

Thema:

**„Umbruch am deutschen Krankenhausmarkt“**

Vortrag/Referat:

**Eugen Münch**

Vorstandsvorsitzender RHÖN-KLINIKUM AG  
Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt/Saale

Termin:

**1. Oktober 2004 in Würzburg**

Anlass:

**10. DRK-Krankenhauskonferenz**  
Hotel Maritim Würzburg

Anrede

Wer eine Tendaussage zum „**Umbruch am deutschen Krankenhausmarkt**“ machen will, muss zuerst die Frage beantworten, welche Gründe überhaupt Veränderungen anstoßen und anheizen. Dabei muss zwischen reaktiven und somit gestaltbaren und zwischen strukturellen dynamischen und strukturellen statischen Faktoren unterschieden und diese gewichtet werden.

### ***Nachlassende Reproduktionsneigung bei reifer Industriegesellschaft mit hohem Wohlstandsniveau***

In der sogenannten reifen Industriegesellschaft mit hohem Wohlstandsniveau kann – im Weltmaßstab betrachtet - festgestellt werden, ohne dass man zu Hypothesen greift, dass diese Gesellschaften von nachlassender Reproduktionsneigung geprägt sind. Der Zusammenhang – Wohlstand, damit gute Ernährung, Hygiene und aufgrund medizinischer Versorgung resultierende höhere Lebenserwartung - ist bekannt, und die daraus gespeiste Alterung der Gesellschaft ist ein stabiler dynamischer Faktor zur Veränderung der Bedürfnisse. Der entstehende Veränderungsdruck trifft auf Menschen, die im Zenit der Sätttheit stehen. Diese sollen in Form von Leistungen für andere Menschen dafür sorgen, dass deren veränderte Bedürfnisse befriedigt werden, obwohl sie selber die entgegen gesetzte Neigung verspüren und sich nicht wegen zukünftiger und aktuell für sie nicht akuter Probleme einer Bewegung aussetzen wollen. Sie befinden sich in einem stabilen Gleichgewicht, bei dem jede Bewegung zum vorherigen Zustand Instabilität und Risiko der Verschlechterung verheißt.

### ***Verharren im Gleichgewicht versus Sprung in die Instabilität zwecks Steuerung aus der Gefahrenzone***

Es ist, als würden Sie jemandem, der mit beiden Beinen auf einem leicht schwankenden Floß steht, sagen, dass Stromschnellen kommen, die er aber nicht wahrnimmt, und sie fordern ihn auf - weil sie ein besseres Gehör haben - zum Ruder zu gehen. Er wird ihre Hörfähigkeit anzweifeln und stehen bleiben, weil bereits der erste Schritt - dadurch, dass er einen Fuß hebt - eben dazu führt, dass seine Balance in Frage gestellt wird. Objektiv macht es sehr viel Sinn, dem Rat zu folgen, weil der Fluss, wenn das stimmt, was Sie sagen, immer unruhiger werden wird und damit der Gang über das Floß immer gefährlicher. Es kann so eskalieren, dass es tatsächlich gefährlicher ist, sich zu bewegen als zum Ruder zu gehen, um den Versuch zu machen, die Fahrt zu beeinflussen. Wenn eine Mehrheit von dieser vergangenen Stabilität in der Mitte des Floßes auf die Zukunft schließt und sich politisch artikuliert oder so verhält, dass andere davon ähnliche Verhaltensweisen ableiten, kommt es automatisch immer zu Maßnahmen, die salopp formuliert, zu kurz gesprungen sind und ausschließlich reaktiv aber nie gestaltend sind.

