

Netzwerkmedizin auf der Grundlage eines starken Leistungsverbundes als Qualitätstreiber mit Vollversorgungsanspruch

EUGEN MÜNCH,
BORIS AUGURZKY

Eugen Münch ist Aufsichtsratsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG in Bad Neustadt an der Saale

Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen

Zwar steigt unter anderem aufgrund der demografischen Entwicklung die Nachfrage nach stationären und ambulanten Leistungen mengenmäßig an. Die Erlöse der Leistungserbringer wachsen dagegen unterproportional. Um eine schleichende und qualitätsbedrohende Rationierung der Medizin zu vermeiden, sind die Versorgungsvorhaltungen zu optimieren und mit einer verstärkten Ausrichtung auf Patienten und Versicherte neue wettbewerbsanregende Finanzierungsquellen zu erschließen. Das Konzept der Netzwerkmedizin auf Grundlage eines starken Leistungsverbundes als Qualitätstreiber mit Vollversorgungsanspruch versucht dies zu erreichen.

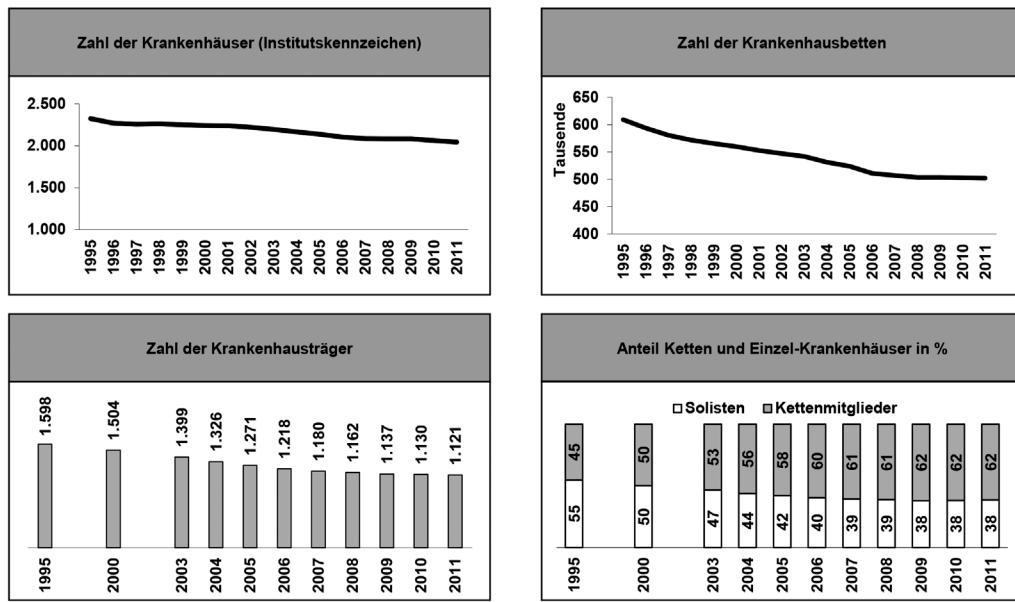
1. Ausgangslage im Krankenhausbereich

1.1 Marktveränderungen

Krankenhäuser haben in den vergangenen 20 Jahren weitreichende Veränderungen erfahren: vom Kostendeckungsprinzip Anfang der 1990er Jahre, über Budgetdeckel bis zum DRG-Fallpauschalsystem. Die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten nahm in dieser Zeit spürbar ab (Schaubild 1). Von 1995 bis 2011 sank die Zahl der Krankenhäuser (Institutskennziffern) um 12% auf 2.045 und die der Betten um 18% auf 502.000. Um 30% reduzierte sich noch stärker die Zahl der

Krankenhausträger. Während 1995 noch die Mehrzahl der Krankenhäuser (55%) nicht Teil einer Klinikkette war, waren es 2011 nur noch 38% (Augurzky et al. 2013). Im gleichen Zeitraum stieg der Marktanteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft von 5,7% auf 16,3% (Statistisches Bundesamt 2012). Der Krankenhausmarkt befindet sich also in einem Konsolidierungsprozess, der noch weiter anhalten wird.

Der Rückgang der Krankenhausbetten fiel in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts indessen nur noch gering aus. Zwar ist die Verweildauer der Patienten kontinuierlich gesunken, zwischen 2005 und 2011 um 11%, gleichzeitig die Zahl

Schaubild 1: Krankenhauskapazitäten 1995 bis 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt (2012), Augurzky et al. (2013).

der Patienten aber entsprechend gestiegen (+11%), so dass die Belegungstage weitgehend konstant geblieben sind (Schaubild 2). Dabei erfolgte ein Aufbau von medizinischem Personal in Höhe von 8%. Die Zahl der Vollkräfte im nicht-medizinischen Bereich sank dagegen um 12%, was zum Teil auf Outsourcing und Produktivitätsfortschritte zurückzuführen sein dürfte. Die Zahl der Fälle je Vollkraft im medizinischen Bereich ist also gestiegen. Da auch der Schweregrad (Casemixindex) gestiegen ist, gilt dies in noch größerem Maße für die Zahl der Casemixpunkte je Vollkraft.

Gelegentlich wird daraus gefolgt, dass die Arbeitsintensität – häufig mit Belastungsintensität gleichsetzt – zugenommen habe. Dabei wird aber übersehen, dass auch im Krankenhausbereich ein gewisses Austauschverhältnis von Personal, Sachmittel und Kapital besteht. Durch kluge Investitionen gelingt es, die Prozessabläufe – unterstützt durch das Flussprinzip (Münch 1999) und Ausbau der Arbeitsteilung – derart zu verbessern, dass Rüstzeiten reduziert und eine Verlagerung von lohn- in die kapitalabhängige Leistung vollzogen wird. Der gefühlte Eindruck höherer Belastungsintensität entsteht dann durch gewollte, weil qualitätsfördernde Wiederholungen in arbeitsteiligen Prozessen. Im Ergebnis ist die Produktivität je Vollkraft gestiegen. Die gestiegene Zahl an Wiederholungen haben dem ärztlichen Bereich und den

ärztnahen Diensten hohe Veränderungen abgenötigt, die in der Gegenreaktion zu einer wesentlich stärkeren kooperativen Ausformung ihrer Interessen führte. In der Folge haben sie sich zunehmend dem Arbeits- und Freizeitverhalten der sonstigen werktätigen Bevölkerung angenähert. Zwischen 2005 und 2011 stiegen die Löhne im ärztlichen Bereich um etwa 24% und in den sonstigen medizinischen Diensten um rund 10% (Augurzky et al. 2013).

