

## **Acht-Punkte-Programm: Zukunftsweisende Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein**

Aus dem Gesundheitsland Schleswig-Holstein gab es in den letzten Jahrzehnten immer wieder maßgebliche Impulse für eine bundesweite Modernisierung des Gesundheitswesens. Die Chancen und Herausforderungen dafür sind nach wie vor enorm. Deshalb sollte die Innovationskraft und Leistungsfähigkeit des schleswig-holsteinischen Gesundheitswesens durch die Landesregierung im deutschen und nordeuropäischen Kontext fortgesetzt gestärkt werden. Schleswig-Holstein erbringt hier mit 17 Prozent der Arbeitsplätze bereits jetzt einen großen Anteil seiner Wertschöpfung. Es ist höchste Zeit, daß die Gesundheitswirtschaft nicht mehr als bloßer Kostenfaktor diskreditiert, sondern als bedeutender Wertschöpfungsbereich und als Wachstumsbranche der Zukunft wahrgenommen wird.

Wichtige Ansatzpunkte sind von der Politik schon benannt, sie müssen jedoch künftig stärker vernetzt und durch eine zielgerichtete und abgestimmte Politik gestützt werden. Dazu sollten die vorhandenen Kräfte und Ideen im Lande gegenüber dem Bund und der EU besser unterstützt werden. Der Wirtschaftsrat regt dazu nachfolgend ein Acht-Punkte-Programm an:

### **1. Anreizmechanismen im Gesundheitssystem verbessern!**

Ganz generell sind die Anreizmechanismen des Gesundheitssystems derzeit weder darauf ausgerichtet, eine gesteigerte Qualität zu belohnen, noch eine höhere Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems zu erreichen. Leistung wird perspektivisch nur dann am Ort der höchsten Wirtschaftlichkeit erbracht werden, wenn die Vergütungsstruktur dies auch befördert. Die derzeit herrschenden, intersektorell unterschiedlichen Vergütungssysteme befördern das Gegenteil.

Um eine tragfähige Verzahnung der Sektoren zu erreichen, bedarf es einer Vergütungsstruktur, die weitgehend davon unabhängig ist, in welchem Sektor die Leistung erbracht wird. Dazu muß die Honorierung einerseits dem notwendigen Versorgungsbedarf und andererseits der Qualität der Leistung folgen. Um eine Finanzierung des Versorgungsbedarfs auch langfristig sicherzustellen und die Inanspruchnahme auf notwendige Leistungen zu richten, ist mittelfristig eine Eigenbeteiligung der Versicherten bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen unausweichlich. Unser Gesundheitssystem sollte eigenverantwortliche Patienten fördern, die mit den gesellschaftlich verfügbaren Ressourcen wirtschaftlich umgehen. Ebenso befördert eine Honorierung, die diesen Prinzipien nicht folgt, die Unattraktivität medizinischer Berufe. Vor einer flächendeckenden Umsetzung brauchen wir eine modellhafte Erprobung in kleineren Einheiten. Schleswig-Holstein sollte hier eine Vorreiterrolle übernehmen.

Die Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich sind derzeit vorrangig verrichtungsorientiert, d.h. es werden kalkulierte Honorare bzw. Sachkosten zugrundegelegt. Der nachhaltige Erfolg einer Behandlung wird weder honoriert noch im negativen Fall sanktioniert. Das Konzept des "pay for performance" setzt genau hier an. Über eine erfolgsorientierte Vergütung wird ein Anreiz beim Behandler gesetzt, sich für einen nachhaltigen Behandlungserfolg einzusetzen, was im Normalfall nur über integrierte, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu sichern ist.

Hinzu kommt der immaterielle Anreiz über ein "Public Reporting", wozu Behandlungsergebnisse öffentlich transparent und nachvollziehbar dargestellt werden sollten. Einige Krankenkassen haben dazu entsprechende Verträge bereits realisiert. In Schleswig-Holstein wurde mit dem Quamadi-Programm zur Diagnostik und Therapie des Brustkrebs bereits 2002 ein

entsprechendes Versorgungsmodell realisiert und honoriert. Langfristig angelegte Untersuchungen des Schleswig-Holsteinischen Krebsregisters belegen dazu eine spürbare Verbesserung der Brustkrebs-Behandlung mit einer höheren Überlebensrate im Vergleich zur Basisversorgung.

