

Ausgabe 2/2012

Heft 16, 5. Jahrgang

## Zeit zum Verschnaufen?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die aktuelle Diskussion um Überschüsse in der GKV lässt leicht vergessen, welche gravierenden Veränderungen sich beim größten Kostenträger des deutschen Gesundheitswesens derzeit vollziehen: Einführung der Insolvenzfähigkeit, Veränderung der externen Rechnungslegung, Prüfungspflicht durch Wirtschaftsprüfer, neue Fusionsvorhaben – um nur einige zu nennen. Ein Ende des Wandels ist nicht abzusehen. Unser aktuelles Gesundheitsbarometer widmet sich deshalb im Schwerpunktthema den gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus gibt es Interviews mit Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats, und Gerd Ludwig, Vorsitzender des Vorstands der IKK classic.

Der Gastbeitrag stammt diesmal von Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz. Sie stellt das Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen vor. Ein äußerst spannendes Thema, das unsere Gesellschaft heute und in Zukunft immer wieder herausfordern wird.

Weiter beschäftigen wir uns mit kommunalen Großkrankenhäusern. In der Öffentlichkeit werden diese Schwergewichte oft aus der Sicht kommunalpolitischer Interessen wahrgenommen. Mit Prof. Dr. Karsten Güldner, Vorsitzender des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser, tauschen wir uns zu diesem Thema aus.

Ebenfalls diskutieren wir aktuelle Fragen zu Rehabilitation und Pflege, unter anderem mit einem Beitrag von Clemens Graf von Waldburg-Zeil, Generalsekretär des Deutschen Roten Kreuzes.

Als internationales Gesundheitssystem stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe Singapur vor. Interessant ist vor allem die Verknüpfung von staatlicher Regulierung und privater Eigenverantwortung. Die Benchmarking-Kennzahlen beschäftigen sich mit dem immer wichtiger werdenden Kreditrating von Krankenhäusern.

Die Dynamik der Themen zeigt: Das deutsche Gesundheitssystem hat auch im Jahr 2012 keine Zeit für eine Ruhepause. Wir wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine anregende Lektüre und viel Erfolg bei Ihrer Arbeit in dieser anspruchsvollen, aber auch faszinierenden Branche.

Mit besten Grüßen

**Ulrich Maas**  
Mitglied des Vorstands

**Prof. Dr. Volker Penter**  
Partner, Leiter Gesundheitswirtschaft

### Inhalt

#### GASTBEITRAG

Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz 2

#### SCHWERPUNKT

Veränderungsdruck in der GKV: Welche Auswirkungen hat die Regulierungsfreudigkeit auf die Strategie der Krankenkassen? Leitartikel und Interviews 3

#### KRANKENHAUS

Medizinische Versorgungszentren als Tochtergesellschaften von Krankenhäusern 11  
Kommunale Großkrankenhäuser 14  
Perspektiven kommunaler Großkrankenhäuser 15

#### REHABILITATION

Innovative Konzepte in der Rehabilitation: Ein Praxisbericht 17

#### PFLEGEINRICHTUNGEN

Zukunft deutsche Pflegeeinrichtung: Implikationen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes Individualität, Integration und Innovation – Herausforderungen in der Pflege 19  
21

#### SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

GKV und PKV – Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation 22

#### INTERNATIONALES

Das Gesundheitssystem von Singapur: Innovatives Vorbild für Deutschland? 26

#### NACHGEFRAGT

Elektronische Patientenakte – das papierarme Krankenhaus 28

#### BENCHMARKING

Kennzahlen vorgestellt: Kreditrating von Krankenhäusern 30

#### NACHRICHTEN

Neues aus dem Gesundheitswesen 33

#### SERVICE

Fachbeiträge 35  
Veranstaltungen 35

# Das sächsische Versorgungskonzept stellt den Menschen in den Mittelpunkt

Gastbeitrag von Christine Clauß,  
Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Nicht nur der Freistaat Sachsen steht vor einem tiefgreifenden demografischen Wandel, denn ein alter Menschheitstraum geht in Erfüllung: Unser Lebensalter steigt und steigt – und das bei guter Gesundheit. Ja, wir in Sachsen sind Deutschlands Alterspioniere. Aber das ist weder Schreckgespenst noch unüberwindbare Hürde. Im Gegenteil: Wir sind auf die Bedürfnisse unserer Hochbetagten gut vorbereitet, eben weil wir schon mit dieser Herausforderung umgehen müssen. Viele Bundesländer holen sich bereits Anregungen bei uns.

In den letzten Jahren ist es uns gelungen, eine leistungsfähige Pflegelandschaft aufzubauen. Gleichwohl ist es der Wunsch vieler älterer Menschen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben. Wir wissen, dass dies nur mit Dienstleistungen und technischen Hilfen möglich ist.

Dabei ist Alter nicht generell mit Krankheit, Abhängigkeit oder Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, denn die jungen Alten sind sehr aktiv und engagiert. Gleichwohl sagt die Statistik, dass mit höherem Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit steigt. Deshalb ist unser Anspruch: Alter und Lebensqualität dürfen auch zukünftig keine Gegensätze sein. Es ist mein Anliegen, gerade den ambulanten Bereich zu stärken und zu fördern. Dafür hat der Freistaat Sachsen in den zurückliegenden Jahren bereits einiges getan.

Beispielsweise haben wir das Geriatriekonzept aus den 90er-Jahren in enger Zusammenarbeit mit dem Krankenhausplanungsausschuss, dem Landesverband Geriatrie sowie zahlreichen Experten grundlegend überarbeitet. Im Frühjahr 2010 konnte ich unser Geriatriekonzept vorstellen. Dieses hat sich zum zentralen Ziel gesetzt, Hochbetagten ein möglichst

langes, selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Dafür haben wir bereits heute in Sachsen ideale Voraussetzungen, denn die notwendigen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen sowie pflegerischen und sozialen Angebote sind weitgehend vorhanden.

Der nächste Schritt wird sein, die ambulanten, teilstationären und stationären Strukturen stärker als bisher zu vernetzen, um die Qualität der geriatrischen Versorgung zu verbessern und die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen. Hier geht es nicht nur um die Vernetzung unserer geriatrischen Netzwerke untereinander, sondern auch um die Vernetzung mit unseren PflegeNetzen, die fast flächendeckend implementiert sind, und mit unseren funktionierenden ehrenamtlichen Strukturen. Denn nur gemeinsam kann es uns gelingen, die Herausforderung zu meistern. Zudem werden wir in Zukunft verstärkt auf technische Unterstützung setzen – also Ambient Assisted Living. Dafür haben wir soeben ein Förderprogramm aufgelegt, in dem wir vor allem ambulante Pflegedienste und Kooperationspartner ansprechen.

Um die ambulante geriatrische Versorgung zu verbessern, haben wir eine Bundesratsinitiative gestartet. Ziel ist es, in Analogie zu den psychiatrischen Institutsambulanzen, die normativen Voraussetzungen für die Einrichtung von Institutsambulanzen an geriatrischen Fachabteilungen zu schaffen.

Mit der Stärkung der ambulanten und teilstationären Versorgung in der Pflege wurde im Freistaat Sachsen bereits sehr frühzeitig begonnen: Wir setzen alles daran, die niedrigschwellige Versorgung auch für diejenigen zu verbessern, die demenziell erkrankt sind, ohne eine Pflegestufe zu haben.



**Christine Clauß**

Christine Clauß, Jahrgang 1950, absolvierte eine Ausbildung zur Krankenschwester, die sie 1969 am Krankenhaus Bethanien, Leipzig, mit Diplom abschloss. Im Jahr 1974 ließ sie sich zur Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivtherapie weiterbilden und arbeitete anschließend bis 1994 als Stationschwester auf der Wachstation der Städtischen Frauenklinik Leipzig. Im Jahr 1994 wechselte Christine Clauß zur AOK Sachsen, wo sie bis 1999 als Fachberaterin wirkte. Seit 1999 ist sie – abgesehen von einer kurzen Unterbrechung im Zeitraum 2004/2005 – Mitglied des Sächsischen Landtages. Am 8. August 2008 wurde sie durch Ministerpräsident Stanislaw Tillich zur Sächsischen Staatsministerin für Soziales berufen, seit dem 30. September 2009 ist sie Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz.