1.2 Wirtschaftliche Lage

2010 übertraf das Erlös- das Kostenwachstum und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser fiel besonders gut aus (Augurzky et al. 2013). 2011 war für Krankenhäuser dagegen ein schwieriges Jahr. 13% wiesen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf, 14% waren leicht gefährdet. 32% der Krankenhäuser wiesen einen Jahresverlust aus. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit stieg auf 1,2%, die EBITDA-Marge¹ sank im Durchschnitt um mehr als 0,5%-Punkte. 2012 dürfte insgesamt vergleichbar schwierig gewesen sein.

Ein Grund für die Verschlechterung der Lage dürfte der besonders starke Zuwachs an Personal im Jahr 2011 sein. Denn zwar stiegen die Erlöse der Krankenhäuser durchaus in einer Größenordnung, die Lohnsteigerungen gut hätten auffangen können. Gleichzeitig nahm

aber die Zahl der Vollkräfte im Krankenhaus um 1,7% zu. Vermutlich war der Anstieg besonders dort hoch, wo der Einsatz von Investitionen zur Steigerung der Produktivität nicht vorhanden war oder die investive Produktivität durch stellenabsichernde Strukturen nicht ausgeschöpft werden konnte². Tatsächlich sanken 2011 die KHG-Fördermittel um weitere 5,5% auf 2,67 Mrd. € und damit die Fähigkeit, investive Produktivität zu erzeugen.

Im Detail fiel die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser jedoch sehr heterogen aus. In den ostdeutschen Bundesländern war sie am besten. Die

Krankenhäuser waren dort wesentlich höher investiert. 2011 betrug ihr bilanziertes Anlagevermögen je Euro Erlöse³ 0,96 €, während der Wert im Westen nur bei 0,67 € lag. Am schwierigsten war die Lage in Niedersachsen/Bremen, Hessen, Schleswig-Holstein/Hamburg und Baden-Württemberg. Das durchschnittliche Rating der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser fiel schlechter aus als das der freigemeinnützigen und dieses wiederum schlechter als das der privaten: 2011 lagen 21% der öffentlich-rechtlichen Kliniken im roten Bereich, während es bei freigemeinnützigen 14% und bei privaten nur 2% waren. Auch hier zeigt sich der Zusammenhang zwischen Kapitalintensität und wirtschaftlicher Lage: private Träger wiesen 0,99 € Anlagevermögen je Euro Erlöse auf, nicht-private nur ca. 0,67 €.

Die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung wiesen 2011 größere wirtschaftliche Schwierigkeiten auf als ländliche Spezialkliniken oder Großversorger, weil es ihnen nicht möglich ist, ihre Prozesse ohne Investitionen zur Verschlankung ihrer Leistung und gleichzeitig durch Kooperation einer höheren Produktivitätsstufe zu überführen. Ein

1 Das EBITDA entspricht in etwa dem Ertrag eines Unternehmens nach Abzug der Personal- und Sachkosten und kann der Finanzierung von Investitionen dienen.

2 Beispielsweise die Stelle eines Heizers auf der E-Lok.

3 Unter den Erlösen sind hier der Umsatz und sonstige betriebliche Erlöse zu verstehen.

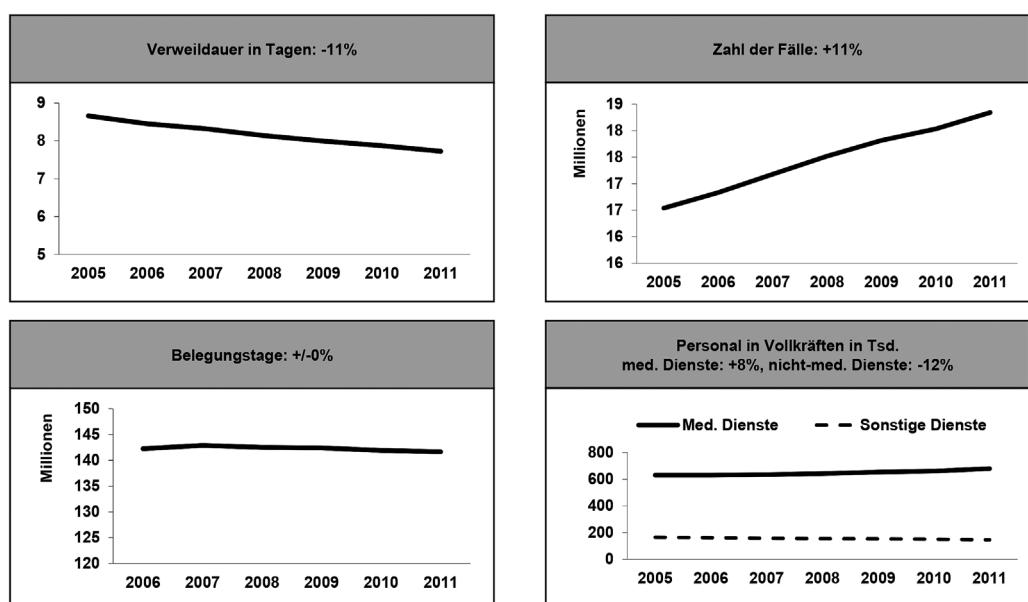
hoher Spezialisierungsgrad, der nur in einem wie auch immer organisierten Verbund erfolgen kann, war indessen generell für alle Größenklassen vorteilhaft. Darüber hinaus gingen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Patientenzufriedenheit Hand in Hand, ebenso gute Managementstrukturen und das Rating. Auffällig war außerdem, dass wirtschaftlich starke Kreise oder Kommunen wirtschaftlich schwache öffentlich-rechtliche Krankenhäuser besitzen. Dieser Zusammenhang war stark ausgeprägt. Für die anderen Trägerschaften konnte dagegen kein solcher Zusammenhang beobachtet werden. Offenbar unterstützen relativ wohlhabende öffentliche Träger ihre klammen Krankenhäuser und verhindern dadurch nötige Betriebsanpassungen.

