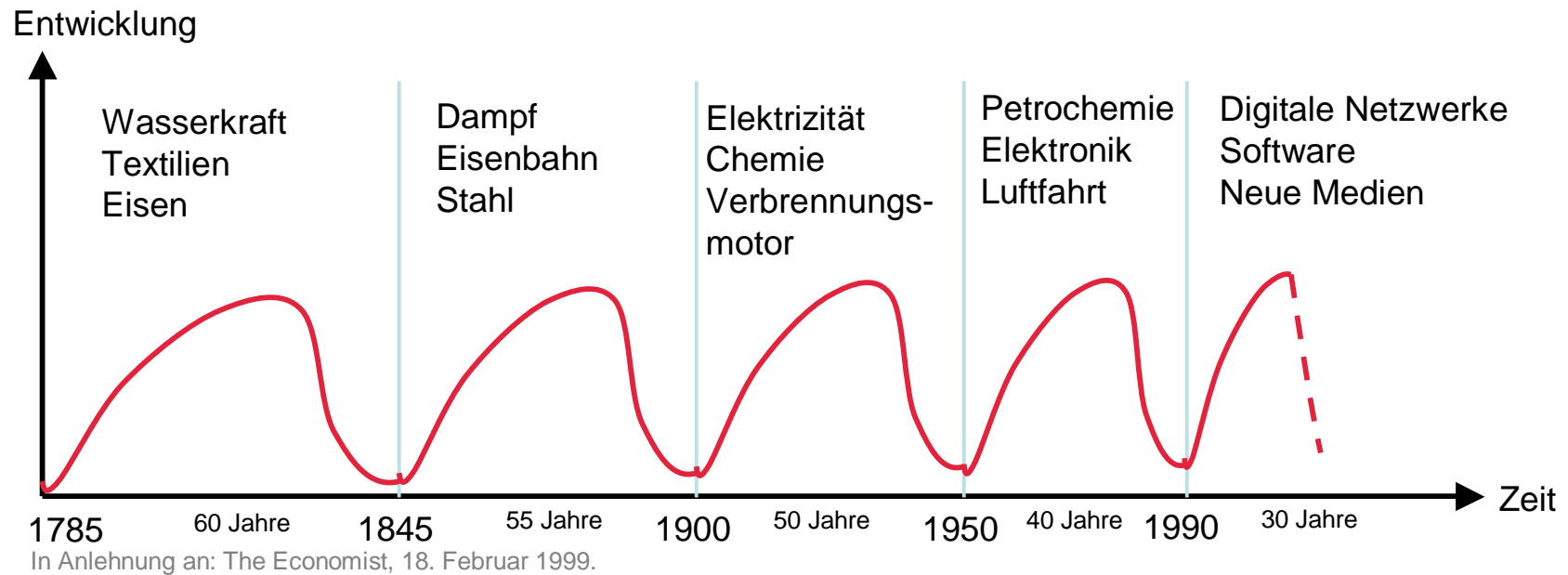


Globale Anpassungsreaktionen

- Ø Spezialisierung und Stärkung der Kernkompetenz
- Ø Optimierung der Struktur- und Prozessorganisation im Krankenhaus

- Ø Die Fusionen werden beschleunigt:
 - Ø Einrichtungen im Gesundheitswesen
 - Ø Horizontale und
 - Ø Vertikale Fusionen
 - Ø Krankenkassen

Verkürzung der Innovationszyklen



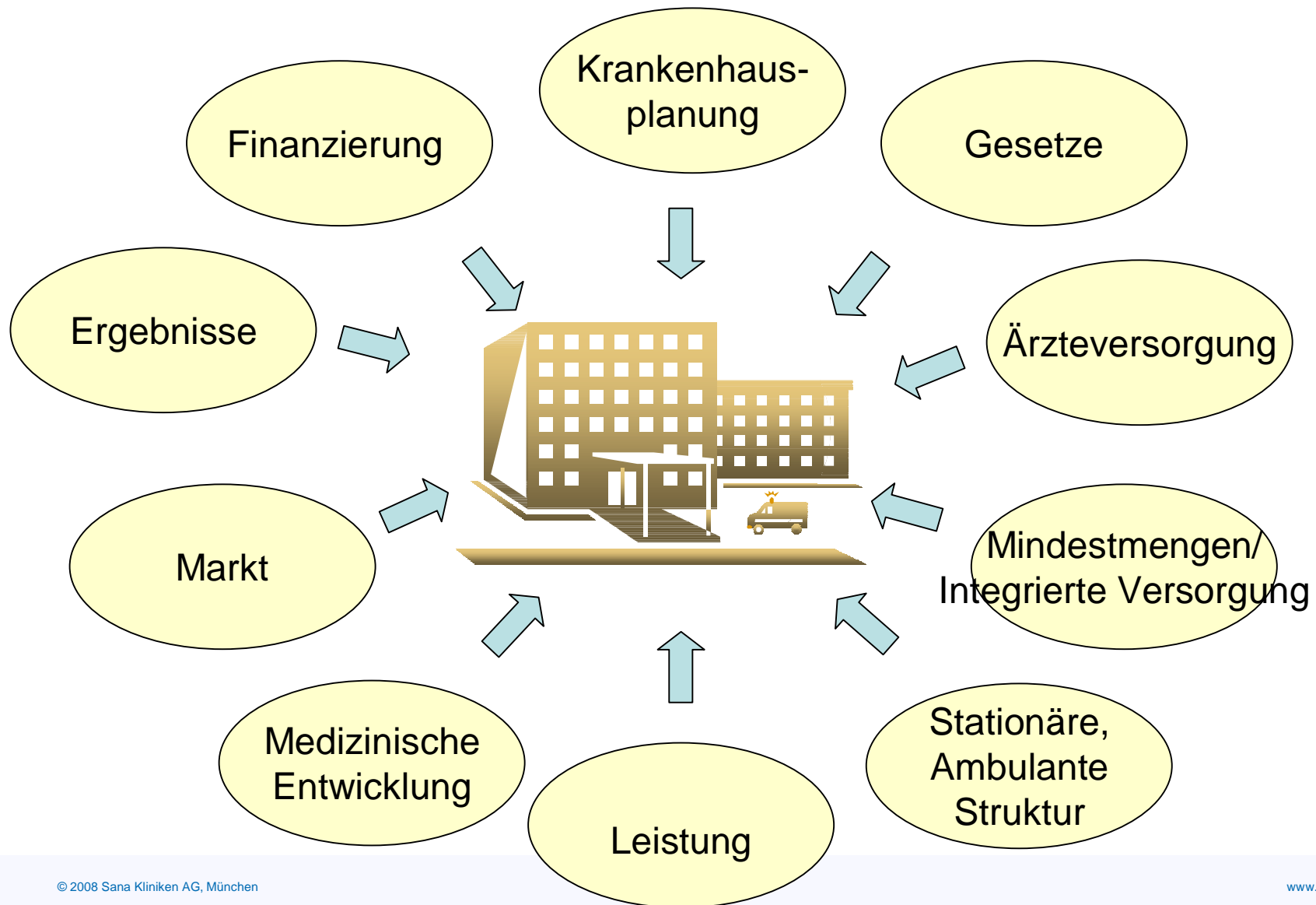
Ausgewählte Innovationszyklen (Aktuell):