### ***Solidarisch finanzierte Notfallversorgung versus subjektiv gewünschte und elektiv erbrachte Leistungen***

Unser Gesundheitswesen ist möglicherweise mit der Gründung der Sozialversicherung relativ weit vorausschauend als Problemlösung für drohende Konflikte entstanden, wobei Furcht erregende Einzelschicksale – z. B. junger Familienvater verliert bei Arbeitsunfall seine Arbeitskraft – abgemildert werden sollten. Hierbei handelt es sich jedoch im Grunde um einen eher seltenen Fall mit hoher Verunsicherungswirkung, der aber durch Solidarleistung gut zu versichern ist. Aus dem Solidareintritt der Gesellschaft für persönliches Unglück, den es immer noch gibt, ist inzwischen der Anspruch auf Erhalt von Gesundheit und Jugend geworden. Und statt der echten Notfallversorgung, die vermutlich weniger als 15 % der heutigen Krankenhausleistung ergibt, werden elektiv Hüften und Knie eingebaut, wird Alterskrebs behandelt und mit Herzoperationen definitiv Lebenszeit geschenkt. Die Erwartungshaltung ist ein absoluter Anspruch auf Solidarleistungen, weil zu keiner Zeit geklärt wurde, dass die mit einer neuen Hüfte erworbene Mobilität - bezogen auf das alte Individuum - sich eigentlich subjektiv für den jugendlich Betroffenen nicht von dem Wunsch, ein Moped zu besitzen, um dem jugendlichen Bedürfnis zur Angebeteten zu kommen, unterscheidet. Trotzdem wird der eine Fall als durch Solidarfinanzierung nötig und der andere als persönlicher Konsum gewertet. – Weshalb eigentlich?

Vermutlich ist es tatsächlich so wie auf dem Floß: Wir befinden uns im brausenden Wasser, und wer sich jetzt bewegt, geht ein höheres Risiko ein; es erscheint einfacher, die Hoffnung auf ruhigeres Wasser zu hegen als sich damit auseinander zu setzen, dass man einem tobenden Wasserfall entgegen treibt, bei dem gerade die, welche auch auf zwei Beinen etwas wackelig stehen, herabgespült werden.

### ***Gesetz der Fixkostendegression bei steigender Produktionsmenge – oder: Neue Mittel und Wege zur Rationalisierung***

Von 1990 bis 2001 ist die Zahl der Krankenhaus-Aufnahmen von 13,8 auf 16,6 Mio., um 20,3 %, gestiegen und ich bin sicher, weil es den demografischen Motor gibt, dass der Bedarf bis 2012 noch einmal um 20% zunehmen wird.

In der Produktionswirtschaft ist bekannt, dass wegen der sogenannten Fixkostendegression der Ressourceneinsatz je Stück oder Fall bei steigenden Mengen (= Output) sinkt. Es ist wie in der Gastronomie: Ein Gastwirt, der nur einen einzigen Gast hat und für diesen eine Suppe kochen soll, wird den Preis in Höhe von 20 € für einen Kochtopf, den er extra für die Herstellung der vom Gast gewünschten Suppe gekauft hat, zu 100 % dem Gast berechnen; kocht er damit jedoch für weitere 100 Gäste gleichzeitig Essen, beträgt der Zuschlag pro Gast nur noch 1 %, oder 20 Cent. Er wird etwas Spülmittel und Arbeitszeit für die Wiederverwendung des Topfes brauchen. Per Saldo wird das Essen mit jedem Gast preiswerter.

Nach dieser Regel hätten Krankenhausleistungen preiswerter werden müssen, da mehr Menschen mit derselben Maschinerie behandelt wurden. Das Gegenteil war der Fall, weil die beteiligten Patienten und Leistungserbringer die Veränderung nicht

akzeptiert und adaptiert haben. Der Koch muss zwar den wiederverwendeten Kochtopf spülen, wegräumen und jedes Mal wieder herholen, aber er setzt nur den einmal angeschafften Topf und seine vorhandene eigene Arbeitsleistung ein. Das ist Rationalisierung: neue Mittel neue Verhaltensweisen.

***Status quo im Anspruchsverhalten der Beteiligten:  
Patienten, Kassen, Kliniken, ...***

Die Patienten treten in Massen auf, konsumieren die Leistung, möchten sie aber immer noch als barmherzige solidarisch finanzierte Zuwendung für sich alleine und exklusiv (nach dem Motto: „Jedem seinen Chefarzt“) erhalten. Die Mitarbeiter sind längst der Meinung, dass für Barmherzigkeit gutes Geld verdient wird und sie gefälligst für die Zuwendung motiviert werden müssen und ihre Zahl im Verhältnis der Patienten zu steigen hat.

