

Hausnotruf

Markt-/ Zielgruppenanalyse Krankenhaus aus dem Jahre 1975

Hausnotruf mit Krankenhäusern zu vernetzen

Vorbemerkung : Ziel der Untersuchung war es, den quantitativen und qualitativ/ rechtlichen Rahmen zu ermitteln, in welchem Umfang der Hausnotruf in dieses Marktsegment eingebunden werden kann.

Die freien Krankenhausträger können sich ohne Einschränkungen organisieren, während dies bei staatlichen Krankenhäusern bedingt möglich ist. Diese Bedingungen werden nachstehend erläutert

Ziel war und ist es, den Hausnotruf mit Krankenhäusern und Arztpraxen zu vernetzen und so dezentrale Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Aus der damalige Untersuchung sind zwei, heute noch gültige Schlüsse zu ziehen
Wegen der flächendeckenden Versorgung Kranker pp., den Hausnotruf parallel zu den bereits ambulant aktiven Wohlfahrtsverbänden an ein Krankenhaus anbinden, um größtmöglich Synergieeffekte zu erzielen (Aldi-statt Karstadt-Prinzip)
Dabei die Krankenhäuser auswählen, die sich mit ihrer Betriebsgröße im optimalen Bereich gemäß der nachstehend erläuterten Untersuchung befinden.

Mit anderen Worten lautet die Zielformulierung wie folgt :

Moderne dezentrale Kooperationsformen
Hausnotruf in Verbindung mit der Biomedizin
Einsparungen u.a. durch Schaffung
kostenoptimaler Krankenhausbetriebsgrößen

Qualitativ/rechtliche Bedingungen

Eine Gebietskörperschaft, eine Kommune (Stadt oder Land) kann alles, was keine hoheitliche Aufgabe ist, auf Dritte delegieren. So kann z.B. eine Stadt oder ein Landkreis Eigentümer eines Krankenhauses sein und bleiben, dessen Betriebsführung aber Dritten, einem Eigen- oder Fremdunternehmen, übertragen, ohne das Eigentum an der Krankenhaus-Immobilie aufzugeben. Dieser Dritte, ein Eigen- oder Fremdunternehmer, ist von der Beachtung gesetzlich vorgeschriebener und häufig komplizierter und zeitraubender Entscheidungswege ausgenommen und kann seine Entscheidungen ausschließlich nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien treffen.

Ein weiterer Vorteil ist, die Krankenversorgung wird von der Bevölkerung unter Beachtung des Subsidiaritätsgrundsatzes, immer noch als öffentliche und damit hoheitliche Aufgabe, aufgefasst. Der Staat kann und darf sich nicht durch Privatisierung seiner Krankenhäuser aus der Verantwortung stehlen.¹ Er kann sich aber unter Zuhilfenahme Dritter ein Höchstmaß an Handlungsspielraum verschaffen.

Krankenversorgung hat immer dezentrale flächendeckende Strukturen und ist mit ihren Faktoren an die Regeln und Gesetzmäßigkeiten der Standortbildung gebunden, in sozialer, medizinischer und auch betriebswirtschaftlicher Hinsicht.

Für den Betrieb eines Krankenhauses, kann ein Höchstmaß an Synergieeffekten genutzt werden. Da es immanentes Ziel eines Krankenhauses ist, die Wohnbevölkerung zu versorgen, sind nur bestimmte und wenige Funktionen aus dem Krankenhäusern auf übergeordnete zentrale Einrichtungen delegierbar. Wichtige, nicht

¹ Wilhelm Hormann, „Krankenhausprivatisierung: Die richtige Lösung oder der kurze Weg?“ Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund; DIE NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDE, Heft 5-6/1998, S. 86 ;

zentralisierbare Grundfunktionen müssen vor Ort erhalten bleiben. Dabei ist allerdings zu prüfen, ob denn wirklich auch vor Ort schon alle denkbaren Synergie-Effekte genutzt werden wie z.B. eine gute Verzahnung oder Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich (Ärzte und andere Heilberufe, Apparategemeinschaften pp., Finanzierungsmodelle pp., Unternehmensrechtsform, Kooperationsmodelle).

Eine Konzentration zu großen Krankenhausketten / Krankenhauskonzernen stellt das Prinzip der dezentralen Versorgung hingegen in Frage.

Großkonzerne (z.B. Karstadt), an zentralen Orten gelegen, **geraten** wegen ihrer mächtigen Strukturen sowie Übergröße und letztlich Kundenferne, **ins Wanken**. Während dessen entstehen gleichzeitig **kleine überschaubare, flexible Betriebsgrößen** dezentral und flächendeckend und auch im ländlichen Bereich (**Aldi, Netto pp.**). Diese Unternehmen **expandieren** und machen es Großkonzernen (Karstadt pp.) schwer.