Software < 1 Jahr

Laborsysteme < 3 Jahre

Elektrotechnik < 4-5 Jahre
(z.B. Speichermedien, Ultraschall)

Einflüsse die auf das Krankenhaus wirken



Herausforderungen an das Krankenhaus und Management



- Ø Organisation
- Ø Kommunikation
- Ø Personalmanagement
- Ø Wirtschaftliche Verantwortung
- Ø unternehmerische Führung
- Ø soziale Verantwortung



Herausforderungen an den Krankenhausmanager



Mission Impossible?



Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen



Beispiele

§ Populationsbezogene und flächendeckende IV-Verträge

§ Indikationsbezogene Integrationsversorgung

§ Management wird häufig zur Gratwanderung

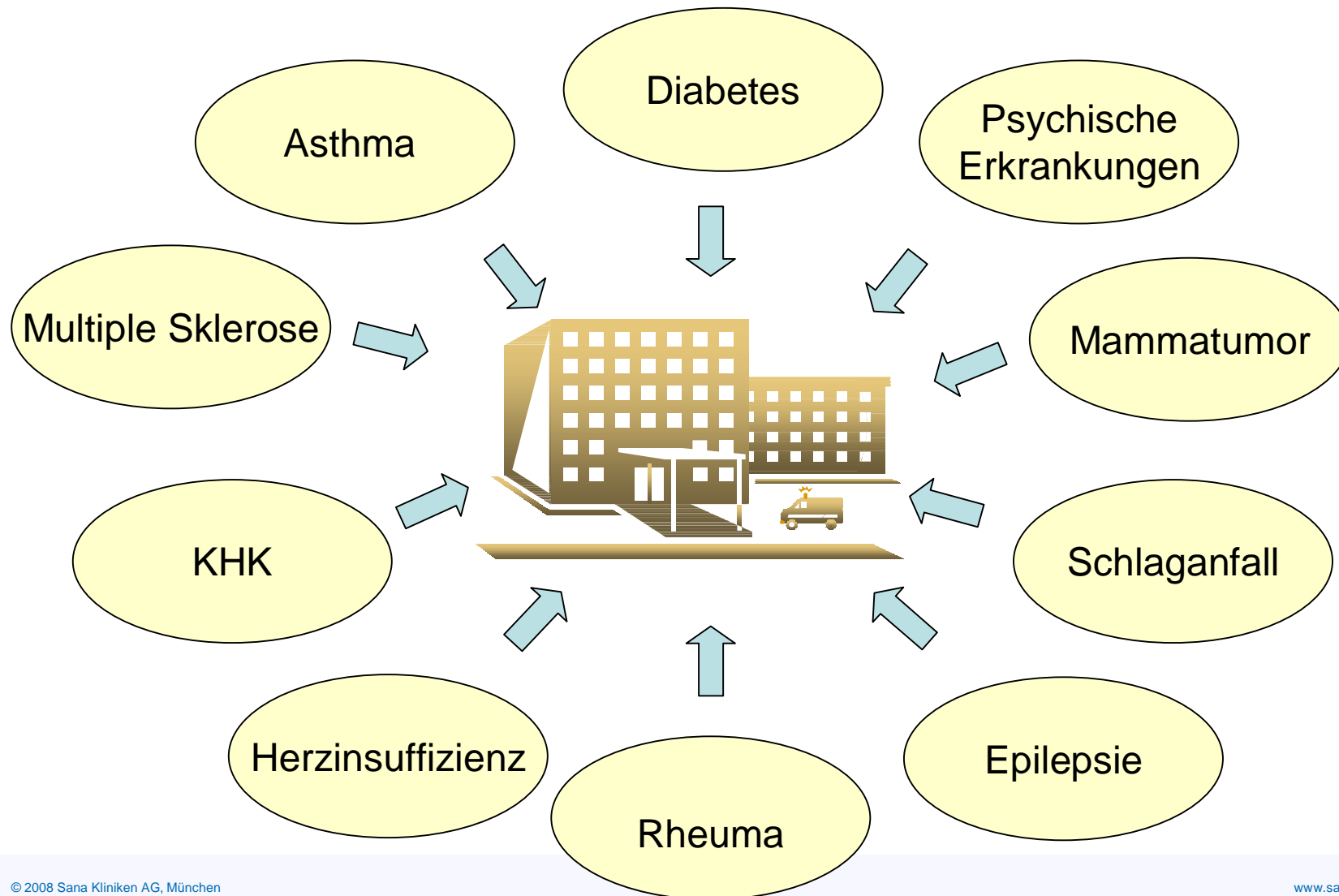
§ Umbau Innerer Strukturen

§ Aufnahmeeinheit

(Notaufnahme → Ambulanz → Station)

§ Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten

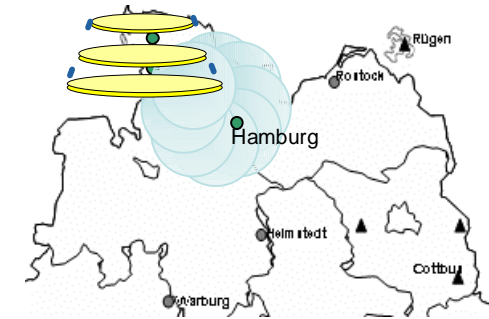
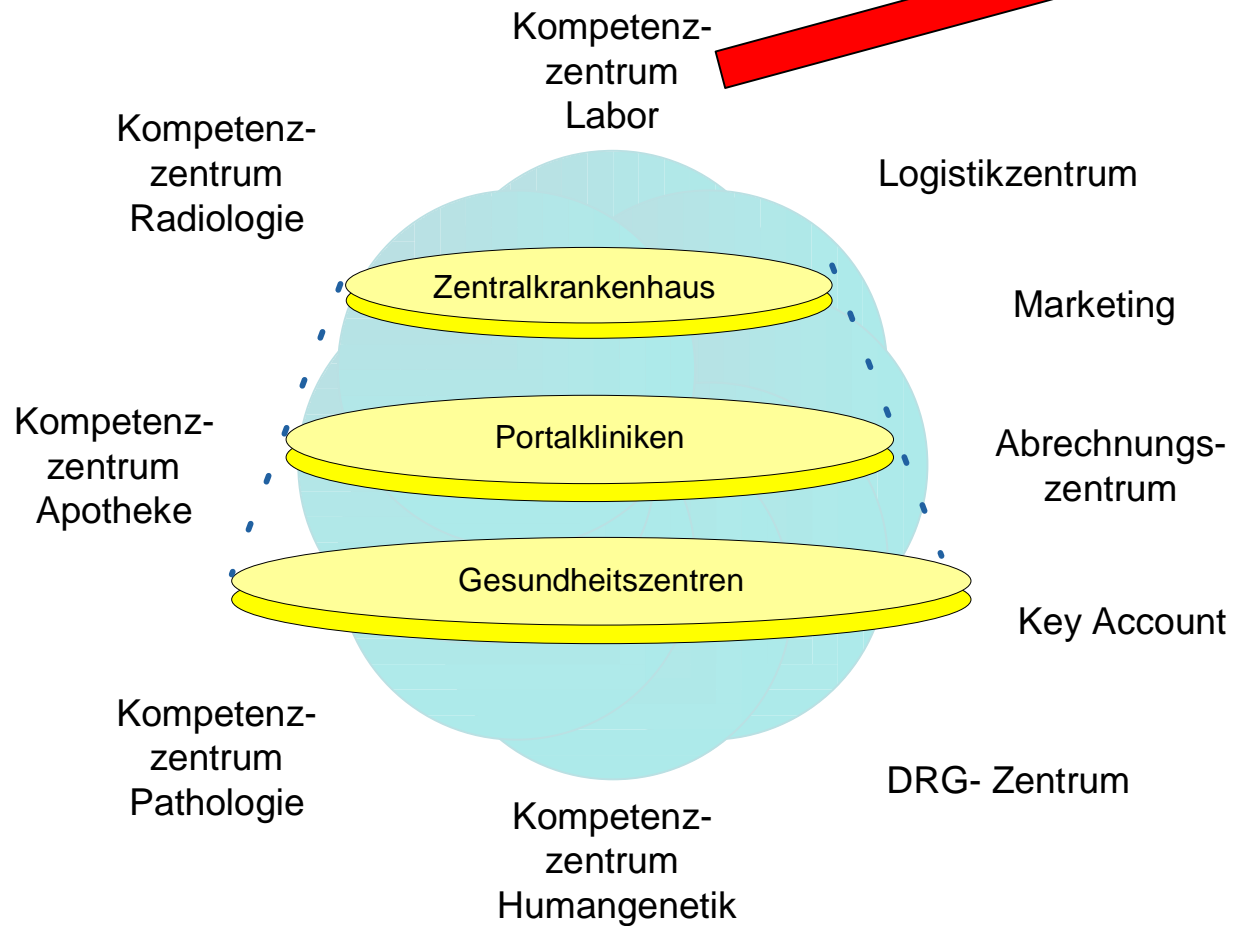
Indikationsbezogene Integrierte Versorgung



Vernetzte Strukturen



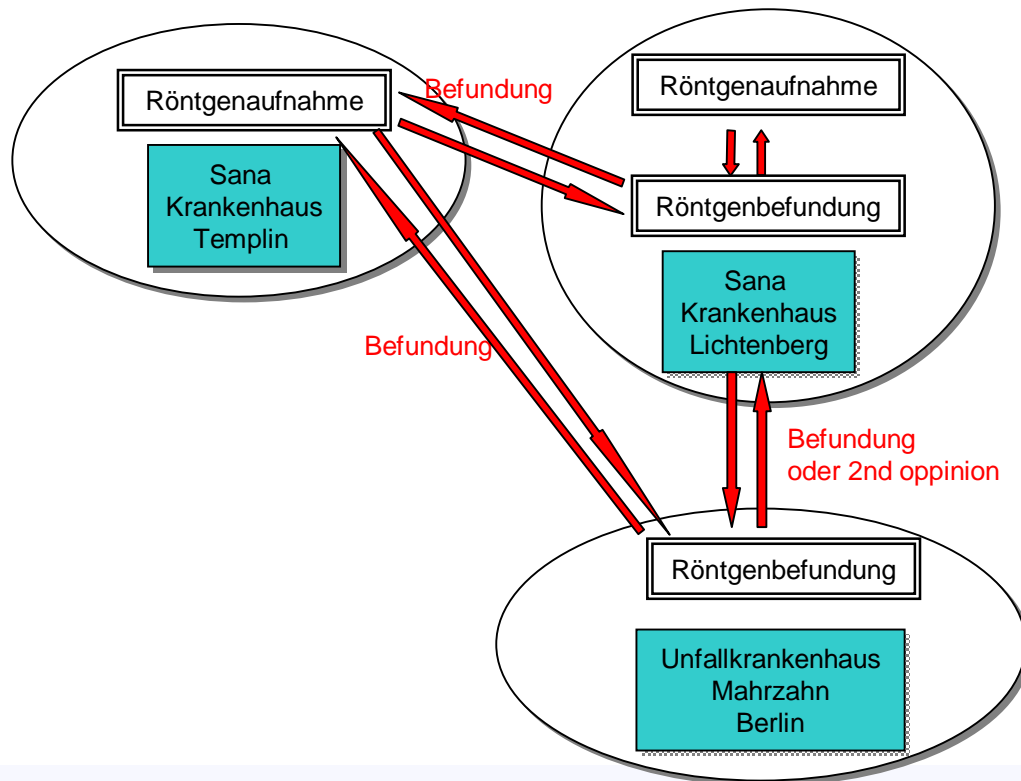
Modell (II)