2. Ausblick

Die von der Politik im Sommer 2013 beschlossenen Maßnahmen zur Unterstützung der Krankenhäuser in Höhe von 1,1 Mrd. € werden die Lage 2013 und 2014 stabilisieren, den Veränderungsprozess vermutlich aber verlangsamen, weil sie keine Anreize zur Steigerung der strukturellen Produktivität beinhalten, so dass ohne Gegenmaßnahmen ab 2015 wieder Verschlechterungen eintreten. Bis 2020 könnten dann fast 20% der Kliniken eine erhöhte Insolvenzgefahr aufweisen. Dabei wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Bedingt durch die demografische Entwicklung sind bis 2020 etwa 5% mehr stationäre Fälle als 2011 zu erwarten (Augurzky et al. 2013). In der Vergangenheit übertraf das Wachstum jedoch das allein durch demografische Effekte erklärbare (RWI 2012). Schreibt man den vergangenen Trend fort, würde die Zahl der Fälle bis 2020 sogar um 15% zunehmen.

Dieses „Überwachstum“ kann verschiedene Ursachen haben. Es kann Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, angebotsinduzierter Nachfrage oder einer Übernachfrage der Patienten

Schaubild 2: Krankenhausleistungen und -personal



Quelle: Statistisches Bundesamt (2012), eigene Berechnungen.

sein. Vermutlich vermischen sich verschiedene Faktoren. Beschreibt man medizinischen Fortschritt als die Innovation, die bisher nicht-behandelbare Krankheiten behandelbar macht, würde man damit das Überwachstum wohl nicht alleine erklären können. Teilweise wird daher gefolgt, dass das restliche Überwachstum mit Behandlungen an Gesunden oder mit Behandlungen ohne Nutzen erklärbar ist. Abgesehen von hochinnovativen Sprungentwicklungen dürfte medizinischer Fortschritt jedoch komplexerer Natur sein und auch eng mit einer Verschiebung von Präferenzen in der Gesellschaft zusammenhängen.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Die ersten Operationen am offenen Herzen fanden statt, um Schwerstkranken zu helfen, die viel zu jung für eine schwere Herz-erkrankung waren. Die anfänglich sehr aufwendigen und risikoreichen Verfahren hätten ethisch auch keinerlei Motiv für die Behandlung leicht Erkrankter geboten. Die im Laufe der Zeit gesammelten Erfahrungen mit diesen Behandlungen eröffneten allmählich die Möglichkeit, sie bei immer mehr Patienten anzuwenden – auch bei solchen, die diese Erkrankung zum altersüblichen Zeitpunkt bekamen. Mit der Erfindung der Ballondilatation kam durch die Aufdehnung einer Stenose und dem minimalen Zugang außerdem eine sichtbare Sofortheilung – und dies ohne die extremen Operationsbelastungen, jedoch mit geringerer Halbwertszeit.

Diese neue Methode nahm dem Patienten die Angst vor dem Eingriff. Es entstand nach und nach aus der hohen Eintrittshürde eine „bequeme“ Treppe in das System. Die Wahrnehmung des Patienten änderte sich: „was ich mit 50 Jahren konnte, möchte ich auch weiter können, z.B. mit 70 Jahren am Halbmarathon teilzunehmen“. Mit anderen Worten wurden mit dem Fortschritt Bedürfnisse geweckt, die bis dato nur latent vorhanden waren.

In Bezug auf die Finanzierung der Behandlungen fand jedoch keine Veränderung statt. Die Einstellung der betroffenen Bevölkerung war am Anfang eindeutig: die Herzoperation am 45jährigen muss, was auch immer sie kostet, von der Solidargemeinschaft getragen werden. Die Ballondilatation mit beschichtetem Stent für den 85jährigen, der vielleicht den dritten Eingriff hat und mit 88 Jahren die schonende minimalinvasive Herzoperation erhält, wurde dagegen ohne Hinterfragen ebenfalls als solidarisch zu finanzieren betrachtet. Tatsächlich ist eine Verlagerung festzustellen, bei der sich die Medizin (bzw. der medizinische Fortschritt) auf Produkte zubewegt, bei der die Grenze von der Behebung einer schicksalhaften Erkrankung einerseits und altersbedingten Begleiterscheinungen andererseits immer mehr verschwimmt. Die solidarische Finanzierung von Behandlungen wurde jedoch nie entsprechend differenziert, geschweige denn ist ein Verständnis dieser Entwicklung ent-

standen. Daraus den Schluss zu ziehen, dass solche Leistungsverschiebungen unnötig wären, verkennt das dahinter liegende Phänomen, nämlich die gestiegene Anspruchshaltung des Patienten gekoppelt mit dem Wunsch des Leistungserbringens, seine Leistungen anzubieten.

Die volkswirtschaftlichen Ressourcen zur Finanzierung des damit verbundenen Mengenwachstums dürften jedoch nicht ausreichen. Zwar ist auch in Zukunft von einer stetig wachsenden Wirtschaftskraft in Deutschland auszugehen. Da aber als Folge des demografischen Wandels die Zahl der Erwerbstätigen, also derjenigen, die die Wirtschaftsleistung erbringen, zurückgehen wird, ist damit zu rechnen, dass die nötigen Ressourcen weniger stark steigen werden als die Nachfrage nach Gesundheits- und Krankenhausleistungen. Erschwerend kommt hinzu, dass bislang für die anhaltende Krise des Euro-Raums keine überzeugende Lösung vorliegt. Letztendlich wird sie andauern, solange es den Krisenstaaten nicht gelingt, ihre Wettbewerbsfähigkeit auf den internationalen Märkten zurückzugewinnen. Dies wird nur durch umfassende Strukturreformen in den betroffenen Ländern gelingen. Doch die Bereitschaft zu effektiven Veränderungen ist noch immer bei weitem zu gering. Daher droht die anhaltende Schwäche der Krisenstaaten dazu zu führen, dass auf Dauer erhebliche finanzielle Transfers von den wettbewerbsfähigeren zu den weniger wettbewerbsfähigen Mitgliedstaaten des Euro-Raums geleistet werden. Diese Belastung entzieht Ressourcen zur Finanzierung der Sozialsysteme in Deutschland.

