

## Erwartungen an die neue Bundesregierung

AUSGABE ZUM  
HAUPTSTADT-  
KONGRESS  
MEDIZIN UND  
GESUNDHEIT 2018



Nachrichten für einen integrierten Gesundheitsmarkt mit Zukunft



Editorial

## INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT wichtiger denn je – Modernisierung vor Regulierung

*Die Gesundheitswirtschaft hat für unsere Volkswirtschaft eine große Bedeutung. Diese Aussage ist heute fast Allgemeingut. Das war vor gut 20 Jahren noch völlig anders. Damals standen die steigenden Kosten des Sozialsystems im Vordergrund der öffentlichen Debatte. Das war ein wesentlicher Grund, die Initiative Gesundheitswirtschaft (IGW) zu gründen, zunächst als lockere Verbindung von innovativen Managern und Unternehmern, dann als Verein. Weil die wirtschaftliche Relevanz inzwischen vielerorts gesehen wird, könnte die IGW ihre Mission als erfolgreich abgeschlossen ansehen. Das ist allerdings ganz und gar nicht der Fall. Denn von Anfang an stand als gleichberechtigtes Ziel die Idee ganz oben auf der Agenda, die Herausforderungen der Zukunft mit mehr Wettbewerb um eine hervorragende Medizin zu bezahlbaren Preisen zu meistern. Von der Realisierung dieses zweiten, selbsterteilten Auftrags ist unsere Gesellschaft weit entfernt. Im Gegenteil versucht die Politik, mehr und mehr die offenkundigen Probleme mit direkten staatlichen Eingriffen anzugehen. Es ist absehbar, dass dieses Vorgehen scheitern wird.*

*Die geplanten staatlichen Interventionen in der Pflege sprechen eine deutliche Sprache. Sie sind geprägt von dem Gedanken, mit den Antworten der Vergangenheit die Fragen der Zukunft zu lösen. Das kann nicht funktionieren. Personalquotierungen zementieren die überkommenen Strukturen. Sie sind geprägt von dem Geist „viel hilft viel“. Die Erwartung ist, mehr Geld und mehr Personal verbessern die Pflege der Patienten. Diese Formel geht nicht auf. Bereits heute fehlen Pflegekräfte in großer Zahl. Deshalb müssen in etlichen Kliniken bereits Stationen geschlossen werden. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt wird sich in Zukunft weiter verschärfen, übrigens nicht nur in Deutschland. Am Ende werden alle Beteiligten frustriert sein, die Pflegekräfte, die Patienten und, das steht zu befürchten, wohl auch die Politik.*

*Was allein in solchen Situationen hilft, ist, die vorhandenen Pflegekräfte zu unterstützen, indem sie von berufsfremden Tätigkeiten entlastet werden. Sie müssen die Chance bekommen, das zu tun, weshalb sie ihren tollen Beruf ergriffen haben, nämlich die Patienten zu betreuen. Das Motto muss lauten: „Pflegen statt faxen“. Dazu müssen endlich die Arbeitsprozesse konsequent strukturiert werden. Das ist die zwingende Voraussetzung dafür, moderne Methoden und Technologien nutzen zu können, wie sie in anderen Branchen längst zum Einsatz kommen. Die Digitalisierung bietet die Möglichkeit, den Herausforderungen auch in der Gesundheitsbranche zu trotzen. So kann es gelingen, die Pflegekräfte von Dokumentations- und Logistikverrichtungen zu befreien und sie im direkten Patientenkontakt einzusetzen. Krankenhausunternehmen, die diesen Weg beschreiten, müssen im Wettbewerb der Anbieter Vorteile generieren und deshalb wachsen können. Die Politik muss das Gesundheitssystem in diesem Sinne in Richtung Modernisierung vor Regulierung weiterentwickeln.*

*Prof. Heinz Lohmann,  
Vorsitzender, INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT*

**Angaben gemäß § 5 TMG:**  
INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e.V.  
Geschäftsstelle  
Palisadenstraße 48 | 10243 Berlin

**Kontakt:**  
[www.initiative-gesundheitswirtschaft.org](http://www.initiative-gesundheitswirtschaft.org)  
[info@initiative-gesundheitswirtschaft.org](mailto:info@initiative-gesundheitswirtschaft.org)

**V. i. S. d. P.:**  
Dietmar Reese,  
Geschäftsführer IGW e.V.

**Konzept und Umsetzung:**  
Agentur WOK  
**Grafische Gestaltung:**  
[www.jf-gestaltung.de](http://www.jf-gestaltung.de)

**Titelfoto:**  
#40822669 | © Dmitry Naumov – Fotolia.com



Joachim Pröb, M. A.,  
Direktor für Patienten- und Pflegemanagement  
sowie Mitglied des Vorstands,  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

# Modernisierung vor Regulierung

Die Bundesregierung hat nun vor wenigen Monaten die Arbeit aufgenommen. Mit Jens Spahn steht ein mit viel gesundheitspolitischer Erfahrung ausgestatteter neuer Gesundheitsminister an der Spitze des Ministeriums. In seiner Begrüßungsrunde durch DRG-Forum und Deutschem Pfl egetag wurde er von den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitssystems mit viel Begeisterung aufgenommen. Ganz gleich, ob Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker oder Krankenhausvertreter – das Motto lautet für die meisten Gruppierungen: Endlich Veränderung und Wandel. Leider oft mit dem Zusatz: Nicht bei mir! Denn es ist ja viel einfacher, die Verbesserungspotenziale beim „Nachbarn“ zu sehen.