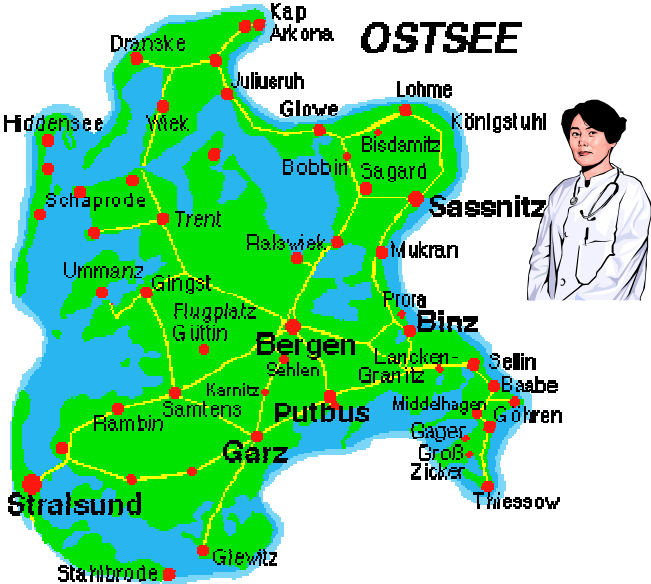
Kompetenzzentren



Radiologie



Projekt „AGnES“



Kommunikationsmittel



Kernprozesse

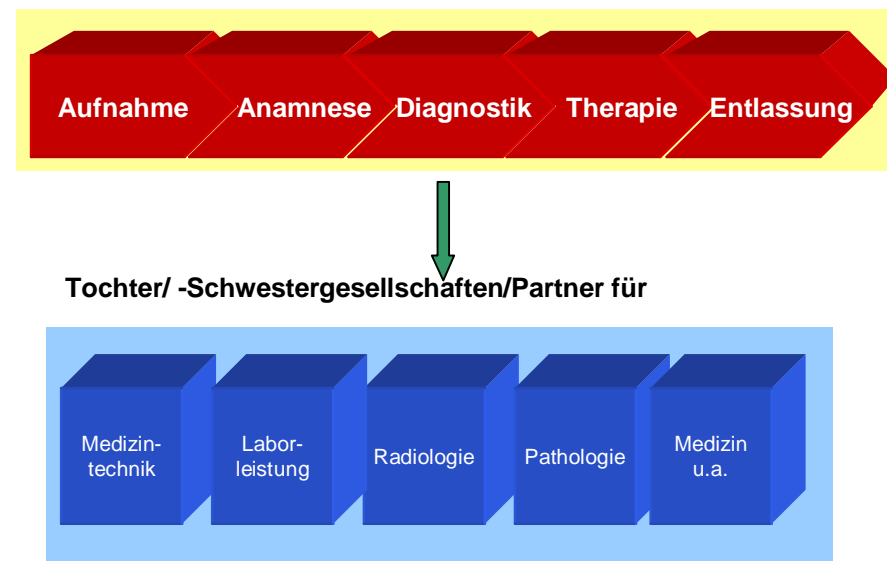


Modell „Make or buy“

Betroffen sind zumeist folgende Leistungen:

- § Medizintechnik
- § Apotheke
- § Verpflegung / Catering
- § Reinigung
- § Wäscheversorgung
- § Sterilgutversorgung
- § Fort- und Weiterbildungen
- § Medizin (Kompetenzzentren)

Kernprozesse



Personalmanagement – neue Bedingungen



- § Unterschiedliche Anforderungen an die Gruppen
- § Interdisziplinarität (gemischt qualifizierte Teams)
- § Aufgaben eines Koordinators im Medizinbereich (Patientensteuerung, Spezialist vs. Generalist)
- § Arbeitsteilige Prozesse



Umfeldanalyse



Wenig Nachwuchs im Ärztlichen Dienst

Hoher Bedarf ...

Ersatzbedarf an Ärzten im deutschen Gesundheitssystem

<i>Arztgruppe</i>	<i>Abgang 2007 bis 2012</i>	<i>Abgang 2007 bis 2017</i>
Krankenhausärzte	7 598	17 827
Hausärzte	15 376	27 338
Fachärzte	18 158	31 820
<i>Summe</i>	<i>41 132</i>	<i>76 975</i>

Quelle: BÄK, KBV – Studie zur Arztzahlstruktur- und Altersentwicklung

Entwicklung neuer Berufsbilder

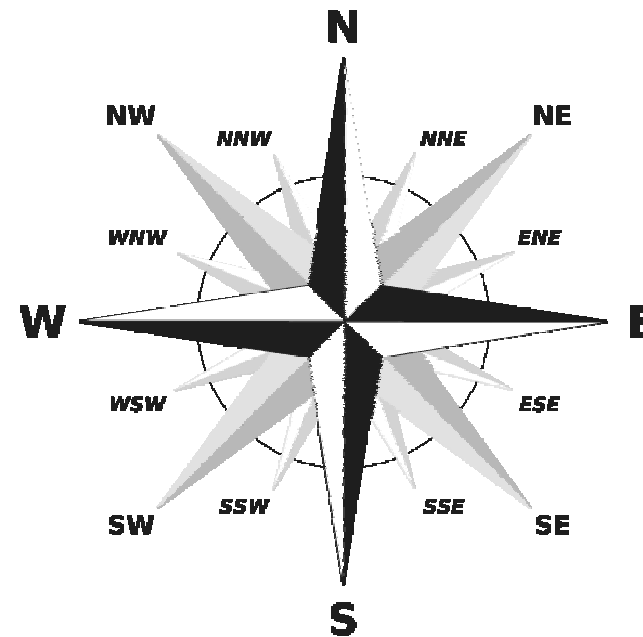


Entwicklung neuer differenzierter Berufe, z.B.