Der Interessenskonflikt wird ausgetragen, indem die steigende Nachfrage nicht mehr bedient und bezahlt wird und in Warteschlangen mündet. Es gibt allerdings Teilnehmer am System, die glauben, dass ohne eigene Veränderungen der Teil des Problems zu Lasten der anderen geklärt wird. Einige Krankenkassen - möglicherweise die meisten - glauben, dass man Mehrleistungen über dem Budget, d.h. indem einfach die Leistungszahlen erhöht werden, überhaupt nicht mehr bezahlt. Mit den so herausgepressten Preissenkungen wollen sie ihre Beiträge senken, um sich selbst nicht verändern zu müssen und merken nicht, dass sie den Ast, auf dem sie sitzen, absägen.

Krankenhäuser versuchen so zu bleiben, wie sie sind und glauben, dass sie die Folgen ihrer Nichtanpassung auf das System abwälzen könnten oder glauben, dass der Träger es schon richten wird. Manche denken auch schon über Kosten-/ Nutzenrelationen beim einzelnen Patienten nach. Es gibt Staatsanwälte, die deshalb schon an Universitätsklinika ermitteln.

Patienten heben großes Geschrei an, wenn Beträge, wie 10 € beim Arztbesuch, zu bezahlen sind und gehen auf die Straße, um entsprechenden politischen Druck zu machen. Dabei handelt es sich bei 10 € um einen Betrag, den viele häufig für lächerliche Kommunikation mit dem Handy ausgeben. Kennen Sie nicht diesen infantilen Telefonierer, der in der Bahn an jeder Haltestelle jemandem mitteilen muss, wo sein bedeutender Körper gerade verweilt. Die Diskussion über 10 € kann keiner echte Not entspringen. Das Gegenteil gibt es längst, es sind die stillen unerlaubten Zuzahlungen für gesetzliche Leistung. – Neulich hörte ich von einem Krankenhaus im Osten: Da wird bezahlt, wenn man über der Regeldauer liegt.

***Die Kraft des Statischen muss durchbrochen werden***

Allerdings gibt es neben vielen Beweisen für diese Entwicklung auch eine langsam steigende Zahl von Teilnehmern, die den Wasserfall, auf den sie zutreiben, hören und handeln. – Es ist allerdings bei weitem noch keine kritische Masse.

Welchen Schluss kann man daraus ziehen?

Die aktuelle Reform wird im günstigsten Fall die bereits vorhandenen Probleme lösen und diejenigen am Ende vom Floß spülen, die immer weniger als prospektiv nötig gewesen wäre, verändert haben. Die Kraft des Statischen wird deutlich, wenn man den Beschluss der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der Forderung betrachtet, die Auswirkungen der DRG-Reform auf 10% dessen, was beim jeweiligen Krankenhaus geschehen könnte, zu begrenzen. Der Bundesrat hat das jetzt noch getoppt: Er tritt mit Mehrheit dafür ein, dass die Wirkung pro Jahr nicht mehr als 1% des Budgets ausmachen darf.

Die Wegsteuerung von den Stromschnellen betrüge aber eben auch nur 1/10 bzw. 1/100 und die Demografie wartet nicht. Wenn sie mir folgen und akzeptieren, dass die gesamte Reform nach der Konvergenzphase erst Anpassungen an den bezahlten Bedarf von heute erfüllen würde und die Anstrengungen vielleicht das Versorgungsniveau von 2002 sichern würden, so wäre mit der erfolgreichen Reform der Stand erreicht und bis zum Jahr 2011 würden die nicht behandelten Fälle pro Jahr auf 2 – 3 Mio. anschwellen oder in Form von Verschuldung beim Staat oder den Krankenkassen oder gar den Krankenhäusern bestehen. Was glauben Sie, woher die aktuelle Verschlechterung der finanziellen Lage der Krankenhäuser heute kommt?.