Folge werden steigende Beitragssätze in der GKV und in der Pflegeversicherung sein. Die jüngere Bevölkerung wird es jedoch nicht hinnehmen, für „Lifestyle-Vorstellungen“ der älteren Bevölkerung aufzukommen. Demgegenüber wird die ältere Bevölkerung es nicht hinnehmen, dass alles, was sie über Solidarität gelernt und gehört hat, gerade dann nicht mehr gelten soll, wenn sie an der Reihe ist. Zunächst wird dieser Konflikt an die Leistungserbringer weitergereicht und dort zu einem

wachsenden wirtschaftlichen Druck führen. Das einzelne Krankenhaus kann dem durch Steigerung der Erlöse oder durch Senkung der Kosten entgegenwirken. Erlössteigerungen werden in Zukunft schwieriger werden. Auf der Kostenseite gibt es auf der betrieblichen Ebene zwar immer wieder Möglichkeiten zu Einsparungen, wie erfolgreiche Sanierungen zeigen. Als Dienstleistungsunternehmen wird ein Krankenhaus allerdings keinen so hohen jährlichen Produktivitätsfortschritt erreichen können wie ein kapitalintensives Industrieunternehmen, das auf arbeitsparenden technischen Fortschritt setzen kann. Insofern liegt vermutlich auch auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses nicht ausreichend viel Potenzial, um dem Druck dauerhaft standhalten zu können.

Da kein Unternehmen dauerhaft defizitär arbeiten kann, sind langfristig folgende Alternativen in Betracht zu ziehen:

- Explizite Einschränkung des Leistungskatalogs der Krankenversicherungen,
- implizite Rationierung der Leistungen, die die Leistungserbringer ihren Patienten vermitteln müssen,
- Erschließung weiterer Effizienzpotenziale bei den Versorgungsstrukturen,
- sozial abgefederter Beteiligung der Patienten an den Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,

- freiwillige Beteiligung der Versicherten an wachsenden Gesundheitskosten.

Generell gilt es, eine sanfte Lösung zu entwickeln, die erstens Rationalisierungspotenziale hebt und in einen Veränderungsprozess einbringt. Dabei könnten auch in den nicht genau definierbaren Lifestyle-Segmenten harte Qualitätskriterien ergänzend dazu führen, dass Behandlungen mit niedrigem oder keinem Nutzen nicht erbracht werden. Zweitens kann der Abschluss von Zusatzversicherungen mit kleinem, für viele Bürger erschwinglichem Beitrag, die Selbstverantwortung des Patienten erhöhen und zu einer Teilfinanzierung der konsumtiven Medizin beitragen.

3. Politische Handlungsoptionen

Die Politik kann die Bündelung der Krankenhauskapazitäten zur Erschließung weiterer Effizienzpotenziale bei den Versorgungsstrukturen aktiv unterstützen. Aus Gründen der Versorgungssicherheit ist dies meist problemlos möglich. Der innerdeutsche Vergleich zeigt, dass die Krankenhausdichte in vielen Regionen durchaus geringer als im Status quo ausfallen kann, ohne die Versorgung der Patienten zu gefährden (Schaubild 3). Beispielsweise liegt die Krankenhausdichte in Ostdeutschland um rund 25% niedriger als in Bayern,

Schaubild 3: Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten 2010 (Deutschland 2011)

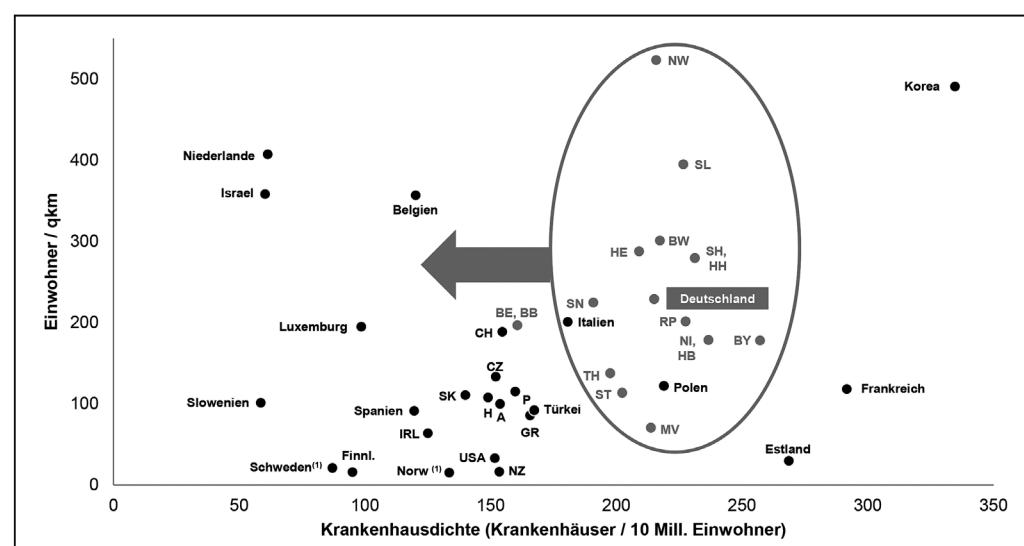
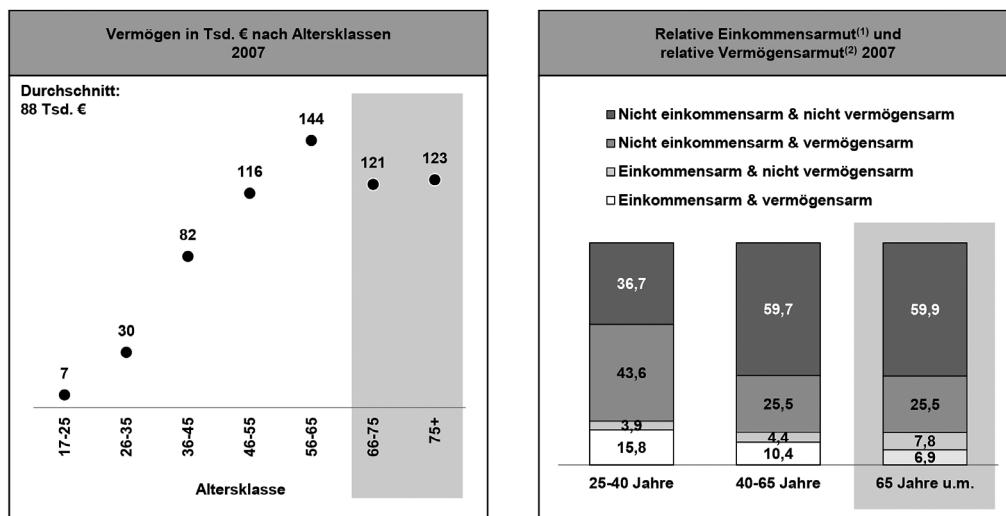


Schaubild 4: Vermögen nach Altersklassen und relative Einkommens- und Vermögensarmut 2007



Quelle: Frick und Grabka (2009); (1) Armutsschwelle bei 60% des Medians der bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen der Gesamtbevölkerung, unter Verwendung der modifizierten OECD-Äquivalenzskala (exklusive Imputed Rent); (2) relative Vermögensarmut auf Basis von weniger als 60% des Medians der pro-Kopf gewichteten Nettohaushaltsvermögen der Gesamtbevölkerung.

obgleich die Bevölkerungsdichte beider Regionen vergleichbar ist. Im internationalen Vergleich fallen die Unterschiede noch größer aus. Dies zeigt, dass mit weniger Standorten die Versorgungssicherheit kaum gefährdet wäre. Dagegen liegen die Vorteile einer Bündelung der Kapazitäten für Patienten auf der Hand: wirtschaftlich nachhaltige Krankenhäuser und qualitativ hochwertige Medizin.