Der Freistaat Sachsen ist eines der ganz wenigen Bundesländer, die den § 45 SGB XI, der diese besondere Form der Betreuung regelt, kofinanzieren.

Und wir fördern das bürgerschaftliche Engagement. Ehrenamtler übernehmen insbesondere in der sozialen Betreuung, aber auch bei der hauswirtschaftlichen Unterstützung eine wichtige Aufgabe. Das kann gar nicht hoch genug geschätzt werden. Wichtig sind mir deshalb die sächsischen Alltagsbegleiter, die Hochaltrige betreuen, die noch nicht pflegebedürftig sind. Landesweit unterstützen wir rund 40 Projekte, die im kommunalen Sozialraum verankert sind. Zukünftig wird es insbesondere darauf ankommen, die „jungen Alten“ für das bürgerschaftliche Engagement zu gewinnen. Sie haben Lust und Kraft, um sich weiter für die Gesellschaft zu engagieren und anderen zu helfen. Denn wir Menschen haben eine wunderbare Eigenschaft: Wir sind in der Lage, uns selbst Gutes zu tun, indem wir anderen Gutes tun. ■

# Veränderungsdruck in der GKV: Welche Auswirkungen hat die Regulierungsfreudigkeit auf die Strategie der Krankenkassen?

Seit mehr als zwei Jahrzehnten versucht der Gesetzgeber, das deutsche Gesundheitssystem durch wettbewerbsorientierte Steuerinstrumente weiter zu verbessern. Im Spannungsfeld zwischen politischen Realitäten und gesellschaftlichen Herausforderungen hat sich der regulatorische Reformzyklus bemerkenswert beschleunigt. Die Auswirkungen der Regulierungsfreude bleiben dabei nicht ohne Folgen: Selbst geringe Gesetzesänderungen führen mittlerweile zu erheblichen organisatorischen Anpassungsnotwendigkeiten bei Leistungserbringern und Kostenträgern. Momentan betrifft das vor allem die gesetzliche Krankenversicherung, die vor großen organisatorischen Herausforderungen steht.

**Autoren: Axel Bindewalt, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf; Torsten Müller, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Stuttgart; Henning Köther, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hannover**

Aus heutiger Sicht hatten die gesundheitspolitischen Reformansätze bis 1992 für das Gesundheitssystem nur geringe Relevanz. Die gesetzlichen Krankenversicherungen begegneten den beginnenden Kostensteigerungen im Gesundheitssystem, indem sie die Zuschüsse an Versicherte reduzierten, die Zuzahlungsregelung ausweiteten und die Beitragsätze sukzessive steigerten. Rückblickend entstanden in dieser Phase der Kostendämpfung keine ausreichenden Anreize, um Strukturen grundlegend aufzubrechen und das deutsche Gesundheitssystem in eine noch effizientere und zukunftsorientiertere Form zu überführen. Die regulatorischen Vorgaben verursachten kaum Veränderungsdruck bei den beteiligten Organisationen.

## Gesundheitsstrukturgesetz und Nachjustierungen

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und die Einführung neuer ordnungspolitischer Instrumente kam es zum Paradigmenwechsel. Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wurde die Wettbewerbsorientierung das übergeordnete Richtfeuer politischer Entscheidungen. Mit der Budgetierung von Ausgaben im ambulanten Sektor, der Einführung des DRG-Systems und der freien Krankenkassenwahl verankerte der Gesetzgeber marktwirtschaftliche Mechanismen im deutschen Gesundheitssystem. Fast alle danach folgenden regulatorischen Eingriffe können als Nachjustierung dieser bestehenden Ordnung betrachtet werden. Seither wird versucht, gesundheitspolitische Ziele mit der Handlungsrationalität der verschiedenen Interessengruppen zu verbinden, um das Gesundheitssystem tragfähig zu steuern. Mit Blick auf gesellschaftliche beziehungsweise konjunkturelle Entwicklungen eine Herausforderung: Die Frequenz politischer Einflussnahme hat sich kontinuierlich verkürzt und entsprechend ist die regulatorische Komplexität stetig gewachsen.

Aktuell liegen zwischen zwei Reformgesetzen durchschnittlich etwa ein- einhalb Jahre. Parallel ist zu beobachten, wie sich die Einflussnahme von der Selbstverwaltung zur bundespolitischen Direktive verlagert.

## Veränderungsdruck und Folgen anhand von aktuellen Beispielen

Wechselseitige Abhängigkeiten und Verflechtungen in dieser vernetzten Systemstruktur verlagern und verstärken die Komplexität durch den systemischen Anpassungsbedarf, den jede Veränderung nach sich zieht, besonders auf operativer Ebene. Für viele Organisationen des Gesundheitssystems bedeutet das, dass auch geringe Änderungen bei regulatorischen Vorgaben zu teilweise vielschichtigen und tiefgreifenden organisatorischen Anpassungserfordernissen führen.

Aktuell zwingt dieser Veränderungsdruck vor allem Krankenkassen ihre Organisation adaptiv auszurichten, um Prozesse unter variierenden Umweltbedingungen angemessen und flexibel steuern zu können.

Ein Beispiel ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Im Zusammenhang mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde – nach jahrelangen Hemmnissen bei der Einführung – kurzfristig eine Umsetzungsquote festgelegt. Mindestens 70 Prozent der Versicherten sind bis zum Jahresende 2012 mit der eGK auszustatten. Folglich müssen Krankenkassen ihre Kapazitäten und Infrastruktur zeitnah anpassen, um die verwaltungstechnische Umsetzung zu bewältigen.

Ebenso bedingt das GKV-VStG wesentliche Veränderungen und neue Herangehensweisen im Hinblick auf die Themenfelder Compliance und Informationspflichten gegenüber den Versicherten. Nicht alle Krankenkassen haben die entsprechenden Anforderungen bereits institutionalisiert und bilden sie durch IT-gestützte Managementsysteme ab, sodass auch hier ein erheblicher Mehraufwand entsteht.

Es zeichnet sich bereits ab, dass die bestehenden Organisations- und Managementmethoden zukünftig nicht ausreichen werden, betriebswirtschaftlich adäquat zu reagieren oder proaktiv zu steuern. In dieser Weise werden wirtschaftliche Chancen – exemplarisch die variable Gestaltung des Leistungsportfolios – nicht für alle Krankenkassen durchgehend umsetzbar sein.

Die steigende Regulierbarkeit führt zu einer geringeren Planungssicherheit für das Management der Krankenkassen. Im Kontext der aktuellen Wettbewerbs- und Konkurrenzsituation ist das ein hohes Risiko für viele Krankenkassen. Verschärft wird die Situation durch die noch ausstehende politische Entscheidung zwischen den Grundmodellen Bürgerversicherung und Kopfpauschale. Die KPMG-Studie „Prozessmanagement in gesetzlichen Krankenversicherungen“ verdeutlicht das Problem und zeigt, dass insgesamt lediglich 16 Prozent der bundesdeutschen Krankenkassen über hinreichende Instrumente für eine derart strategische Organisationssteuerung verfügen.

### Management von Veränderungsdruck

Veränderungen zu managen, ist vor diesem Hintergrund eine Kernherausforderung für die strategische Managementebene der Krankenkassen. Es gilt, trotz permanent erforderlicher Anpassungen, effizient und kundenorientiert zu wirtschaften. Abhängig von der Komplexität, Entstehung und Wirkungsweise verschiedener Veränderungen setzt dies individuelle Herangehensweisen und Flexibilität in der organisatorischen Steuerung der Kassen voraus und erfordert zugleich institutionalisierte Abläufe und Funktionen. Die Kassenstrukturen sind demnach konsequent auf Interdisziplinarität und adaptive Steuerungsmechanismen auszurichten. Gefragt sind skalierbare Strukturen, die eine schlüssige Vernetzung der operativen Felder bieten und sich an der Kundensicht orientieren.

Für Versicherte einer Krankenkasse stehen nachvollziehbar das Versorgungsmanagement, kurze Warte- und Bearbeitungszeiten sowie marktgerechte Versicherungskonditionen im Vordergrund. Krankenkassen haben diese Anforderungen deshalb in ihrer Aufbau- und Ablaufstruktur abzubilden. Das Fachwissen wird in Abteilungen oder Kompetenz-Zentren sinnvoll gebündelt (vertikale Organisationsachse). Allerdings ist über Querschnittsfunktionen ebenfalls zu gewährleisten, dass die entstehenden organisatorischen Schnittstellen übergreifend verbunden werden können (horizontale Organisationsachse).

