

NRW-KRANKENHAUSPLAN ZUWEISERMARKETING
HOSPITAL ENGINEERING PATIENTENSICHERHEIT
ZENTRENBILDUNG SCHNITTSTELLENMANAGEMENT
QUALIFIZIERUNG CRM FORSCHUNGSKOOPERATIONEN
OP DER ZUKUNFT CONTROLLING

SPECIAL:

DER **KLINIKKONGRESS RUHR**

IM ZEICHEN DER KRANKENHAUSREFORM

PERSONALENTWICKLUNG VERSORGUNGSKONZEPTE
HYGIENEMANAGEMENT 4.-5. JUNI KRANKENHAUSBAU
MEDIZINISCHE VERSORGUNGSNETZE DORTMUND
ARZNEIMITTELSICHERHEIT ZUKUNFT DER DRGS



Hygieneverbund
Modellregion Ruhrgebiet
im Aufbau



Klinikfusionen
Der Ruhr entlang:
Die Neue Contilia



Focus Ranking
Herz- und Kreislauf-Experten
an der Ruhr



St. Elisabeth Gruppe
Rheumazentrum Ruhrgebiet
feierlich eröffnet



KLINIK WIRTSCHAFT INNOVATION

DER KLINIKKONGRESS RUHR 4./5. Juni 2014

Der Klinikkongress Ruhr geht in seine nächste Runde. Vieles hat sich hier – in Deutschlands bedeutendster Krankenhauslandschaft – seit der letzten Veranstaltung im Herbst 2011 bewegt: Neue Klinikverbünde, regionsweite Versorgungsnetze, wegweisende medizinische Projekte und anderes mehr. Das prognostizierte Kliniksterben ist ausgeblieben. Viele „Hausaufgaben“ sind gemacht. Doch der Strukturwandel geht weiter – nicht nur mit Blick auf Bettenzahlen, Standorte und Bilanzen. Auch das riesige Potenzial der Region für patientenorientierte Innovationen muss noch stärker mobilisiert werden. Unser bevorstehender Kongress wird das Erreichte beleuchten und Anstöße für die nächsten Jahre geben. Im Mittelpunkt stehen Entwicklungen in der Region und Verabredungen für die Region.

Der Kongress steht aber auch im Zeichen der Krankenhausreform, deren Vorbereitung Bund und Länder in diesen Tagen vereinbart haben. Wir wollen einen Strukturwandel, der sich nicht im Bettenabbau erschöpft, sondern an Versorgungsqualitäten orientiert und Gesundheitsinnovationen befördert. Hierfür sind die politischen Rahmenbedingungen zu hinterfragen. Aus dem Erfahrungsschatz der regionalen

Klinikwirtschaft wollen wir deutliche Hinweise für veränderte Steuerungsmechanismen geben. Ebenso wollen wir prüfen, wie wir derartige Veränderungen regional ausgestalten und unterstützen können. Hierbei kann auch die demnächst mit neuen Programmen einsetzende Innovationsförderung des Landes helfen.

Der Kongress richtet sich an die Leitungen und verschiedenen Berufsgruppen in den Kliniken, an ihre Partner in der regionalen Gesundheitsversorgung und an die zuliefernde Wirtschaft. Es geht um das Ruhrgebiet, aber wir freuen uns auch über die Kooperation mit unseren Nachbarregionen, mit der Landespolitik und mit den befreundeten Fachverbänden. In den Veranstaltungen und Foren stehen ca. 90 Referentinnen und Referenten für einen fundierten und praxisnahen Austausch bereit. Die Kongressausstellung und der Abendempfang bieten hierfür weitere Möglichkeiten.

Im Vorgriff auf den Kongress finden Sie nachfolgend einige Statements von verschiedenen Kongresspartnern und aus den verschiedenen Mitgliedergruppen von MedEcon Ruhr.

Jochen Brink, Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen, Präsident

Gemeinsamer Kraftakt von Bund und Ländern bei Investitionsmitteln erforderlich



Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die Große Koalition die Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausfinanzierung erkannt hat und fordern eine faire und nachhaltige Lösung. Wir erwarten von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform insbesondere einen gemeinsamen Kraftakt zur Beseitigung der chronischen Unterfinanzierung bei den Investitionsmitteln.

Die 385 Krankenhäuser in NRW leiden seit Jahren unter zu geringen Fördermitteln für Baumaßnahmen und medizinische Geräte. Die Kalkulation des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) zu den Investitionspauschalen bestätigt den erforderlichen jährlichen Investitionsförderbedarf in einer Höhe von 6 Mrd. Euro. Die derzeitige Praxis der Krankenhausfinanzierung führt dazu, dass den Krankenhäusern bundesweit jährlich 3,3 Mrd. € für Investitionen fehlen.