Darüber hinaus könnte auch die Notfallversorgung effizienter gestaltet werden. Zum mindesten auf dem Land sollte sie neu ausgerichtet werden. Zum Beispiel ist dafür zu sorgen, dass die kostentreibende Dreigliedrigkeit der Notfallversorgung überwunden, die Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zentralisiert, die Ausbildung zur Notfallmedizin verbessert und auf dem Land eine sparsamere Infrastruktur etabliert wird, die sich nicht immer in der Vorhaltung stationärer Kapazitäten äußern muss.

Die Bündelung von Kapazitäten führt aber zu erheblichen lokalen Widerständen. Bislang wurden diese Widerstände häufig dadurch umgangen, dass zusätzliche öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt wurden, um Kapazitätsanpassungen zu vermeiden. Der politische Wettbewerb um Wählerstimmen ist der Motor dessen und führte zu einer Anhäufung von Schulden der öffentlichen Hand. Die Schuldenbremse wird für den Bund ab 2016 und für die Länder ab 2020 jedoch dazu führen, dass der po-

litische Wettbewerb um Wählerstimmen zu einem gewissen Grad eingeschränkt wird. Dies könnte die lokalen Widerstände etwas reduzieren.

Auch der Umstieg zu einer monistischen Finanzierung oder zu Investitionspauschalen auf Länderebene würde in dieser Hinsicht helfen. Außerdem könnte ein Investitionsfonds, der auf Bundesebene angesiedelt ist, Krankenhausträgern, die ihre Kapazitäten bündeln oder reduzieren möchten, die hierfür nötigen Investitionsmittel zinsvergünstigt oder zinslos anbieten. Damit würde den Widerständen auf kommunaler Ebene ebenfalls entgegengetreten werden. Hilfreich wären schließlich Maßnahmen zur Förderung der Mobilität der Patienten durch Beratung sowie Transparenz über Qualität und Service.

Da die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen besonders durch ältere Versicherte ausgelöst wird und deren Finanzierung von den weniger werdenden Erwerbstätigen erfolgt, würde eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung der Patienten sinnvoll sein. Dies auch besonders vor dem Hintergrund, dass ältere Menschen über ein deutlich höheres Vermögen als jüngere verfügen und seltener von Armut bedroht sind. Schaubild 4 zeigt das durchschnittliche Vermögen nach Altersklassen im Jahr 2007. Erwartungsgemäß steigt es mit dem Alter infolge des Sparprozesses im Laufe des Lebens an. Es erreicht ein Ma-

ximum von 144.000 € im Alter von 56 bis 65 Jahren und sinkt in den beiden letzten Altersklassen nur geringfügig auf leicht über 120.000 €. Infolgedessen sind in der Altersklasse ab 65 Jahren nur rund 7% von Einkommens- und Vermögensarmut betroffen. In jüngeren Jahren liegt dieser Wert höher.

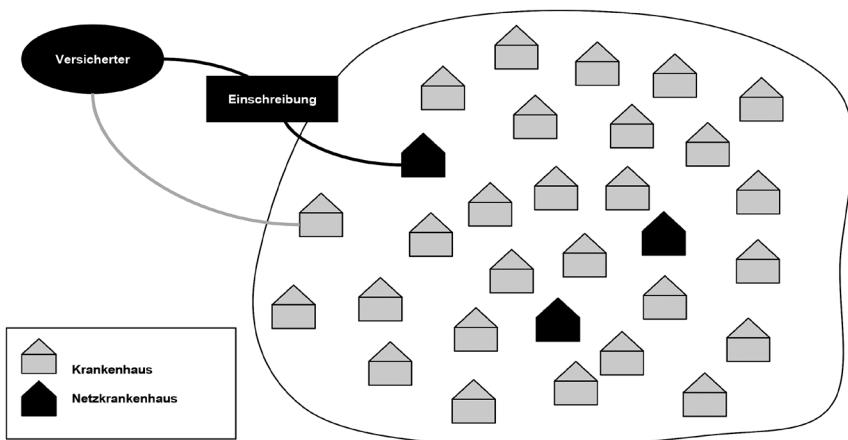
Eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung des Patienten würde also zu einer Entlastung der Erwerbspersonen führen, was wiederum den Arbeitsanreiz und damit die Wirtschaftskraft erhöhen würde. Die Analyse zeigt aber auch, dass alternativ zur Einführung einer Eigenbeteiligung zusätzliche Versicherungsprodukte zur Vermeidung einer rationierten Medizin, insbesondere für ältere Versicherte, Potenzial haben.

4. Netzwerkmedizin

4.1 Ziel

Ob die Politik in der Lage sein wird, die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen mit seinen vielfältigen Interessensgruppen derart auszurichten, dass die angebotenen Leistungen den Patientennutzen maximieren und gleichzeitig für Leistungserbringer wirtschaftlich zu erbringen sind, ist fraglich. In anderen Branchen zeigt sich, dass Produkte bzw. Innovationen, die ausschließlich am Kundennutzen ausgerichtet sind, sich auf kurz oder lang durchsetzen und auch dem Anbieter dieser Produkte gute wirtschaftliche Ergebnisse bringen. Es fragt sich, ob dies nicht auch im Gesundheitswesen möglich ist. Die im Folgenden zu diskutierende Idee der Netzwerkmedizin soll dies leisten. Das Netzwerk soll dabei vom Patientennutzen her gedacht werden, dem Patienten sowohl einen besseren Service als auch eine bessere Medizin bieten. Im Gegenzug bindet sich der Versicherte eng an das Netzwerk.