Vergleichbar mit einem Organismus, dessen neuronales Netz kontinuierlich Informationen zu Umwelt und Körperfunktionen sammelt und verarbeitet, erfordern Dynamik und Volatilität des Wettbewerbs eine solche übergreifende Ordnung. Das heißt, die Organisation der Krankenkassen erfordert Funktionen und Prozesse, die Ressortgrenzen auf strategischem Level überragen und Ressorts gleichzeitig vereinen. Die Aufgaben müssen so gestellt sein, dass sie sich als strategische Dachfunktionen zusammenfassen lassen.

Abbildung 1  
**Entwicklung von strategischen Dachfunktionen zur übergreifenden Organisationssteuerung bei gesetzlichen Krankenkassen**

Quelle: KPMG, 2012



## Strategische Ausrichtung von Krankenkassen

Strategische Dachfunktionen unterstützen die Ausprägung und Optimierung steuernder Prozesse in modernen Krankenkassen. Zugleich fördern sie den Austausch und die Interaktion mit Service- und Leistungsprozessen. Wichtige Faktoren die helfen, neue und innovative Geschäftsmodelle umzusetzen sowie langfristig handlungsfähig und unternehmerisch flexibel zu bleiben. (Abbildung 1)

In der Entwicklung strategischer Dachfunktionen prägen häufig Schlagworte wie Strategieentwicklung, Service-Management und Unternehmensarchitektur die Fachdiskussion. Bei ihrer konkreten Operationalisierung scheinen sie allerdings schwer greifbar. In einem Spannungsfeld aus Änderungsmanagement, der richtigen Methodenauswahl sowie geeigneter Kompetenzen müssen strategische Dachfunktionen kontinuierlich bearbeitet und neu erfunden beziehungsweise angepasst werden, um zeit- und sachgerecht für die Organisation Krankenkasse zu funktionieren. Dabei liegen die zentralen Angelpunkte in der Entwicklung organisatorischer Steuerungskonzepte, in der Verständigung auf operationale Zielbilder und in einer Weiterbildung der organisatorischen Reifegrade der Kasse. Grundvoraussetzung hierfür ist der Zugriff auf internes oder externes Personal, das die Organisationsstruktur versteht und Vorhaben beziehungsweise Lösungsfindungen zielführend unterstützt. (Abbildung 2, Seite 6)



### Exkurs: Biophysikalische Beispiele – ein Vergleich

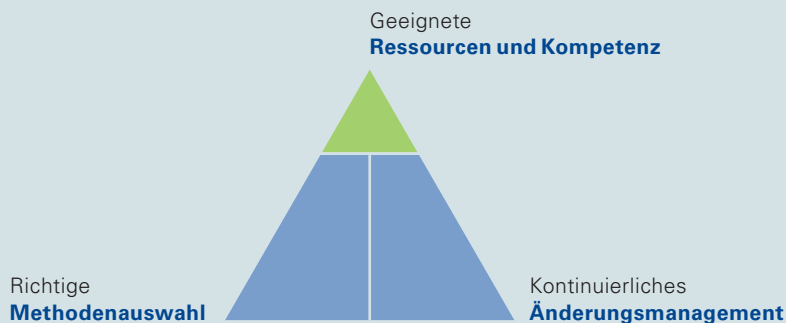
Biophysikalische Mechanismen aus der Natur können durchaus auf das Management übertragen werden. Wechselndes Tageslicht, unbeständige Vegetationen, Temperaturunterschiede oder Fressfeinde: In der Natur stehen Angriff beziehungsweise Verteidigung, Rückzug oder Anpassung als strategische Optionen zur Verfügung. Eine vorbildliche Anpassung an wechselnde Umwelt- und Rahmenbedingungen erreichen in diesem Zusammenhang Reptilien. Chamäleons nutzen beispielsweise die charakteristische Farbwechselfähigkeit, um sich ihrer Umwelt nahezu perfekt anzupassen. Die Farbwechsel dienen sowohl der Feindvermeidung in Gefahren- oder Kampfsituationen, als auch der effizienten Regulation von Körperfunktionen (zum Beispiel Körpertemperatur) in Abhängigkeit von Luftfeuchtigkeit oder Sonneneinstrahlung. Hochentwickelte, leistungsfähige und unabhängig voneinander bewegliche Augen ermöglichen die scharfe Sicht selbst auf große Distanz und mit großem Blickfeld. Bei einem Sturz aus großer Höhe dient das Aufblähen der Lungen – vergleichbar einem Airbag – dazu, den Fall abzufangen. Darüber hinaus wachsen Chamäleons ihr gesamtes Leben lang und entwickeln beziehungsweise verändern ihre Körperform fortlaufend.

Diese biophysikalische Best Practice geschieht reflexartig über organisch gewachsene, hochentwickelte und im Zuge der Selektion geprüfte Informations- und Reizweiterleitungswege. Bildhaft und auf das Management bezogen, eine evolutionär sehr gut gelöste Querschnittsaufgabe, die erstens die erforderlichen Instrumente zur Informations- und Datenerhebung bereitstellt, zweitens interne Prozesse durch Vernetzung sicherstellt und drittens eine schnelle Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation in der operativen Umsetzung ermöglicht. Darüber hinaus bestehen Sicherungskonzepte, die im Bedarfsfall automatisiert eingreifen. ▀

Abbildung 2

**Spannungsfeld bei der Entwicklung strategischer Dachfunktionen in gesetzlichen Krankenkassen**

Quelle: KPMG, 2012

**Praktisches Änderungsmanagement in Krankenkassen – was tun erfolgreiche Krankenkassen?**

Neben der Notwendigkeit, strategische Dachfunktionen zu definieren und damit Krankenkassen langfristig richtig auszurichten, bleibt die Frage bestehen, wie Krankenkassen taktisch mit sich ständig ändernden regulatorischen Rahmenbedingungen umgehen können. Eine Antwort gibt die Praxis des aktuellen Krankenkassenmanagements. Viele erfolgreiche Krankenkassen weisen heute eine klare und konservative Kostenorientierung auf, professionalisieren – in Anlehnung an die etablierte Praxis in Industrieunternehmen – ihre Steuerungs- und Managementinformationssysteme und entwickeln konsequent moderne Leistungsangebote. Die Trias der Maßnahmen ist nicht revolutionär, zeigt jedoch auch, dass sich erfolgreiche Krankenkassen weiter weg von der Behördenstruktur hin zu modernen wettbewerblichen Gesundheitskonzernen entwickeln.

Die im letzten Jahr zahlreich verbreiteten Meldungen über finanziell angeschlagene Kassen haben deutlich gemacht, dass nur eine kaufmännisch-konservative Kostenorientierung den langfristigen Fortbestand einer Kasse ermöglichen kann. Anders gesagt: Die Kasse, die ihre Kosten nicht im Griff hat, macht sich angreifbar. Insofern ist momentan auch der Trend zu beobachten, dass die in den letzten Jahren propagierten Wachstumsphantasien zugunsten eines straffen und soliden Kostenmanagements zurückgestellt werden. Umso wichtiger ist es, im kleinen, aber nicht immer transparenten Kassenmarkt die eigene Standortposition ständig und nachhaltig bestimmen zu können. Allein im letzten Jahr haben mehrere Krankenkassen Benchmarkingprojekte eingeführt, um beispielsweise die Verwaltungs- oder IT-Kosten je Versichertem zu vergleichen. Dabei sind die Unterschiede zwischen den rund 150 deutschen Kassen immer noch enorm.

