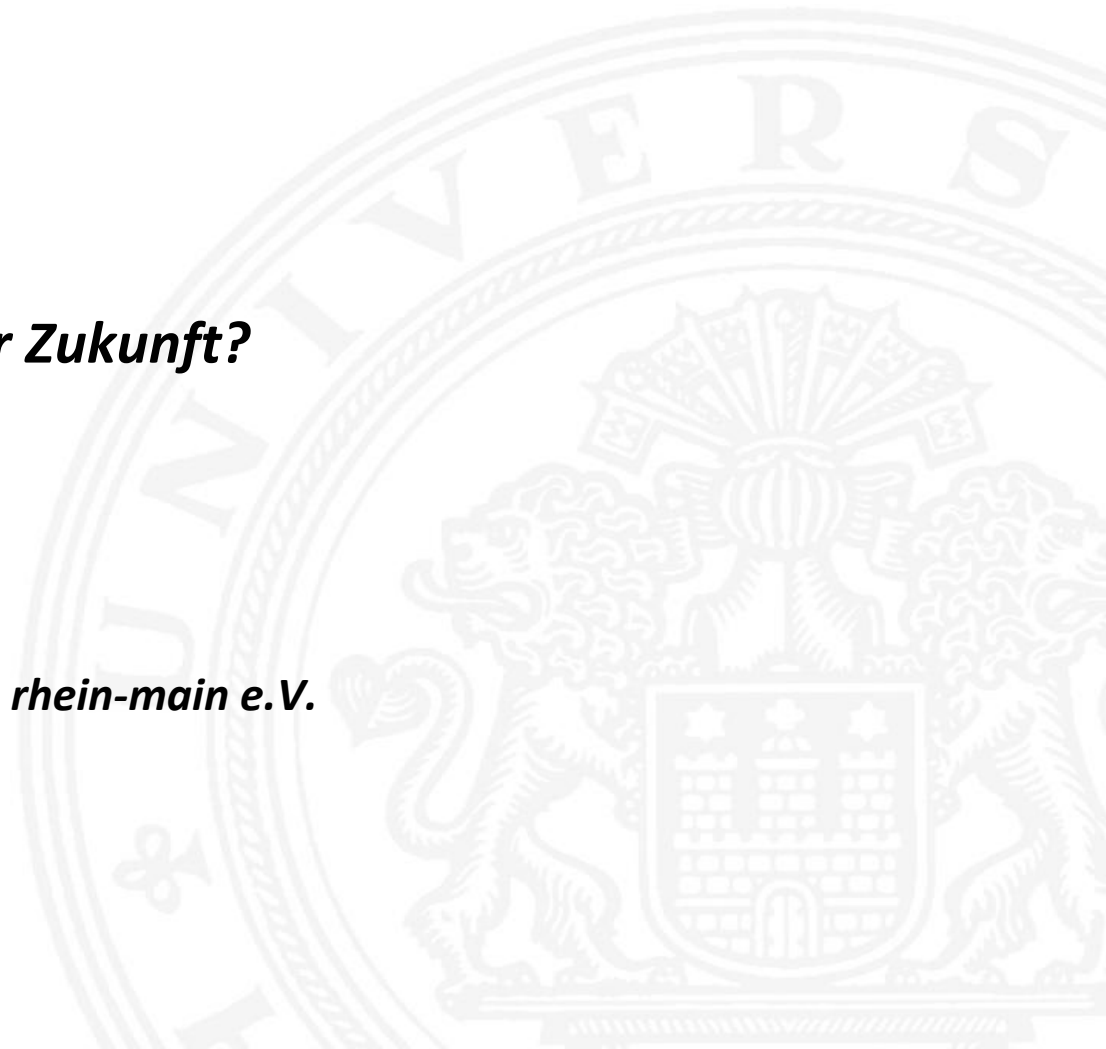




***Agenda 2030: Krankenhauslandschaft der Zukunft?
- Ein Blick über den Tellerrand -***

Frühjahrstagung der Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.V.