Durch die modernen Kommunikationstechnologien und Logistiksysteme sind dezentrale Standorte kein Nachteil mehr. Diese Erkenntnis sollte auch in der Gesundheits- und Krankenhauspolitik genutzt werden.

Fortschrittliche Wirtschaftspolitik

sollte, wenn sie denn erfolgreich zur Standortsicherung oder Standortgewinnung dienen will,

zwei unabdingbare Voraussetzungen haben;

einmal gut funktionierendes lokales Schulsystem und

ferner gute lokale Gesundheits- und Sozialstrukturen (ambulant und stationär).

Sind diese Voraussetzungen geschaffen, können Unternehmen angesiedelt und das entsprechende Personal gewonnen werden.

Kostenstruktur der Krankenhäuser

So ist, vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen, u.a. die Kostenstruktur von Krankenhäusern zu betrachten. Es gibt da eine bemerkenswerte Untersuchung aus dem Jahre 1975, die in ihren Grundzügen heute immer noch Gültigkeit hat. Damals und auch heute noch werden die Investitionskosten durch Fördermittel des jeweiligen Bundeslandes übernommen und an die Krankenhäuser ausgezahlt. Die Kosten des laufenden Betriebes dagegen werden von den Krankenkassen und Selbstzahlern in Form von Pflegesätzen, Fallpauschalen und DRG's entrichtet.

Auch die Kostenstruktur (72-75 % Personalkosten und 28-25 % Sachkosten) ist bis heute, nach aktueller Befragung einiger für Pflegesätze zuständigen Referate in den Länderministerien, nahezu gleich geblieben. Durch entsprechende Währungs- und Indexrechnungen sind die absoluten gegenwärtigen Summen in € darstellbar. Bei dieser Betrachtung ist aber bedeutsam, dass sich in den letzten 30 Jahren an der Kostenstruktur (und damit an den Betriebsläufen im Krankenhaus) nicht viel geändert hat.

High-Tec-Medizin wirkt nicht unbedingt pflegesatzsteigernd

Der Einsatz personalsparender apparativer High-Tec-Medizin wirkt sich zwar auf den von den Bundesländern gezahlten Investitionsbereich der Krankenhäuser aus. Auf die Höhe der Krankenhaus-Pflegesätze und die DRG's (Fallpauschalen pp.) hat dies aber keine unmittelbaren Auswirkungen. Volkswirtschaftlich, und damit sozialpolitisch, geht es um die Überwälzung der Betriebskosten (Nutzungsentgelt) der Krankenhäuser (also ohne Investitionskosten) auf die Krankenkassen und Selbstzahler. Nur dieses Nutzungsentgelt wirkt sich auf die Krankenkassenbeiträge aus.

Damit steht fest, dass trotz apparativer High-Tec-Medizin die Pflegekosten nicht notwendig steigen müssen.

Größenkategorien niedersächsischer Krankenhäuser und ihr Kosten pro Bett pro Jahr

Diese Untersuchung wurde 1975² als Marktanalyse zur Einführung des Hausnotrufs durchgeführt.

Untersucht wurden die Selbstkostenblätter aller damaligen niedersächsischer Krankenhäuser (ca. 320 Krankenhäuser), mit Ausnahme von Beleg- und Universitätskrankenhäusern. Dabei wurden die Krankenhäuser in 5 Größenkategorien eingeteilt:

² Wilhelm Hormann, "Kostenexplosion im Krankenhaus" - optimale Betriebsgröße, Freiburg i.B., *Krankendienst*, 12 / 1975, S. 387 ff.

Tabelle 1

Größenkategorien untersuchter Niedersächsischer Krankenhäuser

1	2	3	4	5
Bis 99 Betten	100-249 Betten	250 – 399 Betten	400- 749 Betten	750 – und mehr Betten

Die entsprechenden Berechnungsunterlagen Unterlagen sämtlicher Krankenhäuser wurden damals anonymisiert zur Verfügung gestellt.

Die daraus ermittelten Relationen, Kostenstrukturzahlen, aus dem Jahre 1975 sind im wesentlichen heutzutage noch gültig. Die Personalkosten betragen rd. 73 % und die Sachkosten rd. 27 % . Ermittelt wurden die Gesamtkosten je belegtem Bett pro Jahr, unterteilt nach den obigen Kategorien (Tab. 1)

Es wurde mit gewogenem arithmetischem Mittel gerechnet und damit die belegten Planbetten und Krankenhäuser untereinander vergleichbar gemacht. Damals wurde ein aussagefähiger und auch noch heute gültiger Zusammenhang zwischen der Kostenhöhe und der Betriebsgröße eines Krankenhauses festgestellt. Je mehr Betten eine Klinik hatte, so um so höher waren ihre Kosten.