Angesichts der Größe vieler Krankenkassen ist es verwunderlich, dass nicht alle über moderne Steuerungs- und Managementinformationssysteme verfügen. In erfolgreichen Krankenkassen geht daher der Umbau hin zu einem modernen Gesundheitsdienstleister mit dem Aufbau praktikabler Risikofrüherkennungssysteme und Compliance-Management-Systeme einher. Da die Einführung der genannten Systeme bis hin zur vollen operativen Wirksamkeit zeitaufwendig ist, wird schnell klar, warum einige größere Krankenkassen diese Themen momentan intensiv verfolgen: Nur mit den entsprechenden Steuerungssystemen werden die großen Krankenkassen-Tanker reaktionsfähig.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Ausprägung eines soliden Kostenmanagements ein Pflichtprogramm für eine moderne Krankenversicherung ist. Die Kür liegt in einem kontinuierlichen bereichsübergreifenden Änderungsmanagement. Nur so lassen sich die mittel- und langfristigen Herausforderungen auf Dauer effizient umsetzen. Gerade die Zunahme bereichsübergreifender Ansätze der Leistungssteuerung forcieren diese Notwendigkeit. ■

## INTERVIEW

Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und des Sozialbeirats der Bundesregierung, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Pentler und Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

**Beschäftigt man sich mit der Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung, ist ein Thema unausweichlich: der demografische Wandel. Je nachdem, welcher Prognose man folgt, ergeben sich mehr oder minder weitreichende Auswirkungen. Welche Herausforderungen wird die GKV in Zukunft meistern müssen?**

Die Bevölkerungsalterung übt über zwei Kanäle Druck auf den Beitragssatz der GKV aus. Zum einen geht die Zunahme des Durchschnittsalters der Versicherten mit steigenden Durchschnittsausgaben einher und zum anderen wirkt eine wachsende Zahl von Rentnern dämpfend auf die Entwicklung des durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens je Mitglied. Dennoch kann man bislang trotz Bevölkerungsalterung und medizinisch-technischem Fortschritt nicht von einer Explosion der Gesundheitskosten reden. Denn seit über 30 Jahren liegen die Leistungsausgaben dieses Systems in Relation zum Bruttoinlandsprodukt bei 6 bis 7 Prozent. Von einem markanten gesamtwirtschaftlichen Kostenanstieg kann daher keine Rede sein. Die in dieser Zeit erlassenen mehr als 200 Kostendämpfungsgesetze haben offensichtlich gewirkt. Gleichzeitig ist aber als Folge der Erosion der Finanzierungsgrundlagen – das heißt der Löhne und Renten bis zur Beitragsbemessungsgrenze – trotz der Steuerzuschüsse der jüngsten Vergangenheit der allgemeine Beitragssatz bis auf 15,5 Prozent gestiegen. Dies ist allerdings nicht nur ein Problem der GKV, sondern vielleicht mehr noch der privaten Krankenversicherer. Während im langfristigen Durchschnitt bei der GKV die Zahlbeträge der Beiträge um jährlich knapp 3 Prozent steigen, sind dies bei den Prämien der PKV deutlich mehr als 4 Prozent. Eine hochstehende medizinische Versorgung in einer alternden Bevölkerung kann nicht billiger werden. Ausgabensteigerungen

als Folge einer Zunahme der alterungsbedingten Morbidität oder eines die Lebensqualität erhöhenden und die Lebenserwartung verlängernden medizinisch-technischen Fortschritts sind keine Fehlentwicklung. Allerdings sollte die Politik alles daran setzen, Ausgabensteigerungen als Folge von Fehlanreizen oder mangelndem Wettbewerb zu verhindern. Und man sollte versuchen, durch einen regelgebundenen Zuschuss die Finanzierung der GKV ein Stück weit von den Löhnen zu entkoppeln.

**Die Reserven des Gesundheitsfonds haben politische Begehrlichkeiten geweckt: Wenn man den Gesundheitsfonds als Wettbewerbsinstrument betrachtet, für wie sinnvoll halten Sie den Fonds nach mehr als drei Jahren praktischer Erfahrung? Sehen Sie Alternativen?**

Richtig ist, dass nicht aufgrund eines ausgeprägten wirtschaftlichen Verhaltens, sondern mehr Dank der erfreulichen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt die Kassen derzeit über etwa 10 Milliarden Euro und der Gesundheitsfonds über um die 9 Milliarden Euro an Rücklagen verfügen. In der Tat könnten daher einige Kassen – wie eigentlich vorgesehen – zumindest einen Teil ihrer Überschüsse über Prämien an ihre Versicherten zurückgeben. Dies wird allerdings unisono abgelehnt. Die Kassen verweisen darauf, dass sie angesichts des unsicheren konjunkturellen Umfelds infolge der Eurokrise diese Rücklagen nicht auskehren wollen, um nicht bei einer Verschlechterung der Einnahmesituation sofort Zusatzbeiträge, die sie wie der Teufel das Weihwasser fürchten, erheben zu müssen. Darüber hinaus dürften viele Versicherer auch deshalb einer Rückerstattung distanziert gegenüberstehen, weil sie mangels Erfahrungen nicht abschätzen können, ob eher gute oder eher schlechte Risiken zu den Kassen, die Überschüsse zurückerstatten, wechseln werden.

Die Kassen wollen das Risiko vermeiden, sich eine Hypothek in Form einer neuen Mitgliederstruktur mit einer ungünstigeren Morbiditätsstruktur ins Haus zu holen. Man kann dieses Verhalten der Kassen kritisieren, muss es allerdings auch verstehen, solange die Politik nicht mit gutem Beispiel bei der Auskehrung von Überschüssen beim Fonds vorangeht. Von den 9 Milliarden Euro des Fonds sind etwa 5 Milliarden Euro disponibel, was einer Senkung von 0,5 Beitragssatzpunkten entsprechen und der Logik des Umlagesystems folgen würde.

**Ein gesundheitspolitischer Sprecher der SPD schlägt vor, Krankenkassen wieder selbst entscheiden zu lassen, welche Beitragshöhe sie erheben. Brauchen wir mehr Regulierung oder mehr Wettbewerb?**

Diese Forderung ist ein Eingeständnis des Scheiterns der Idee, über Zusatzbeiträge und Rückzahlungen den Wettbewerb zwischen den Kassen zu stimulieren, um die vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Die Vorstellung der politischen Eltern des Gesundheitsfonds, die große Koalition der Jahre 2005 bis 2009, hat sich bislang als wirklichkeitsfremd erwiesen. Sie gingen davon aus, dass der allgemeine Beitragssatz stets so gesetzt wird, dass die Kassen mit Zusatzbeiträgen und Rückerstattungen als Wettbewerbsparameter operieren müssen. Als der Gesundheitsfonds in seiner Startphase unterfinanziert war, sprang die Politik den Kassen mit einem Bundeszuschuss bei, bei dem es keine überprüfbaren Kriterien für eine ordnungspolitisch korrekte Bemessung gab. Heute, da die Kassen Rücklagen gebildet haben und der Gesundheitsfonds über mehrere Milliarden Euro an disponiblen Überschüssen verfügt, scheut die Regierung eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes. In der Tat spricht einiges dafür, dass der Gesundheitsfonds in der nächsten Legislaturperiode zur Disposition gestellt wird, die Steuerzuschüsse in den Risikostrukturausgleich geleitet und die Kassen wieder individuelle Beiträge erheben werden.

## Immer mehr Krankenkassen erweisen sich als nicht überlebensfähig und müssen mit anderen fusionieren. Wird das so lange weitergehen, bis nur noch eine Einheitskasse für alle übrig bleibt? Wie viele Kassen wären für ein Mindestmaß an Wettbewerb sinnvoll?

Die Anzahl der Krankenkassen ist in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Gab es im Jahr 1970 noch mehr als 1.800 Kassen, so sind es aktuell noch 146 Kassen. Dieser politisch gewollte und ökonomisch sinnvolle Konzentrationsprozess hat durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sicher an Dynamik gewonnen. Bei welcher Kassenzahl diese Entwicklung endet, weiß niemand. Sicher ist allerdings, dass am Ende keine Einheitskasse stehen wird.

## In der Union wurden erste Zweifel an der Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung laut. Wird es die PKV in Zukunft noch geben und wenn ja, in welcher Form?

