

18. Januar 2018

# 4. Swiss Healthcare Day

Wettbewerb, Finanzierung, Investitionen, Erträge:  
Die Rolle der privaten deutschen  
Krankenhaussträger im Verhältnis zu den  
staatlichen Leistungserbringern

Dr. Francesco De Meo – CEO Helios Kliniken

# Was ist unsere Aufgabe als Gesundheitsdienstleister?



Daseinsvorsorge



Patientenfürsorge



Gesundheits-  
versorgung

# Der ethische Rahmen...

## WMA DECLARATION OF GENEVA

### The Physician's Pledge

AS A MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:

I SOLEMNLY PLEDGE to dedicate my life to the service of humanity;  
THE HEALTH AND WELL-BEING OF MY PATIENT will be my first consideration;  
I WILL RESPECT the autonomy and dignity of my patient;  
I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life;  
I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;  
I WILL RESPECT the secrets that are confided in me, even after the patient has died;  
I WILL PRACTISE my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice;  
I WILL FOSTER the honour and noble traditions of the medical profession;  
I WILL GIVE to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due;  
I WILL SHARE my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare;  
I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard;  
I WILL NOT USE my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;  
I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely, and upon my honour.

*Adopted by the 2<sup>nd</sup> General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948  
and amended by the 22<sup>nd</sup> World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968  
and the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983  
and the 46<sup>th</sup> WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994  
and editorially revised by the 170<sup>th</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005  
and the 173<sup>rd</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006  
and amended by the 68<sup>th</sup> WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017*

# Wie passt das mit "Geldverdienen" zusammen?



# Das Geld bestimmt das "System" ...

„Von wem bekommt des Krankenhaus Geld?“

Prinzip der **Dualen Finanzierung** („aus zwei Töpfen“)



**Krankenhausbudget:**  
abgerechnete DRGs sollen die  
laufenden Kosten decken  
(Personalkosten, Medikamente, Strom...)



**Öffentliche Hand:**  
Pauschal- und Einzelfördermittel zur  
Finanzierung von Bauten und  
Anschaffung med. Geräte und Anlagen

**Krankenhauserlöse**

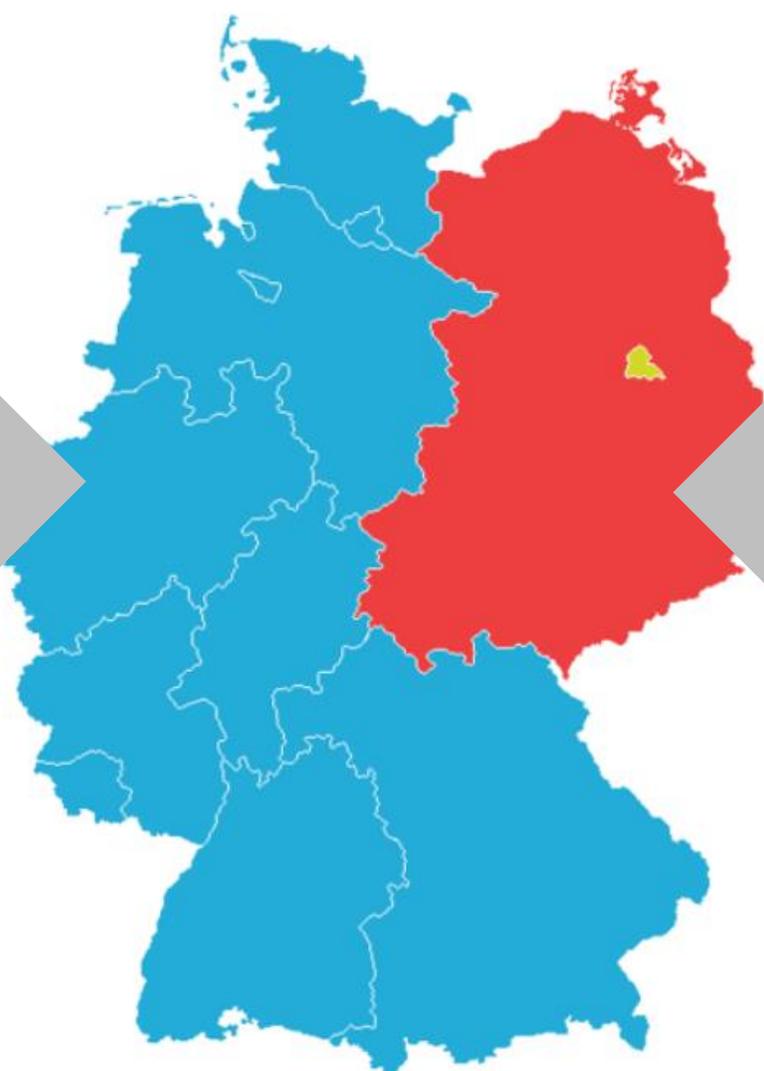
Krankenkassen und damit indirekt die Patienten selbst über Ihre Kassenbeiträge finanzieren unsere Arbeit und unsere Gehälter



# Wie lassen sich in der Gesundheitsversorgung unternehmerisches Wirtschaften und ethischer Rahmen verbinden?



# Historische Ausgangslage in Deutschland

- 
- „Notverkäufe“ aufgrund von Investitionsstau
  - Defizitäre Strukturen nach 40 Jahren dualem System

- Deutsche Wiedervereinigung:
- Sanierungsbedarf /Fördermittel
  - Bedarf nach „Management“

# Status Quo

## Krankenhaus Rating Report 2016

### Mit Rückenwind in die Zukunft?

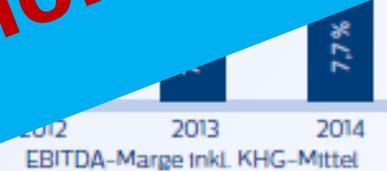
Datenbasis: 850 Jahresabschlüsse deutscher Krankenhäuser (517 aus dem Jahr 2013, 333 aus 2014)

### Deutsche Krankenhäuser weiterhin wirtschaftlich angeschlagen

Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit ist unverändert hoch (2013 1,14 %, 2014 1,17 %). Neunten Häufigkeit...

### Trendwende in Sicht?

- Positive Entwicklung der...
- Von der Umsatz...
- der Struktur...



### DRG-System und Ergebnisqualität

- Kliniken mit hoher Systemrelevanz sind wirtschaftlich besser aufgestellt als nicht systemrelevante Häuser.
- Es besteht keine Korrelation zwischen ökonomischer Performance und Ergebnisqualität.
- DRG-basierte Vergütung setzt richtige Anreize zur Zentralisierung von Versorgungsleistungen, aber nicht zur Verbesserung der Qualität.

### Erhöhter Bedarf an Pflegefachkräften

- Bedarf bis 2030: +18 %
- Arbeitsmarktmaßnahmen jetzt ergreifen!
- Digitalisierung sowie neue IT- und Medizintechnologien werden signifikante Effizienzpotenziale schaffen.

