



Klinikwirtschaft regional!

Zentrale Ergebnisse des „Trendreports Klinikwirtschaft Ruhr“

Kongress „Klinik-Wirtschaft-Innovation“,
7. November 2007, Bochum

Jürgen Hellmann

Geschäftsführer Stiftung Katholisches Krankenhaus Marienhospital Herne,
stv. Vorsitzender MedEcon Ruhr e.V.

Michaela Evans

Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, MedEcon Ruhr e.V.

Die Metropole Ruhr – Innovationen für Gesundheit?

Ergebnisse „Gesundheitsatlas 2007“* (Auswahl)

Mülheim a.d.Ruhr (Platz 43)

Witten (Platz 44)

Moers (Platz 51)

Essen (Platz 68)

Bochum (Platz 69)

Recklinghausen (Platz 71)

Oberhausen (Platz 76)

Dortmund (Platz 77)

Duisburg (Platz 78)

Gelsenkirchen (Platz 80)

Herne (Platz 81)

*Medizinische und soziale Versorgung (Indikatoren): Mittlere Lebenserwartung, Anzahl Haus- und Kinderärzte, Internisten / 100.000 Einwohner, Krankenhausbetten / 1.000 Einwohner

**„Vier der fünf ungesündesten Städte
liegen in NRW, Ruhrpottstadt Herne
ist trauriges Schlusslicht.“**

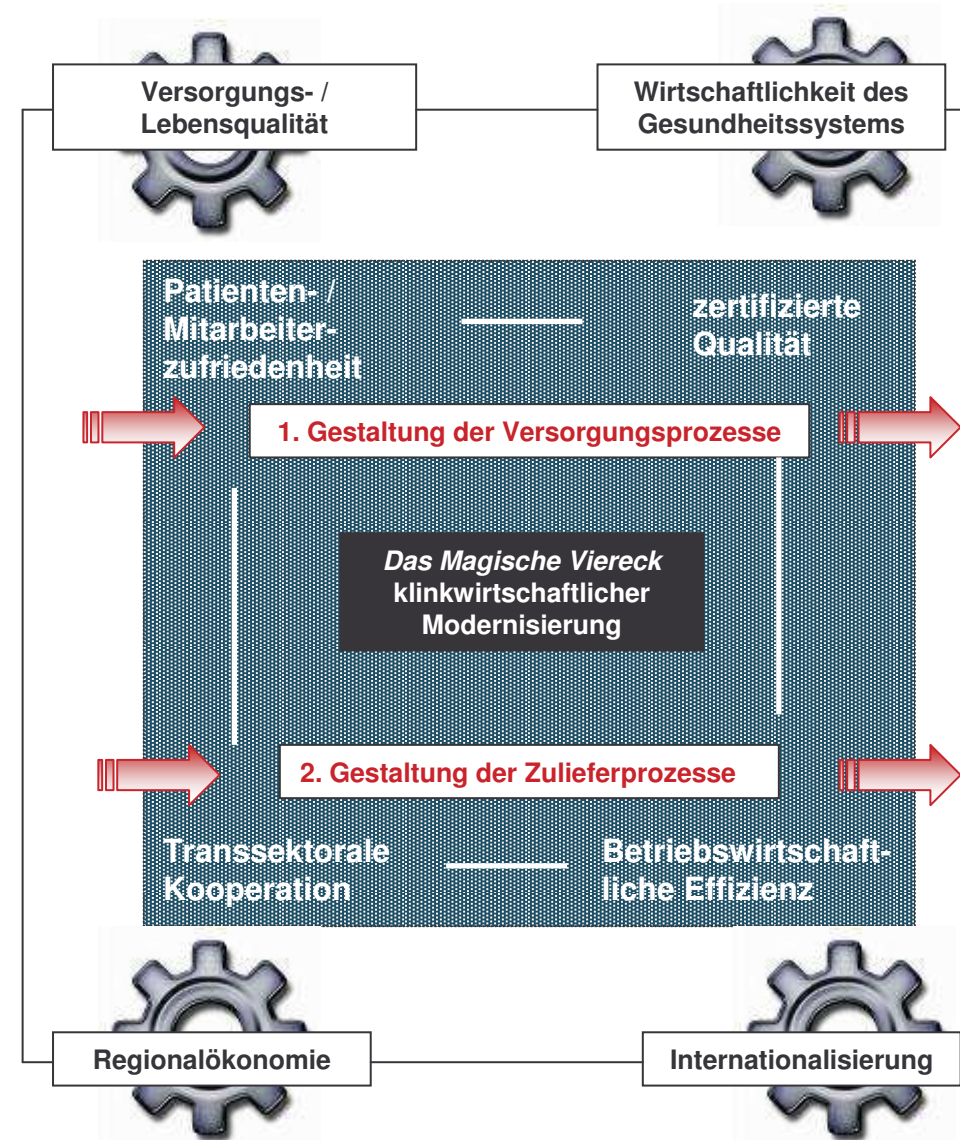


**„Im Ruhrgebiet besteht die Landschaft
eher aus Industrie“**

Warum ein “Trendreport Klinikwirtschaft Ruhr“?

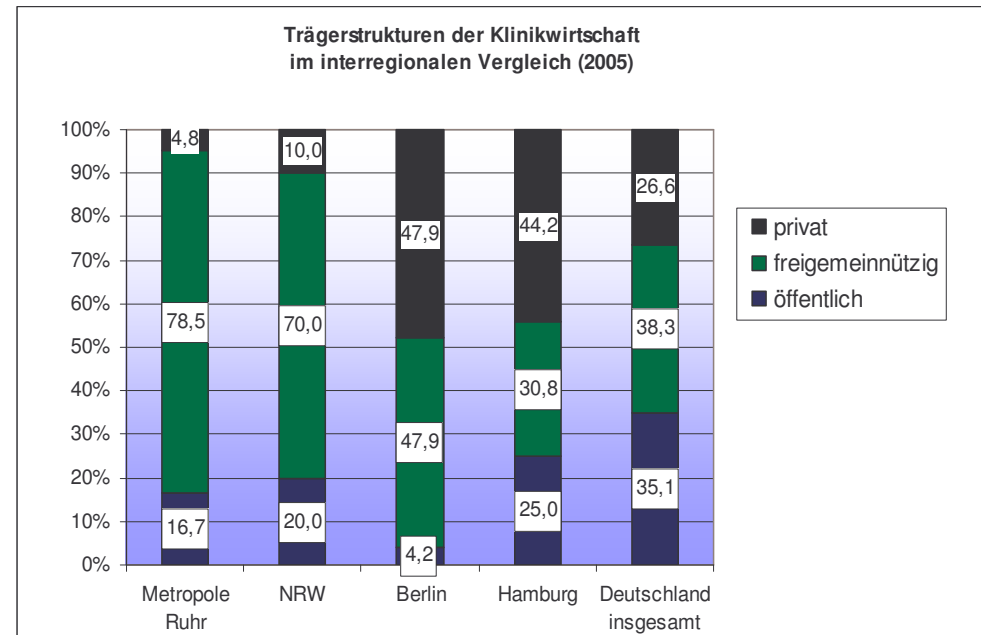


- (1) Krankenhäuser sind Mitgestalter der Lebens-, Arbeits- und Wirtschaftsräume!
- (2) Von der „Zukunft des Krankenhauses?“ zum „Krankenhaus der Zukunft!“
- (3) Nicht reaktiver Rückbau, sondern engagierte Modernisierung prägen die Landschaft!
- (4) Krankenhäuser haben und nutzen Spielräume für Innovation und Wettbewerb!
- (5) Erschließung regionalökonomischer Potenziale durch Gestaltung von Gesundheitsclustern rund um KH!
- (6) Modernisierungstrends und -chancen der Klinikwirtschaft im Umbruch sichtbar machen!