Bad Soden, den 2. Juni 2015



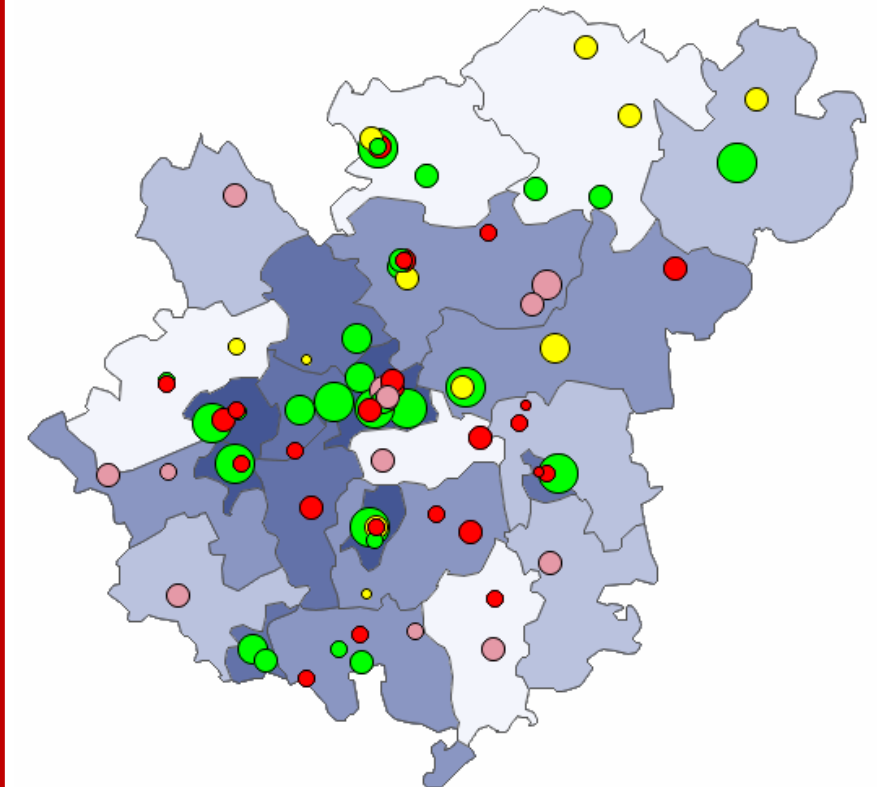
Status Quo

- + Leistungsfähige Krankenhausmedizin
- + Hohes Qualitätsniveau im internationalen Vergleich
- + (Qualitäts-)wettbewerb zwischen den Krankenhäusern
- + Geringe Wartezeiten

Kritik

- Doppelstrukturen und Überkapazitäten
- Abstimmung zwischen den Ländern
- Fehlanreize zur Fallzahlsteigerung