Es darf nicht soweit kommen, dass Mittel aus dem Bereich der Betriebskosten eingesetzt werden müssen, um zumindest die dringlichsten baulichen Erfordernisse abzudecken und dringend notwendige medizinische Geräte zu erneuern. Diese Mittel fehlen dann insbesondere beim Personal. Wir brauchen jetzt den Schulterchluss von Bund und Ländern für ein gemeinsames Förderprogramm. Grundvoraussetzung bleibt für uns die Letztverantwortung der Länder in der Krankenhausplanung. Unseren Umsetzungsvorschlag präsentieren wir Ihnen gerne beim Klinikkongress Ruhr.

Günter van Aalst, Techniker Krankenkasse NRW,
Leiter der Landesvertretung

Grenzen durchbrechen – Chancen nutzen: Ideen der TK für die NRW-Krankenhauslandschaft 2020



Das Gesundheitswesen ist eine ewige Baustelle. Gesellschaftliche und soziodemographische Veränderungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt sind ständige Spannungsfelder. Damit Patienten weiterhin qualitativ hochwertig behandelt werden können, muss jeder Reformprozess den tatsächlichen Bedarf an stationärer und ambulanter Versorgungsleistung berücksichtigen. Die TK will diese beiden Ebenen synchronisieren und eine Balance zwischen Patientennähe, Qualität und Wirtschaftlichkeit schaffen.

Unsere Ideen für eine NRW-Krankenhauslandschaft 2020 zielen darauf, jede Klinik individuell auf ihre Region und ihren speziellen Versorgungsauftrag auszurichten.

Zentraler Parameter für die Marktteilnahme soll – neben dem tatsächlichen Bedarf an stationären Krankenhausleistungen – die Qualität der Leistungserbringung sein. Das neu zu gründende Qualitätsinstitut muss möglichst schnell wissenschaftlich fundierte und akzeptierte Parameter für Qualität und Transparenz entwickeln.

Ein qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen Krankenhäusern braucht passgenaue Vergütungsanreize, damit die am Behandlungserfolg ausgerichtete Versorgung in den Vordergrund tritt. Die TK will diese Prozesse aktiv gestalten und ist bereit, jenseits bisheriger Denkblockaden neue Wege zu beschreiten.

Franz-Rainer Kellerhoff, MedEcon Ruhr, stv. Vorsitzender;
Kath. Klinikum Bochum und Universitätsklinikum der Ruhr-
Universität Bochum, kaufm. Geschäftsführer

Kliniken an der Ruhr – ein starkes Stück Patientenversorgung



Gemessen an Umfang und Dichte ist das Ruhrgebiet Deutschlands bedeutendste Kliniklandschaft. Ca. 80.000 Menschen arbeiten in den hiesigen Krankenhäusern. Zählt man eigenständige, aber mit ihnen eng verbundene Versorgungseinrichtungen in Prävention, Rehabilitation und Pflege hinzu, und berücksichtigt man die Vielzahl zuliefernder Unternehmen aus der Region, so dürfte sich die Wirkung auf die regionale Beschäftigung und Wertschöpfung sicherlich verdoppeln. Daher stehen die Krankenhäuser für MedEcon Ruhr ganz unbestritten im Mittelpunkt des gesundheitswirtschaftlichen Gefüges – immer im konstruktiven (manchmal auch strittigen) Dialog mit anderen MedEcon-Partnern wie den Krankenkassen, Patientenorganisationen und öffentlichen Akteuren.

Die Krankenhausträger an der Ruhr bemühen sich meines Erachtens im Großen und Ganzen und auch im bundesweiten Vergleich erfolgreich um Verbundlösungen, die zwei besondere Stärken der Ruhrgebietskliniken auch in Zukunft miteinander verbinden können. Ich spreche zum einen von spitzenmedizinischen Spezialisierungen: Sie sind (zum Teil mit universitären Aufgaben) über verschiedenste Häuser und Standorte hinweg breit verteilt sind und machen die Region auch für auswärtige Patienten, im Zusammenwirken mit den benachbarten ländlich geprägten Räumen und mit Blick auf medizinische Innovationen attraktiv. Zum anderen geht es um die wohnortnahe Versorgung: Krankenhäuser aller Versorgungsstufen sind hier zunehmend als Gesundheitszentren gefragt, die über Trägerverbände die Versorgung in regionaler Dimension optimieren. Dies gilt insbesondere für chronisch Kranke, für ältere, aber auch für ganz junge Patienten.