In kaum einem anderen Land findet sich ein Nebeneinander von einer solidarischen, nach dem Umlageverfahren arbeitenden gesetzlichen Krankenversicherung und einer substitutiven kapitalgedeckten PKV mit risikoadjustierten Prämien und ohne Kontrahierungszwang. Und eine ökonomische Begründung für eine Versicherungspflichtgrenze oder für die Abhängigkeit der Versicherungspflicht von der Art der Erwerbsfähigkeit gibt es nicht. Die Versicherungspflichtgrenze und die daraus resultierende Parallelität zweier so unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme sind das Ergebnis eines historischen Entwicklungsprozesses, der 1883 mit der bismarckschen Arbeiterkrankenversicherung begann und mit der 1970 im zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz festgeschriebenen dauerhaften Koexistenz von privater und gesetzlicher Krankenversicherung endete. Unabhängig vom Ausgang der nächsten Bundestagswahl und den Bürgerversicherungsplänen von SPD und Grünen wird man davon ausgehen können, dass es weiterhin eine Vollversicherung anbietende PKV geben wird. Gleichzeitig dürfte aber die steuerliche Kofinanzierung der GKV weiter ausgebaut werden, um auf diese Weise alle Quellen

der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der GKV heranzuziehen. Und mit zunehmender Bedeutung des Bundeszuschusses an die GKV wird sich für Besserverdienende der Anreiz in die PKV zu wechseln verringern, zumal wenn die PKV durch die Übernahme von Kostensteuerelementen des öffentlich-rechtlichen Bereichs an die GKV heranrückt und auch für die Anbieter von Gesundheitsleistungen an Attraktivität verliert. Kurzum: Perspektivisch ist mit einer Annäherung von GKV und PKV sowie einer zunehmenden Bedeutung des Geschäfts mit Zusatzversicherungen zu rechnen.

## Immer wieder wird diskutiert, wie es bestmöglich gelingt, den Patienten an der Inanspruchnahme der GKV zu beteiligen. Die FDP fordert jüngst die Abschaffung der Praxisgebühr. Was sind aus Ihrer Sicht intelligente Mittel, um die Inanspruchnahme der GKV sinnvoll zu steuern? Kann Deutschland hierbei von anderen Ländern lernen?

Mit der im Jahr 2004 eingeführten Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal sollte die im internationalen Vergleich bei uns extrem hohe Anzahl der Arztkontakte reduziert werden. Sie ist also eine Lenkungsabgabe. Doch gut gemeint, muss nicht immer gut sein. Denn ist die Quartalsgebühr einmal bezahlt, so werden Anreize gesetzt, die damit für ein Quartal erworbenen Ansprüche auf weitere kostenfreie Arztbesuche auszunutzen. Hält man an der Idee fest, die Zahl der Arztkontakte zu reduzieren, kann es nicht darum gehen – wie von der FDP gefordert – die Praxisgebühr abzuschaffen, sondern, sie zum Beispiel durch eine niedrigere Praxisgebühr je Arztbesuch zu ersetzen. ■



**Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup**

Professor Dr. Dr. h.c. Bert Rürup war bis zu seiner Emeritierung im März 2009 Professor für Finanz- und Wirtschaftspolitik an der TU Darmstadt. Er war in vielen Ländern beratend tätig und hat in zahlreichen Regierungskommissionen zu Fragen der Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme mitgearbeitet. Von September 2000 bis März 2009 war Rürup Vorsitzender des Sozialbeirats der Bundesregierung, von März 2000 bis Februar 2005 zunächst Mitglied und danach bis Februar 2009 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Er ist Vorstandsmitglied der Maschmeyer-Rürup AG, ein unabhängiges Analyse- und Beratungshaus, und seit Frühjahr 2010 Vorsitzender des Kuratoriums des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, Berlin, sowie Präsident der International School of Management (ISM) Dortmund.

## INTERVIEW

Gerd Ludwig, Vorstandsvorsitzender der IKK classic, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

### **Der Wettbewerbsdruck unter den gesetzlichen Krankenkassen nimmt zu. Wie sieht die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung aus und auf was sollten sich die Krankenkassen einstellen?**

Der Wettbewerb wird weiter Fahrt aufnehmen, aber in den Bahnen von Gesundheitsfonds und Risikostruktur ausgleich verlaufen. Weil die Zuweisungen des Gesundheitsfonds einer komplizierten Systematik folgen und mit Korrekturen und Nachberechnungen einhergehen, haben die Kassen heute weniger Planungssicherheit. Also wird stärker auf Sicht agiert. Das mindert die Gestaltungsfreiheit. Hinzu kommt, dass Kassen mit schwacher Performance künftig schneller an finanzielle Grenzen stoßen. Liquiditätslücken müssen dann über Zusatzbeiträge geschlossen werden. Als dauerhafte Systemkomponente bringen diese Prämien mehr Dynamik: Die Versicherten erleben eine zusätzliche Belastung in Euro und Cent. Diese Erfahrung bewegt die Kunden buchstäblich stärker als die abstrakte Ziffer eines Beitragsatzes, selbst wenn dahinter deutlich mehr Geld steckt. Damit erhalten die Extra-Beiträge als Differenzierungsmerkmal im Kassenwettbewerb eine zentrale Bedeutung. Wegen der dramatischen Effekte auf die Mitgliederentwicklung achtet jede Kasse darauf, sie um jeden Preis zu vermeiden.

### **Sehen Sie außer bei dem Thema Zusatzbeitrag noch andere Themenfelder, in denen Wettbewerb für Krankenkassen spürbar wird? Wird sich die erfolgreiche Krankenkasse in Zukunft durch noch mehr Leistungen und Beratung abgrenzen?**

Die Bedeutung der persönlichen Beratung wird künftig wachsen, deshalb bleibt Präsenz in der Fläche wichtig: Callcenter können dieses Angebot ergänzen, aber nicht ersetzen. Interessante Gestaltungsmöglichkeiten bieten zudem neue Versorgungsformen wie Selektivverträge. Mittlerweile hat sich freilich die Erkenntnis durchgesetzt, dass auch Extra-Verträge langfristig wirtschaftlich sein müssen. Darin liegt eine Herausforderung für das Vertragsmanagement. Es lohnt sich aber, diese anzunehmen, denn attraktive Versorgungsangebote sind ein Qualitätsindikator für jede Kasse. Spürbar wird Wettbewerb sicher auch in der wachsenden Zahl der Rankings, bei denen Kassenleistungen unter die Lupe genommen werden. Als Beitrag zu mehr Transparenz ist diese Konjunktur der Tests grundsätzlich zu begrüßen. Es wirken sich nach unseren Erfahrungen aber nur extreme Bewertungen – im Guten wie im Schlechten – gelegentlich auf die Mitgliederaktivität aus.

### **Inwieweit sind Versicherte überhaupt bereit, die Krankenkasse zu wechseln, wenn kein Zusatzbeitrag erhoben wird?**

Der wirtschaftliche Aufschwung hat dazu geführt, dass Zusatzbeiträge ein wenig in den Hintergrund getreten sind. Vom Tisch sind sie dadurch aber nicht. Ich denke, dass sich die Situation 2013 – unabhängig von der Bundestagswahl – ändern wird. Dann wird es Zusatzbeiträge geben. Und die Wechselbereitschaft von Versicherten wird auch in Zukunft hauptsächlich durch sie getrieben.

### **Fusionen sind im Krankenkassenbereich zum Alltag geworden. Gibt es aus Ihrer Sicht eine optimale Anzahl von Krankenkassen?**

Ulla Schmidt hatte einmal als Ziel 20 bis 30 Kassen vor Augen, zwingend ist der Gedanke indes nicht. Die Forderung nach großen Organisationen wird meist mit dem Vorurteil begründet, dass diese effizienter arbeiten. Doch längst nicht jede Fusion bringt die erhofften Synergien. Größe hat Vorteile, Vielfalt aber auch. Kleinere Anbieter müssen daher vor marktbeherrschenden Zusammenschlüssen geschützt werden. Die Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt wäre aus meiner Sicht ein vernünftiger Weg.

### **Wie gehen Sie als Vorstand einer der größten Krankenkassen Deutschlands, mit Fusionswellen und den sich ständig ändernden Rechtsvorschriften um?**

Die häufig variierenden Rahmenbedingungen erschweren die langfristige Steuerung einer Krankenkasse, auch wenn es keine jährlichen Paradigmenwechsel gibt. Wir versuchen, die operativen Entscheidungen am Wohl unserer Versicherten zu orientieren. Besonders wichtig ist mir ein solides Finanzmanagement, um für zukünftige Herausforderungen gerüstet zu sein.