Ein Fazit als Zwischenergebnis:

Wenn kein Wunder geschieht - und Wunder taugen für die Zukunftsplanung nichts, so gibt es keine automatisierte Systemsicherung, sondern den Verfall.

Die Politik kann per demokratischer Definition nicht helfen solange alle glauben, dass sie nur für Bewahrung gewählt würden. Vielleicht ist das sogar richtig. Die Politik ist in unserer Situation im Wesentlichen ein Appendix der öffentlichen Meinung und diese ist weder von ihrer Struktur noch der Art ihrer Entstehung ein intellektuelles Phänomen, sondern immer ein Produkt der gefühlten Situation, und die deutet auf die Einschätzung: „Stehen ist sicherer als gehen“.

**Grundsatz „Stehen ist sicherer als gehen“  
= kein geeigneter Gestaltungsfaktor für die Zukunft**

Es stellt sich die Frage: Gibt es so etwas wie eine Dynamik oder Gesetzmäßigkeit der Veränderung und wenn ja, wie sähe diese aus?

Das Bild von den Leuten auf dem Floß und denjenigen unter ihnen, die den Wasserfall hören, der langsam - für die Mehrheit zu langsam - lauter wird, könnte dazu führen, dass einige wenige beginnen, zu den Rudern zu gehen und anfangen, zu steuern. Diese vermehren sich langsam; es bilden sich nach und nach Aktionsgruppen. Wo schon welche sind, gehen welche hin, es entsteht das, was man einen Trend nennt.

Nach meinem Empfinden, geprägt von 35 Jahren Führung in der ersten Reihe des Unternehmens, gibt es, wenn man die Akteure auf dem Floß oder im richtigen Leben einteilt, vermutlich 40 % der Menschen, die tendenziell aus der Erfahrung in der Vergangenheit und ohne die Prämissen der Zukunft zu verändern - also statisch -, davon ausgehen, dass der aktuelle Standpunkt ein stabiler ist und bleibt. Daher kommt teilweise auch die Zunahme von Pessimismus in der Bevölkerung, weil viele zwar ein absinkendes, aber langsam absinkendes Niveau verspüren und deshalb bei der beschriebenen Haltung Angst haben, bei Bewegung diesen Prozess noch zu beschleunigen. Eine Lebenserfahrung der Gestaltung des Schicksals haben sie nicht, es wird erlitten oder gewonnen.

Eine weitere Gruppe von 40% ist für aktives Handeln ansteckungsgeneigt, aber es handelt sich hierbei um keine Gruppierung der - wenn man es so nennen will - Selbstzünder. Diese Gruppe kann hochdynamische Prozesse verstärken oder das Gegenteil. Ohne zündende Trendsetter sind sie wie nicht entflammter Treibstoff.

### ***Zukunftsorientiertes Trendsetting als Überlebenschance***

Die Tatsache, dass Sie mich gebeten haben, über den Umbruch im Krankenhausmarkt zu berichten, ist sicher nicht der Vorstellung geschuldet, dass sie glauben, besonderen Nachholbedarf in der Berichterstattung dessen, was geschehen ist, zu haben, sondern weil Sie vermutlich von mir Informationen erwarten, die Ihnen die Richtung des Trends weisen, in dem sie Ihre Kraft verstärkend einsetzen können. Das macht aber nur Sinn, wenn sie in mir einen Trendsetter sehen. Ihre (unausgesprochene) Erwartungshaltung mir gegenüber war der Grund dafür, dass ich für den heutigen Termin zugesagt habe. Da ich mit Vorträgen dieser Art nicht mein Brot verdiene, werden einige zu Recht fragen, was ich damit erreichen will. – Ganz einfach: Ich will Ihr Potential zünden, um den Trend, von dem ich überzeugt bin, dass er das Überleben unserer Kliniken sichern kann, zu verstärken, bis die zuerst beschriebenen 40 % Lemminge einfach mitgerissen werden.