In manchen Industriebetrieben (z.B. IBM) galt z.B. der Grundsatz, das eine neue Lokation gebildet wurde, wenn die Betriebsgröße mehr als 1000 Mitarbeiter erreicht hatte.

Tabelle 2

Gesamtkosten³ je belegtem Bett und Jahr

1	2	3	4	5
Bis 99 Betten	100-249 Betten	250 – 399 Betten	400- 749 Betten	750 – und mehr Betten
38.131 DM/Euro	37.960 DM/Euro	45. 034 DM/Euro	48 .403 DM/Euro	53. 938 DM/Euro

Die kostenoptimale Betriebsgröße bewegt sich je nach medizinischer Zielstellung zwischen 100 und 249 Betten (Tabelle 2, Sp. 2) . Das Überraschende ist, die Kosten der Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von unter 100 Betten (Tabelle 2, Sp. 1) waren nur um 0,4 % teurer.

Die Untersuchung aus dem 1975 hat auch heute noch ihre Bedeutung:

Schaffung optimaler Betriebsgrößen, unter Einbeziehung der Versorgung auch ländlicher Bereiche, mit der Folge, einer dauerhaften Kostensenkung (**Aldi- statt Karstadtprinzip**)

Ausnutzen aller denkbaren Kooperations- und Finanzierungsformen (z.B. Doctors-Building^{4,5}) und –modelle, um ein Höchstmaß an Synergieeffekte zu erzielen, ohne dem Zwang ausgesetzt zu sein, das Krankenhaus verkaufen bzw. privatisieren zu müssen

Auch die kleineren Krankenhaus- Betriebsgrößen mit Kommunikationsmittel, Hausnotruftechnologie, geschultem Personal und technischem Gerät ausstatten, wonach die Patienten, unter Beachtung der freien Arzt- und Krankenhauswahl, von diesem Krankenhaus auch zu Hause versorgt werden können

Soviel stationär wie nötig , soviel ambulant wie möglich⁶ mit dem Grundsatz:

³ Die Gesamtkosten sind in Euro umzurechnen und durch Indexrechnung zeitlich anzupassen. Die Relationen aber sind gleichbleibend.

⁴ Wilhelm Hormann, „Langfristige Standortsicherung durch Doctors Buildings“, Management&Krankenhaus . S 28, 11/96

⁵ Toni Hau, Prof. Dr. med. , „Doctors Buildings an amerikanischen Krankenhäusern“, Management&Krankenhaus . S 29, 11/96

⁶ Wilhelm Hormann , http://www.akut-kliniken.de/Führungskonzept_PDF, 3 : „Neue ambulante und stationäre Bertreuungsformen und effiziente Führungskonzeptionen“

„My Home ist my Hospital“

Parallel zu vorhandenen, weitgehend überregionalen, großen Hausnotrufzentralen, wohnortnahe Hausnotruf-Zentralen an den Krankenhäusern oder Ärzte- und Pflegezentren errichten. Dabei nutzen von Synergieeffekten, weil die Krankenhäuser rund um die Uhr ohnehin ständig qualifiziertes, Personal Pfortner pp. sowie ärztliche Notdienste als Bereitschaftsdienste vorhalten müssen. Die hierfür entstehenden Kosten sind verrechenbare Marginalkosten und keine Fixkosten.

Einsatz biomedizinischer Komponenten des Hausnotruf, so wie das ursprünglich bei dessen Einführung 1980 vorgesehen war, für chronisch Kranke sowie besonders Gefährdete.^{7,8}

Schaffen medizinischer und wirtschaftlich, technischer Kooperationsformen mit niedergelassenen Ärzte (Hausärzten) ähnlich den Apparategemeinschaften unter Einbeziehung des Hausnotrufes und unter Einbeziehung biomedizinischer Komponenten.

Wilhelm Hormann

Berlin/Flettmar

21.09.2006

⁷ Wilhelm Hormann, „Der Hausnotruf bewirkt eine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems“ , http://www.akut-kliniken.de/Einsparung_d._Hausnotruf.pdf

⁸ http://www.akut-kliniken.de/Erfahrungsbericht__1984_--Forschung__Hausnotruf_1979-1983.PDF