Ein solches Netzwerk müsste aus so vielen Krankenhäusern bestehen, dass bundesweit eine gute Flächenabdeckung erreicht werden kann. Dabei können die Distanzen vom Wohnort des Patienten

Schaubild 5: Schematische Darstellung des Netzwerks

Quelle: Eigene Darstellung.

zum Behandlungsort durchaus 60 Minuten betragen, wenn die Mobilität der eingeschriebenen Versicherten durch das Netzwerk unterstützt und durch ein besonderes Angebot erhöht wird. Bei besonders komplexen Krankheiten kann die Distanz sogar höher ausfallen. Dafür sollten 200 Standorte ausreichen, was etwa einem Marktanteil von 10% entspräche.

Anschließend kann GKV-Versicherten das Angebot unterbreitet werden, die Leistungen des Netzwerks zu nutzen, wenn sie sich in das Netzwerk einschreiben (Schaubild 5).⁴ Dabei kommen zwei Arten der Einschreibung in Frage: (i) über eine rabattierte Zusatz-PKV, die nur im Netzwerk nutzbar ist oder (ii) über einen Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV). Im ersten Fall handelt es sich um keine völlig feste Bindung an das Netzwerk, weil auch jedes andere Krankenhaus außerhalb des Netzwerks weiter aufgesucht werden kann, dann allerdings ohne die Leistungen der Zusatzversicherung. Im zweiten Fall schreibt sich der GKV-Versicherte in einen mit dem Netzwerk geschlossenen IV-Vertrag ein. Je nach Ausgestaltung des Vertrags kann hier die Bindung an das Netzwerk auch deutlich stärker sein. Ähnliche Modelle gibt es bereits auf lokaler Ebene.⁵

4.2 Angebot

Damit Versicherte sich für das Netzwerk entscheiden, bedarf es eines besonderen Angebots, das sich vom Markt deutlich abhebt und damit die Bereitschaft zur Bindung fördert. Im Fall der Zusatz-PKV erhält der eingeschriebene Versicherte private Wahlleistungen sowie besondere Ser-

vices. Generell, also auch in der Variante des IV-Vertrags, sollte er mit Vorteilen durch eine moderne elektronische Vernetzung, einer effektiven Steuerung durch das Netzwerk, einer Verbesserung der medizinischen Indikations- sowie Ergebnisqualität und langfristig mit einer nicht-rationierten Medizin rechnen. Dabei kann die Zusatz-PKV unterschiedliche Tarife mit mehr oder weniger Zusatzleistungen (von „Basis“ bis „Premium“) anbieten.

Zusätzliche Services umfassen z.B. rasche Terminvergabe, kurze Wartezeiten, eine netzwerkweite Hotline mit ausführlichen Informationen zu Netz-kliniken und kooperierenden Ärzten einschließlich professioneller Beratung und Transparenz zur medizinischen Qualität, Unterstützung bei der Wahl einer geeigneten Klinik und bei der Organisation des Klinikaufenthalts. Gerade die Wahl der richtigen Klinik ist sowohl für den Patienten als auch für das Netzwerk vorteilhaft. Komplexe Fälle sind von Spezialisten an Universitätskliniken und Maximalversorgern zu übernehmen, während einfache Fälle von Kliniken der Grund- und Regelversorgung zu behandeln sind. Bei einer in dieser Hinsicht möglichst adäquaten Patientensteuerung werden auch die Ressourcen des Netzwerks optimal genutzt. Gleichzeitig steigt für den Patienten die medizinische Qualität. Die Mobilität der im Netzwerk eingeschriebenen Patienten wird unterstützt durch kostenlose Transfers vom Wohn- zum Behandlungsort und durch die Aussicht auf eine höhere Qualität.

Moderne IT und netzwerkweit einheitliche IT-Standards haben für reibungslose Abläufe zu sorgen. Ein besonderes

Augenmerk ist auf die elektronische Patientenakte zu richten. Sie hält alle wichtigen Informationen vor und unterstützt den Informationsaustausch innerhalb des Netzwerks. Sie sammelt Daten zur medizinischen Qualität, sodass Behandlungsmethoden auf breiter Basis wissenschaftlich evaluiert werden können. Die Größe des Netzwerks erlaubt eine empirisch gestützte Versorgungsforschung auf hohem Niveau und in der Folge eine schrittweise Verbesserung der medizinischen Qualität, indem weniger erfolgreiche Behandlungsmethoden systematisch eliminiert werden. Die elektronische Akte ist grundsätzlich anonym im Netzwerk zu halten. Der Patient kontrolliert dabei seine eigene Identität. Die Herstellung der Verbindung von der Patientenidentität zum anonymen Inhalt der Akte wird nur durch autorisierte Personen für eine begrenzte Zeit möglich sein. Datenauswertungen werden automatisch protokolliert, sodass der Datenschutz die Korrektheit der Datennutzung stets bewerten kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Netzwerk ist die Verbesserung der Indikationsqualität. Der Patient muss die Gewissheit haben, dass es zu der aus Patientensicht optimalen Behandlung kommt. Die netzinternen ökonomischen Anreize sind dazu passend zu gestalten. Die Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens, das eingeschriebenen Versicherten offen steht, unterstützt die Überprüfung von Behandlungsalternativen. Dabei darf es in den Köpfen der handelnden Personen keine Sektorenengrenze geben. Wenn beispielsweise die ambulante Behandlung für den Patienten günstiger als die stationäre ist, ist die ambulante Behandlung vorzuziehen. Aus Netzwerksicht führt dies dann zu gleicher oder besserer Qualität bei sogar geringeren Kosten.

Um die Sektorenengrenze einfacher zu überwinden, wäre es ferner denkbar, dass die eingeschriebenen Versicherten bei ihrer GKV die Kostenerstattung wählen und die niedergelassenen Ärzte im Netzwerk nach einer netzwerkeigenen Gebührenordnung abrechnen. Die Gebührenordnung wäre so zu gestalten, dass sie den Patienten-nutzen in den Mittelpunkt stellt und

4 Prinzipiell können auch PKV-Versicherte in Frage kommen. Dies aufgrund der deutlich kleineren Zahl an Versicherten aber erst zu einem späteren Zeitpunkt.