Weitere Beispiele sind Verträge, die qualitätsorientierte Zu- und Abschläge vorsehen, die an objektiv definierte Qualitätskriterien geknüpft sind und vertragspartnerschaftlich entwickelt werden. Dies kann z.B. die nachhaltige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei chronischen Erkrankungen sein. Bleibt die Erwerbsfähigkeit bei gegebenem Krankheitsbild über einen längeren Zeitraum stabil, erwächst dem Behandler ein zusätzlicher Bonus ; erfolgt im Gegenteil keine Verbesserung, so kann auch eine Rückvergütung vereinbart werden. Notwendig ist jedenfalls ein Anreizsystem zur Verbesserung der medizinischen Qualität, die dann auch höher vergütet werden kann. Im Ergebnis folgt daraus ein Qualitätswettbewerb zwischen Leistungserbringern, über den für die Patienten auch Transparenz hergestellt wird.

Diese innovativen Vergütungsformen sollten verstärkt gefördert werden. Einige schleswig-holsteinische Ärzte und Kliniken haben hier bereits gute Erfahrungen gemacht und konnten nachvollziehbare Qualitätssteigerungen zum Wohle der Patienten erzielen.

## **2. Produktivitätsvorteile durch Vernetzung und schlanke Organisation nutzen!**

Die Telemedizin ist ein Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen und bezeichnet Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Arzt, Apotheker und Patienten oder zwischen zwei sich konsultierenden Leistungserbringern (z.B. Ärzten, Krankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren) mittels Telekommunikation. Die modernen informationstechnischen Möglichkeiten haben hier noch sehr viel Entwicklungspotential - insbesondere für einen Ausbau von telemedizinischen Anwendungen - durch Vernetzungen der unterschiedlichen Informationssysteme sowie systemübergreifende Patientenakten. Hinderungsgründe sind derzeit Inkompatibilitäten zwischen den verschiedenen Software-Systemen und eine Scheu bei den Anwendern. Dies gilt es durch standardisierte Schnittstellen und Schulungen zu überwinden. Zur besseren Entwicklung dieser Potentiale sollten bürokratische Hindernisse und zu hohe Anforderungen z.B. für Telebefundung und -radiologie abgebaut werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung sind Fortschritte für ländliche Regionen wie Schleswig-Holstein besonders notwendig.

Zielführend wäre dazu ein bundesweiter Austausch elektronischer Dokumente durch einheitlich definierte Schnittstellen zur Überbrückung der Insellösungen. Auf diese Weise könnten erhebliche Prozeßkosten und -zeiten durch schneller Übermittlung von beispielsweise von Arztbriefen oder Röntgenbildern eingespart werden. Hinzu kommen bessere Planungsmöglichkeiten von Patiententerminen für Operationen und ein Informationsfluß unabhängig von Anwesenheitszeiten. Um die dezentralen Lösungen in einer rechtssicher vernetzten Infrastruktur zusammenführen zu können, brauchen wir entsprechend einer DIN-Norm genormte Standards für die Schnittstellen eines übergreifenden, gesundheitsdienstlichen Informationsnetzwerks. Das Land Schleswig-Holstein sollte deshalb bei der Bundesregierung Impulse setzen für ein durchsetzungsfähiges Normungsinstitut, daß zukünftig die Anforderungen an die Systemkompatibilität festlegt. Um die derzeit bestehenden Möglichkeiten rechtssicher ausschöpfen zu können, sollte die hiesige Datenschutzbehörde Anwendungen entsprechend zertifizieren können. Auch sollten die Möglichkeiten und der Umgang mit solchen Systemen Bestandteil der medizinischen Ausbildung werden.

Wirtschaftlichkeit erreichen wir erst mit einem System, das elektronische Patientenakte, elektronische Fallakten und elektronische Gesundheitsakte mit einander verbindet, um das gleichzeitige Sichten von Dokumenten und Bildern zu ermöglichen. Dadurch sinken nicht nur die Kosten für die Versorgung, sondern es steigt auch die Qualität der Behandlung aus der Sicht des Patienten. Für die Konzentration aller relevanten Unterlagen an einem Ort brauchen wir Konzepte, die die bestehenden Datenschutzrestriktionen überwinden.

### **3. Allgemein- und basisfachärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen!**

Der Erhalt einer flächendeckenden basisärztlichen (Haus-, Kinder- und Augenärzte sowie Gynäkologie) Versorgung auf dem Lande kann durch Förderanreize von Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunen und Kassen unterstützt werden. Insbesondere die ländliche Kommunen sollten erkennen, daß einladende Rahmenbedingungen für Ärzte die Attraktivität einer Gemeinde wesentlich beeinflussen kann und insofern durchaus als wirtschaftliche Investition im Standortwettbewerb betrachtet werden können.