Mit der Benennung von Andreas Westerfellhaus zum neuen Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege hat Jens Spahn aus meiner Sicht sofort einen pointierten und mutigen Coup gelandet. Einen ausgewiesenen und sehr streitbaren berufspolitischen Vertreter der Pflegeschäft zu berufen, zeugt von Veränderungswillen und Freude an Streitkultur. Für Andreas Westerfellhaus als langjährigem Präsidenten des Deutschen Pfl egerats wird es kein leichter Spagat sein, zwischen den zahlreichen Erwartungen von Politik, Berufsgruppe und Patienten Akzente zu setzen. Mit seinem aktuellen Vorstoß, Pflegefachkräften Geldprämien zu zahlen, wenn sie in ihren Beruf zurückkehren oder ihre Arbeitszeit aufstocken, hat er sich aber eher in den üblichen Ministeriumsmodus von Schnellschüssen eingereicht.

Jeder erfahrene Pflegemanager weiß, dass mit einmaligen Geldprämien kein Fachkräftemangel der Welt gelöst werden kann. Die Pflege muss sich modernisieren, weiterentwickeln und innovative Konzepte in den Vordergrund stellen. Dies muss von der politischen Ebene, beispielsweise durch die Implementierung zeitgemäßer Ausbildungskonzepte, bis hin zur betrieblichen Ebene reichen, indem der angebotene Arbeitsplatz durch kluge, unternehmerische und personalpolitische Entscheidungen attraktiv und wettbewerbsfähig gemacht wird.

In der Realität wird den Unternehmen durch eine zunehmende (politische) Regulierung der Handlungs- und Gestaltungsspielraum genommen oder zumindest eingeschränkt. Der Regulierungssirrsinn wird mit der Diskussion um und der Forderung nach gesetzlichen Personalregelungen im Pflegedienst der Krankenhäuser auf die Spitze getrieben. Die noch von der Vorgängerregierung in das Sozialgesetzbuch V hineingeschriebene Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus wartet jetzt auf ihre Umsetzung.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben den Auftrag, bis zum 31. Juli dieses Jahres diese Untergrenzen verbindlich festzulegen, damit diese dann ab 2019 in die Praxis umgesetzt werden können. Erste konkrete Vorstellungen aus den Verhandlungen sickern nun zu den Akteuren durch. Beispielsweise ist bereits entschieden, dass sechs ausgewählte sogenannte pflegesensitive Bereiche erfasst werden. Die Pflegeexperten versuchen nun zweifelt zu ergründen, was pflegesensitiv eigentlich genau bedeutet und warum die Pflege und Behandlung von onkologischen Patienten (die durch die Untergrenzen nicht erfasst werden) nicht pflegesensitiv sind.

**In der Realität wird den Unternehmen durch eine zunehmende [...] Regulierung der Handlungs- und Gestaltungsspielraum genommen [...].**

Besonders entscheidend wird aber sein, wie und nach welchen Kriterien diese Untergrenzen überhaupt festgelegt werden. Hierzu haben nun DKG und GKV-SV vor einigen Wochen ein Wirtschaftsprüfungsunternehmen beauftragt, eine Untersuchung zur Personalbesetzung in einigen hundert deutschen Krankenhäusern durchzuführen. Auf dieser Grundlage sollen dann die Untergrenzen festgelegt werden.

Diese Untersuchung hat zahlreiche und gravierende methodische und inhaltliche Schwächen. Besonders eklatant ist die Erfassung von Daten aus Stichzeiträumen aus dem Jahr 2016 (!). Auf der Grundlage von einer tatsächlichen Ist-Personalausstattung, die zwei Jahre alt ist, wird staatlich festgelegt, wie viel Pflege ein Patient im Jahr 2019 benötigt – und das ungeachtet der individuellen Situation der einzelnen Klinik.

An dieser Stelle möchte ich gar nicht die Kritik an der Methodik in den Vordergrund stellen, sondern die große Gefahr, dass die Pflege hier weiter an Einfluss in den Unternehmen verlieren kann. Wenn die Politik den großen Handlungsspielraum des Personal- und Organisationsmanagements beschneidet, weil ja feststeht, wie viel Personal gebraucht wird, spielen die Diskussionen nach Personalkonzepten, Skill-Mix oder Prozessoptimierung nur eine untergeordnete Rolle. Es wird schnell die Frage entstehen, warum brauche ich dann noch Pflegemanager auf der unternehmerischen Entscheidungsebene?

Ich bin gegen weitere kleinteilige Regulierungen und das einseitige „Herumoperieren“ am DRG-System mit Sonderwegen für die Pflege. Wir brauchen in Deutschland das klare Bekenntnis zu einer nachhaltigen und ausreichenden Investitionspolitik und moderne Krankenhausunternehmen, die auf die Zukunftsthemen Digitalisierung, Qualifizierung und Arbeitgeberattraktivität setzen.



Prof. Dr. Jörg F. Debatin, MBA,  
Vice President, Chief Technology and  
Medical Officer, GE Healthcare

# Erwartungen der Gesundheitswirtschaft an die Politik

„Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen“, so steht es im ersten Absatz zum Thema „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag. Ein hervorragender Ansatz, wie ich finde! Denn viel zu oft geraten die Patienten bei all den Partikularinteressen im komplexen Gesundheitssystem in Vergessenheit. Ihre Interessen bezüglich Gesundheitsdienstleistungen lassen sich schnell zusammenfassen: unbeschwerter Zugang zu medizinischen Leistungen, hohe Qualität und geringe Kosten. Die von der Koalition auf insgesamt 357 Zeilen beschriebenen Maßnahmen sollten sich an diesen Zielen messen lassen.

