

RHÖN-KLINIKUM AG 

„Das Gesundheitswesen in der alternden Gesellschaft als Gesundheitswirtschaft und Wachstumsmotor.“




D-97616 Bad Neustadt/Saale
Tel.: 097 71 / 65 – 0 - Fax: 097 71 / 97 4 67
E-mail: rka@rhoen-klinikum-ag.com
Homepage: www.rhoen-klinikum-ag.com

*Internationaler Kongress der
Ordensspitäler
in Österreich*

*Linz
am 6. November 2008*

Eugen Münch
*Aufsichtsratsvorsitzender
Rhön-Klinikum AG*


Stand 5.11.2008 1

**Auf dem Weg zur Massenmedizin
mit alten Regeln** 

- **Basis der „alten Medizin“:**
Einzelbeziehung und die damit verbundene Vertrauensbasis; Verzicht auf vertrauensbildende Transparenz möglich; Regulator war die Beziehung.
- **Die „neue Medizin“** hat als Massenphänomen keine wirkliche, sondern nur eine scheinbare Vertrauens- und Beziehungsebene; es handelt sich um Leistungsaustausch, nicht Beziehungsregulation.
- Die Nutzung der neuen Medizin unter den Regeln der alten führt über kurz oder lang zu ähnlichen Problemen, wie sie in der Finanzwirtschaft sichtbar werden. Es wird auf der Basis Vertrauen (Vermögensberater) ein Produkt verkauft, das keines ist.


**Sein und Scheinen
driften immer weiter auseinander**

2

Qualität aus Individualität versus Masse 

- Die Sicherheit der Leistung in Qualität und Gegenwert findet in der **alten Beziehungsmedizin** ihr Korrektiv
 - Unvermögen, Betrug oder Täuschung beendet die Beziehung und damit das Geschäft.
- In der neuen Medizin wird die Leistung nur scheinbar individuell erbracht, statt dessen **Konfektionierung**:
 - In Deutschland wickeln
 - 140 000 Mediziner 550 - 650 Mio. Arztkontakte (3 Minutentakt).
 - Standardisierte, arbeitsteilige Massekonzepte
 - Qualität aus Wiederholung und Arbeitsteilung, standardisierte Qualitätskontrolle – Markenbildung ersetzen individuelle Beziehung.


3

Wandel der Konsumbedürfnisse 


- Gesundheitszustand, Alter und steigende Erwartung an die Lebensqualität generieren unterschiedliche Konsum-Bedürfnisse = unterschiedliche Bewertung des „Lebensgewinns“,
 - Beispiel.:
 - 60-jähriger Diabetiker - automatische Insulinpumpe,
 - 30-jähriger Single - Mercedes SLK, ...
- Konsequenz: Steigende Nachfrage aus der „alten Gesellschaft“ - das sind Gesundheitsdienstleistungen + altersnützliche Lebenshilfen - substituieren Konsumgüter der Jungen.
 - Industrien wandeln sich.


Der Umsatz mit Insulinpumpen und Vergleichbarem, wird irgendwann die Gerätschaften der Großraummobilität verdrängen.

„Gehroboter schlägt Sportwagen“




4




Am Scheideweg 

- Durch die älter werdende Gesellschaft wird Gesundheitsdienstleistung zum wichtigsten Konsumgut
- Vielleicht ist der schleichende Prozess der „Vergrünerung“ (Leistungsreduzierung) und Verkleinerung der Autos auch eine Alterungsfolge.
- Mit 60 ist es schwerer, mit dem großen Luxusgefährt in die Parklücke zu kommen ... und der Hüftschaden wird beim Einsteigen in den Porsche besonders sichtbar.


5



Der Wandel des Denkens 

- Für die „alte Gesellschaft“ steht die (körperlich/geistige Mobilität), d.h. die Fähigkeit, altersgruppengerecht „dabei zu sein“, im Mittelpunkt des Interesses.
 - Sozial ist immer anwesend und dazugehörig
- Für die Älteren wird Gesundheitsmobilisation erwünschter Konsum ... und immer später die Solidarität erfordernde Nothilfe
- Die Schilderung ihrer Herzoperation hört sich bei manchen Patienten an, wie eine Besteigung des Mont Everest – im Nachhinein ist die OP auch ein „werblich wirkender Event“.

6




Individuelle Bewertungsänderung

Der Beglückungswert einer Insulinpumpe unterscheidet sich nicht prinzipiell vom Beglückungswert eines SLK

oder

Viagra der *Liebes-Porsche* für die reife Jugend

7





Trends im Gesundheitswesen 1

Struktur- und Regelveränderungen im Gesundheitswesen sind Folgen nicht Ursachen des Generaltrends „Bedürfnisänderung durch Alterung“.