Technische Effizienz, 2010



Conditional efficiency

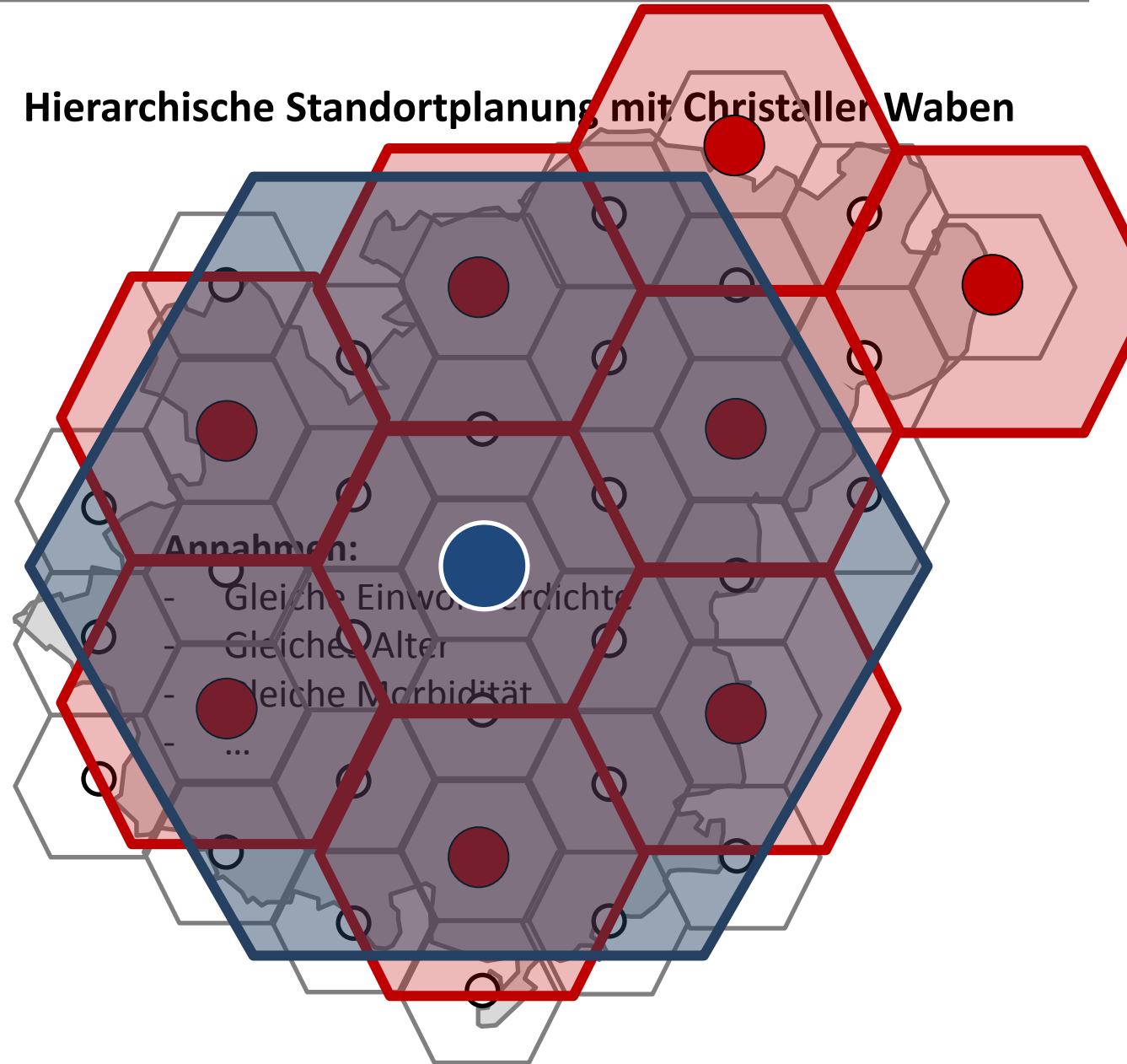


Datenbasis: Qualitätsberichte 2010

Eine zentrale Stelle könnte...

- ... den Bedarf vorausschauend berechnen
- ... die für den Betrieb optimale Größe bestimmen
- ... die Standorte der erforderlichen Krankenhäuser der ersten, zweiten und dritten Versorgungsstufe bestimmen
- ... Einflussfaktoren, wie Alter, Morbidität, Anfahrtswege, Einwohnerdichte in der Planung ausreichend berücksichtigen

Hierarchische Standortplanung mit Christaller Waben



Zentrale Vorgabe der „Danish Health & Medicines Agency“: Halbierung der Anzahl Krankenhäuser auf 21 bis 2020

Dänemark

- 5.659.715 Einwohner
- 43.094 km² (130 Einwohner/km²)

Heute

- ca. 40 Krankenhäuser
- ca. 18.000 Betten
- ca. 1.900 USD KH-Ausgaben pro Person



Ziel 2020

- 21 Krankenhäuser
- ca. 14.000 Betten
- Investitionsprogramm in Höhe von über 5 Mrd. € über 10 Jahre

Rhein-Main-Gebiet

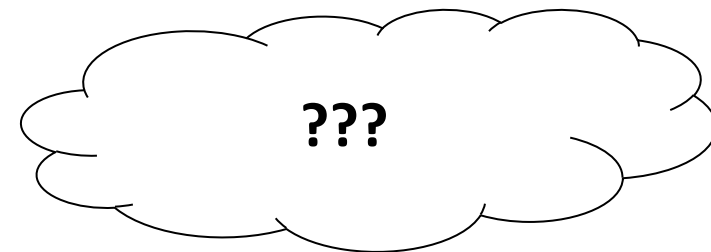
- 5.550.619 Einwohner
- 14.755 km² (376 Einwohner/km²)

Heute

- ca. 90 Krankenhäuser
- ca. 26.500 Betten
- ca. 1.250 USD KH-Ausgaben pro Person



Ziel 2030





National – Hochspezialisierte Medizin (1-2 Krankenhäuser)

- Transplantationen
- Seltene Erkrankungen
- Schwere Verbrennungen
- Neurochirurgie

- Hochspezialisierte medizinisch-technische Einrichtungen (z.B. Protonentherapie in Århus)

Regional (1-3 Krankenhäuser pro Region)

- Gefäßchirurgie
- Invasive Kardiologie
- Krebschirurgie/Onkologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

- Spezialisierte Gynäkologie und Geburtshilfe
- Psychiatrie
- Rehabilitation

Basisversorgung (alle)

- Allgemeine Chirurgie
- Innere Medizin
- Orthopädie
- Notaufnahme

- Wundmanagement/Wundversorgung
- Geburtsstation
- Physio- und Ergotherapie
- Ambulante Klinik

Wäre eine zentralistische Vorgabe für das Rhein-Main-Gebiet auch eine Option? Ein Blick auf die Strukturen.