## Digitalisierung, aber konsequent!

Bei der Verbesserung des Zugangs der Patienten zu Gesundheitsdienstleistungen setzt der Staat erfreulicherweise neben der Flexibilisierung der Bedarfsplanung in strukturschwachen Gebieten auch auf wirtschaftliche Anreize wie regionale Zuschläge und eine dringend notwendige Reform von EBM und GOÄ. Auch in der Medizin sollte gelten: gleiche Vergütung für gleiche Leistung, unabhängig vom Versicherungsstatus. Ermutigend ist auch der Fokus auf die Themen Digitalisierung sowie Stärkung der Telemedizin. Dadurch kann der Zugang zu hochwertiger medizinischer Betreuung in der Fläche wirklich verbessert werden. Für eine nachhaltige Wirkung muss das Fernbehandlungsverbot aber komplett fallen. Dazu passt nun überhaupt nicht das vorgesehene Verbot des Apothekenversandhandels. Warum sollte die Beratung des Apothekers nicht über das Internet erfolgen dürfen? Hier haben die Apothekerlobbyisten einen klaren Sieg über die Interessen der Patienten errungen. Richtig und innovativ im Interesse der Patientenversorgung wäre das komplette Gegenteil: Stärkung des Apothekenversandhandels mit verpflichtender Teleberatung. Diesbezüglich sollte auch über eine Einbeziehung von Krankenhausapotheken nachgedacht werden. Im Bereich der Medikamentenversorgung liegen in Deutschland noch erhebliche Qualitäts- und Effizienzreserven. Hier muss nachgearbeitet werden!

Zahlreiche Maßnahmen zielen auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Ausgesprochen positiv sind die Fortführung des Innovationsfonds und die Stärkung der Disease-Management-Programme. Erfreulich ist auch die Stärkung der Gesundheitsfachberufe mit Übertragung von mehr (ärztlicher) Verantwortung und dem Wegfall des Schulgelds. Wirklich zentral aber ist folgende Willensbekundung: die Ein-

führung einer einheitlichen Patientenakte für alle Versicherten. Nun muss dieser Vorschlag konkretisiert werden. Die IT- und Gesundheitswirtschaft erwartet klare Vorgaben hinsichtlich Format, Sicherheitsarchitektur und Funktionalitäten einer solchen Patientenakte. Der Staat sollte diese Rahmenbedingungen möglichst rasch formulieren; die Umsetzung in Produkte sollte dann aber innovativen, privatwirtschaftlichen Unternehmen überlassen werden. Staatliche Monopolstrukturen sollten bei der Umsetzung unbedingt vermieden werden, um ein Desaster wie bei der Einführung der Gesundheitskarte zu vermeiden.

Richtig erkannt haben die Koalitionäre auch die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Versorgung. Diese Erkenntnis ist nicht neu! Neben der erfolgreichen Umsetzung einer einheitlichen medizinischen Dokumentations- und Datenverwaltungssystematik (siehe oben) bedarf es diesbezüglich vor allem aber einer einheitlichen Vergütungssystematik. Eine Übertragung des DRG-Systems auf den ambulanten und Rehabereich wäre hier ausgesprochen sinnvoll. Das würde auch zur gewollten Stärkung des Belegarztsystems beitragen. Dem Patienten geht es um den Behandlungserfolg und nicht darum, welcher Sektor was beigetragen hat. Anders als in der Vergangenheit erwartet die Gesundheitswirtschaft einen einheitlichen und mutigen Umsetzungsansatz.

## Auch in der Medizin

sollte gelten:

gleiche Vergütung für  
gleiche Leistung,  
unabhängig vom  
Versicherungsstatus.

## Maßstab Patientenzufriedenheit

Leider vollkommen verfehlt sind die meisten Ansätze zur Verbesserung der Pflege im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Die Politik erliegt der Versuchung, den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen mit der Einführung von Personalbemessungsinstrumenten und -untergrenzen vorzuschreiben, wie Patienten zu behandeln sind.

Staatliches Gängelnd führt meist nicht zum gewünschten Ergebnis und behindert darüber hinaus innovative Lösungen. Erheblich besser wäre eine Orientierung am Behandlungserfolg beziehungsweise an der Patientenzufriedenheit, versehen mit klaren wirtschaftlichen Anreizen. So könnten Zu- und Abschläge auf DRG-Erlöse von Patientenbewertungen abhängig gemacht werden. Damit würde das Patientenwohl schlagartig tatsächlich entscheidender Maßstab für Entscheidungen in jedem Krankenhaus werden.

Beinahe zynisch mutet die Aussage an, dass die Investitionsverpflichtung der Länder für die Krankenhäuser „erhalten bleibt“. Dabei wissen doch auch die Autoren dieses Koalitionspapiers, dass dieser „Verpflichtung“ bereits seit

geraumer Zeit in vielen Bundesländern nicht nachgekommen wird. Das Resultat sind Investitionsstau und oftmals unnötige Ausgaben, weil zufällig mal Geld vorhanden ist. Das Problem kann nur gelöst werden, wenn die Investitionskosten in die DRG-Fallpauschalen integriert werden. Der Gesundheitsdienstleister weiß selbst am besten, wo und wann im Interesse einer optimalen Patientenversorgung investiert werden muss. Hier brauchen wir ein Mehr an wirtschaftlichem Denken und weniger politische Intervention.