Augurzk  
Kran  
Ratir  
Mit Rück

# Deutsche K weiterhin w

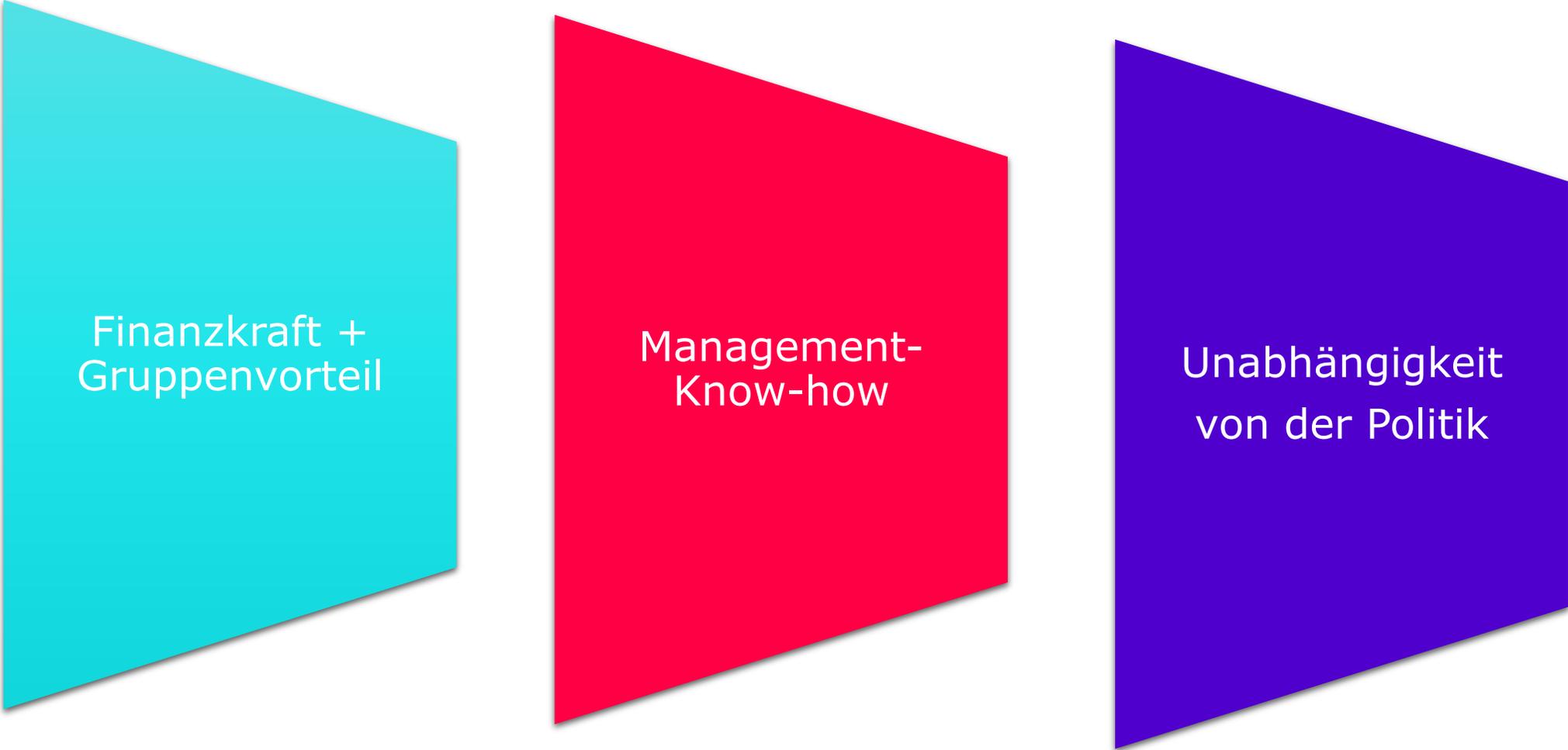
Die durchsch  
schei

aus droh

**Qualität und Wirtschaftlichkeit gehören zusammen**



# Sind private Krankenträger besser?



Finanzkraft +  
Gruppenvorteil

Management-  
Know-how

Unabhängigkeit  
von der Politik

# Helios – Daten und Fakten

- 5,2 Mio. Patienten (3,9 Mio. ambulant)
- 111 Akut- und Rehabilitationskliniken
- 89 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- 4 Reha- und 17 Präventionszentren
- 12 Pflegeeinrichtungen
  
- 5,8 Milliarden Euro Umsatz
- Täglich eigene Investitionen i.H.v. 1 Million Euro!

(Geschäftsjahr 2016)



# An einem Tag bei Helios...

... behandeln wir rund 34.200 Patienten - davon:



stationär und



ambulant

... nehmen wir rund



Notfälle auf

... werden von unseren Reinigungskräften rund 2.850.000 m<sup>2</sup> Boden gereinigt, die Fläche von