Versicherungssystem

Dänemark

Staatl. Gesundheitsdienst (NHS)
⇒ (Zentral-)Regierung hat großen Einfluss

Rhein-Main-Gebiet

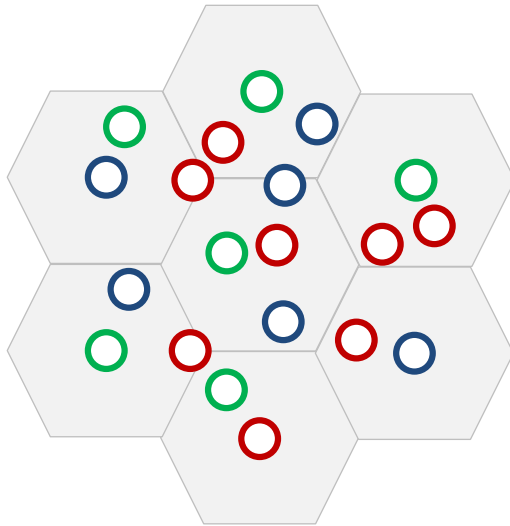
Sozialversicherung
⇒ Selbstverwaltung durch KdÖRs

Herausforderung

⇒ Schnelle Abstimmungsprozesse

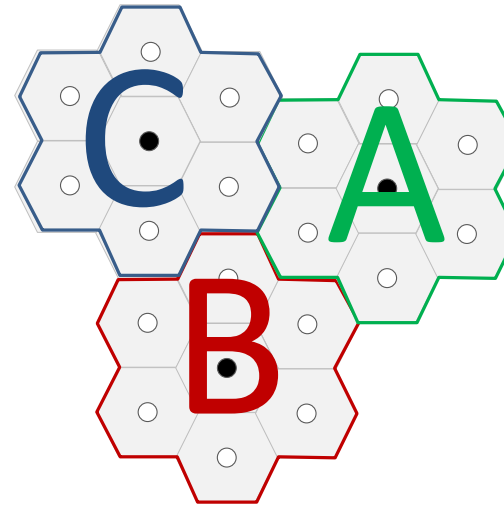
Der Wettbewerb ist eine effektiver Qualitäts- und Innovations-treiber. Kann er in einem solchen System erhalten bleiben?

Wettbewerb im Markt

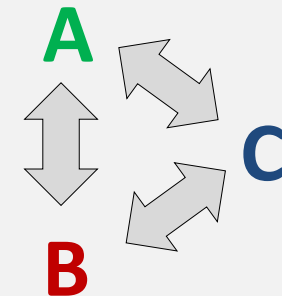


- Verschiedene Wettbewerber konkurrieren mit dem gleichen Leistungsspektrum **in einem** Markt um Patienten
- ⇒ Effiziente Preise und hohe Qualität durch Wettbewerb um Patienten
- ⇒ Wahlfreiheit der Patienten erhöht Druck zur hohen Qualität

Wettbewerb um den Markt



Auktionsverfahren



- Zentrale Vorgabe der Versorgungsstruktur
- Exklusive Ausschreibung und Vergabe der Versorgung für eine Region für eine bestimmte Zeitdauer (z.B. 20 J.) im Auktionsverfahren
- Zentrale Überwachung der Qualitätsstandards
- ⇒ Effiziente Preise durch **Wettbewerb um** Regionen
- ⇒ Qualitätsstandards müssen zentral festgelegt und durchgesetzt werden

- Es gibt wissenschaftlich keine Erkenntnis über die optimale Anzahl und Verteilung von Krankenhäusern in einer Region
 - Die Planung muss Ergebnis eines politischen Entscheidungsprozesses sein
- Der von Dänemark angestoßene Veränderungsprozess ist sicherlich einmalig in Europa
 - International findet der Mut zur Veränderung große Beachtung, aber erste Evidenz über den Erfolg/Misserfolg wird frühestens in einigen Jahren vorliegen
- Die Systemvoraussetzungen sind in den Ländern jedoch unterschiedlich
 - Insbesondere der im Markt bestehende Wettbewerb um Patienten übernimmt eine wichtige Aufgabe als Qualitäts- und Innovationstreiber
- Eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft ist auch in Deutschland möglich, würde allerdings zwangsläufig tiefgreifende Eingriffe im ordnungspolitischen Rahmen erfordern
 - Kompetenzverteilung bei der Standortplanung
 - Zugangsmanagement zu stationären Leistungen
 - Betriebsmodell der Krankenhäuser
 - Qualitäts- und Innovationswettbewerb
 - Datentransparenz

Rudolf Blankart
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36
20354 Hamburg

rudolf.blankart@uni-hamburg.de
www.hche.de