### Wird es in absehbarer Zeit den großen Schritt zur Strukturveränderung der GKV geben?

Ich habe in meinen 35 Jahren in diesem Geschäft bisher keinen politischen „Big Bang“ in der GKV erlebt. Ich gehe davon aus, dass der auch in Zukunft ausbleiben wird. Stattdessen sehen wir im Gefolge von groß angekündigten Reformen immer schon die nächste und übernächste kleinere Reform auf uns zukommen. Das soll aber nicht heißen, dass kleine Reformschritte schlecht sind. Ich finde kleine Schritte bisweilen durchaus sinnvoll, da so die Möglichkeit zur Nachjustierung besteht.

### Es ist in letzter Zeit vermehrt zu beobachten, dass die wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit der PKV in Frage gestellt wird. Wie sehen Sie die Zukunft der privaten Krankenversicherung?

Wir arbeiten bei Ergänzungsversicherungen zum gesetzlichen Angebot erfolgreich mit einem privaten Partnerunternehmen zusammen. Auch wir nehmen wahr, dass die PKV Herausforderungen entgegenseht, die sich durch die demografische Entwicklung ergeben. Es bleibt abzuwarten, wie die Unternehmen darauf reagieren. Eine verschärfte Wettbewerbssituation zwischen uns und der PKV erkenne ich gegenwärtig aber nicht.

### Was sind die drei wichtigsten Voraussetzungen, um als gesetzliche Krankenkasse in der Zukunft erfolgreich zu sein?

Elementar ist ein solides finanzielles Fundament. Darauf sollte sich jede Krankenkasse in Deutschland konzentrieren. Darüber hinaus legt die erfolgreiche Krankenkasse der Zukunft ihren Fokus auf solide, qualitätsgesicherte Leistungen und setzt weniger auf kurzfristige Trends. Als zentralen Erfolgsaspekt sehe ich zudem qualifizierte und flexibel denkende Mitarbeiter. Durch die Qualität der persönlichen Kundenbetreuung gewinnen Krankenkassen im Wettbewerb entscheidende Vorteile. ■



#### Gerd Ludwig

Gerd Ludwig nimmt seit vielen Jahren führende Positionen in der handwerklichen Krankenversicherung ein. Nach verschiedenen Tätigkeiten bei der IKK Freiburg übernahm er gebürtige Baden-Württemberger 1992 die Aufgabe des stellvertretenden Geschäftsführers beim IKK-Landesverband Sachsen. Vom Jahr 2000 an führte er als Alleinvorstand der IKK Sachsen zehn Jahre lang eine der größten deutschen Innungskrankenkassen. Gerd Ludwig ist Krankenkassenbetriebswirt und Betriebswirt des Handwerks. Seit 13. Januar 2010 ist er Vorstandsvorsitzender der IKK classic. Die Kasse mit Hauptsitz in Dresden ist mit 3,6 Millionen Versicherten die Nummer sechs unter den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland.

# Medizinische Versorgungszentren als Tochtergesellschaften von Krankenhäusern – die steuerliche Sicht unter besonderer Berücksichtigung von Konsilleistungen

Krankenhäuser sind nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) definitionsgemäß im Wesentlichen auf die stationäre Patientenbehandlung beschränkt. Nachdem der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Einrichtung für ambulante Behandlungen eingeführt hat, steht dieser Markt auch Krankenhausträgern grundsätzlich offen. Das Modell MVZ wird bereits von vielen Krankenhausträgern eingesetzt und beweist, dass sich hieraus Möglichkeiten zur Erlösausweitung sowie zur Effizienzsteigerung ergeben. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die steuerlichen Aspekte des Betriebs Medizinischer Versorgungszentren und der Kooperation mit Krankenhäusern.

**Autoren:** Dr. Thorsten Helm, Philipp Haaf, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mannheim

## Der Begriff MVZ

Der Begriff des MVZs ist in § 95 SGB V geregelt. Es handelt sich um Einrichtungen zur fachübergreifenden ambulanten medizinischen Behandlung unter ärztlicher Leitung. Träger oder Gesellschafter eines MVZs können nur nach dem SGB zugelassene Leistungserbringer sein – und damit auch Krankenhäuser beziehungsweise deren Träger. Ein MVZ kann grundsätzlich in beliebiger Rechtsform gegründet werden. Zu unterscheiden ist zwischen einem rechtlich selbstständigen MVZ, regelmäßig in der Rechtsform der GmbH, und einem rechtlich unselbstständigen MVZ, das gemeinsam mit einem Krankenhaus durch einen einheitlichen Rechtsträger betrieben wird.

## Das MVZ als Einrichtung der Wohlfahrtspflege

Das MVZ ist steuerlich nicht unter den Zweckbetrieb „Krankenhaus“ im Sinne des § 67 der Abgabenordnung (AO) zu subsumieren, da es sich nicht um ein Krankenhaus handelt. Auch die Voraussetzungen eines „allgemeinen Zweckbetriebs“ im Sinne des § 65 AO liegen in der Regel nicht vor, nachdem ein MVZ insbesondere im Wettbewerb mit niedergelassenen Ärzten stehen kann.

Rechtlich selbstständige wie unselbstständige Versorgungszentren, deren Träger Körperschaften (zum Beispiel GmbHs) sind, können jedoch als Einrichtung der Wohlfahrtspflege steuerbegünstigt sein. Ein MVZ ist als Einrichtung der Wohlfahrtspflege ein steuerbegünstigter sogenannter „Zweckbetrieb“, wenn die Leistungen des MVZs unter anderem in besonderem Maße (das heißt zu zwei Dritteln) notleidenden und gefährdeten Mitmenschen zugutekommen. Dies sind namentlich solche, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands auf die Hilfe anderer

angewiesen sind (körperliche Bedürftigkeit) oder deren Bezüge nicht höher sind als das Vierfache des Regelsatzes der Sozialhilfe (finanzielle Bedürftigkeit). Die Satzung der Körperschaft muss auf den Betrieb eines MVZs ausgelegt sein. Dies bedeutet, dass die Körperschaft neben gemeinnützigen Zwecken auch mildtätige Zwecke haben muss.

## Exkurs: Rechtlich unselbstständiges MVZ

Wird ein MVZ beispielsweise durch eine Krankenhaus-GmbH direkt betrieben, so handelt es sich – im Verhältnis zum Krankenhaus – um ein rechtlich unselbstständiges MVZ.

Die Einrichtung eines MVZs kann bei der Krankenhaus-GmbH daher entweder einen steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb bilden oder sie kann unter den genannten Bedingungen als Einrichtung der Wohlfahrtspflege einen steuerfreien Zweckbetrieb bilden.

Vorteil eines MVZs als Zweckbetrieb ist – neben der Steuerfreiheit von Gewinnen –, dass etwaige Verluste für die Gemeinnützigkeit der GmbH unschädlich sind und sie auch zweckgebundene Mittel für die Errichtung des MVZs einsetzen kann.

Zahlenmäßig überwiegen allerdings die – steuerlich interessanteren – rechtlich selbstständigen Versorgungszentren, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

## Rechtlich selbstständiges MVZ

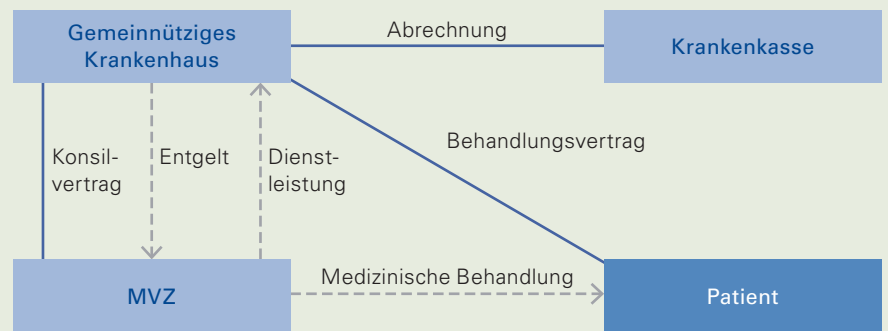
Wird ein MVZ in einer eigenen GmbH betrieben, so handelt es sich um ein rechtlich selbstständiges MVZ. Im Zuge der Gründung wird die GmbH mit dem nötigen Betriebskapital ausgestattet; Räume können der MVZ-GmbH auch vom Träger des Krankenhauses überlassen werden.