Wenn ich damit also potentieller Trendsetter bin - das ist immer die Position dessen, der entgegen den verbreiteten Verhaltensnormen handelt -, so muss ich mich fragen, ob mein Verhalten wegen der Vermutung anderer, nach dem Motto „Folge dem Sieger, und du wirst dazu gehören“, den Zug der Lemminge in Gang setzen wird und wann das geschehen wird. Oder habe ich die Macht, durch Bewegung eine kritische Masse zu erzeugen, die diesen Zug ebenfalls erzeugen kann? Letzteres ist nicht der Fall. Deshalb kann ich nur auf dem Floß ans Ruder gehen und Beispiele setzen. Leider geht das alles nicht so schnell.

### ***Vom Trend zur Bewegung***

Wir haben 1983 angefangen, Prozesse im Krankenhaus als das Maß der Qualität und der Effizienz, damit der Wirtschaftlichkeit, in den Vordergrund unserer Überlegungen zu stellen und unsere Arbeit danach auszurichten. Das sind 20 Jahre

her. Wir sind von 0 auf etwa 2% Marktanteil gewachsen. Das ist zwar kein berauschender Marktanteil, aber dennoch haben wir etwas bewirkt: 80 % der Krankenhäuser haben inzwischen von „Prozesswirtschaft“ gehört, und die besagten 40 % Trendorientierten haben zwar die Fesseln nicht gesprengt, arbeiten aber im Rahmen der vorhandenen Bedingungen mit dieser Struktur. Man könnte also sagen: 2 % Marktanteil in aktiver Hand lösen eine sich bereits verstärkende Bewegung, eben den Trend, aus.

Was bedeutet das nun im Krankenhaus konkret?

### ***Die DRGs müssen und werden kommen***

Die DRG-Entwicklung - das bedeutet im Prinzip gleiche Preise für gleiche Leistung - ist in der Zielrichtung klar erkennbar: Würde sie zum Stillstand kommen, würde das Treiberphänomen, Demographie, medizinischer Fortschritt eine andere richtungsgleiche Entwicklung erzwingen. Und jede Stunde, in der das Gefälle des Stroms durch Stauwerke nivelliert wird, führt nur zu einem höheren Gefälle in nachfolgend kürzerer Zeit. Das heißt, dass alles, was darauf gerichtet ist, die allgemeingültige DRG-Einführung zu verlangsamen oder unwirksam zu machen, allenfalls eine temporäre Wirkung hat. – Die Stromschnellen kommen, weil das Wasser bergab fließt. Mit anderen Worten ausgedrückt, bedeutet dies: Vergessen Sie lang und mittelfristig die Politik; sie kann nicht gestalten; sie treibt, weil sie entweder von noch dräuenden 80 Prozent der Bevölkerung gewählt wird, oder sie folgt der Gestaltung von 20 % Trendsettern, die eine kritische Masse infiziert haben, weil immer mehr erkennen, dass es nützlich ist, den Trend in einer Vorwärtsstrategie zu stützen und mitzugestalten.

### ***Werden Sie mit Ideen und Stringenz zum Trendsetter im DRG-Zeitalter***

Das bedeutet: Wer gewinnen will, muss im eigenen Haus ohne Tabus, ohne die Achtung von Königreichen, in Überwindung von allem, was Ausrichtung auf rationelle Medizin dämpft, so schnell wie irgend möglich - und nicht im Rahmen der Konvergenz - die heutige Leistung zum auf DRG-Basis gerechneten Budget erbringen und bis 2012 weitere 20 % der eingesetzten Ressourcen einsparen, indem er für heutiges allenfalls um Inflationsraten erhöhtes Geld 20 % mehr Patienten behandeln kann. Wer noch von Fördermitteln lebt und Veränderung mit Investitionen unterlegen muss - und das müssen alle – benötigt weitere 8 – 12% Rationalisierungsvolumen, um die Investitionen zu refinanzieren.