Fußballfeldern

... kümmern sich rund



Pflegekräfte um unsere Patienten

... betreuen wir



Kinder in unseren Kindergärten

... werden etwa



Essen an unsere Patienten ausgegeben

... lernen rund



Studenten im Praktischen Jahr ihren künftigen Beruf

... sind rund



Ärzte im Einsatz

... verbrauchen wir rund



Strom, so viel wie 186 Vier-Personen-Haushalte zusammen in einem Jahr

... verheizen wir



die Ladung von einem Silofahrzeug

... verbrauchen wir



Untersuchungshandschuhe und

285.000



... gibt es



Geburten

... verbrauchen wir rund 8.500.000 Liter Wasser, so viel passt in



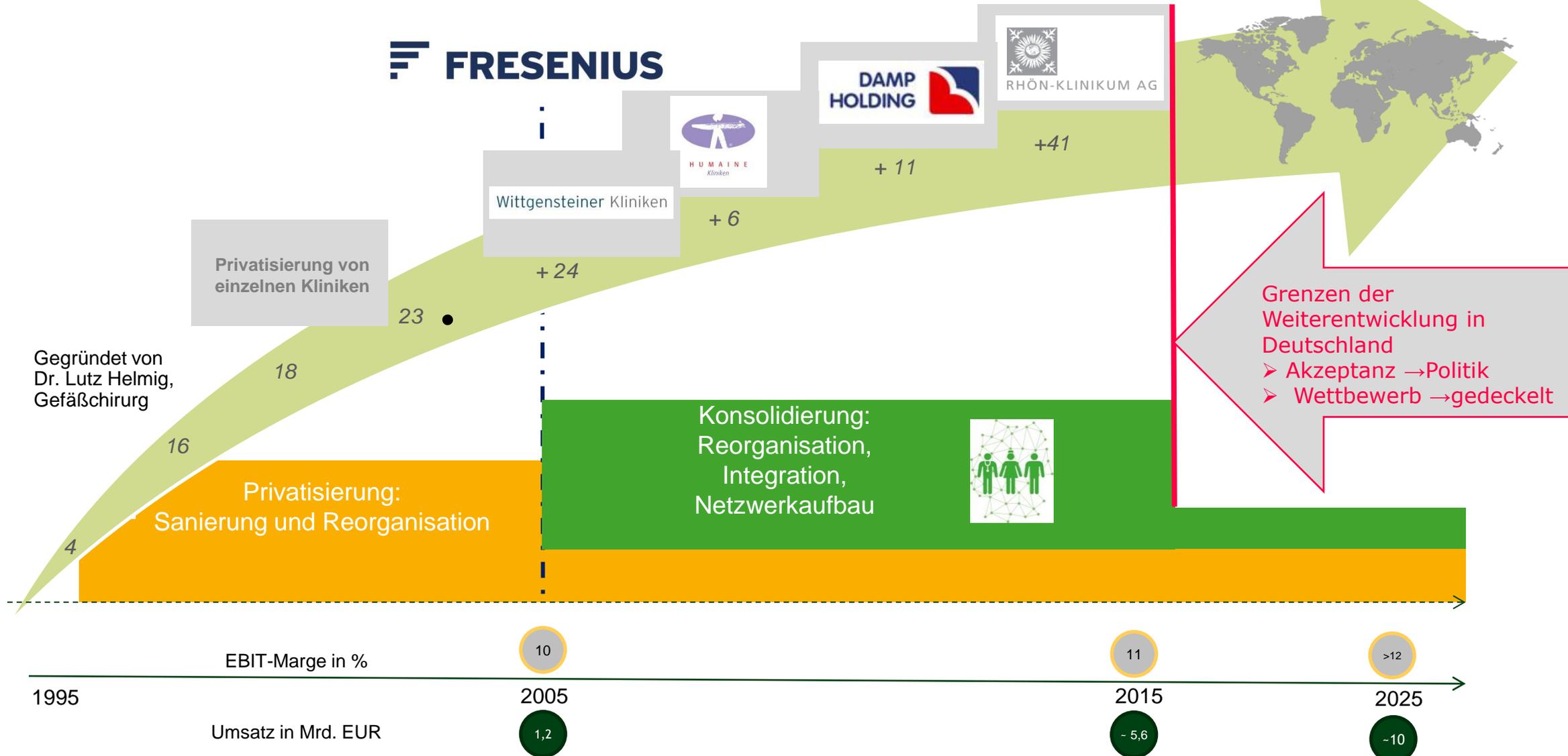
Badewannen

... investieren wir rund

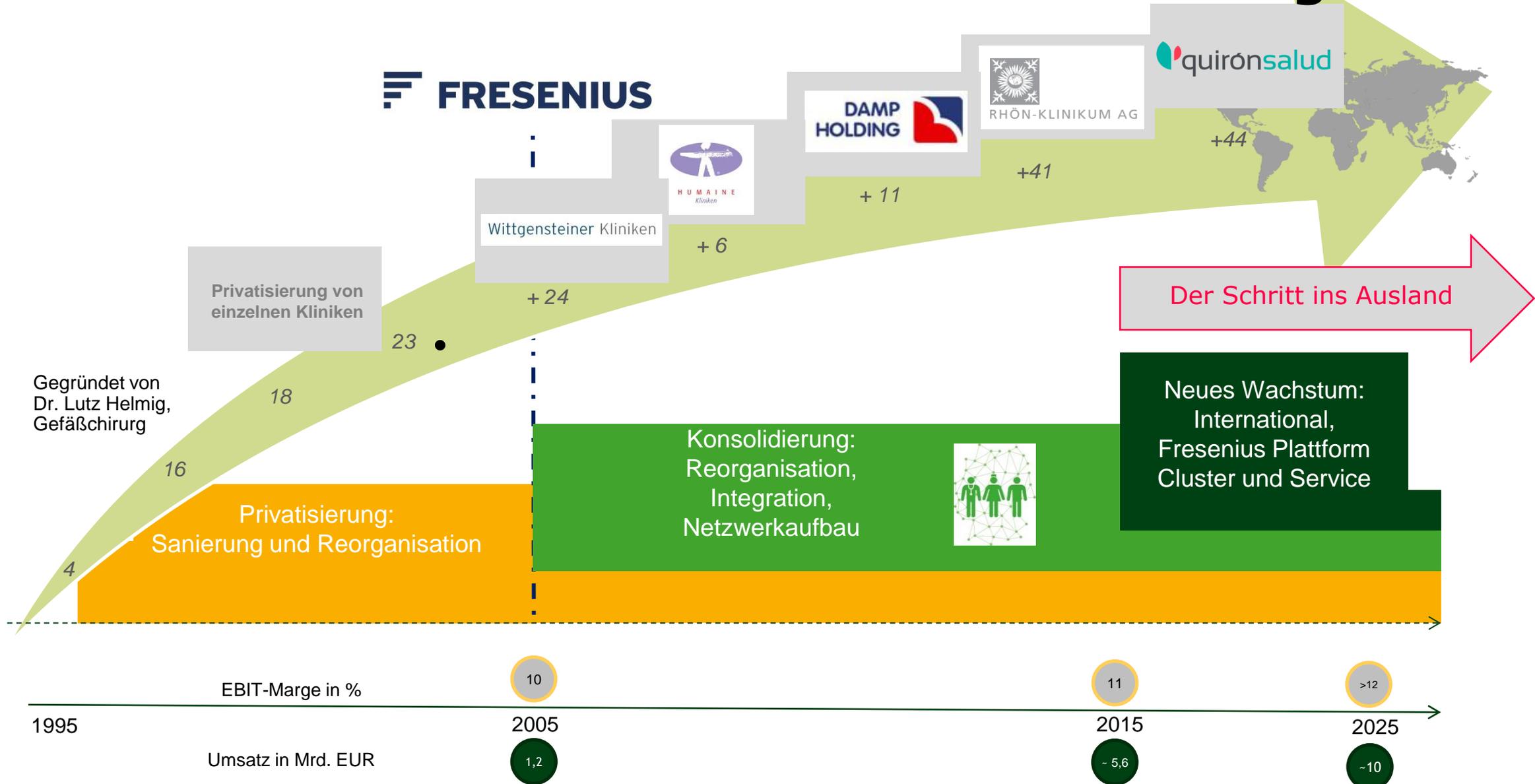


in unsere Kliniken