Das deutsche Gesundheitssystem steht an einem Scheideweg. Digitale Technologien eröffnen neue Gestaltungsspielräume. Nun geht es darum, diese im Interesse der Patienten auszufüllen. Wie in allen anderen Wirtschaftsbereichen auch muss der Staat den Ordnungsrahmen definieren. Dabei sollte er sich vor allem an dem für das Patientenwohl relevanten Ergebnis medizinischer Dienstleistungen orientieren. Bei der Umsetzung ist der Staat gut beraten, auf die Innovationskraft der Gesundheitswirtschaft zu setzen.



Prof. Dr. Josef Hilbert,  
Vorstandsvorsitzender, Netzwerk Deutsche  
Gesundheitsregionen (NDGR)

## Innovationsoffensive zur Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsregionen in Deutschland haben es in der Vergangenheit immer wieder erfahren müssen: Die Ideen für neue Versorgungskonzepte sind vielfältig, und die Akteure vor Ort sind bereit, sie mit viel Engagement umzusetzen. Doch spätestens nach der Pilotphase scheitern die meisten Innovationsprojekte – zu unsicher ist die rechtliche Situation, zu ungewiss die dauerhafte Finanzierung.

Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR) e.V. hat es sich deshalb zum Ziel gesetzt, die Rahmenbedingungen für nachhaltige, innovative Versorgungsformen zu verbessern. Mit der Zukunfts-AgendaGesundheit 2025 (ZAG 2025) verfolgt das NDGR zwei Ziele. Erstens, Innovationschancen für mehr Gesundheit und Lebensqualität einerseits und für eine Stärkung der Gesundheitswirtschaft andererseits systematisch herauszuarbeiten. Und zweitens, transparent zu machen, wo, wie und vom wem mehr dafür getan werden kann, vorhandene Zukunftschancen zuverlässig und schnell wahrzunehmen.

### Dauerbrenner Integrierte Versorgung

Aus Sicht der Gesundheitsregionen ist es nur zu begrüßen, dass sich nun auch die neue Bundesregierung zur Innovationsförderung bekennt. Der Koalitionsvertrag sieht dazu den Ausbau von Zusammenarbeit und Vernetzung vor – gerade auch über die Sektorengrenzen hinweg. Dabei sollen unter anderem auch die Telematik und die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe verbessert werden. Disease-Management-Programme sollen gestärkt und der Innovationsfonds fortgeschrieben werden. Ziel: Erfolgreiche Versorgungsansätze sollen zügig in die Regelversorgung überführt werden.

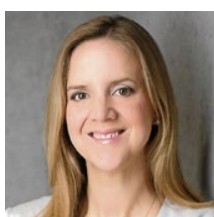
Leider zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahre, dass das politische Bekenntnis zu neuen Versorgungskonzepten bei Weitem nicht ausreicht, um tatsächlich

**Aus Sicht der Gesundheitsregionen ist es nur zu begrüßen, dass sich nun auch die neue Bundesregierung zur Innovationsförderung bekennt. Der Koalitionsvertrag sieht dazu den Ausbau von Zusammenarbeit und Vernetzung vor – gerade auch über die Sektorengrenzen hinweg.**

neue Modelle der Patientenversorgung in der Praxis breit und nachhaltig zu verankern. Prototypisch dafür ist die – in der Breite – mangelnde Akzeptanz der sogenannten integrierten Versorgung nach § 140 SGB V: Nach einem anfänglichen Boom, der durch die Anschubfinanzierung von 2004 bis 2008 ausgelöst wurde, hat die Bereitschaft der Leistungserbringer, entsprechende Verträge abzuschließen, deutlich nachgelassen. Ob es dem Innovationsfonds gelingt, der totgesagten integrierten Versorgung neues Leben einzuhauchen, bleibt abzuwarten.

### Best Practice aus den Gesundheitsregionen

Dass es auch anders geht, stellen viele Gesundheitsregionen unter Beweis. Sogar der Schritt in eine indikationsübergreifende, regionale populationsorientierte integrierte Versorgung kann gelingen. Wegweisendes Beispiel ist die Region Gesundes Kinzigtal. Rund 10.000 Bürger sind Mitglied in dem Netzwerk, das einen besonderen Fokus auf Prävention legt. Aber auch andere Regionen haben kräftige und nachhaltige Fortschritte vorzuweisen. In Ostwestfalen-Lippe sind dauerhafte Kümmererstrukturen für



Dr. Maren Grautmann,  
Geschäftsstelle, Netzwerk Deutsche  
Gesundheitsregionen (NDGR)

geriatrische Patienten aufgebaut worden. In Dortmund stimmt der dortige Geriatrieverbund patientenorientierte Vorgehensweisen zunehmend aufeinander ab. Im Großraum Dresden entstehen integrierte Versorgungsstrukturen für die nachhaltige Unterstützung von Diabetespatienten. Die Gesundheitsregion Hannover profiliert sich durch die kontinuierliche Verbreiterung, Vertiefung und wechselseitige Vernetzung der dort laufenden Aktivitäten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. All dies erfolgt weitgehend ohne politische Subventionen, und auch die Kostenträger sind „nur“ im Rahmen ihres Regelengagements beteiligt.

#### **Innovation braucht verlässliche Rahmenbedingungen**

Wenn es gelingen soll, die Gesundheitsversorgung zu revolutionieren, darf es nicht bei Lippenbekenntnissen, Modellprojekten und kärglich selbstfinanzierten Daueraktivitäten bleiben. Die Bereitschaft der Akteure, Gesundheit vor Ort zu gestalten, ist hoch – das betonen die Mitglieder des NDGR immer wieder. Für die nachhaltige Implementierung von Versorgungsinnovationen braucht es jedoch neben dem politischen Willen auch förderliche Rahmenbedingungen und angemessene Ressourcen. Die fachlichen Ideen sind da. Aber nur mit einer dauerhaften, sektorenübergreifenden Finanzierung werden sie sich in der Praxis durchsetzen. Das NDGR erwartet deshalb von

der neuen Bundesregierung innovative Finanzierungsmodelle einerseits und Gestaltungsräume für die Regionen andererseits. Der geplanten Bund-Länder-Arbeitsgruppe bieten wir an, unser Know-how für innovative, regionale Versorgungskonzepte einzuspeisen.