Glauben sie mir: Das geht; wir machen das schon lange.

Dazu brauchen sie Ideen und Stringenz in der Durchsetzung; es gibt auch keinen Widerspruch zwischen Prozess, Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Es gibt Zeit sich mitmenschlich zu verhalten, wenn man rigoros genug die eigentlichen Störfaktoren beseitigt.

Eine Krankenschwester, die behauptet, dass sie keine Zeit hätte, sich dem Patienten zuzuwenden, hat erst dann Recht Gehör zu finden, wenn sie vorher ihren Dienstplan nach Patienteninteresse und nicht nach Freizeitoptimierung ausrichtet, wenn sie das Schwätzchen in der Küche bei der langen Übernahme in 15 Minuten effiziente Kommunikation gewandelt hat und wenn die Verwaltung ihre unsinnige Bürokratie überdacht und reduziert hat. Nicht, dass ich etwas gegen angenehme Arbeitsbedingungen hätte, aber die Verweigerung der Erkenntnis, dass neue Prioritäten gelten, ist genau das Weghören beim Geräusch der Stromschnellen. Der Einzelne muss akzeptieren, dass die effektive Betreuung des Patienten - und zwar in der Reihenfolge: 1. effektiv und 2. Betreuung, danach ist Zeit, das eigene Wohlfühlen zu managen – Vorrang hat. Wenn es dann noch gelingen würde, die gefundene Fähigkeit als lebenswert, Erfolg und Selbstvertrauen spendend zu erleben, dann tritt der Wohlfühlfaktor automatisch hinzu und führt den beginnenden Trend zu ungeahnten Höhen.

### ***Veränderte Verhaltensweisen als Lösungsansatz***

Sie fragen sich, was die bisherigen Aussagen über starres Verhalten oder Veränderungsdruck und -bereitschaft mit dem Umbruch am Krankenhausmarkt zu tun haben. Meiner Überzeugung nach müssen die geschilderten veränderten Verhaltensweisen der Ansatzpunkt für die künftige Gestaltung sein, denn es wird sich alles ändern – so oder so.

Wenn das System verharrt und die Leistungssteigerung zum vorhandenen Ressourceneinsatz nicht schafft, dann bilden sich Warteschlangen. Warteschlangen produzieren graue und schwarze Zahlungen, um an der Schlange vorzurücken. Es entstehen Selektierer, die das breite Gesamtversorgungsangebot zerstückeln und die Mischkalkulation der Breitenversorger zerstören. Das amerikanische System - mit einer dann auf anderem Niveau sehr viel brutaleren Marktwirtschaft - ist dann bei uns Realität. In den USA haben bei der DRG-Einführung viele Krankenhäuser Arbeit verloren, weil außen liegende Spezialeinrichtungen ihnen die Patienten aus den Wartelisten und später vom OP-Tisch gezogen haben. Dann, als sie glaubten, die Patienten im Griff zu haben, überzogen sie und die Patienten kehrten in die Breitenversorgung zurück. Dazwischen lagen unzählige Konkurse von Kliniken und Spezialpraxen, eine Marktbereinigung, die in Deutschland mit den verhärteten Arbeitsmarkt-Bedingungen katastrophale Folgen hätte.

### ***Strikte Einhaltung der Werte-Rangordnung schafft zufriedene Patienten, Selbstvertrauen und Erfolgserlebnisse***

Die beschriebene Werte-Rangordnung ist die Voraussetzung, dass unsere Krankenhäuser gebraucht werden und nur wenn sie gebraucht werden, wird es sie geben - und das gilt für jedes einzelne. Wenn es uns gelingt, aus der Werte-Rangordnung für jeden im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter ein persönliches Erfolgsprinzip zu machen - ausgedrückt mit: „Ich habe mit geringsten Ressourceneinsatz einem Patienten geholfen und ich konnte ihm als Mensch helfen, weil ich ihm professionelle Sicherheit und Beistand gab, und ich konnte Angst

nehmen und Zuversicht geben“ - dann kehrt sich schwere Last in Selbstvertrauen und Erfolgserlebnis um. Wäre es anders, würde kein Bergsteiger die Fähigkeit haben, nach der Anstrengung - und manchmal während derselben - Glück zu empfinden.