# Phasen der Helios Unternehmensentwicklung



# Phasen der Helios Unternehmensentwicklung



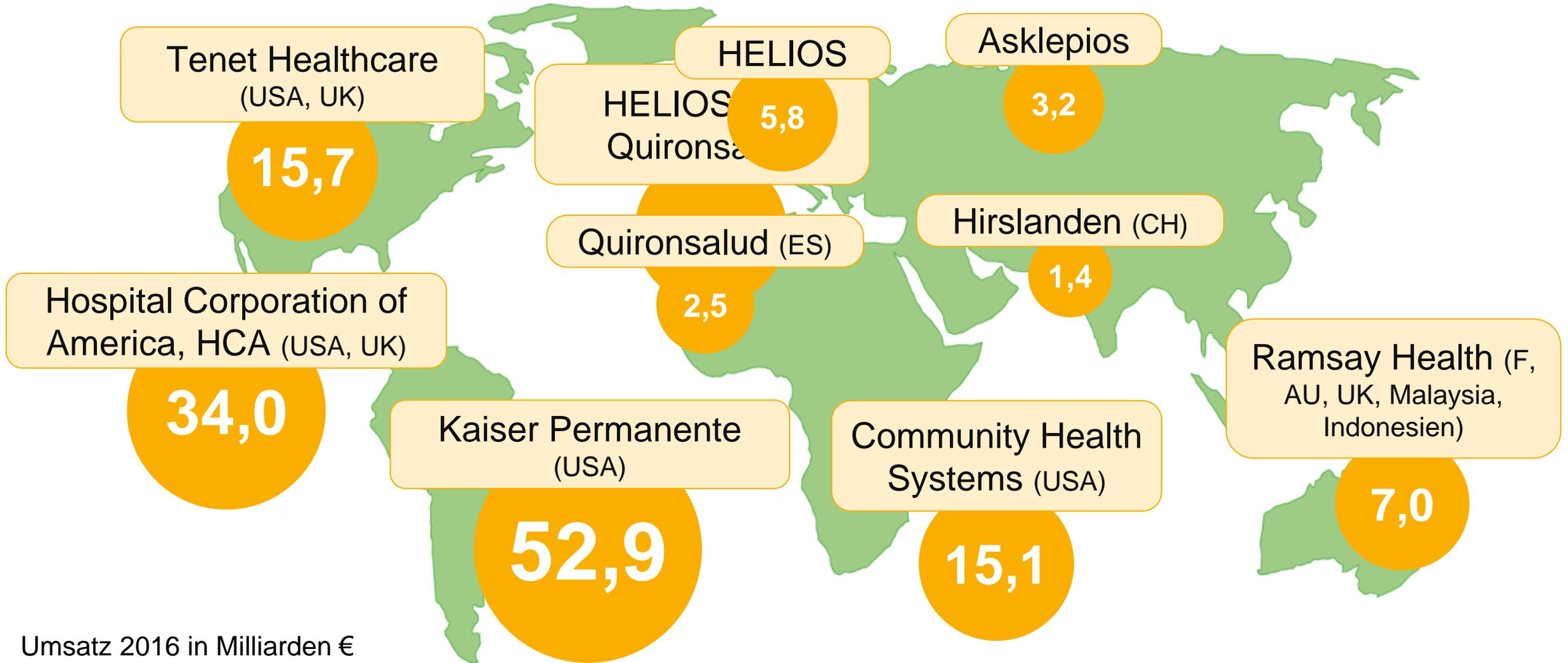
# Unsere spanische Schwester



- 9,4 Mio. ambulante Patienten pro Jahr
- 320.000 stationäre Patienten pro Jahr
- 43 Kliniken
- 44 ambulante Zentren
- rund 300 Präventionszentren
  
- € 2,5 Mrd. Umsatz
  
- 6.600 Betten
- 35.000 Mitarbeiter



# Helios im internationalen Vergleich



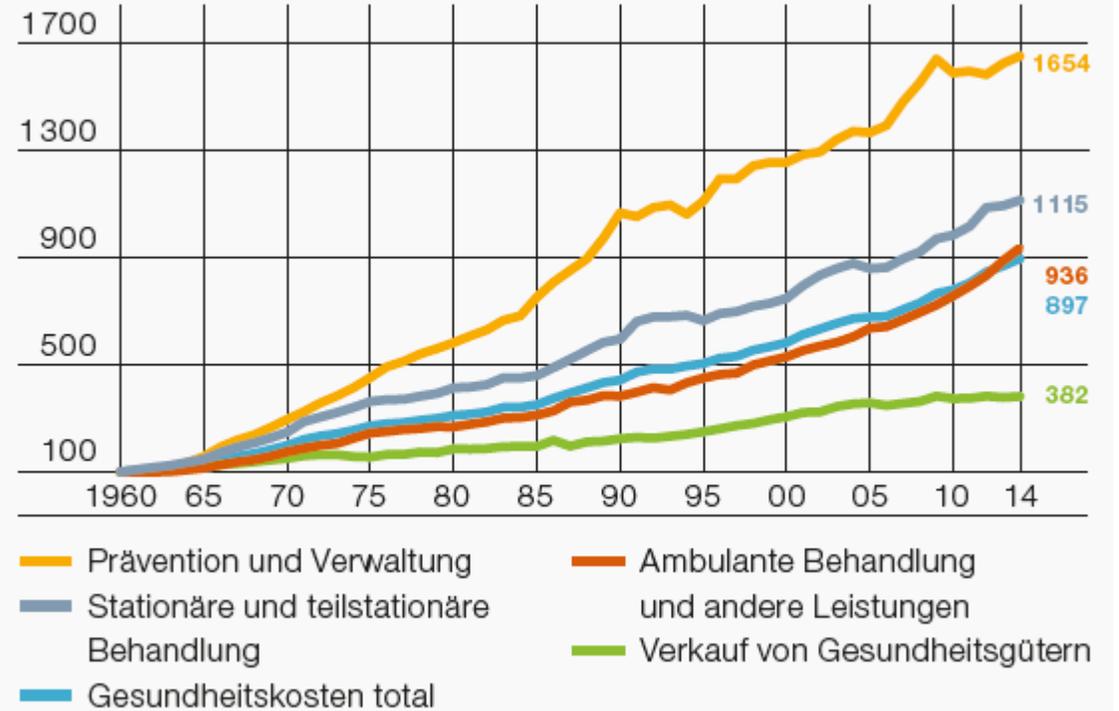
Umsatz 2016 in Milliarden €

# Ein Blick in die Schweiz



## Entwicklung der Gesundheitskosten nach Leistungen

Index: 1960 = 100, teuerungsbereinigt

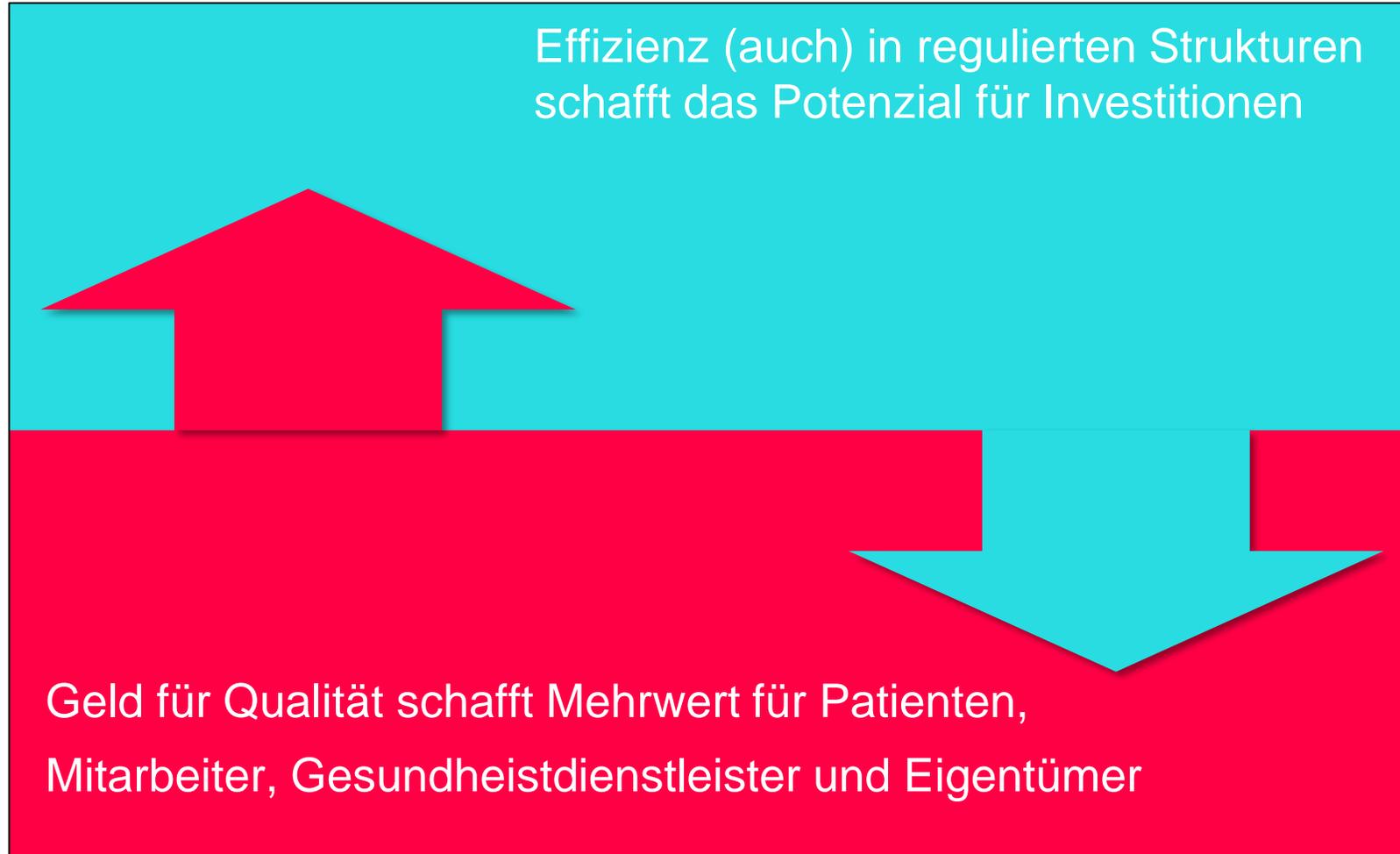


Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2016; Teuerungsbereinigung durch Interpharma.