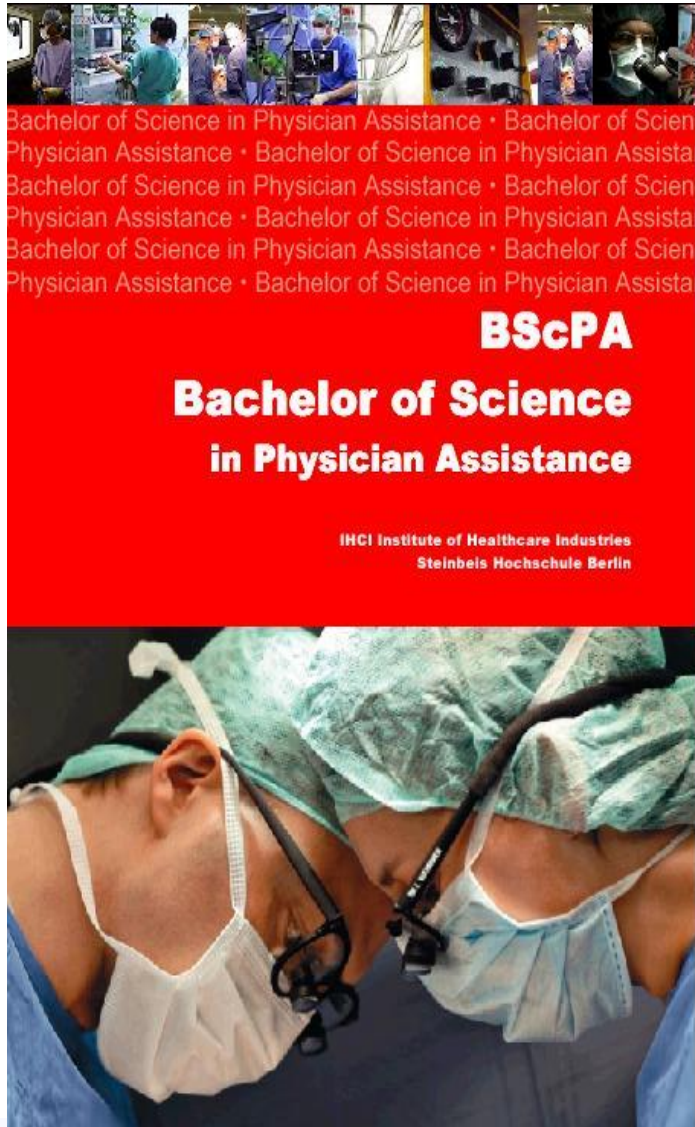
- ▶ Physician Assistants
- ▶ Brustschwester
- ▶ Agnes
- ▶ Belegungsmanager
- ▶ Katheterschwester
- ▶ Teleneurologe
- ▶ u.v.m.

Der Trend zur Spezialisierung führt zu

- ▶ Einer höheren Komplexität des Systems
- ▶ Einer höheren Komplexität von Ausfallorganisationen



Neue Berufsgruppen




Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance • Bachelor of Science in Physician Assistance

BScPA

**Bachelor of Science
in Physician Assistance**

IHCI Institute of Healthcare Industries
Steinbeis Hochschule Berlin

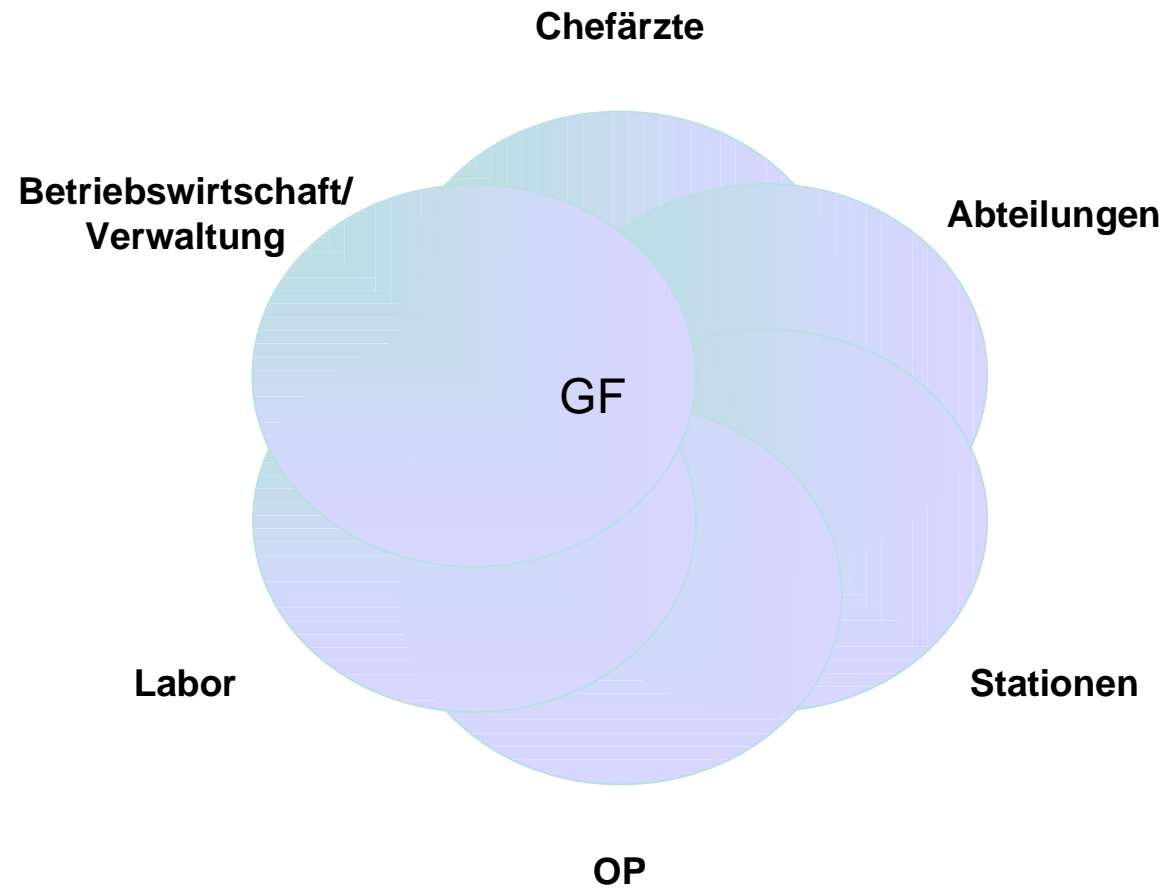


A photograph showing two surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, white masks, and green surgical caps, looking down at a patient.