- **Im Krankenhaus hat die Diskussion der Mindestmengen begonnen – Einführung der Massenfertigung aus Qualitätsgründen.**
- **Alle Qualitätsmaßnahmen und Rationalisierungen zielen auf Verbesserung durch gesicherte Prozesswiederholung und Arbeitsteilung mit gesicherten Schnittstellen.**


8




Trends im Gesundheitswesen 2 

- Flussprinzip, Netzwerk-Cluster oder Pfade??
- Die EPA, das zukünftige virtuelle Flussprinzip im Netzwerk mit definierten Clusterschnittstellen
- Die intranetbasierte EPA wird vielleicht zukünftig begleitet von einem Wissenssystem.
- Der Arzt gibt die neueste Diagnoseergänzung ein, und das System sagt, was aktuell die Mehrheit der Kollegen entscheidet. Das wären dynamische Pfade, die ständig auf der Höhe der Zeit sind.

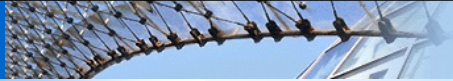
9




Bedrohlich und real 

- Was passiert, wenn Google uns überholt? – Wir machen Datenschutz und die Menschen liefern Google ihren virtuellen Körper zur Bearbeitung.
- Pharmaindustrie entwickelt Gewinnspiele zur Datenspende
- Gesundheitsdienstleister – mit ihren Daten und Verläufen – besitzen das eigentliche Kapital der Zukunft (Wissen) oder findet sich dieses in den, die Welt beherrschenden Braintrusts.

10

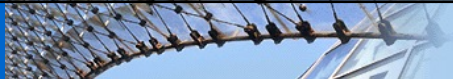



Dominoeffekte DRG (1) 

- **DRGs* sind die Definition medizinischer Leistung in Form ökonomischer Wertrelationen. Ihre Folgen sind:**
 - **Beziehung der Medizin-Dienstleister zu Krankenkassen, Staat und Patienten – verändern sich**
 - **Medizin-Dienstleister stehen mit der Einführung der DRGs dort, wo das Handwerk am Beginn des Industriezeitalters stand.**
 - **DRGs – Leistungs- und Qualitätsvergleich**
 - **Preisangleichung für leistungsgleiche Prozeduren**
 - **Angleichungsdruck auf Prozeduren, Prozesse, Personal und Produktionsmittel**

*) DRGS = Diagnosis Related Groups = Fallpauschalen


11




Dominoeffekte DRG (2) 

- **Beginnender Investitions- und Servicewettbewerb, weil Geld der Leistung folgt und nicht mehr der Kostenentstehung**
- **Die Existenz und Positionierung der Krankenhäuser hängen zunehmend von ihrem Erfolg im Wettbewerb ab.**
- **Verschärfter Wettbewerb entsteht, da die Krankenversicherung und die Politik Erkenntnisgewinne aus dem Wettbewerb unter DRG für die Sicherung eigener Interessen nutzen.**


12




Dominoeffekte DRG (3) 

- Die DRGs zwingen Gesundheitseinrichtungen in aufwärtsgerichtete Leistungs- und Rationalisierungsspirale. Die Durchschnitte, aus denen die DRGs gebildet werden, werden besser.
- Die Bemühung einzelner Gruppen, aus dem System mit Sonderregelungen auszuscheren, heizen die Aufwärtsspirale der verbleibenden (Gruppen) zusätzlich an.
- Spätestens dann, wenn die Rationalisierungsreserven „Personal“ verbraucht sind und weitere Rationalisierung nur noch mit Investitionen möglich sind, ist der Staat deutlich systemisch ungeeignet.

13



Standortgebundenheit macht Binnenwirtschaft 

- Starke Standortgebundenheit und geringe Disponibilität des Gesundheitskonsums (wenn ich eine Hüfte brauche, nützt eine Insulinpumpe nichts).
- Die Insulinpumpe könnte zwar in China produziert werden, wenn uns die Sicherheit genügt, Dienstleistung und Entwicklung aber sind regionale Funktion.
- Gesundheitswirtschaft wird immer zu über 60 % ein regionales Aufgabengebiet sein – es sei denn, wir werden wegen Verharrens in Plan- und Staatswirtschaft abhängig von fremden Innovationen und Produkten, die dann überteuert geliefert werden.