5 Zum Beispiel UGOM (Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG), Gesundes Kinzigtal GmbH, Prosper der Bundesknappschaft und viele andere.

qualitätsorientiert vergütet. Die Zusatzversicherung könnte dabei alle Leistungen in diesem Segment vorfinanzieren, indem der Versicherte seinen Anspruch mit für ihn befreiender Wirkung abtritt. Sie würde die Netzvergütung direkt mit der GKV des Versicherten abrechnen. Wichtig dabei ist, dass das entsprechende Vergütungsvolumen vom KV-Volumen abgezogen werden kann. Wenn der Umfang erheblich ist, könnte mit den KVen auch ein eigenständiges Konzept erarbeitet werden.

Generell gilt es, im Netzwerk eine stetige Verbesserung der medizinischen Qualität zu erreichen. Dies wird durch verschiedene gleichzeitig wirkende Maßnahmen erreicht. Zunächst ist die Qualität zu messen. Dabei ist ein Spagat zwischen Einfachheit auf der einen Seite und Exaktheit auf der anderen zu leisten. Hier gilt es pragmatisch vorzugehen, um nicht von Anfang an durch Perfektionismus blockiert zu sein. Nach der Messung folgt die Transparenz der Qualität, sodass sie für Netzwerkpatienten als hilfreiche Orientierung dient und zur netzinternen Steuerung eingesetzt werden kann. Mit einer guten Steuerung wird bereits eine Weiche zur Qualitätsverbesserung gestellt. Eine weitere ergibt sich aus einem netzinternen vorgeesehenen Wettbewerb um die Netzpatienten. Die besten Netzkliniken sollen sich am internen Markt beweisen, um Patienten zu bekommen. Dieser Gedanke ist jedoch noch weiter zu fassen: auch bereits die Teilnahme am Netzwerk muss an Qualitätskriterien geknüpft sein. Nicht jeder Standort eines Netzwerkpartners wird automatisch Teil des Netzwerks, nur weil die dazugehörige Klinikkette Partner ist. Der Eintritt in das Netzwerk setzt vielmehr eine Mindestqualität voraus. Schließlich wird die Versorgungsforschung des Netzwerks zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität einen wesentlichen Beitrag leisten.

Perspektivisch lässt sich das Angebot für eingeschriebene Versicherte auf die gesamte Versorgungskette erweitern, d.h. es um-

fasst dann die ambulante und stationäre Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege sowie Präventionsangebote. Durch die elektronische Vernetzung aller Angebote werden Schnittstellenprobleme reduziert und die Übergänge reibungsloser gestaltet. Der Patient erfährt eine abgestimmte Behandlung aus einer Hand.

4.3 Finanzierung

Zur Schaffung der zusätzlichen Netzwerkangebote sind umfassende Investitionen nötig und es entstehen zusätzliche laufende Betriebsausgaben, die auf verschiedene Weisen zu finanzieren sind:

- Eigener Obolus des Versicherten,
- Hebung von Effizienzreserven im Netzwerk,
- Vermeidung von stationären Fällen (Ambulantisierung),
- geringere Verwaltungskosten bei Versicherungen.

Im Fall des Zugangs zum Netzwerk über eine Zusatz-PKV leistet der Versicherte einen eigenen zusätzlichen Obolus. Die Zusatzversicherung muss allerdings gegenüber einer herkömmlichen Versicherung rabattiert sein, etwa in der Größenordnung von 40 bis 50%. Der Rabatt finanziert sich aus den Effizi-

enzvorteilen, die aus der Bindung an das Netzwerk entstehen. Nach ersten Berechnungen wäre eine Zusatz-PKV „Zwei-Bett-Zimmer im Netzwerk“ für bereits etwa 5 € im Monat darstellbar, „Ein-Bett-Zimmer und Wahlarztbehandlung im Netzwerk“ für etwa 20 bis 25 € monatlich. Damit würden nicht nur zusätzliche Mittel für das Netzwerk zur Verfügung stehen, sondern auch der Zugang zu Privatleistungen für viele Menschen erschwinglich. Die Kluft zwischen PKV- und GKV-Vollversicherten würde im Netzwerk deutlich eingeebnet. Insfern verlöre das Thema „Zwei-Klassenmedizin“ im Netzwerk an Bedeutung.

Von der Größenordnung her wichtiger ist aber die Hebung von Effizienzreserven im Netzwerk. Im Fall des Zugangs über die stationäre Zusatz-PKV sind Effizienzverbesserungen im Krankenhausbereich möglich (Schaubild 6). Durch die Gewinnung weiterer Patienten für das Netzwerk entstehen zunächst Skaleneffekte. Durch die effizientere Steuerung im Netzwerk werden darüber hinaus Kosten reduziert. Der Patient erbringt, wenn er den Qualitätsanspruch stellt und die Beratung ernst nimmt, indirekt die entscheidende Rationalisierungsvoraussetzung durch die von ihm erbrachte Mobilität. Damit kann Spezialisierung und Arbeits-

Schaubild 6: Effizienzpotenziale im Netzwerk

	Zusatz-PKV	IV
Krankenhaus		
Skaleneffekte ⁽¹⁾	Ja	Ja
Steuerungseffekte ⁽²⁾	Ja	Ja
Prozessverbesserungen ⁽³⁾	Ja	Ja
Vermeidung von Klinikfällen (amb. Potenzial)	Ja	Ja
Bessere Einkaufskonditionen	Ja	Ja
Skaleneffekte	Ja	Ja
Standardisierung von Abläufen, Spezialisierung	Nur bedingt ⁽⁴⁾	Ja
Vermeidung Übersorgung v.a. mit Arzneimittel	Nein	Ja
Bessere Einkaufsoptionen	Nein	Ja
Wahl günstigerer Alternativen	Nein	Ja
Nieder-		
Arznei-, Heil- & Hilfsmittel		

Quelle: Eigene Darstellung. (1) Fixkostendegression, aber auch bessere Konditionen im Einkauf, (2) durch bessere Steuerung der Patienten im Netzwerk, (3) die ursächlich auf das Netzwerk zurückzuführen sind, z.B. Ausbau IT-Netz, (4) wegen Regelleistungsvolumina ist Ausweitung der Patientenzahl nur bedingt erlösrelevant.

teilung über die Sektoren und Häuser hinweg die Qualität anheben und die Vorhaltefallkosten durch Kostendegression senken. Durch die elektronische Vernetzung lassen sich Prozessverbesserungen erreichen. Ferner können durch die Vermeidung von stationären Fällen Kosteneinsparungen für die beteiligten Krankenversicherungen erzielt werden („Ambulantisierung“), die an das Netzwerk weitergereicht werden. Schließlich kommen geringere Verwaltungskosten bei den teilnehmenden PKVen hinzu, die standardisierte Zusatzversicherungen in größerer Menge absetzen können.