### ***Wer ist der Kunde der Krankenhäuser – Patient oder Krankenkasse?***

Sie wissen noch nicht, was das mit dem Krankenhausmarkt zu tun hat? Eigentlich habe ich jetzt nur über Patienten – man muss nicht Kundeninteresse sagen - geredet. Damit bin ich beim Kern. – Vielleicht glauben Sie, dass die Krankenkassen ihre Kunden sind. Das sieht nur so aus. Selbst die allmächtige Krankenkasse, die Ihnen die Budgets streitig macht, die in Hamburg Minderleistungen nicht zahlen will – und bei uns versucht, die Mehrleistungen ebenfalls umsonst zu bekommen, hat lediglich Mittlerposition. Die Krankenkasse, die den Patienten überhaupt nur als Verwaltungsgegenstand und Zahllast und das Mitglied als Erhaltungsfaktor der eigenen Pfründe entdeckt hat, ist vom Patienten Lichtjahre entfernt.

Diese Krankenkasse hängt aber von der Demographie und der Entwicklung in der Medizin viel stärker ab als wir. Denn sie bietet eine leicht austauschbare Leistung, die nur deshalb so unverrückbar erscheint, weil der Staat sagt, dass nur die Krankenkassen das Versicherungsmonopol haben. Was aber wird eine Versicherung sein, bei der man sich zwar versichern kann, die aber 2012 jedem Fünften keine Leistung mehr vermitteln kann? Sind dann die Versicherer unterwegs, um ihren Mitgliedern Leistungen zu suchen oder nehmen sie für zuzahlende Premiumpatienten auch graue Beiträge? Sind diejenigen Kassenvertreter, die heute allenthalben ihre Macht ausspielen, überhaupt dann noch im Amt? Denn die Zeichen der Zeit haben viele noch nicht erkannt, denn die rigorose Ausbeutung der geliehenen Macht und Staatsmacht führen direkt in die Unterversorgung und eine Versicherung für Leistungen, die es nicht gibt, braucht auch keiner. Die Integrierte Versorgung wird es geben, aber die unsinnige 1% Finanzierung mit der Konsequenz, dass es für Patienten einen Angebotswirrwarr gibt als wäre er ein Telefonkunde, wird verschwunden sein. Vielleicht treffen auch die Prognosen guter Juristen zu, wonach integrierte Versorgungsverträge, die mit der 1 % -Einhebung finanziert werden, nichtig sind, weil sie hätten ausgeschlossen werden müssen.

### ***Krankenhäuser und Standorte mit Überlebens-Chancen beim Umbruch***

Diejenigen aus dem Krankenhausbereich, die den Umbruch „überleben“ werden, sind die Häuser, die in der Lage waren, die Rationalisierung zu schaffen. Sie haben zuerst mit der inneren Ausrichtung begonnen, nämlich bereits zu dem Zeitpunkt als sie tatsächlich und nicht nur plakativ die Patienten als Faktor und nicht den Patienten als „Erduldenden“ an die erste Stelle ihres Seins gerückt haben. Ab dann ging alles wie von selbst. Es war kein Problem mehr, mit Tele-Portal-Strukturen zu arbeiten und wechselseitig nicht zum Standorterhalt, sondern im Patienteninteresse zu kooperieren. Und siehe da, in der Reihenfolge wurden die Standorte auch - aber ganz anders als von den Bremsern im System bevorzugt - gesichert. Natürlich ist die Funktion eines Grundversorgungshauses - mutiert zu einer Erstbehandlungs- und

hochkompetenten Anlaufstelle für jedermann - eine erfolgreiche Art, ein kleines Krankenhaus zu betreiben. Den alles könnenden Chirurgen gibt es dort nicht mehr – aber die Bevölkerung schätzt die Technik und die Leute, die für sie da sind, die für jede sich stellende Frage ein Fenster zur Medizin der Welt aufmachen können und das auch tun; – die medizinische Charité auf höchstem Niveau für jeden, ist dann Realität.