Bachelor of Science in Physician Assistance

- Assistenz Tätigkeiten in OP und Ambulanz
- zwischen ärztlichem und pflegerisch-technischem Personal angesiedelt
- Perspektive für Pflegeberufe

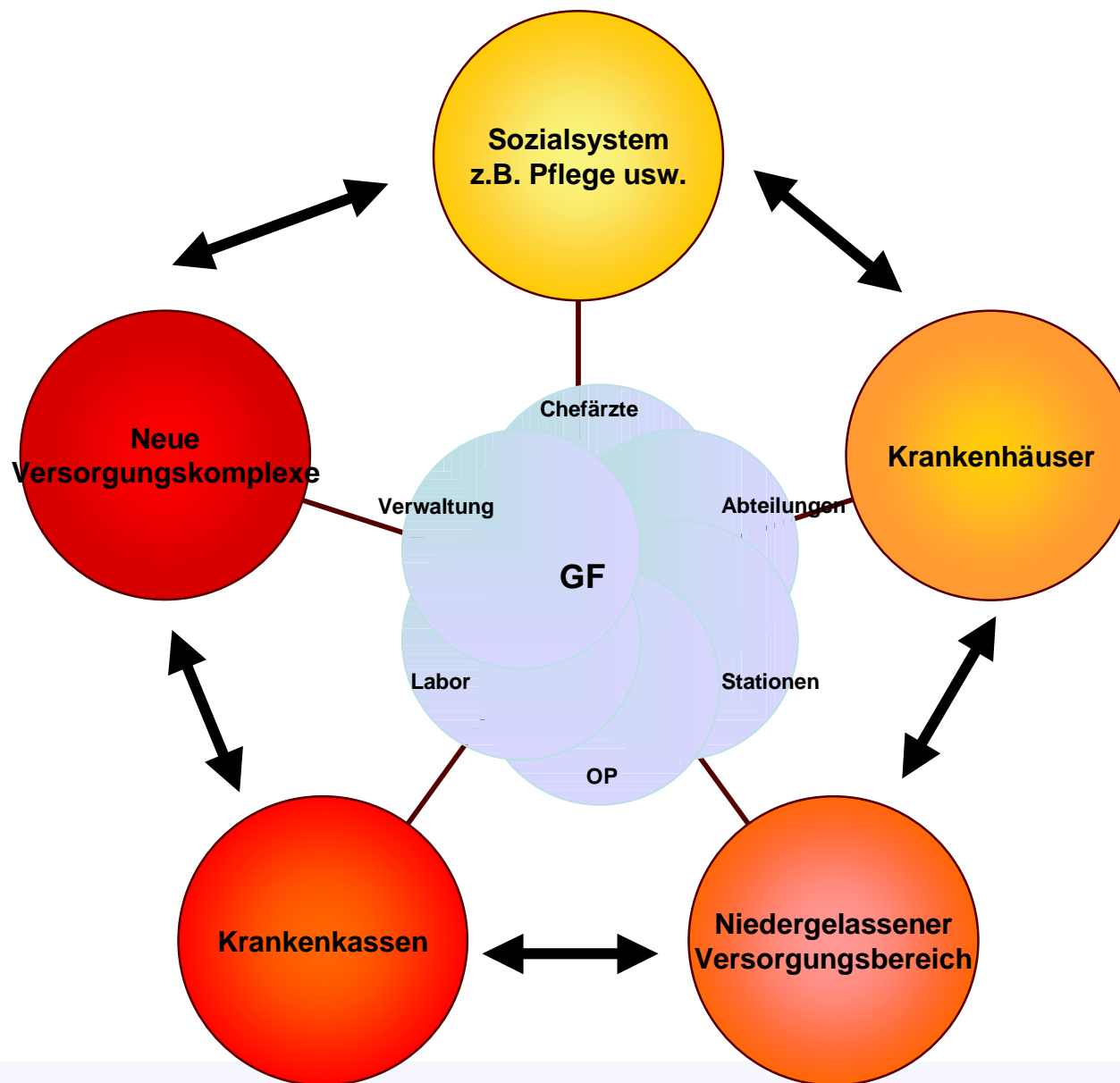
Soziale Systeme in sich



Führung als Teamaufgabe



Soziale Systeme nach innen und außen

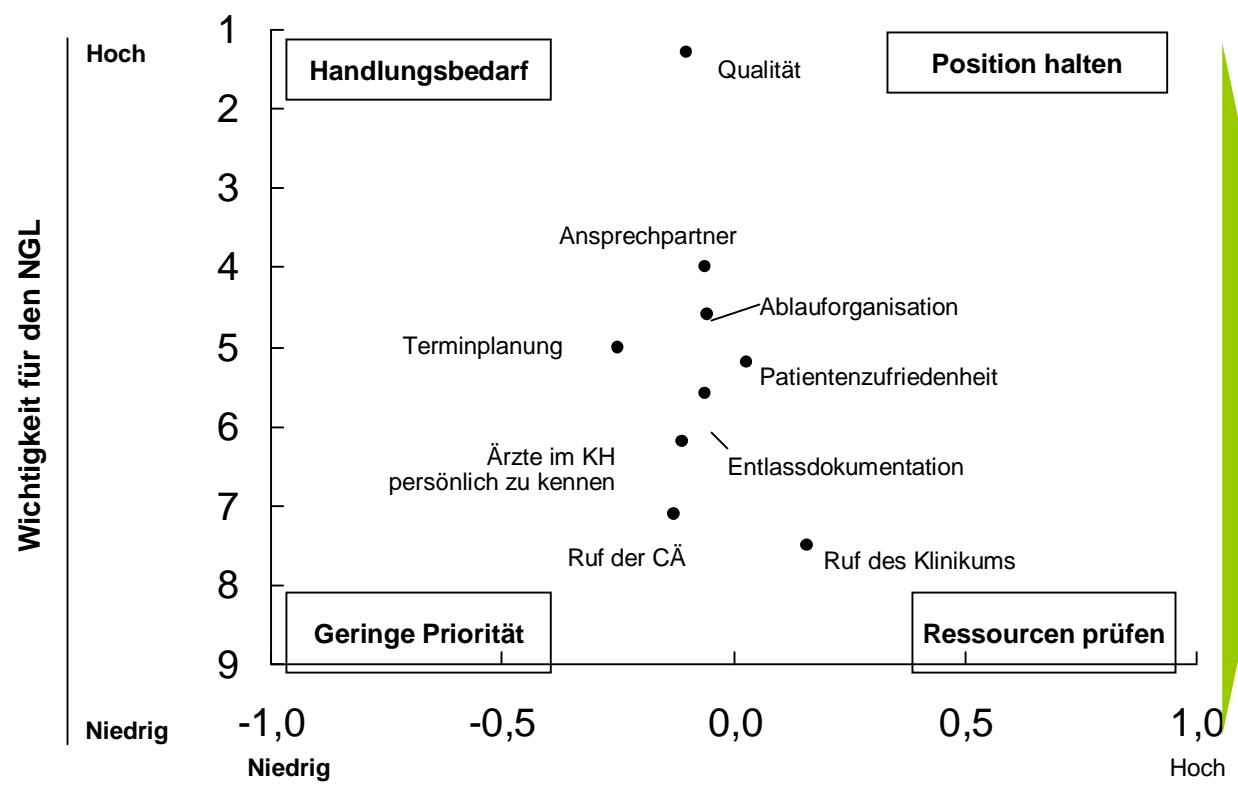


Wie fällt die Entscheidung zur Wahl eines Krankenhauses?

- Auf Empfehlung des niedergelassenen Arztes (>50%)
- Aufgrund eigener Erfahrungen (Vereinfachungsstrategie)
- Aufgrund der Empfehlung anderer Patienten/Angehöriger
- Aufgrund der Nähe des Krankenhauses zum Wohnort
-
-
-
- Empfehlung Krankenkasse
- Internet (Einfluss?)
- Qualitätsbericht
- Klinikführer etc.

Motive der Krankenhauswahl für die Niedergelassenen

Bewertung von Einweisungsmotiven



Die Qualität der Behandlung geben die meisten NGLs als wichtigstes Einweisungsmotiv an, wobei Qualität meist an Behandlungsergebnissen der eigenen Patienten und am Ruf unter NGLs festgemacht wird. Ein k.o.-Kriterium ist der Ansprechpartner. Der zweitwichtigste Punkt sind feste Ansprechpartner.

Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Vergleich zu Alternativen

Zukünftige ambulante Medizin: Praxiskooperationen

Modell Polikum

- § Nur angestellte Ärzte
- § Etablierung als Marke
- § Hochgradige EDV-Vernetzung mit entsprechenden Synergien
- § Geringe Identifikation mit dem Unternehmen

Facharztverbände

- § Hohe Bedeutung für einzelne Segmente (z.B. Orthopädie)
- § Hohes Zusammenarbeitspotential

Berufsausübungsgemeinschaften

- § Aktivitäten eher nach innen gerichtet (Zuweisergemeinschaft)

IV-Kooperationen (indikations- und populationsbasiert)

- § Gute Integrationsmöglichkeiten für Krankenhäuser

Lose Kooperationen (z.B. Freie Ärzte Neuruppin)

- § Können gegen einzelne Krankenhäuser gerichtet sein
- § Im Einzelfall hohe Marktmacht

Praxiskooperationen II

Motive:

€€€

Bündelung von Einfluss und Marktmacht

Kosteneffizienz/Erlösoptimierung

Sicherung von Patientenströmen für die Praxen

à Strategie:

Phantasievolle Kooperationen (elektr. Fallakte, Praxisvertretungen, Arztsuche bei Nachfolge, OP-Möglichkeiten Am KH, Konsiliardienste, IV,