© Interpharma

«Momentan erreichen nur etwa ein Viertel der Spitäler einen genügend hohen Gewinn zur nachhaltigen Finanzierung ihrer Infrastruktur»

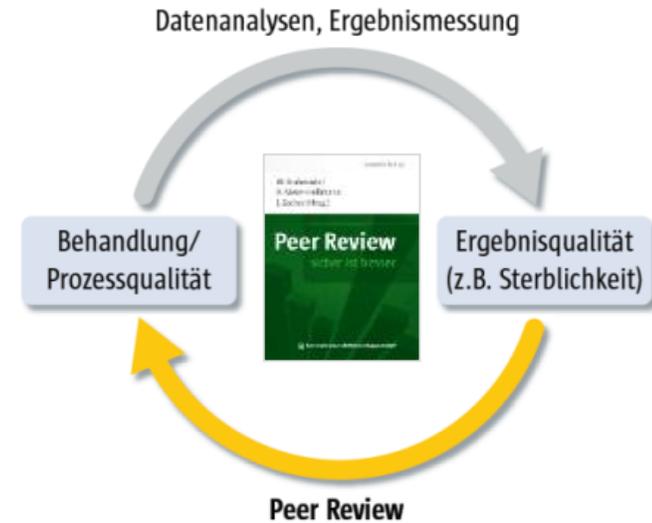
# Machen Sie sich auf den Weg



# Wirtschaftlichkeit und Qualität sind kein Widerspruch



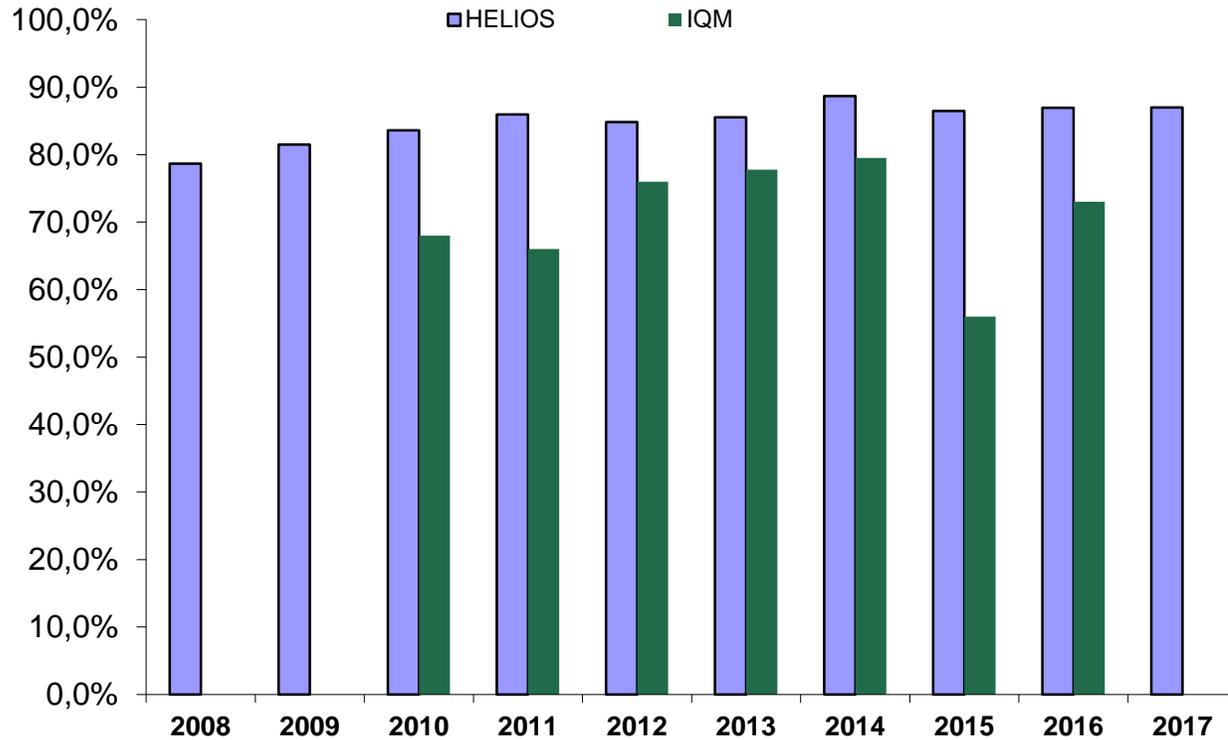
**IQM**  
INITIATIVE  
QUALITÄTSMEDIZIN



## Die HELIOS Führungsgrundsätze:

+++Qualität und Wirtschaftlichkeit sind kein Widerspruch+++ Verpflichtung zur uneingeschränkten Transparenz+++  
Review-Verfahren (vom Besten lernen)+++Offene Fehlerkultur+++Klar geregelter Umgang mit Dritten

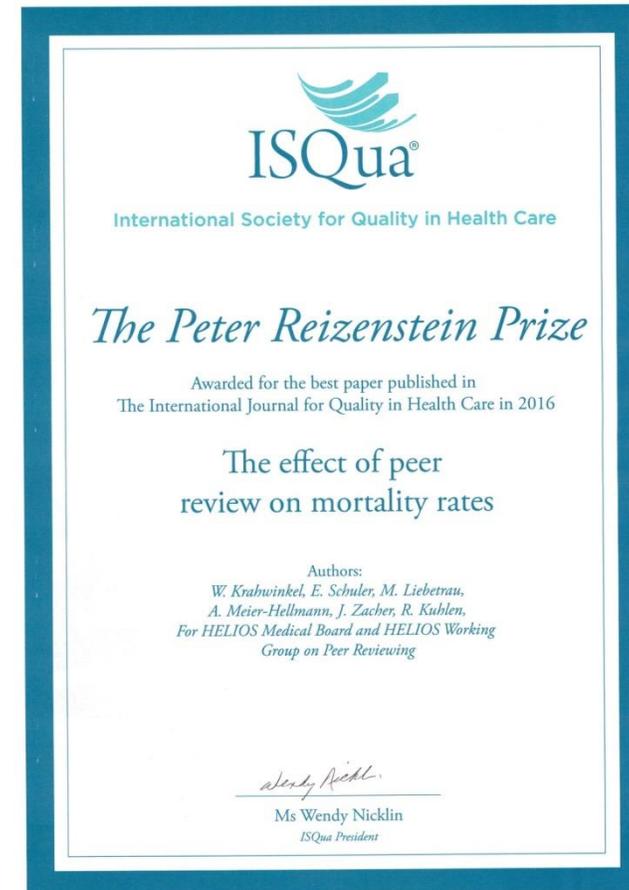
# Qualität an erster Stelle!