Bei solchen Möglichkeiten werden Krankenkassen, die heute beim Bundesausschuss, wenn sie von einer medizinischen Entwicklung hören, die Geld kosten könnte, schnellstens einen eigenen Zulassungsantrag stellen, der so schlecht begründet ist, dass er abgelehnt wird, schweren Zeiten entgegen gehen. Denn heute arbeiten sie mit diesen Mitteln, um das Land in den Stillstand zu zwingen; morgen werden sie vielleicht Krankenhäusern gegenüberstehen, die gelernt haben, für ihre Bevölkerung unverzichtbar zu sein. Diese Krankenhäuser haben vielleicht im Verbund mit ebenso beweglichen Kassen Sondertarife entwickelt, mit denen z. B. neue Techniken in der Medizin zugänglich gemacht werden, während sie in der Genehmigungsphase sind (das wären 3 –5 Jahre früher). Es gibt vielleicht Zuzahlungsmodelle, sozial abgestuft und damit für jede soziale Schicht erreichbar, die dazu führen, dass die sorgsame Entgegennahme von Leistungen den Patienten wirklich zu einem verantwortungsbewussten Kunden werden lässt.

### ***Die Gestalter bestimmen das Gesetz des Handels***

Sie fragen, wie das sein könnte. Nun: Entweder behalten die dräuenden, stupiden Teilnehmer am System die Oberhand. Dann werden nur diejenigen überleben und den Nukleus des Neuen bilden, die das oben Gesagte zuerst gelernt haben. Oder 60 bis 70 % machen sich mehr oder weniger langsam auf den Weg, um etwas später, aber im Wesentlichen geringer beschädigt, anzukommen – um wieder an das Bild, das ich gezeichnet habe, anzuschließen. Es geht eigentlich nur um die Frage: Wer und in welcher Zeit.

Was machen wir? – Wir halten Reden, wie diese, und versuchen intern und extern von der Ausrichtung auf den Patienten zu überzeugen. Für den Fall, dass es zu viele festgefressene Bewahrer gibt, versuchen wir, so stark wie möglich zu wachsen. Denn wir glauben, wenn es gelänge, mit unseren eigenen Kliniken und Häusern und mit anderen Krankenhausträgern, die im Geiste der beschriebenen Veränderung aufgebrochen sind, einen 10%igen Marktanteil zu erreichen, kann man einen Trend erzeugen, der Normen des Sein oder Nichtsein setzt. Die Verbindung kann von der gleichberechtigten Kooperation bis zur Integration reichen, denn der Erfolg trägt das Modell. Die Kraft einer solchen Kooperation würde ausreichen, um so viele Menschen von den Leistungsangeboten zu begeistern und einige Krankenkassen zu finden, die das Angebot vertreiben, wodurch das Gesetz des Handelns auf die Seite dieser Gestalter rückt. Die dräuenden Bewahrer können zur Episode in der Geschichte des deutschen Krankenhauswesens werden. Habe ich unrecht, wird es uns einfach nicht mehr geben; allerdings fühle ich mich dafür viel zu lebendig.

Für den Fall, dass es mir gelungen ist, Ihnen Lust auf eine solche Zukunft zu machen, machen Sie sich auf den Weg; wir marschieren getrennt, um gemeinsam zu schlagen. – Sollte dabei die Meinung aufkommen, dass wir ganz zusammen gehen sollten: Warum nicht? – Heute brauchen wir nur den Mut, den einen Fuß zu heben, um in Richtung des Ruders zu gehen. Das ist leicht, und das Gedränge dort nicht groß.

Alle Fragen nach Details – wie macht man MVZ, wie könnte echte Integrierte Versorgung aussehen, ... ?, entdecken Sie selbst - oder fragen Sie mich einfach in der Diskussion.

\*\*\*\*\*