#### **Selbstverwaltung in der Pflicht**

Beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2018 wird das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen neue Anregungen für eine politische Stärkung der integrierten Versorgung vorlegen. Im Kern zielen sie darauf, dass die Selbstverwaltung, und hier vor allem die Kostenträger, systematisch und öffentlich beim Bundesversicherungsamt darüber Bericht erstatten müssen, wie sie in ihren Zuständigkeitsbereichen die integrierte Versorgung ausgebaut haben. Und auf dieser Basis soll auch das Bundesversicherungsamt gefordert werden, darüber Rechenschaft abzulegen, was dort passiert, um die Krankenkassen bei der Stärkung der integrierten Versorgung zu ermutigen.

Selbstverwaltung ist ein bewährter Ansatz für Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung; dies muss sie aber auch beim Ausbau der integrierten Versorgung unter Beweis stellen!



Jürgen Bieberstein,  
Geschäftsführer, Bundesverband Deutscher  
Krankenhaus-Apotheker (ADKA)

## **Stationsapotheker verbessern den Medikationsprozess**

### **Bundesweite Einführung des Stationsapothekers geplant**

Ziel ist es, die Arzneimitteltherapiesicherheit in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Als erstes Bundesland hatte Niedersachsen bereits 2017 das Projekt gestartet; konnte es aber vor den unerwarteten Neuwahlen im Herbst 2017 nicht abschließen.

Aus politischer Sicht ist die Forderung nach der Einführung eines Stationsapothekers auch eine Antwort auf die sogenannten Pflegemorde, bei denen ein Pfleger mehr als 100 Patienten mit Arzneimitteln getötet haben soll.

In der Zwischenzeit wird das Thema Stationsapotheker auch bundesweit relevant. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, die für die Gesundheitsministerkonferenz Beschlussempfehlungen erarbeitet, setzt sich dafür ein, dass die Gesundheitsministerien der Länder und das Bundesgesundheitsministerium die flächendeckende Einführung von Stationsapothekern prüfen sollen: der Stationsapotheker als wesentlicher Teil des Prozesses einer sicheren Arzneimittelversorgung im Krankenhaus.

Das Ziel des Verbandes der Deutschen Krankenhausapotheker (ADKA) e.V. ist die wirksame, sichere und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie für alle Patienten im Krankenhaus. Diese wird durch einen geschlossenen Medikationsprozess (Closed Loop Medication) am besten sichergestellt. Eine durchgängige Digitalisierung des Verordnungsprozesses in Verbindung mit dem Einsatz von Stationsapothekern bildet dafür die Basis.

Beide Instrumente – elektronisches Verordnungssystem und Stationsapotheker – sind notwendige und wirkungsvolle Elemente in der Qualitätssicherung ärztlicher Arzneimittelverordnungen. Sie unterstützen Arzt und Pflege bei dem Prozess der Arzneimitteltherapie auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und optimieren die Arzneimitteltherapiesicherheit zum Wohl unserer Patienten.

Bis 2021 sollen die Rahmenbedingungen für den regelhaften Einsatz von Stationsapothekern auch in deutschen Krankenhäusern geschaffen werden.



Anton J. Schmidt,  
Vorstandsvorsitzender, P.E.G. Einkaufs- und  
Betriebsgenossenschaft eG

# Prozesspartnerschaft – alter Wein in neuen Schläuchen?

In den letzten zehn Jahren konnte man in den gesundheitswirtschaftlichen Medien vermehrt von strategischen Partnerschaften lesen. Häufig wurden diese auch Systempartnerschaften genannt. Diese Angebote stammten meist von großen Medizintechnikunternehmen, die damit die Qualität, Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit der Leistungserbringer, also ihrer Kunden, steigern wollten. Begründet wurde dies damit, dass ressourcenbindende Aufgaben neben der medizinischen und pflegerischen Kernkompetenz der Krankenhäuser zielführender von Partnern erledigt werden sollten.

## Prozessoptimierung durch TCO

Es ist zweifellos richtig, dass Krankenhäuser ernsthaft überlegen müssen, welche Aufgaben der Patientenversorgung sie „in-house“ erbringen sollen und inwieweit es sinnvoll ist, einen Partner zur Aufgabenerledigung einzubinden. Letztlich muss es immer ein Ziel sein, höchste Qualität, bestmögliche Patientensicherheit und angemessene Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung im Gleichschritt zu gewährleisten. In jedem Fall ist das aus anderen Branchen bekannte Prinzip „Total Cost of Ownership“ anzuwenden. Also Investitionsvolumen, Wartungskosten sowie Instandhaltung von Medizintechnik und Informationstechnologie gemeinsam bewerten und struktur- und bedarfsgerechte Technologieausstattung in einer Gesamtstrategie darstellen. Nur dann ist sichergestellt, dass auch Prozessverbesserungen erreicht werden können. Nach Expertenerkenntnissen verbergen sich in den Prozessen der Patientenbehandlung die größten Wirtschaftlichkeitsreserven. Deshalb erscheint es durchaus angebracht, die bisher verwendeten Termini durch die Bezeichnung „Prozesspartnerschaft“ zu ersetzen.