I. Leistungskonzentration durch Kooperation und Konzernbildung!

- Nicht Schließungen, sondern Fusion / Kooperation / Zentrenbildung prägen Restrukturierung;
- Gestaltung des Verhältnisses von optimaler Betriebsgröße und Leistungsqualität;
- geringe Bedeutung privater Trägerschaft;
- „Privatisierung“ im Bereich „Rechtsformwechsel“ und „Outsourcing“;
- konzertierte Verbundstrukturen freigemeinnütziger Träger(konzerne);
- 10 KH mit rd. 3.500 Betten und rd. 5.500 MA entfallen auf regionsexterne Träger;
- Traditionelle Zuordnung der KH zum stationären Sektor allein ist nur noch bedingt tragfähig;
- Verlängerung der gesundheitlichen Wertschöpfungskette durch Integration neuer Leistungssegmente.



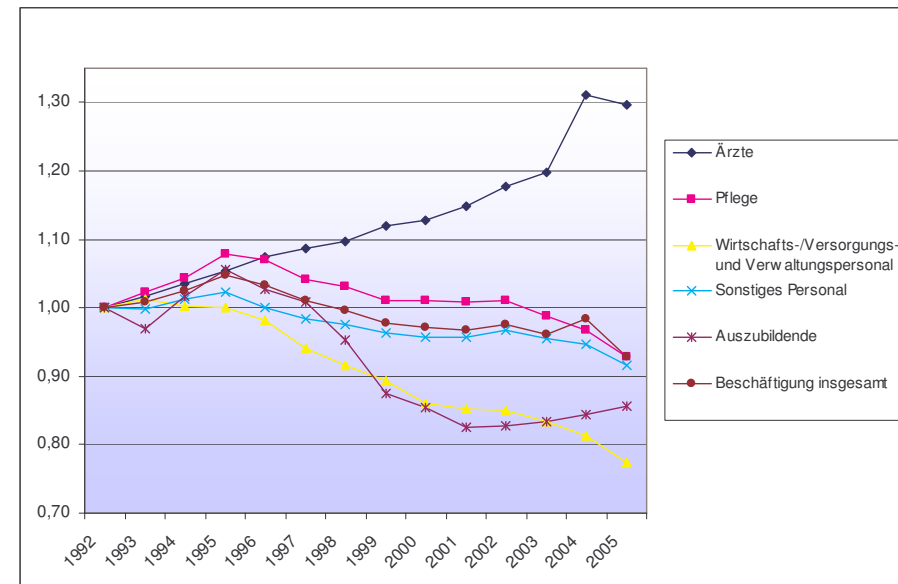
Quelle: Statistisches Bundesamt (2006), Fachserie 12/6.1; eigene Berechnung und Darstellung

II. Arbeit, Investitionen, Standortentwicklung – Regionalökonomische Bedeutung der Klinikwirtschaft



- Rd. 80.000 Vollkräfte arbeiten in den Krankenhäusern der Region;
- Gegenüber NRW (-6,3 %) und BRD (-8,7 %) zwischen 1992-2004 gemäßigter Beschäftigungsabbau (-4,0%);
- *intraregionaler* Vergleich sowie Betrachtung nach *Berufsgruppen* zeigt differenzierte Entwicklungspfade;
- Beschäftigungseffekte durch den Auf- und Ausbau von Satellitenstrukturen;
- indirekte und induzierte Beschäftigungseffekte = rd. 40.000 weitere Arbeitsplätze im Umfeld (*Schätzung*);
- Beschäftigungs*verlagerung* aus dem Krankenhaus in das wirtschaftliche Umfeld (v.a. sekundäre Dienste);
- gemeldeter (Neu-)Investitions*bedarf* (rd. 615 Mio. €) und Verwendung der Mittel untermauern regionalökonomische Chancen.

Entwicklung des Personals in Krankenhäusern nach Funktionsbereichen der Metropole Ruhr (Indexwerte, 1992=100)