Monetäre Anreize

Zuweiserprämien kein Mittel dauerhafter Bindung

Auch hier persönliche Bindung essentiell

Leistungen für Praxiskooperationen: Beispiel Center Management



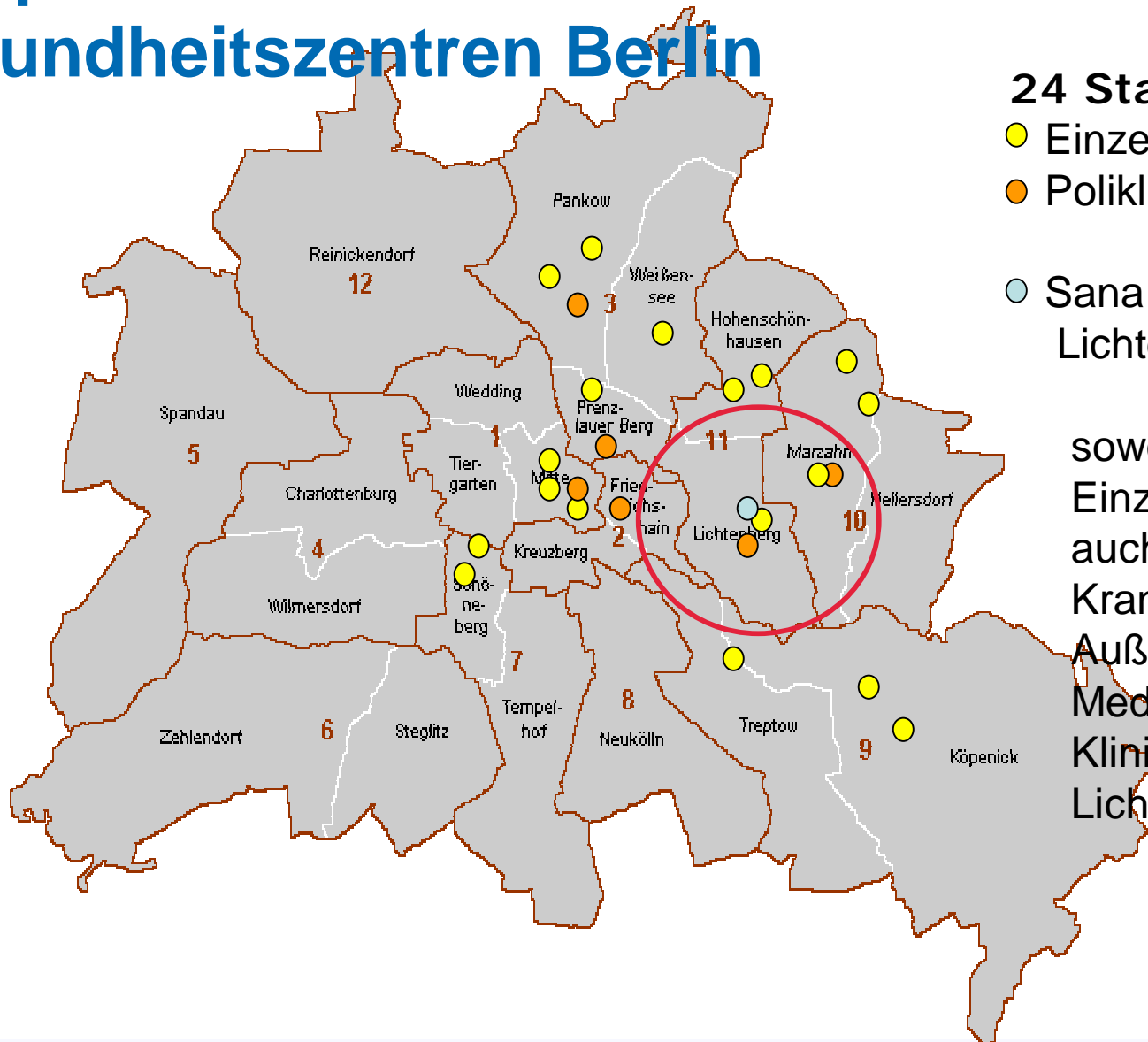
Grundleistungen

- § Facilitymanagement
- § Interne Kommunikation und Kooperation
- § Kodex der Zusammenarbeit
- § EDV-Dienste
- § Marktbeobachtung und strategische Entwicklung
- § Außendarstellung und gemeinsames Marketing
- § Empfang

Wahlleistungen

- § KV- und GOÄ-Abrechnung
- § Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
- § Post- und Rezeptionsdienste
- § Qualitätsmanagement der Praxen
- § Praxisvertretung und -nachfolge
- § Personalmanagement
- § EDV
- § Einkauf
- § Investitions- und Umbauberatung

Beispiel Sana Gesundheitszentren Berlin



24 Standorte

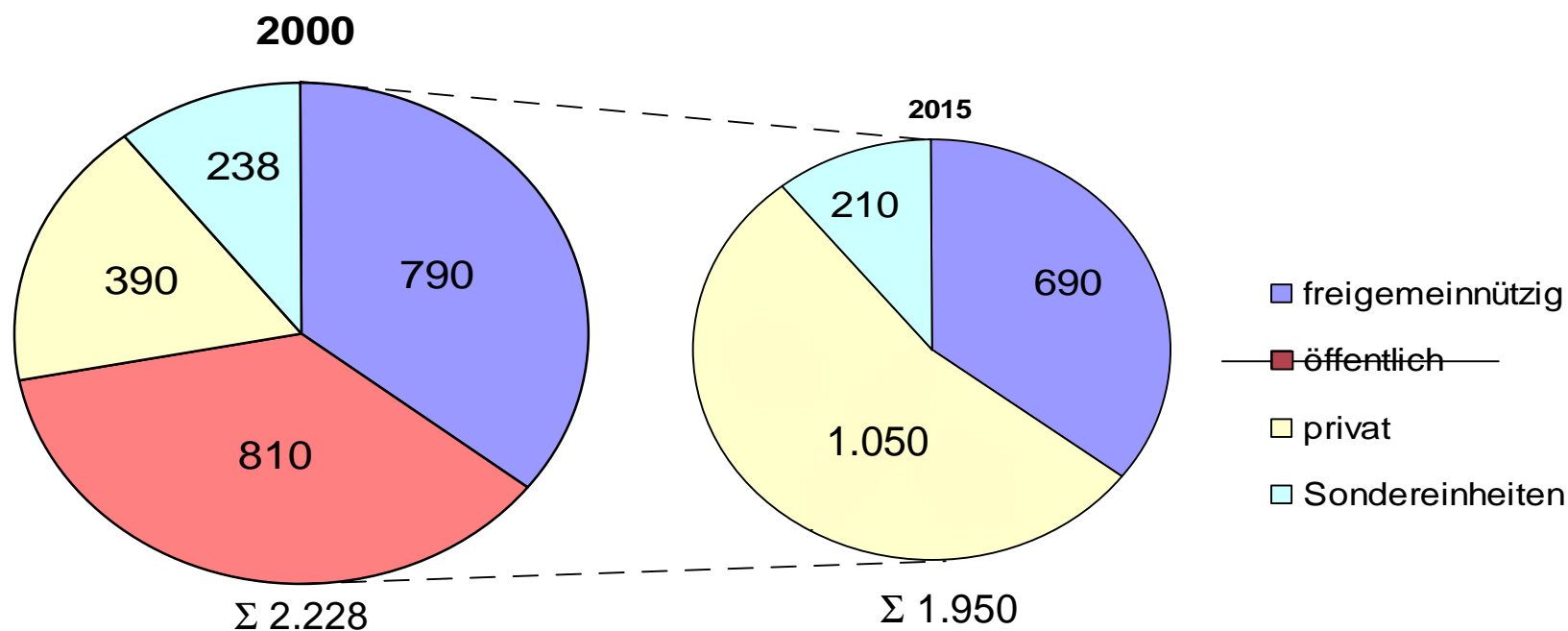
- Einzel/Doppel-Praxen
- Polikliniken

○ Sana Klinikum
Lichtenberg

sowohl
Einzelstandorte als
auch Praxen an/in
Krankenhäusern
Außerdem
MedizinZentrum am
Klinikum
Lichtenberg



Die Krankenhausversorgung im Jahr 2028 kann auch so aussehen



Vielen Dank.



Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH

Dr. Jens Schick, MPH
Geschäftsführer
Fanningerstr. 32
10365 Berlin

Telefon: +49. 30. 5518-3510
Telefax: + 49. 30. 5518-3505

E-Mail: j.schick@sana-bb.de
Internet: www.sana-bb.de



Wir sorgen für Gesundheit.