Zusätzlich sollte es Ärzten per bürokratiearmen Verfahren erleichtert werden, sich für eine partielle oder vollständige Verlegung ihrer Tätigkeit aus überversorgten Regionen zu entscheiden. Unabdingbare Voraussetzung ist eine planerische Grundlage, die den Versorgungsbedarf einer Region durch dynamische Kriterien zur Bevölkerungsstruktur und dem Konsumverhalten hinreichend objektiviert, um Anreize zielsicher zu verankern. Da die Zahl des ärztlichen Nachwuchses sich absehbar nicht erheblich steigern läßt, die demographische Entwicklung jedoch einen erhöhten Versorgungsbedarf auslösen wird, müssen die Anreize derart gestaltet werden, daß sie auf eine hohe Effizienz und persönliche Initiative der Ärzte hinwirken. Hemmnisse die einer freiberuflichen oder unternehmerischen Betätigung entgegenstehen sind abzubauen.

### **4. Ärztlichen Nachwuchs sicherstellen!**

Eine ausreichende Zahl von Ärzten zur Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Sie unterliegt auch regionalen Aspekten. Denn obwohl die Zahl der Vertragsärzte von 1990 bis 2008 bundesweit um fast 59 Prozent von 92.000 auf 138.000 gestiegen ist, zeichnet sich in der Zukunft eine Mangelversorgung ab. Sowohl in städtischen als auch insbesondere in ländlichen Regionen können ärztliche Stellen in Krankenhäusern und Praxis-sitze zunehmend nicht mehr besetzt werden. Aus unterschiedlichen Statistiken geht einhellig hervor, daß in den nächsten 10 bis 20 Jahren 15.000 bis 20.000 Ärzte besonders in ländlichen Regionen fehlen werden. Betroffen sind alle Bundesländer.

Die Zahl der Studienanfänger in der Medizin (ca. 9500 pro Jahr) könnte auf den ersten Blick ausreichen. Die Zahl der Anfänger ist jedoch nicht mit der Zahl der Absolventen identisch. Von ca. 6.000 Absolventen wandern 1000 bis 1500 ins Ausland ab und ca. 1000 suchen eine Tätigkeit außerhalb der kurativen Medizin. Die verbleibenden 3500 bis 4000 Jungmediziner werden aber den zukünftigen Bedarf nicht mehr decken können. Dabei spielen die aus Altersgründen ausscheidenden Mediziner (2010 bis 2015 ca. 36.000) und die weiterhin ins Ausland abwandernden Ärzte, deren Zahl durch aus dem benachbarten Ausland zuwandernde nicht kompensiert wird, eine wichtige Rolle. Es sollten also u.a. mehr Mediziner ausgebildet werden, um die Versorgung auch zukünftig zu sichern. Eine Schließung von Ausbildungsstätten ist angesichts dieser Entwicklung eher kontraproduktiv.

Vor allem sollten die medizinischen Fakultäten im Rahmen von Zielvereinbarungen dazu aufgefordert werden, die ihnen eingeräumten Zulassungsmöglichkeiten im Rahmen der ihnen überlassenen Auswahlquote von 60 Prozent der insgesamt Zuzulassenden besser und tatsächlich zu nutzen. Bisher werden auch in dieser Quote die meisten Anfänger nach ihrem Abiturdurchschnitt ausgewählt. Berufserfahrungen und -abschlüsse in medizinrelevanten Berufen müssen zukünftig

regelmäßig angerechnet werden und persönliche Motivation und Eignung Berücksichtigung finden, um auch auf diese Weise einer Abwanderung ins Ausland oder berufsfremde Bereiche entgegenzuwirken. Auch der jüngste Vorschlag des Bundesgesundheitsministers, Medizinstudenten bevorzugt zuzulassen, die sich verpflichten, für eine gewisse Zeit ein Praxissitz auf dem Land zu übernehmen, erscheint zielführend.

### **5. Innovationskraft in der Gesundheitswirtschaft stärken!**

Das Herzstück des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein ist sein Universitätsklinikum. Angesichts des Schuldenberges von etwa 110 Millionen Euro vor allem eines geschätzten Investitionsstaus von zumindest deutlich über 300 Millionen Euro gibt es keine ernstzunehm-

mende Alternative zu einer Vollprivatisierung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Anstelle von Veränderungsängsten sollten wir die Privatisierung als große Chance für die zukünftige Sicherstellung von Forschung und Lehre und von einer hohen Qualität der Patientenversorgung am Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein begreifen. Bei der Partnerwahl sollte das Land Spielräume nutzen und über den Gesellschaftsvertrag eine hohe Qualität von Forschung, Lehre und Ausbildung sicherstellen. Für den medizinischen Hochschulstandort Schleswig-Holstein sind etwaige private Betreiber auf folgende Ziele zu verpflichten:

- Verbesserung im Lehre- und Forschungsranking
- Erhöhung der Drittmitteleinnahmen
- Ausweitung der Sonderforschungsbereiche

Der Verkaufserlös sollte einer Stiftung zugeführt werden, die Grundlagenforschung am Standort fördert. Die Option, die Fusion wieder rückgängig zu machen und nur den Standort Lübeck zu verkaufen, würde kaum ausreichen, um den Investitionsstau in Kiel aufzulösen und zudem gehobene und noch nicht gehobene Potentiale der Fusion verschenken. Von wesentlicher Bedeutung für eine erfolgreiche Standortentwicklung ist eine parallele Strategie für die Ausbildung der Universitätsprofile für Lübeck und Kiel. Wir brauchen endlich eine arbeitsteilige Optimierung der Profile.

Wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Privatisierung ist eine dezidierte Trennungsbuchung zwischen den Bereichen Forschung, Lehre, Ausbildung und der Krankenversorgung. Auf dieser Grundlage wäre es durchaus auch vorstellbar, daß einzelne Forschungsreihen der Universität in einem Bieterwettbewerb der Krankenhäuser auf Zeit vergeben werden. Ein Krankenhaus der Maximalversorgung muß nicht zwingend auch eine universitäre Einrichtung sein. Für Forschungszwecke der Universität können nach dem Beispiel Regensburg auch andere kompetente Partner für Teilbereiche interessante Möglichkeiten bieten. Ein solches Wettbewerbsmodell kann zusätzliche Impulse für unseren Forschungsstandort vermitteln.

Für die wissenschaftliche Ausbildung unter Einschluß der akademischen Mitarbeiter sind gesonderte Mittel bereitzustellen. Auf Studiengebühren darf dabei nicht verzichtet werden. Die Lehre kann zukünftig vermehrt über gezielte Lehraufträge gestaltet werden. Die strikte Verknüpfung zwischen Forschung und Lehre in Deutschland sollte dafür gelockert werden.

#### **6. Attraktivität der Gesundheitsversorgung für auswärtige Patienten erhöhen!**

Schleswig-Holstein bietet für die Gesundheitsversorgung ein attraktives Angebotsspektrum zu bundesweit wettbewerbsfähigen Preisen. Dieses Spektrum sollte durch modernste Einrichtungen gezielt ausgebaut werden, um Patienten aus anderen Bundesländern, Europa und der Welt nach Schleswig-Holstein zu holen. Beispielhaft dafür ist beispielsweise die Schmerzlinik in Kiel, deren Patienten zu 70 Prozent von außerhalb anreisen. Die Förderung dieser Leuchttürme sollte sich an privatwirtschaftlichen Initiativen ausrichten. Das Modell eines Partikelzentrums, bei dem das Land Schleswig-Holstein die unternehmerischen Risiken trägt, muß entsprechend der Ausnahmefall bleiben.

#### **7. Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen!**

Angesichts der demographischen Entwicklung und der daraus resultierenden Anhebung der Regelaltersgrenze für den Eintritt ins Rentenalter bekommt die Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit noch stärkere Bedeutung. Für die Betriebe ist die Erhaltung der Gesundheit durch Arbeitsorganisation, Gesundheitsförderung und Aufklärung auch ein Wettbewerbsfaktor. Dies gilt gerade auch für Betriebe, die in Konkurrenz zur Metropolregion Hamburg stehen.

#### **8. Prävention bei Schulkindern durch mehr Bewegungsangebote und Anreize für gesunde Ernährung verstärken!**

Bei der Entwicklung gesunder Lebensweisen kommt dem Elternhaus eine prägende Rolle zu. Auch im schulischen Kontext muß hier Grundlegendes geleistet werden, was nur in einer Ge-

meinschaftsaktion von Schulen, Eltern, engagierten Fachleuten, Ärzten und Krankenkassen möglich erscheint. Vorbild könnte die Reduktion der Karieshäufigkeit bei Kindern im Rahmen der Jugendzahnpflege sein. Eine interessante Möglichkeit erscheint auch der auf Initiative des Wirtschaftsrates zusammen mit der AOK und der Techniker Krankenkasse in Schleswig-Holstein erarbeitete Vorschlag zu einem Fitneßwettbewerb der Bundesländer, der durchaus auch zunächst für Schleswig-Holstein auf der Ebene der Landkreise umgesetzt werden könnte. (siehe Anlage: Projektskizze Fitneßwettbewerb)

Kiel, 16. August 2011

---

Kontakt:

Dr. Bertram Zitscher (Landesgeschäftsführer)  
Wirtschaftsrat der CDU e.V., Landesverband S-H  
Sophienblatt 44-46, 24114 Kiel  
Tel: 04 31/67 20 75, Fax: 0431/67 20 76  
E-mail: [lv-s-h@wirtschaftsrat.de](mailto:lv-s-h@wirtschaftsrat.de)