Wird die bevorstehende Krankenhausreform unsere regionalen Bemühungen befördern? Ja, wenn die regionale Versorgungsqualität im Mittelpunkt steht und die Investitionskraft der Häuser gestärkt wird. Für die Ausgestaltung und Umsetzung einer derartigen Reform sind die Kliniken und Klinikträger des Ruhrgebietes jedenfalls gut aufgestellt

Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel, Evangelisches Krankenhaus
Mülheim, Ategris-Regionalholding, Ärztlicher Direktor

Worum es wirklich geht: Medizinische Qualität im Verbund

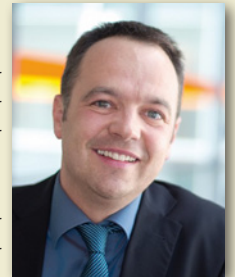
Bettenabbau! Der mit dieser Forderung für Krankenhäuser angeblich (wenn man vielen Medien folgt) verbundene Schrecken hält sich in Wirklichkeit in Grenzen. Statt vor allem über die Menge von Betten und Fällen zu streiten, sollte sich die Aufmerksamkeit viel stärker auf die Tiefe und Qualität der Behandlung richten. Zum Wohl der Patienten, aber auch im betriebswirtschaftlichen Interesse der Häuser.

Eine derartige Orientierung geht mit medizinischer Spezialisierung einher und dies lässt sich wiederum am besten in Verbänden umsetzen. Hierzu

Jörg Holstein, Visus GmbH, Geschäftsführer;
Vorstand MedEcon Ruhr

Aus Sicht der Zulieferindustrie: Referenzmarkt für klinische Innovationen

Die Klinikwirtschaft befindet sich im Umbruch. Dies ist auch für die zuliefernde Industrie eine Herausforderung. Denn leistungsfähige Krankenhäuser verfügen natürlich über ein gewaltiges Nachfragepotenzial – vom Krankenhausbau über die technische Ausrüstung bis zu logistischen Dienstleistungen und Telemedizin. Andererseits können zuliefernde Unternehmen mit innovativen Produkten und Lösungen selbst dazu beitragen, dass der Umbau der Krankenhauslandschaft gelingt.



So sieht sich auch die VISUS: Als Start-Up der Universität Witten/Herdecke 2000 in Bochum gegründet ist sie heute mit ihren mehr als 100 Beschäftigten einer der führenden Anbieter medizinischer Bildmanagementsysteme. Die enge Verbindung zu Krankenhäusern des Ruhrgebietes spielte und spielt dabei eine wichtige Rolle. Sie stellen nicht nur einen in seiner Größe interessanten Absatzmarkt dar. Wir nutzen das Ruhrgebiet (mit Hilfe von MedEcon Ruhr) zugleich als „Referenzmarkt“ für innovative Lösungen, die wir dann auch bundesweit und international anbieten können. Der in MedEcon-Regie betriebene Westdeutsche Teleradiologieverbund bietet dafür eine hervorragende Plattform. Er vernetzt mittlerweile über 100 Krankenhäuser und Praxen, verringert die Kosten der Bilddatenkommunikation und eröffnet neue Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung.

Viele Unternehmen nutzen auf ihren jeweiligen Geschäftsfeldern die regionalen Möglichkeiten in ähnlicher Weise. Wir hoffen, dass der Umbruch in der Krankenhauslandschaft und die Krankenhausreform derartige Partnerschaften beflügeln. Dies gilt auch für die politisch angekündigte Förderung der Telemedizin und deren angemessene Vergütung: Krankenhäusern und ihren IT-Partnern würde dies Spielräume für neue Versorgungs- und Geschäftsmodelle eröffnen.

gehört z.B. die Bildung transsektoraler Zentren. Auch Personalrecruitment und Personaleinsatzplanung lassen sich im Verbund optimieren. Übergreifend geht es um die strategische Positionierung der Kliniken in Verbänden unter Reduzierung von Über- und sinnloser Parallelversorgung.

Hierfür ist der regionale Kontext entscheidend. Im Ruhrgebiet bieten sich in dieser Hinsicht Möglichkeiten, die hiesige Kliniken und Träger – und als Ärztlicher Direktor spreche ich auch für das eigene Haus – schon aus eigener Kraft nutzen. Qualität im Verbund: Es wäre gut, wenn die politischen Rahmenbedingungen dies noch stärker befördern könnten, insbesondere mit Blick auf die Spielräume für rechtzeitige und gezielte Investitionen.