Article

## The effect of peer review on mortality rates

W. KRAHWINKEL<sup>1</sup>, E. SCHULER<sup>2</sup>, M. LIEBETRAU<sup>3</sup>, A. MEIER-HELLMANN<sup>4</sup>,  
J. ZACHER<sup>5</sup>, R. KUHLEN<sup>2</sup>, and FOR THE HELIOS MEDICAL BOARD AND  
HELIOS WORKING GROUP ON PEER REVIEWING

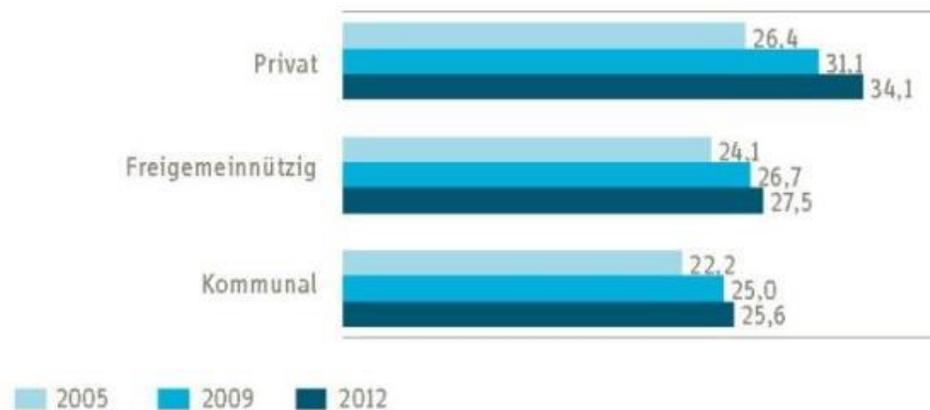


# Wirtschaftlichkeit durch Effizienz/Produktivität

Jahre in der Gruppe	<1	1	2	3	4	5	6	>6
Zielkorridor (EBIT in%)	-	2,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0	12-15,0
Anzahl der Kliniken	1	0	0	12	3	40	0	55

## Casemix-Punkt je Vollkraft

2005, 2009 und 2012



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Quelle: KWI, FDZ (2015).

# Volume / Outco

Titel

## Interview

### „Die Datenlage ist erdrückend“

Viel Erfahrung führt zu guten Ergebnissen, ist Helios-Vorstand Prof. Dr. Ralf Kühlen überzeugt. Er fordert mehr und schärfere Mindestmengen für deutsche Krankenhäuser. Diese sollten den Mut aufbringen, sich zu vernetzen und zu spezialisieren.



„Gute Krankenhäuser haben ein Volumen, das komplett außerhalb jeder Diskussion über Mindestmengen liegt.“

Prof. Dr. Ralf Kühlen ist seit dem Jahr 2010 als Geschäftsführer Medizin bei Helios verantwortlich für die Bereiche Qualitätsmanagement und -controlling, Organisations- und Prozessentwicklung, Wissenschaft und Forschung, Labordiagnostik, Krankenhaushygiene sowie Versicherungs- und Risikomanagement. Er ist zudem Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats von IQWiM.

Herr Prof. Kühlen, wie beurteilen Sie die von Herrn Prof. Mansky ermittelten und geforderten Mindestmengen in der Krebschirurgie?

International ist der Zusammenhang zwischen dem Leistungsvolumen eines Krankenhauses und der medizinischen Qualität unbestritten. Die Datenlage ist erdrückend. Herr Mansky hat in seiner Analyse für den Qualitätsmonitor nun nochmal nachgewiesen, dass das auch für Deutschland gilt. Er hat dabei übrigens nur die Fallzahl ermittelt, die nötig ist, um statistisch die durchschnittliche Versorgungsqualität zu erreichen.

Es gibt höchst unterschiedliche Mindestmengen, die Chirurgen kommen auf andere Werte als Herr Mansky, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wieder auf andere. Ist das nicht alles etwas willkürlich?

Eine hundertprozentige Evidenzbasierung von konkreten Zahlen gibt es nicht. Aber alle Studien zeigen, dass viel Erfahrung zu besseren Ergebnissen führt. Die Frage für das Krankenhausmanagement lautet also: Wie kriege ich möglichst viel Erfahrung? Die Antwort lautet: Möglichst große Zentren. Gute Krankenhäuser haben ein Volumen, das komplett außerhalb jeder Diskussion über Mindestmengen liegt.

Also raten Sie zu etwas mehr Willkür und etwas weniger Evidenz?

Irgendwann wird man sich nun mal auf eine konkrete Zahl festlegen müssen, ohne den allerletzten Beweis zu haben, dass sie die perfekte Grenze zur Mindestmenge markiert. In geschlossenen Ortschaften gilt eine Höchstgeschwindigkeit von 50 km/h. Es gibt keine wissenschaftlichen Beweise, dass 50 besser ist als 45 oder 55. Das ist eine Festlegung.

Sollte der G-BA also zügig Mindestmengen als verbindliche Standards festlegen?

Er muss. Und er wird. Ich hoffe bald. Ich finde es übrigens enttäuschend, wenn am Ende eine Minimalzahl steht wie derzeit in der Pankreas-Chirurgie, für die der G-BA die Mindestfallzahl 10 beschlossen hat.

In der Transplantationsmedizin beispielsweise argumentieren Universitätsmediziner, dass

Downloaded from <http://bmjopen.bmj.com/> on September 10, 2017. Published by group.bmj.com

Open Access Research

## BMJ Open Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014

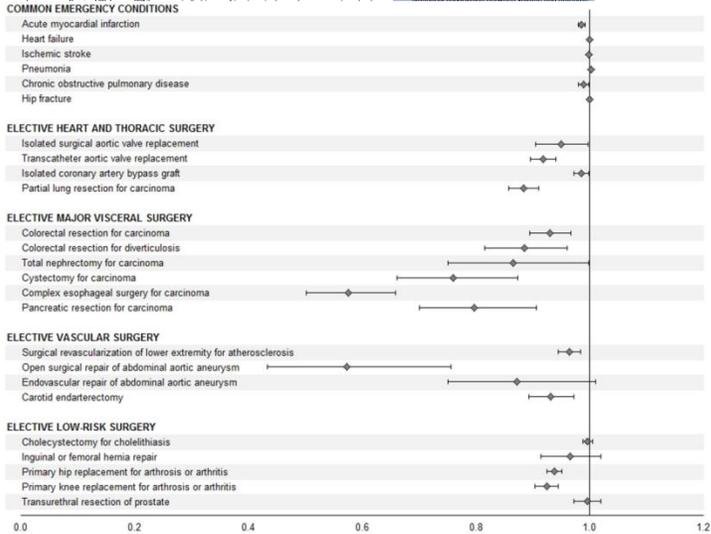
Ulrike Nimpf, Thomas Mansky

To cite: Nimpf U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open* 2017;7:e016184. doi:10.1136/bmjopen-2017-016184