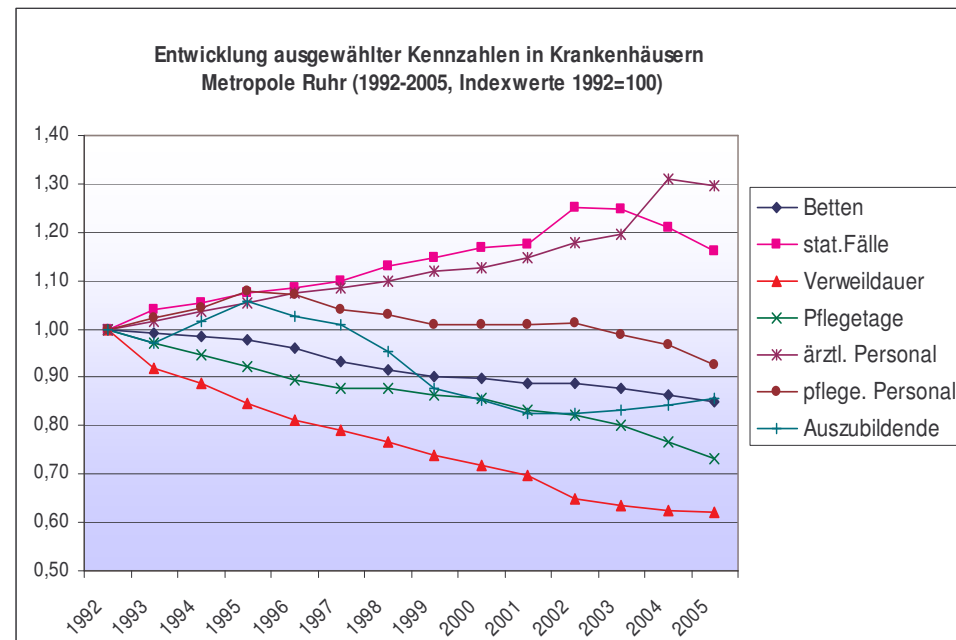


Quelle: Krankenhausstatistik NRW, Sonderauswertung LDS NRW (2007), eigene Darstellung; Angaben 2005 ohne Mülheim a.d. Ruhr

III. Ausbau ambulanter Leistungen, Effizienz- und Qualitätsoffensive und die Eroberung neuer Märkte!

- Steigende Bedeutung ambulanter Leistungen: 2,2 Mio. Fälle (62,6 %) / rd. 131.000 ambulante Operationen (2005);
- Betten -15,1%, Pflage tage -26,7 %, durchschnittliche Verweildauer -37,9%, Fallzahlen + 19,0%; (1992-2005);
- Qualitätsoffensive mit dem „Klinikführer Rhein/Ruhr“;
- KH wirken funktional / ökonomisch über die Grenzen der Region hinaus (Patientenmobilität);
- 53,4% der KH realisieren einen BFW unterhalb, 46,6 % einen BFW oberhalb des LBFW;
- Gegenüber anderen Klinikregionen (B,M,HH) relativ geringer finanzieller Anpassungsbedarf von rd. 65 Mio. €;
- erfolgreiche Anpassungsleistungen spiegeln sich in der Entwicklung der Basisfallwerte wieder.