Inhaltlich verlangt dies natürlich von den Anbietern auch umfassendes Prozessverständnis jedes einzelnen Kunden. Die Heterogenität einzelner Krankenhäuser ist

hoch, „One fits all“-Konzepte sind nicht zwingend erfolgversprechend. Bei aller Komplexität solcher Partnerschaften sollte bei den Beteiligten immer der Wille vorhanden sein, ein gemeinsames Ziel zu definieren,

**Letztlich muss es immer ein Ziel sein, höchste Qualität, bestmögliche Patientensicherheit und angemessene Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung im Gleichschritt zu gewährleisten.**

natürlich den wirtschaftlichen Erfolg zu priorisieren, aber auch die Gesamtqualität der Patientenversorgung gleichbedeutend zu realisieren.

## Investitionsstau abbauen!

Ein wesentliches Element ist für die Krankenhäuser die Finanzierung von moderner und innovativer Medizintechnik. Leider sind auch bei den jüngsten Verlautbarungen des Bundesministeriums für Gesundheit keine konkreten Vorhaben erkennbar, wie der vorhandene Innovationsstau und auch die notwendigen gegenwärtigen und zukünftigen Investitionsnotwendigkeiten auskömmlich finanziert werden sollen. Die Investitionsverpflichtung der Bundesländer wird nur unzureichend bedient, sodass der Markt für professionelle Prozesspartnerschaften weiter vorhanden sein wird. Voraussetzung für solche Konzepte ist neben finanziellen und inhaltlichen Vereinbarungen aber vor allem auch eine solide Vertrauensgrundlage zwischen Anbieter und Nachfrager. Hier gilt es für beide Seiten, aufeinander zuzugehen und Vorbehalte abzubauen.

Erfolgsrelevante Konzepte sind in vielfältiger Ausprägung vorhanden, umgesetzt werden müssen diese von Menschen.



Prof. Dr. Norbert Klusen,  
Mitglied Expertenrat, Innovationsfonds

# Der Wettbewerb der Krankenkassen – ein Erfolgsmodell?

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, insbesondere das Recht der Mitglieder, die Krankenkasse jederzeit zu wechseln, wurde 1996 als eines der Ergebnisse des in Lahnstein 1992 geschlossenen parteiübergreifenden Kompromisses zur grundlegenden Umstrukturierung der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Millionen Mitglieder wechselten seit dem Inkrafttreten der Reform 1996 ihre Krankenkasse, wenn ihnen Preis, Service oder Leistung nicht gefielen. Das machte Druck auf die Krankenkassen, an ihren Kostenstrukturen und ihrer Dienstleistungskompetenz zu arbeiten. Leistungen, die man vorher als gegeben betrachtete, wurden hinterfragt, der Service wurde verbessert und erheblich ausgeweitet, aus dem Versicherten oder Mitglied wurde ein Kunde. Im Laufe der Zeit wurden den Krankenkassen weitere wettbewerbliche Spielräume eröffnet, wie Wahltarife für ihre Versicherten anzubieten. Auf der Einkaufsseite wurde den Kassen zum Beispiel ermöglicht, Selektivverträge zu schließen und Arzneimittel auszuschreiben.

In den mehr als 25 Jahren seit Einführung des Wettbewerbs wurden durch Optimierungen von Verwaltungskosten und Leistungsausgaben – auch wenn dies bisher niemand genau nachgerechnet hat – viele Milliarden eingespart.

## Gleiche Bedingungen für Wettbewerbsakteure

Auch das Bundesversicherungsamt (BVA) weist in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung darauf hin, dass der Wettbewerb unter den Krankenkassen weithin als erfolgreich angesehen wird. Das Amt führt aber gleichzeitig eine Reihe

von Kritikpunkten sowohl an der systemischen Gestaltung des Wettbewerbs als auch am Verhalten der Wettbewerbsteilnehmer, vor allem der Krankenkassen, auf. Diese verstehen sich heute mehr als Unternehmen denn als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Dass dies auch zu Auseinandersetzungen mit der Rechtsaufsicht führt, liegt auf der Hand.

Im Konfliktfeld zwischen dem wettbewerblichen Verständnis von Unternehmen und dem öffentlich-rechtlichen Auftrag kommt es immer wieder zu Regelverstößen. Das liegt aber häufig nicht am bösen Willen der Krankenkassen, sondern an erheblichen systemischen Mängeln. Die immer wieder uneinheitliche Aufsichtspraxis – bundesweite Krankenkassen in der Zuständigkeit des BVA, Landeskassen in der Zuständigkeit der Länder – führt oft zu erheblichen Ungleichbehandlungen der Wettbewerbsakteure durch die Aufsichten und damit zu Wettbewerbsverzerrungen. Dieses Ärgernis wird auch in Zukunft nicht ausgeräumt werden, denn eine diesbezügliche Änderung bedarf auch einer Änderung der Verfassung. Hier bleibt nur der Appell an die Aufsichten, bei ihren gemeinsamen Aufsichtstagungen einheitliche Vorgehensweisen zu vereinbaren und sich daran auch zu halten, wenn sie zurück in ihren Regionen sind. Bisher war das nicht immer so.

Auf der anderen Seite tun sich Krankenkassen keinen Gefallen, wenn sie unter dem Druck des Wettbewerbs den Risikostrukturausgleich manipulieren und aktive Risikoselektion betreiben. Da müsste manch einem Akteur doch bewusst werden, dass eine Krankenkasse bei allem erwünschten unternehmerischen Handeln eben doch kein privatwirtschaftliches Unternehmen ist. Übrigens sind privatwirtschaftliche Unternehmen auch in eine Wettbewerbsordnung eingebunden, in der Verstöße durch die Kartellbehörden und Gerichte geahndet werden.

Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Er dient der qualitativ und wirtschaftlich besseren Versorgung der Menschen. Auch wenn an den Regeln und an der Ausübung in der Praxis Verbesserungsbedarf besteht, hat er sich doch als Erfolgsmodell bewährt. Eine staatliche Einheitsversicherung ohne Wettbewerbsdruck würde nichts besser machen. Wie Management und Kundenorientierung bei solchen Organisationen sind, kann man an vielen Beispielen beobachten.

**Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Er dient der qualitativ und wirtschaftlich besseren Versorgung der Menschen.**

„Eine rasche Reform des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen ist dringender denn je. Solange dieser einzelne, regional agierende Kassen bevorzugt, ist ein fairer Wettbewerb nicht möglich. Denn derzeit lautet das Motto: Region schlägt Management.“

Prof. Dr. Christoph Straub,  
Vorstandsvorsitzender, BARMER







Frank-Michael Frede,  
Geschäftsführer, VAMED

# Auch der Bund sollte Investitionen in Krankenhäuser fördern

Ähnlich wie bei der Finanzierung der Krankenhäuser sind auch die Zuständigkeiten der Verantwortungsträger in der Bildungspolitik strikt voneinander abgegrenzt. Doch das ändert sich gerade. Galt bislang die Kultur als alleinige Hoheit der Bundesländer, will die neue Bundesregierung das Kooperationsverbot auf diesem Gebiet in ein Kooperationsangebot umwandeln. Hierzu soll sogar das Grundgesetz geändert und sollen damit scheinbar zementierte Strukturen aufgebrochen werden. Großen Widerstand der Landesregierungen gibt es nicht. Zu groß sind Nachhol- und Ressourcenbedarf bei der Digitalisierung der Schulen und beim Ausbau der Ganztagsbetreuung von Grundschulern. Und zu verlockend ist das Angebot der Bundesregierung, die bis 2021 ein Forschungs- und Bildungspaket von rund elf Milliarden Euro in Aussicht stellt.

## Kooperation als Weg aus dem Stau

Warum soll das, was in der Bildungspolitik möglich geworden ist, nicht auch im Gesundheitswesen funktionieren? Investitionen in Krankenhäuser sind Aufgabe der Bundesländer, die dieser seit Jahren nur unzureichend nachkommen, oft weil sie dazu finanziell nicht in der Lage sind. Entsprechend hoch ist der Investitionsstau. Laut dem RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung belief sich der Investitionsbedarf der Krankenhäuser allein 2015 auf 5,4 Milliarden Euro, während die Bundesländer nur Fördermittel in Höhe von 2,8 Milliarden Euro bewilligt hätten, sodass eine Lücke von 2,6 Milliarden Euro entstanden sei – in einem einzigen Jahr. Bezieht man den über lange Zeit aufgebauten Investitionsstau ein, fällt diese Lücke noch deutlich größer aus: Auf gewaltige 50 Milliarden beziffert die Deutsche Krankenhausgesellschaft den kumulierten Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern; das RWI geht immerhin von 28 Milliarden Euro aus.

Warum soll das, was in der Bildungspolitik möglich geworden ist, nicht auch im Gesundheitswesen funktionieren?

Egal, wie hoch die Summe ausfällt – alleine sind die Bundesländer damit überfordert. Insbesondere bei der Digitalisierung der Krankenhäuser, bei der Deutschland nur langsam vorankommt, sind die Aufgaben gewaltig, aber lohnenswert. Schließlich kann die Digitalisierung dazu beitragen, den Ärzten und Pflegekräften die Arbeit zu erleichtern, indem Abläufe deutlich vereinfacht werden und der Informationsfluss erheblich verbessert wird. Einen ersten An Schub hierzu gab das Bundesministerium für Bildung und Forschung 2017 mit seiner Medizininformatik-Initiative, in deren Rahmen 17 Universitätskliniken Datenintegrationszentren aufbauen werden, um sich miteinander vernetzen und Daten austauschen zu können. Hierfür stellte das Ministerium rund 120 Millionen Euro über vier Jahre zur Verfügung.

## Holistische Ansätze gefragt

Digitalisierung allein reicht jedoch nicht, um eine effiziente und hochqualitative medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen. Dazu gehört außer gut qualifizierten und motivierten Mitarbeitern auch eine entsprechende bauliche, technische und logistische Infrastruktur. Daran mangelt es vielerorts ebenfalls. Um hier knappe Ressourcen effizient einzusetzen, muss ganzheitlich herangegangen werden: Wie ist der Case-Mix in einer Region aktuell, wie wird er sich in den nächsten Jahren entwickeln, und was folgt daraus für die medizinische Ausrichtung des örtlichen Krankenhauses? Aus den Antworten hierauf können unabhängige Experten den jeweiligen Bedarf an Räumen, Strukturen, Logistik und Ausstattung ableiten und dabei auch mögliche künftige Veränderungen berücksichtigen. Dann wären die erforderlichen Investitionen gut angelegt. Das müsste auch die Bundesregierung überzeugen.



Prof. Dr. Jens Scholz,  
Vorstandsvorsitzender,  
UNIKLINIKUM Schleswig-Holstein

# Die Medizin der Zukunft ist 1. digital, 2. kooperativ und 3. international

Unsere deutsche Medizin verpasst gerade den Anschluss in der Digitalisierung. Dies ist umso bitterer, weil wir das gerade in der Pharmabranche erlebt haben: Wer heute dort forschen will, geht in die USA. Die Folge: Erfolgreiche Medikamente kommen kaum noch aus Deutschland, und bei Produktionsengpässen sind wir bei der Belieferung unattraktiv.