**OBJECTIVES** To explore the existence and strength of a relationship between hospital volume and mortality, to estimate minimum volume thresholds and to assess the potential benefit of centralisation of services.  
**DESIGN** Observational population-based study using complete German hospital discharge data (Diagnosis-Related Group Statistics (DRG Statistics)).  
**SETTING** All acute care hospitals in Germany.  
**PARTICIPANTS** All adult patients hospitalised for 1 out of 25 common or medically important types of inpatient treatment from 2009 to 2014.  
**MAIN OUTCOME MEASURE** Risk-adjusted in-hospital mortality.  
**RESULTS** Lower in-hospital mortality in association with higher hospital volume was observed in 20 out of the 25

### Strengths and limitations of this study

- ▶ The strength of this study is the use of current and complete national hospital discharge data, covering virtually every patient who underwent one out of the studied types of treatment during the study period.
- ▶ As hospital volumes vary widely among German acute care hospitals, this is a proper setting to study volume-outcome relationships.
- ▶ In contrast to most other volume-outcome studies, the present approach includes the calculation of minimum volume thresholds along with an assessment of the possible impact of centralisation efforts on the population.
- ▶ Within this observational retrospective study, the statistical association between volume and outcome



führen und wirtschaften im Krankenhaus

**&W**

1|18

Januar 2018 | 1. Jahrgang

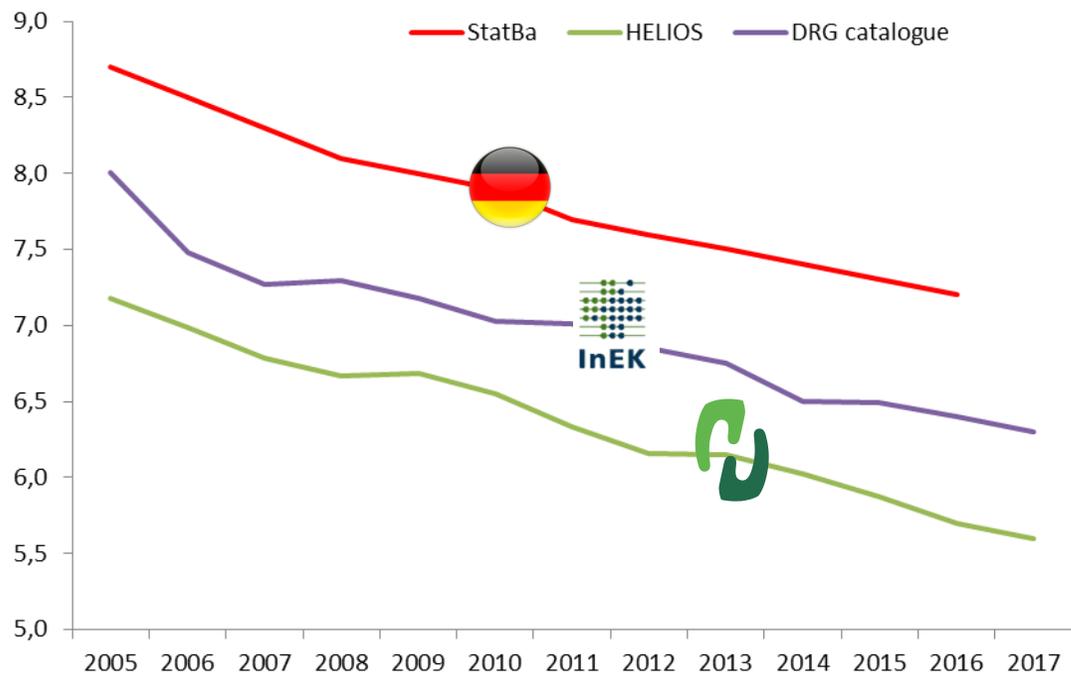
Psych-Entgelt  
Budgetverhandlungen für 2018

TAVI vor der Schiedsstelle  
Wer darf jetzt noch operieren?

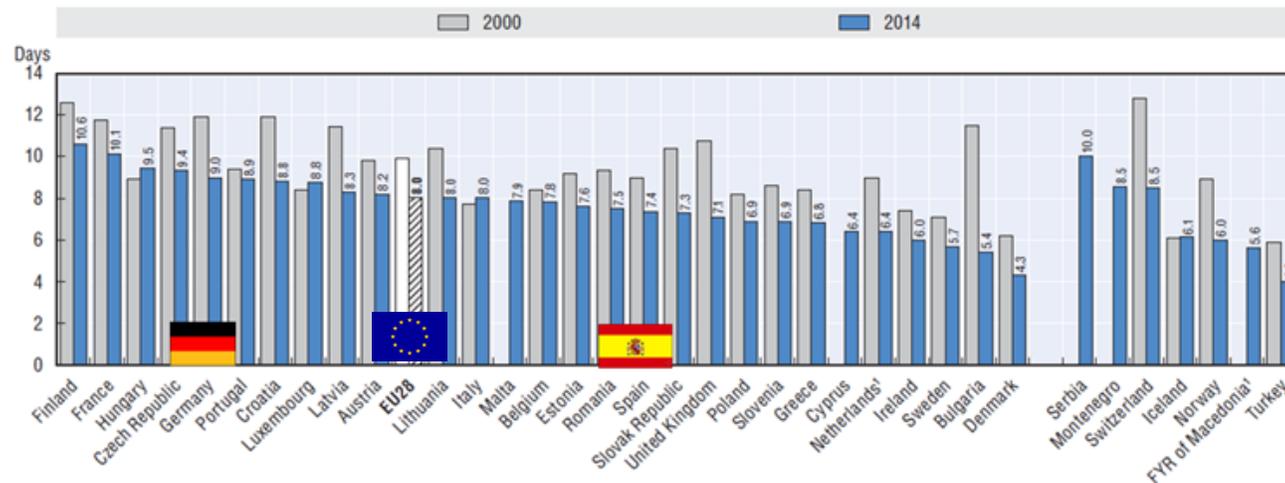
**JETZT ANMELDEN!**  
17. Nationales DRG-Forum & 2. Interregionaler Reha-Forum  
15. & 16. März 2018 | Berlin  
PROGRAMM INSIDE