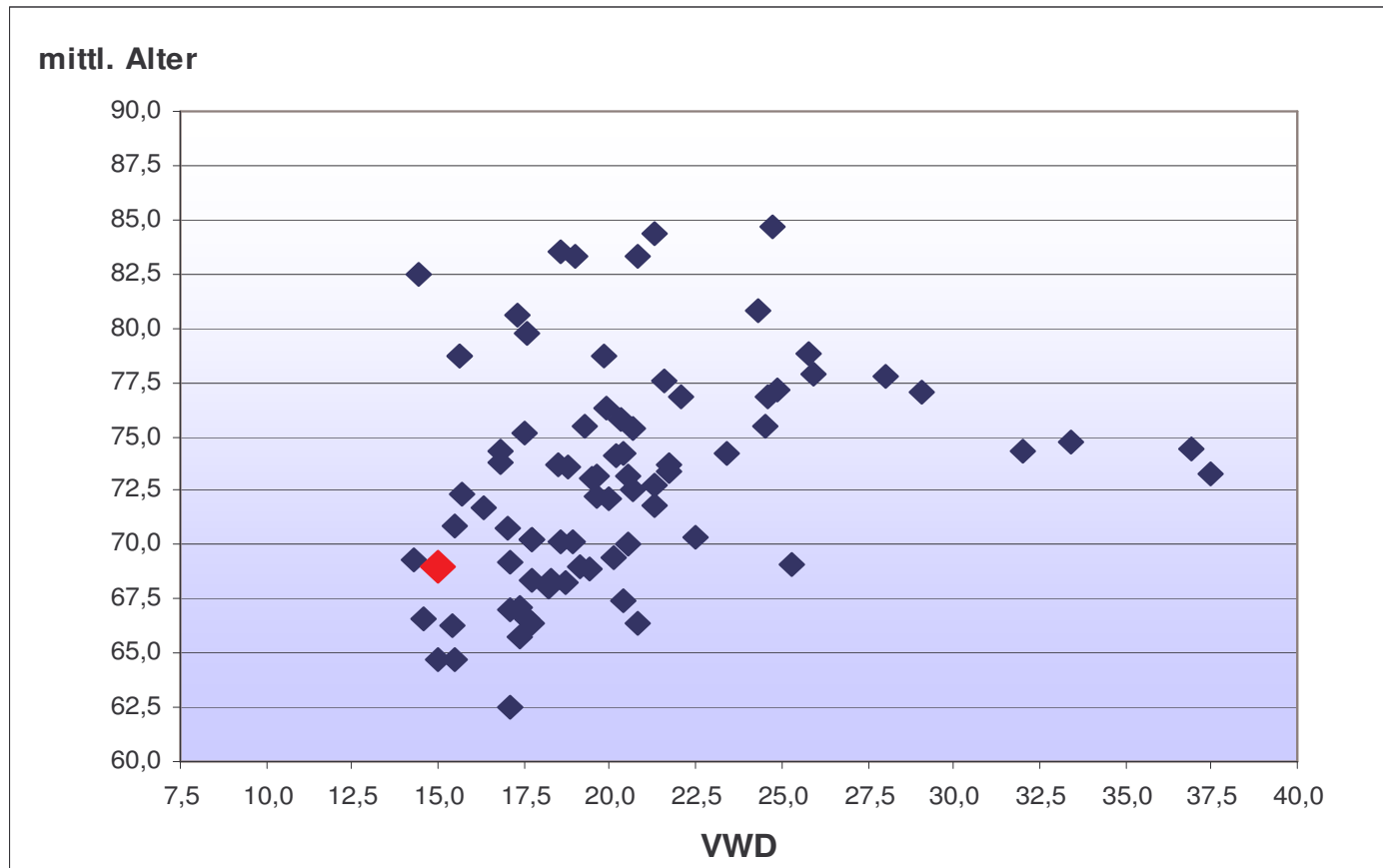
Es ist schon viel geschafft...



Quelle: Krankenhausstatistik NRW, Sonderauswertung LDS NRW (2007);
stat. Fälle = stationär behandelte Kranke

... aber in der Prozessgestaltung liegen noch Effizienzreserven!

Durchschnittliche Verweildauer (VWD) und mittleres Alter bei Patienten mit Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (OPS 5-820.00) in der Metropole Ruhr



Quelle: AOK Klinik Konsil; Angaben auf Basis des AOK-Berichts 2005, BQS (2007), eigene Darstellung

IV. Klinikwirtschaft Ruhr – Innovationen für Gesundheit!

- Beispielhafte Aktivitäten von überregionaler Bedeutung in allen untersuchten Innovationsfeldern;
- Stärken im Bestandsbau / Integrierte Versorgungs- und Dienstleistungskonzepte / Zentrenbildung / Qualifizierung / Logistik / Qualitätsmarketing;
- Realität hat die öffentliche Debatte überholt: In den Mittelpunkt rücken Modernisierungspotenziale der Klinikwirtschaft;
- Forschungs-, Qualifizierungs- und Unternehmenslandschaft der Metropole Ruhr wird im Zusammenspiel mit der Klinikwirtschaft Impulse für Modernisierung und Wachstum liefern;
- Voraussetzung: Auf- und Ausbau regionaler Innovations- und Entwicklungspartnerschaften / Lernen von internationalen Lösungen / Erfahrungen;
- Die Klinikwirtschaft in der Metropole Ruhr ist besser als Ihr Ruf – aber die Innovationskompetenz sollte auch nach außen sichtbar werden.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**