Auch hier stellt sich die Frage, ob das MVZ – und damit die MVZ-GmbH – steuerbegünstigt sein soll oder nicht. In diesem Zusammenhang ist auf Ebene der Gesellschafterin, also des Krankenhausträgers, entscheidend, welcher gemeinnützigkeitsrechtlichen Sphäre die Beteiligung an der MVZ-GmbH zugeordnet wird: Handelt es sich um ein nicht steuerbegünstigtes MVZ, so ist die GmbH-Beteiligung auf Ebene der gemeinnützigen Gesellschafterin entweder der Vermögensverwaltung zuzuordnen oder – was in der Praxis der Regelfall ist – die GmbH-Beteiligung stellt aufgrund des beherrschenden Einflusses der Gesellschafterin und der Überlassung wesentlicher Betriebsgrundlagen (sogenannte Betriebsaufspaltung) einen steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb dar. In jedem Fall sind das der MVZ-GmbH zugeführte Kapital und der Wert der überlassenen Sachmittel der Gesellschafterin durch freie, das heißt nicht der zeitnahen Verwendungspflicht unterliegende Mittel abzudecken.

Abbildung 3

### Zusammenarbeit von Krankenhaus und Medizinischem Versorgungszentrum durch Konsilleistungen

Quelle: KPMG, 2012



Die Beteiligung an einer steuerbegünstigten MVZ-GmbH ist auf Ebene des gemeinnützigen Gesellschafters grundsätzlich der Vermögensverwaltung zuzuordnen. Bei hinreichendem Einfluss auf die Geschäftsführung oder im Falle einer Betriebsaufspaltung aufgrund der Überlassung wesentlicher Betriebsgrundlagen (zum Beispiel Räume) besteht in der Praxis mitunter Aussicht, die Beteiligung in Abstimmung mit der Finanzverwaltung auch einem steuerfreien Zweckbetrieb zuzuordnen. Dabei handelt es sich jedoch um eine Ermessensentscheidung, die in der Regel zumindest voraussetzt, dass der mildtätige Satzungszweck der MVZ-GmbH auch in die Satzung der Gesellschafterin aufgenommen wird, was bei dieser eine Satzungsänderung erforderlich machen kann.

### Zusammenarbeit von Krankenhaus und MVZ durch Konsilleistungen

Gegenstand von Konsilvereinbarungen ist die Erbringung bestimmter Diagnose- und Behandlungsleistungen durch den Konsilleistenden (das MVZ) im Auftrag eines anderen (beispielsweise der Gesellschafterin der MVZ-GmbH, die Trägerin eines Krankenhauses ist).

Dabei besteht ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Krankenhaus. Zwischen dem Krankenhaus und dem konsilleistenden MVZ wird ein Konsilvertrag geschlossen. Der Konsilleistende erbringt seine Tätigkeit selbstständig, weisungsunabhängig und in freier Verantwortung. Die fachliche Entscheidung und Verantwortung für die Notwendigkeit von Behandlungen liegt somit beim konsilleistenden MVZ.

Entsprechend stellt sich der Grund Sachverhalt wie in der Abbildung 3 gezeigt dar.

Im Rahmen der zuvor umrissenen Konsilleistungen erfolgt die Behandlung der Patienten nicht durch das Krankenhaus selbst, sondern durch das MVZ im Auftrag des Krankenhauses. Das MVZ ist dabei Hilfsperson des Krankenhauses im Sinne des § 57 Abs. 1 S. 2 AO, sodass das Wirken des MVZs dem Krankenhaus zuzurechnen ist. Daher handelt es sich auch bei der Behandlung von Patienten unter Einbezug von Konsilleistungen aus Sicht des Krankenhauses um Leistungen im Rahmen des steuerbegünstigten Zweckbetriebs Krankenhaus (§ 67 AO).

Im Hinblick auf das steuerbegünstigte MVZ stellt sich ebenfalls die Frage, ob dort Konsilleistungen an das Krankenhaus aus einem Zweckbetrieb erbracht werden oder ob die Konsilleistungen einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb begründen. Hierbei gilt: Erfüllt das MVZ die oben skizzierten Voraussetzungen eines Zweckbetriebs der Wohlfahrtspflege, so werden grundsätzlich auch die Konsilleistungen aus diesem Zweckbetrieb erbracht und sind damit steuerbegünstigt. Voraussetzung für einen Zweckbetrieb ist allerdings, dass zwei Drittel der Erlöse aus Leistungen stammen, die bedürftigen Personen „unmittelbar zugutekommen“ (vergleiche Absatz „Das MVZ als Einrichtung der Wohlfahrtspflege“ in diesem Beitrag).

Bei der Frage, wem die Leistungen „zugutekommen“, stellt der Bundesfinanzhof nach seiner jüngeren Rechtsprechung auf eine formal-vertragliche Betrachtungsweise ab. Er geht davon aus, dass die Leistungen stets dem unmittelbar Beauftragenden „zugutekommen“. Dies wäre im Fall von Konsilleistungen das auftraggebende Krankenhaus. Somit ist zu befürchten, dass Konsilleistungen nach der derzeitigen Rechtsprechung nicht den hilfebedürftigen Patienten „zugutekommen“. Dies wird auch von der Finanzverwaltung zum Teil so gesehen. Infolgedessen, können Konsilleistungen dazu führen, dass die sogenannte „2/3-Grenze“ nicht eingehalten wird und damit die Voraussetzungen für die Steuerbegünstigung des MVZs insgesamt nicht vorliegen. Die derzeitige Rechtslage stellt für bestehende MVZs somit eine erhebliche Unsicherheit im Hinblick auf zukünftige Betriebsprüfungen dar.

Daher gilt es bei der Neugründung eines MVZs sicherzustellen, dass die Einhaltung der „2/3-Grenze“ gewährleistet ist, indem ein hinreichend großer Anteil von hilfebedürftigen Direktpatienten vorliegt oder eine Abstimmung mit der örtlich zuständigen Finanzbehörde über die Einordnung der Konsilleistungen erfolgt.

## Fazit

- Durch Medizinische Versorgungszentren können Krankenträger an der ambulanten Patientenbehandlung teilnehmen (integrierte Versorgung). Ein MVZ kann rechtlich selbstständig oder unselbstständig gegründet werden.
- Ein MVZ kann als steuerpflichtig oder steuerbegünstigt geführt werden – wobei der steuerliche Status auch erhebliche Auswirkungen auf Ebene des Gesellschafters hat, zum Beispiel bei einer gemeinnützigen Krankenhaus-GmbH.
- Zu beachten ist, dass für die Steuerbegünstigung des MVZs mindestens zwei Drittel aller Leistungen aufgrund medizinischer Indikation und direkt an Patienten erbracht werden müssen. Liegen die Voraussetzungen der Steuerbegünstigung des MVZs vor, so sind auch Konsilleistungen an Krankenhäuser von der Steuerbegünstigung ausgeschlossen. Die Einordnung dieser Leistungen durch die Rechtsprechung und Finanzverwaltung ist derzeit noch mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. ■



# Kommunale Großkrankenhäuser: Zum Scheitern verurteilt oder ungeschliffene Diamanten?

Das Städtische Klinikum München, die Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden oder das Klinikum Fulda sind Beispiele für kommunale Großkrankenhäuser, über die kürzlich negativ in der Presse berichtet wurde. Die Berichterstattung reichte dabei von hohen Defiziten über veraltete Strukturen bis hin zu handfesten Hygieneproblemen. Kommunale Großkrankenhäuser werden in der Öffentlichkeit häufig als defizitär wahrgenommen und es wird über umfassenden Verbesserungsbedarf in medizinischen und nicht medizinischen Bereichen berichtet. Fraglich ist, ob die schlechte Außenwahrnehmung und die strukturellen Defizite in der Natur der Häuser liegen und somit unausweichlich sind.