KLINIK WIRTSCHAFT INNOVATION

DER KLINIKKONGRESS RUHR 4./5. Juni 2014

Wolfgang Mueller, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Landesvorsitzender NRW; Vestische Caritas-Kliniken, Geschäftsführer

Zur Zukunft der DRGs – im Zeichen von Qualität und Innovation



Eine grundlegende Überarbeitung des DRG-Systems ist zwingend notwendig. Ansonsten wird auf Grund der wirtschaftlichen Situation eine wichtige Säule der stationären Versorgung, Allgemeinkrankenhäuser mit weniger als 250 Betten, wegbrechen. Diese Gruppe umfasst ca. 60 % aller Krankenhäuser. Die Kalkulation der DRG-Entgelte auf Basis von vermeintlichen Durchschnittskosten führt mittlerweile zu einer systematischen Unterfinanzierung der Hälfte der bundesdeutschen Krankenhäuser. Dieser Systemfehler muss behoben werden, um die Grundversorgung in der Fläche sicherzustellen. „Gute Qualität muss sich für Krankenhäuser finanziell lohnen“: „Im Prinzip ja, aber...“

Wenn das Ziel die Steigerung der ohnehin schon sehr guten Ergebnisqualität ist, wird sich jedes Haus an diesem Wettbewerb beteiligen. Wer will aber über eine vierstufige Qualitätsdefinition (unterdurchschnittlich, normal, besonders gut, nachgewiesen hoch) entscheiden? Das personelle Aufrüsten auf Seiten der Kostenträger und Krankenhäuser zur Dokumentation der Qualitätsstufen wird weitere Ressourcen weg von der Patientenversorgung hin zur Bürokratie verlagern.

Medizinischer Fortschritt und Innovationen werden die Herausforderung an das Gesundheitssystem sein. Bereits heute sind neben der demographischen Entwicklung medizinische Innovationen ein wesentlicher Grund für die Leistungsentwicklung in der stationären Versorgung. Gepaart mit der Erwartungshaltung der Patienten, jederzeit sofortigen und unbegrenzten Zugang zur bestmöglichen Versorgung zu erhalten, werden Leistungen und Kosten weiter zunehmen.



Dr. Sabine Schipper, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft NRW, Geschäftsführerin; Vorstand MedEcon Ruhr

10 Jahre DRG: Aus Sicht chronisch Kranker mehr Schatten als Licht

Bis vor 10 Jahren vergüteten die Krankenkassen bei den meisten Erkrankungen nach „Bettentagen“, die ein Patient im Krankenhaus verbrachte. Diese Form der Vergütung wurde ab 2004 durch Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) abgelöst. Die Leistungen des Krankenhauses werden nun pauschal pro Behandlungsfall vergütet, unabhängig vom Zeitaufwand, der in der Versorgung anfällt. Dies hat initial sicherlich zu mehr Vergütungsgerechtigkeit geführt. Die DRG haben aber auch die Betriebsabläufe und die Ökonomie stationärer Aufenthalte deutlich beeinflusst – und damit auch die Zuwendung zum Patienten. Rollen und Selbstverständnis von Ärzten und Pflegekräften haben sich verändert und gerade diejenigen Patienten sind zu „Verlierern“ geworden, die besondere Fürsorge benötigen. Hier ist an multimorbide, ältere und chronisch Kranke, aber auch an kranke Kinder zu denken. Gruppen also, bei denen die Betrachtung sozialer Implikationen, zeitintensive Interaktionen und eine umsichtige Überleitung im eng getakteten Klinikalltag kaum gewährleistet werden können. Denn: „Rentabel“ sind vor allem die Patienten, deren Liegedauer unter der mittleren Liegedauer der entsprechenden DRG liegt („Profitlyer“). Das System erzwingt so eine Dynamik zu kürzeren Liegezeiten. Und heißt es in der „Ärztezeitung online“ vom 11.3.2014 „DRG-System mit Licht und Schatten“, so ergeben sich aus der Sicht einer Patientenorganisation mehr Schatten als Licht.



Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, Alfred Krupp von Bohlen- und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Das DRG-System: Erfolge durch Weiterentwicklung sichern

Die Einführung des DRG-Systems vor über zehn Jahren kann durchaus als Erfolg gewertet werden. Die mit dem DRG-System verbundenen gesundheitspolitischen Zielsetzungen (Effizienz, Transparenz, Leistungsgerechtigkeit) wurden weitestgehend erreicht. Der zukünftige und nachhaltige Erfolg des Systems hängt aber von zwei unterschiedlichen Entwicklungssträngen ab. Zum einen offenbart das System nach wie vor verschiedene systemimmanente Fehlanreize (z.B. mit Blick auf die Mengendynamik) und Benachteiligungen für einzelne Wettbewerber bzw. Wettbewerbsgruppen, die es durch entsprechende Weiterentwicklungen zu beheben gilt. Zum anderen sind auch sich wandelnde Rahmenbedingungen im Kontext der geplanten gesundheitspolitischen Entwicklungen im Krankenhausmarkt zu betrachten. Vor allem der Umgang mit der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer sowie der Einbezug von qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen bei der Leistungsvergütung werden die zukünftige Ausgestaltung des DRG-Systems maßgeblich bestimmen.