Wählt man den Zugang über einen IV-Vertrag sind prinzipiell noch weitere Effizienzverbesserungen erreichbar. So ist im IV-Vertrag auch eine sektorenübergreifende Optimierung möglich, so dass zusätzlich im niedergelassenen Bereich sowie bei Arzneimitteln und Medizintechnik Einsparungen erzielbar sind. Beispielsweise kann das Netzwerk für teilnehmende niedergelassene Ärzte bessere Einkaufskonditionen erreichen. Im Arzneimittel- und Heil- und Hilfsmittelbereich können günstigere Alternativen gewählt und Überversorgung vermieden werden.

Der IV-Vertrag lässt sich außerdem mit einer Zusatz-PKV kombinieren. Zum Beispiel würde der im IV-Vertrag eingeschriebene Versicherte eine rabattierte Zusatz-PKV abschließen können, um damit weitere Services und Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Zusatz-PKV ist jedoch nicht kostenlos anzubieten. Ziel muss es sein, dass der Patient eine Anspruchshaltung gegenüber dem Netzwerk aufbaut, die dadurch erreicht wird, dass er einen kleinen Obolus erbringt.

Die im Netzwerk erzielten zusätzlichen Erlöse aus Wahlleistungen sowie die Einsparungen aus Effizienzverbesserungen dienen schließlich der Finanzierung der Investitionskosten, der laufenden Ausgaben des Netzwerks und der Prämienrabatte im Fall einer Zusatz-PKV. Ausgabenblöcke sind u.a. das IT-System, die netzwerkeigene Hotline, kostenlose Transfers für Patienten vom Wohn- zum Behandlungsort, das Management des Netzwerks, Versorgungsforschung, ggf. Mehrleistungsabschläge bei einer Zunahme der Zahl der Patienten und Kosten für niedergelassene Ärzte, z.B. für ihre Anbindung an das elektronische Netzwerk.

5. Fazit

Aufgrund der demografischen Entwicklung, des technischen Fortschritts, der damit verbundenen Anspruchshaltung der Menschen und der Bereitschaft zur Bereitstellung von Gesundheitsleistungen seitens der Leistungserbringer steigt die Nachfrage nach stationären und ambulanten Leistungen mengenmäßig an. Da die Gruppe der finanzierten Bevölkerung im Verhältnis zur nachfragenden sinkt, steigen die Preise für Gesundheitsleistungen unterproportional bzw. die Erlöse weniger stark als die Kosten. Mithin steigt der wirtschaftliche Druck auf die Leistungserbringer. Um eine schleichende und qualitätsbedrohende Rationierung der Medizin zu vermeiden, sind die Versorgungsvorhaltungen zu optimieren und mit einer verstärkten Ausrichtung auf Patienten und Versicherte neue wettbewerbsanregende Finanzierungsquellen zu erschließen. Das Konzept der Netzwermedizin auf Grundlage eines starken Leistungsverbundes als Qualitätstreiber mit Vollversorgungsanspruch versucht dies zu erreichen.

Ein Netzwerk sollte aus so vielen Krankenhäusern bestehen, dass bundesweit eine gute Flächenabdeckung erreicht werden kann. Dabei können die Distanzen vom Wohnort des Patienten zum Behandlungsort durchaus 60 Minuten betragen, wenn die Mobilität der Patienten durch das Netzwerk unterstützt und durch ein besonderes Angebot erhöht wird. Bei besonders komplexen Krankheiten kann die Distanz sogar höher ausfallen. Damit Versicherte sich für das Netzwerk entscheiden, bedarf es eines besonderen Angebots, das sich vom Markt deutlich abhebt und damit die Bereitschaft zur Bindung fördert. Im Fall einer stark rabattierten Zusatz-PKV, die nur im Netzwerk gilt, erhält der eingeschriebene Versicherte private Wahlleistungen sowie besondere Services. Er sollte ferner mit Vorteilen durch eine moderne elektronische Vernetzung, mit einer effektiven Steuerung durch das Netzwerk, einer Verbesserung der medizinischen Indikations- und Ergebnisqualität und einer nicht-rationierten Medizin rechnen können. Zur Schaffung der zusätzlichen Netzwerkangebote sind umfassende Investitionen nötig und es entstehen zusätzliche laufende Betriebsausgaben. Sie sind zu finanzieren über einen eigenen Obolus des Versicherten (rabattierte Zusatz-PKV), Hebung von Effizienzreserven im

Netzwerk, Vermeidung von stationären Fällen (Ambulantisierung) und geringere Verwaltungskosten bei Versicherungen.

Sollte das Netzwerkkonzept am Markt erfolgreich sein, würde ein im Schumpeterschen Sinne Prozess der schöpferischen Zerstörung eingeleitet. Es käme zu einer spürbaren Umschichtung und Bündelung von Kapazitäten und zu einer stärkeren Ambulantisierung. Der Wettbewerb im stationären und perspektivisch im ambulanten Bereich würde spürbar zunehmen. Gleichzeitig würde sich das Angebot für Patienten sowohl in Bezug auf die Service- als auch medizinische Qualität verbessern. Schließlich würde die Kluft zwischen PKV- und GKV-Vollversicherten deutlich eingeblendet, weil Privatleistungen im Netzwerk für einen viel größeren Teil der Bevölkerung erschwinglich würden. Insofern verlöre auch das Thema „Zwei-Klassenmedizin“ im Netzwerk an Bedeutung. ■

Literatur

Augurzyk, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und Ch. M. Schmidt (2013), Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse. Medhochzwei. Heidelberg.

Frick, J. R. und M. M. Grabka (2009), Gestiegene Vermögensungleichheit in Deutschland, DIW Wochenbericht Nr. 4 / 2009, Berlin.

Münch, E. und G. Meder (1999), Private Krankenhäuser der Akutversorgung – Modell für öffentliche Kliniken? Darstellung am Beispiel Meiningen. In G.E. Braun (Hrsg.), Handbuch Krankenhausmanagement. Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 235-254.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Hrsg.) (2012), OECD Health Data 2011, Internet: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en, Abruf im Februar 2012.

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2012), Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV Spitzenverbandes. RWI Projektbericht. Essen.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a), Grunddaten der Krankenhäuser 2011. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2011. Wiesbaden.