föches  
AOK  
M  
HEALTH

# Verweildauer: Gute Besserung!



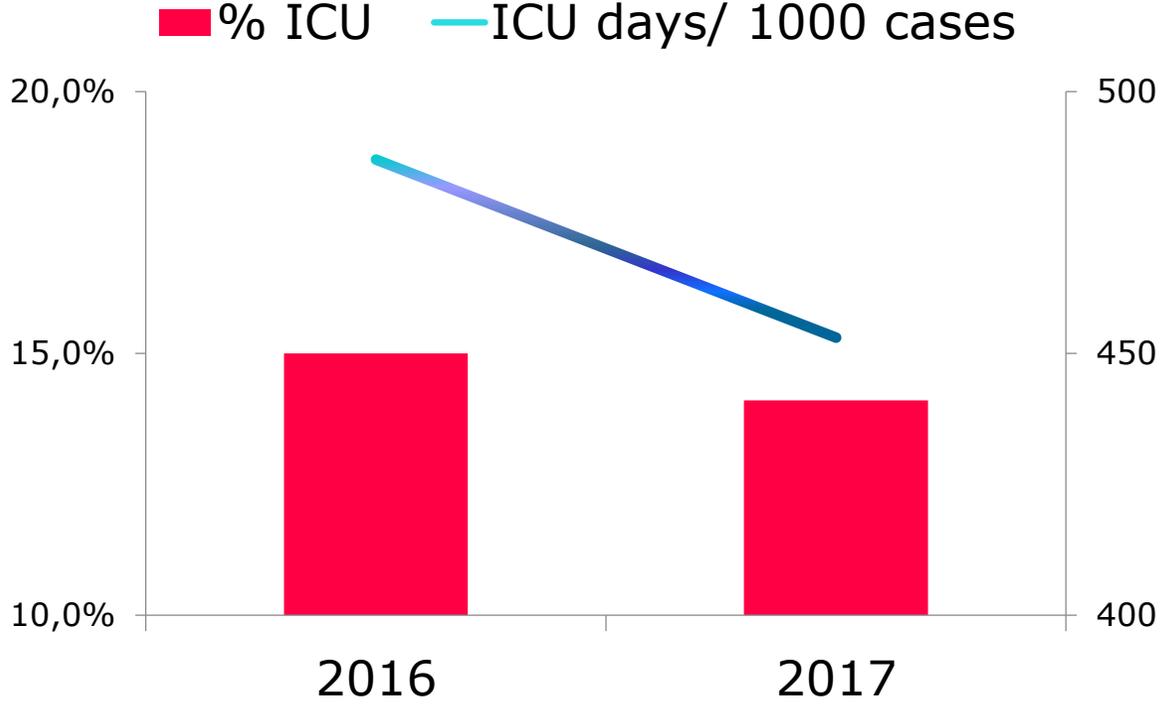
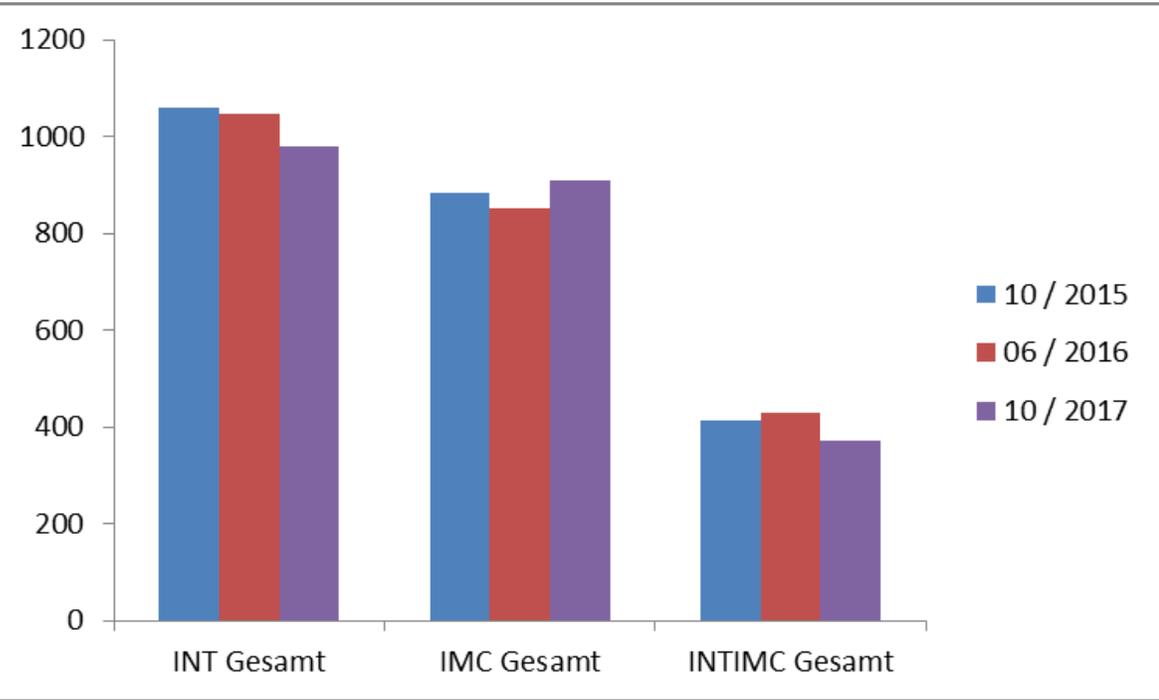
8.10. Average length of stay in hospital, 2000 and 2014 (or nearest year)



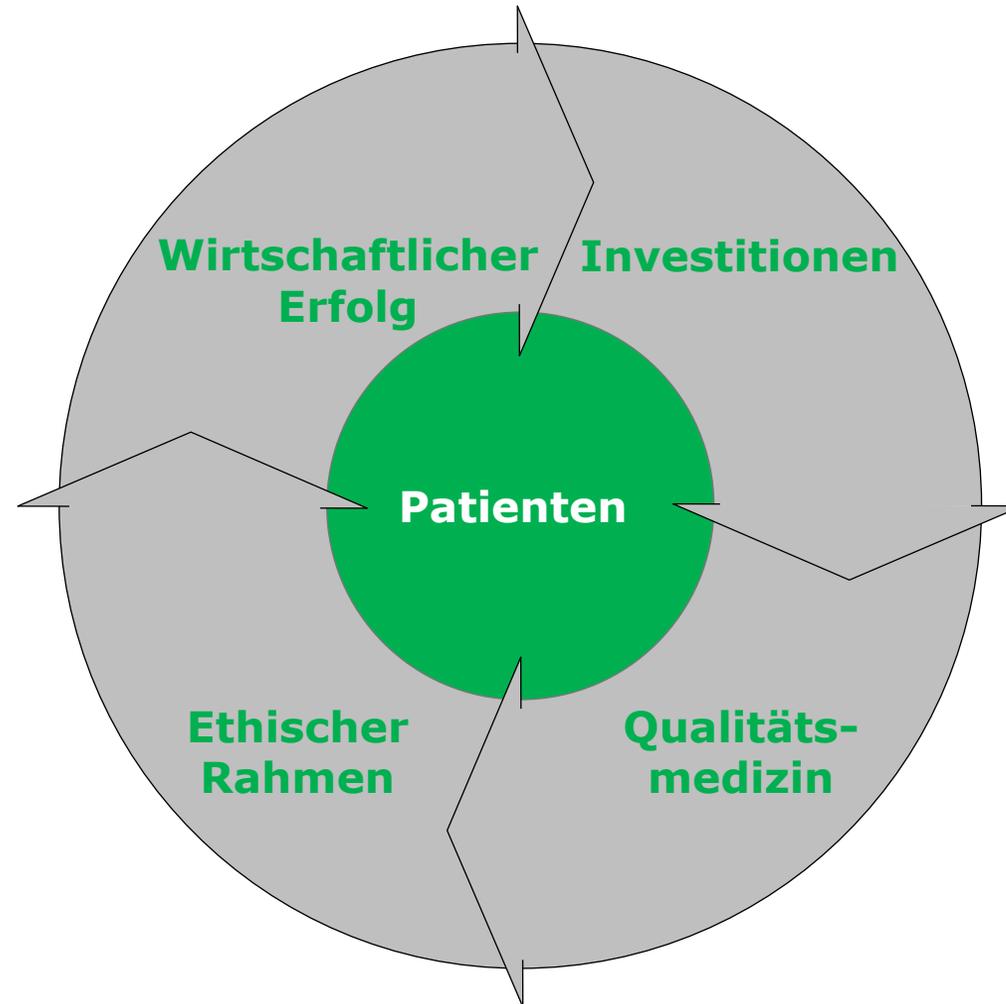
1. Data refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation).  
Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933430145>

# ICU Beds and ICU utilization



# Wann ist Gesundheitsversorgung gesund?



**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit**

—