14



Finanzierung – Innovation gesucht

- Mercedes SLK und Insulinpumpe brauchen normalerweise eine Finanzierung über die Zeit.
- Beim SLK sind wir gewöhnt, vorher zu sparen oder anschließend Leasingraten zu bezahlen
- Wer ein Auto braucht, kommt bei geringer Kaufkraft auch mit einem Polo zurecht oder fährt Bahn; – die soziale Deformation berührt selten das ALLES oder NICHTS.
- Bei der Hüfte oder der Insulinpumpe oder der Leukämiebehandlung ist das anders: Hier müsste nicht das Produkt oder die Leistung, sondern der Preis flexibel sein, um den Nutzer nicht auszuschließen, aber aus Wettbewerbsgründen doch zu fordern.


15




Rationalisierung vs. Rationierung

- Bleibt die „alte Solidarfinanzierungsform“ bestehen, werden große Teile des Alterskonsums nur auf Bezugsschein zu haben sein: Kassen kaufen nach DRGs ein und reglementieren mit dem Staat als Monopol den Verbrauch.
- Die Teile der Wirtschaft, die vom „jungen Konsum“ abhängig sind, schrumpfen und wandern ab.
- Die Wirtschaft geht in Niedergang, weil 20 bis 30 % des Sozialprodukts staatsnah verwaltet und zugeteilt werden.
- Die Solidarfinanzierungsform mit ihrer bei steigendem Bedarf ineffizienten Verteilungsstruktur zwingt das System nach erfolgreicher Rationalisierung in die Rationierung.


16




Der einkommensrelative Preis
eine Alternative 

- Jeder kann an den Leistungen teilnehmen, muss aber – z. B. anteilig zu seiner persönlichen Kaufkraft – zuzahlen und somit anderen Konsum substituieren.
- Der Kaufkraftstarke zahlt z. B. 40% seiner Insulinpumpe der Schwache notfalls 4%; relativ gesehen, würden beide („gefühl“) gleich belastet und entsprechend - wie beim normalen Konsum - ein Wettbewerb förderndes Verhalten zeigen.
- Falls man das darin liegende Bürokratieproblem lösen könnte wären die Güter für alle bei relativ gleichen Opfern verfügbar – Ergebnis Gesundheitskonsumwirtschaft.


17




Konsequenz 

Wer die Finanzierungstechnik für den Alters-Konsumenten erfindet und den Preis **zum Wettbewerbstreiber**, aber **nicht zum Selektionsinstrument** macht, generiert die Massen-Produktion und damit die Verfügbarkeit gesundheitswirtschaftlicher Güter und Leistungen. Die Basis der Wirtschaft einer Senioren-Gesellschaft entsteht.

18





Bedingungen einer Hoffnung 

Um das Gesundheitswesen von einem sozialen Appendix und Kostenfaktor der Volkswirtschaft ohne Einbußen an Menschlichkeit zu einem sich selbst tragenden Wirtschaftsfaktor zu machen, brauchen wir:

1. Informierte und autonome Medizinnutzer, deren persönlicher Kaufkräfteeinsatz ihre Eigenverantwortung unterlegt, sie aber nicht von der Leistung ausschließt.
2. Einen Staat, der die Regeln setzt und durchsetzt, ohne Eigeninteressen zu pflegen.
3. Starke Teilnehmer am Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft, die sich emanzipierte Medizinnutzer zu zutrauen.
3. Versicherungen, die eine Absicherung mit Orientierung an der persönlichen Kaufkraft anbieten und durchhalten können.
4. Dienstleister des Gesundheitswesens, die Netzwerkmedizin verstehen und betreiben und die Kostendegression und deren Nutzung als Mittel der Vollversorgung und Nachhaltigkeitsprinzip einsetzen.

19



Fazit 

**Wie Sie sehen, ist die Antwort auf die Frage
Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmotor eine
Antwort mit neuen Fragen:
Es ist das, was wir daraus machen.**

Wir können keine Anleihen für die Lösung machen – es gibt keine, denn es ist das erste Mal in der Geschichte der Menschheit, dass Völker von langem Leben bedroht oder damit beglückt werden.

Meine Überzeugung:

Nicht die Rationierungsmedizin, sondern eine konsumorientierte Massenmedizin mit dem Anspruch auf ein menschliches Gesicht führt zu einer sozialen Gesundheitswirtschaft – die nicht nur in ihrem Ergebnis, sondern in ihrem Dasein soziale Wirkung entfaltet indem sie nicht Belastung ist, sondern Arbeit und Brot gibt.

20