Bei der digitalen Disruption kommt es genauso: Künstliche Intelligenz, Big Data und Robotik revolutionieren die Medizin. Google, Apple, Facebook und Amazon – kurz GAFA – warten aber nicht auf uns, sondern bieten digitale Gesundheitslösungen erfolgreich an.

Ruht sich die Politik darauf aus, dass die Bürger ihr teures und teilweise ineffizientes Gesundheitssystem lieben, weil es so bequem ist? Eine zurückhaltend-höfliche ältere Generation Krankenversicherter kauft ja auch keine digitale Medizin, wenn die analoge von der Kasse kommt. Allerdings wird sich eine medienaffine Jugend, die per App Lieferungen innerhalb weniger Stunden erwartet, nicht mehr drei Wochen für einen Arzttermin vertrösten lassen. Die Sofortdiagnose gibt es bereits heute bei Babylon Health – egal, ob der Internet-Doc in China oder Indien sitzt.

## Weg von fragmentierten nationalen Standards!

Dem heimischen Markt fehlt Dynamik. Alle warten immer auf die Lösung für alle. Dazu kommen die hohen Datenschutz- und regulatorische Anforderungen. Die machen die IT nicht smart. Und: Es fehlt an offenen Datenstandards. Schnittstellen kosten Geld und Nerven, wie wir seit der „Elektronischen Gesundheitskarte“ wissen. Gemeinsame digitale Lösungen erfordern aber Mut: Den Mut, es erstens nicht jedem recht machen zu können und uns zweitens vom Geschäftsmodell der geschlossenen Systeme zu verabschieden. Wer an überkommener Besitzstandswahrung festhält, tut dies auf Kosten einer effizienten Patientenversorgung – genauso wie derjenige, der an Schnittstellen Geld verdient.

Weil die IT-Medizin global und kooperativ ist, können sich fragmentierte nationale Standards nicht durchsetzen. Warum also die Entwicklung nicht in unserem Sinne prägen? Bei der sektorenübergreifenden Vernetzung hat sich mit den IHE-Profilen (Integrating the Healthcare Enterprise) bereits eine Standardfamilie herauskristallisiert, die sowohl international politisch als auch vom Markt unterstützt wird. Ein aktiver Aufbau auf diesem Leitstandard würde zu Investitionssicherheit für „Innovations made in Germany“ führen.

## Weg mit der Gießkanne:

### Innovationsmotoren gezielt fördern!

Deutschland hat mit dem BMBF-Förderkonzept Medizininformatik Zeichen gesetzt. Entscheidend ist nun, dass die Forschung nicht von der Gesundheitsversorgung isoliert wird. Zwingend müssen hier entwickelte Technologien nahtlos mit klinischen Systemen verknüpft werden und idealerweise compatible Datenstandards Anwendung finden. Denn neu generiertes Wissen

soll direkt wieder dem Patienten zugutekommen. Und dazu bedarf es eines Finanzierungskonzepts: Statt einer Förderung „mit der Gießkanne“ sollten zentrale Akteure als Anker der Digitalisierung verstanden werden. Obwohl gerade die Universitätsklinika über das höchste Know-how in der Forschung und Krankenversorgung verfügen, fehlt der Gesundheitspolitik die Weitsicht, diese Innovationsmotoren vernünftig auszustatten, damit sie sich global positionieren können. Es bietet sich hier vor allem die Einbeziehung der Universitätsklinika in die Förderung durch den Strukturfonds an.

Vom immensen und hochqualitativen Datenwissen der Universitätsmedizin könnte auch die Industrie profitieren. Davon hätten dann auch gerade die Patienten sehr viel – man denke nur an Precision Health. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein treibt diese offene Zusammenarbeit mit allen Partnern voran, um die Herausforderungen der Medizin des 21. Jahrhunderts aufzunehmen.

Ruht sich die  
Politik darauf aus,  
dass die Bürger ihr  
teures und teil-  
weise ineffizientes  
Gesundheitssystem  
lieben, weil es so  
bequem ist?

**WERDEN  
SIE  
MITGLIED!**

## **Unternehmer und Manager in der INITIATIVE GESUNDHEITS- WIRTSCHAFT aktiv**

Der soziale Konsens, kranke Menschen – unabhängig von ihren eigenen finanziellen Möglichkeiten – mit moderner Medizin zu behandeln, muss zu einem der bedeutenden Werte des künftigen gemeinsamen Europas werden. Dazu ist angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen eine große Anstrengung vieler engagierter Kräfte notwendig.

Die in der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT vereinten Unternehmer und Manager sind bereit, für eine gute Medizin für alle einzutreten. Sie sind davon überzeugt, dass die aktiven Unternehmen der Gesundheitswirtschaft durch Leistung, Qualität und Produktivität einen entscheidenden Beitrag zur Erreichung dieses Ziels erbringen können. Dazu muss die Politik den Wettbewerb und damit Wachstum fördern. Die INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT will darum ein Bewusstsein für die Bedeutung der Branche schaffen, denn nur gemeinsam – durch unternehmerische, kreative und innovative Kooperation aller Akteure – sind die kommenden Jahre steuer- und gestaltbar.

Wir appellieren an Unternehmer und Manager der Gesundheitsbranche, Mitglied der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT zu werden, um die Zukunft selbst mitzubestimmen und der Branche endlich eine starke Stimme zu verleihen!

Weitere Informationen unter: [www.initiative-gesundheitswirtschaft.org](http://www.initiative-gesundheitswirtschaft.org)