**Autor: PD Dr. med. Sören Eichhorst, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin**

In Deutschland gibt es derzeit circa 2.050 Krankenhäuser, davon sind über 600 in kommunaler Trägerschaft. 20 Großkrankenhäuser und ein Universitätsklinikum sind in der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) zusammengeschlossen. Diese Einrichtungen (siehe Textbox unten) repräsentieren mit 1 Prozent der Anzahl der Krankenhäuser circa

6 Prozent der Betten und haben damit eine erhebliche Marktmacht. Eine Arbeitsgemeinschaft wie die AKG ist sinnvoll: Vorteile können sich beispielsweise durch vergleichbare Strukturen der kommunalen Großkrankenhäuser ergeben, die eine gute Vergleichsbasis von Prozess- und Leistungskennzahlen, im Sinne eines Benchmarkings, schaffen. Ebenso können die Häuser hinsichtlich potenzieller Lösungsansätze voneinander lernen.

Verzögerung strategischer Entscheidungen bei. Ein weiterer Punkt sind die im kommunalen Bereich geltenden Tarife und Vertragsgestaltungen, die die ohnehin für alle deutschen Krankenhäuser schon prekäre Situation der sich öffnenden Kosten-Erlös-Schere weiter verschärfen. Die Kombination dieser Faktoren führt zu einer tendenziell negativen Wahrnehmung der Häuser.

## Wie kann die Situation verbessert werden?

Die kommunale Struktur kann unter einem zielorientierten Management auch von Vorteil sein und einen signifikanten Wettbewerbsvorsprung begründen. Besonders die feste Verankerung der Großkliniken im Umfeld der Städte und Regionen ist ein Plus, das konsequent ausgenutzt werden kann. Die potenziellen Patienten interessieren sich in der Regel weniger für die Trägerschaft, sondern legen ihrer Krankenhauswahl beispielsweise Motive wie Entfernung, Reputation oder Empfehlung zugrunde. Ebenso ist die Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander sehr wichtig, kommunale Großkrankenhäuser können ihre Marktmacht in Einkaufsverbänden ausspielen. Die Nutzung von Synergien mit den niedergelassenen Ärzten, als den wichtigsten Einweisern, ist zentral, um möglichst viele potenzielle Patienten zu gewinnen. Hier bieten sich professionell aufgesetzte Einweiserbindungs- und Marketingprogramme sowie die Umsetzung von übergreifenden Behandlungspfaden an. Solche Programme können allerdings nur in einem modernen Managementumfeld entstehen und ihre volle Wirkung entfalten.

### Krankenhäuser der AKG

- ▲ Klinikum Augsburg
- ▲ Vivantes Netzwerk für Gesundheit Berlin
- ▲ Klinikum Bielefeld
- ▲ Klinikum Braunschweig
- ▲ Klinikverbund Bremen
- ▲ Klinikum Chemnitz
- ▲ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- ▲ Klinikum Dortmund
- ▲ Klinikum Fulda
- ▲ Klinikum Karlsruhe
- ▲ Kliniken Köln
- ▲ Klinikum St. Georg Leipzig
- ▲ Klinikum Lüdenscheid
- ▲ Universitätsklinikum Mannheim
- ▲ Mühlenkreiskliniken Minden
- ▲ Klinikum München
- ▲ Klinikum Nürnberg
- ▲ Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam
- ▲ Klinikum Saarbrücken
- ▲ Klinikum Stuttgart
- ▲ Klinikum Wiesbaden

Quelle: KPMG, 2012

## Wie kommt die schlechte Wahrnehmung der Häuser zustande?

Die kommunalen Großkrankenhäuser sind typischerweise eng mit der Stadt oder Region verwurzelt; daraus resultiert ein großes Interesse der (Lokal-) Presse an den Entwicklungen der Häuser, was somit gegenüber den anderen Krankenhäusern tendenziell zu einer stärkeren Präsenz in der Presse führt. Zudem tragen erfahrungsgemäß die kommunale Trägerschaft und die mit ihr verbundenen politischen Entscheidungsprozesse häufig zu einer

## INTERVIEW

## Perspektiven kommunaler Großkrankenhäuser: „Überregionale Akquisitionen können eine Lösung sein“

### Welche Handlungsalternativen gibt es?

Kommunale Großkrankenhäuser sollten sich bei der Umsetzung auf jeden Fall externe Expertise einholen. Die konkrete Begleitung von Modernisierungs- und Veränderungsprozessen kann jedoch unterschiedlich aussehen: Zunächst kommt der Einsatz von externen Beratern in Betracht, die Erfahrungen aus mehreren vergleichbaren Projekten besitzen. Sie bringen neben der Erfahrung auch eine objektive Sichtweise mit. Eine weitere Möglichkeit ist die „familiäre Unterstützung“: Der Klinikkonzern Vivantes hat dies kürzlich unter dem Motto „kommunal hilft kommunal“ für das Klinikum Offenbach gezeigt. Ebenso ist die Beteiligung privater Klinikkonzerne mit dem dort vorhandenen Management Know-how eine Option. Als Beispiel sei hier das Klinikum Wiesbaden genannt, das einen solchen Weg beschreitet. Die Akzeptanz für diese Lösung wird im kommunalen Umfeld jedoch meist am geringsten ausgeprägt sein.

Wie auch immer der Lösungsansatz aussieht, entscheidend ist, besonders für die kommunalen „Supertanker“, dass der Veränderungsprozess nicht stillsteht: Eine solche Situation wäre in der heutigen deutschen Krankenhaushandschaft, die ständige Anpassungen erfordert, fatal. Gelingt es aber den Veränderungsprozess in Gang zu halten, winken interne Verbesserungen, die auch die Außenwirkung positiv beeinflussen. Viele kommunale Großkrankenhäuser sind heute schon wirtschaftlich gut aufgestellt. Der kommunale Rohdiamant kann also geschliffen werden und dann in vollem Glanz erstrahlen. ■

Prof. Dr. Karsten Güldner, Geschäftsführer der St. Georg Unternehmensgruppe, Leipzig, und Vorstandsvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), im Gespräch mit Babette Brennecke und Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Das Interview wurde im November 2011 im Klinikum St. Georg, Leipzig, geführt.

### Was unterscheidet ein kommunales Großkrankenhaus von anderen Krankenhäusern?

Der wesentliche Unterschied liegt in der Aufstellung der Kliniken. Kommunale Großkrankenhäuser sind regional aufgestellt. Kliniken in anderen Trägerformen dagegen sind weitestgehend überregional vernetzt. Zudem waren die Leistungsanreize bei kommunalen Krankenhäusern lange Zeit falsch gesetzt. Es war üblich, dass der Träger beziehungsweise die Kommune Fehlbeträge ausglich. Solche Fehlanreize haben sich nicht nur durch europarechtliche Vorgaben schrittweise verändert. Mittlerweile haben viele öffentliche Krankenhäuser wirtschaftlich dazugelernt und sich neu orientiert. Als ein Beispiel sei unser Klinikum St. Georg in Leipzig genannt: Um Synergieeffekte zu nutzen, haben wir zusammen mit 80 anderen kommunalen Krankenhäusern einen strategischen Einkaufsverbund gebildet. Auch Servicegesellschaften haben sich bei mittelgroßen und großen kommunalen Krankenhäusern bereits etabliert.

### Warum sollten Patienten oder Ärzte sich für ein kommunales Großkrankenhaus entscheiden?

Patienten entscheiden sich in erster Linie nicht für einen Träger, sondern sie kommen aus Erfahrung, auf Empfehlung, aus Zustimmung und Vertrauen. Großkrankenhäuser haben den Vorteil, dass sie eine große medizinische Logistik und Infrastruktur aufweisen und damit vielen Bedürfnissen von Patienten und Ärzten entsprechen.

### In letzter Zeit standen kommunale Großkrankenhäuser häufig wegen wirtschaftlicher Schwierigkeiten in den Schlagzeilen. Vor welchen besonderen Herausforderungen stehen diese Einrichtungen?

Kommunale Großkrankenhäuser sind nicht nur Defizitkliniken, wie oft wahrgenommen wird. Heute weisen bereits mehrere dieser Einrichtungen eine gute wirtschaftliche Basis auf. Trotzdem müssen sich kommunale Großkrankenhäuser ständig weiterentwickeln. In der heutigen Krankenhaushandschaft ist ein Stillstand nicht mehr möglich.

Synergien aus der Zusammenarbeit von Kliniken werden immer wichtiger, um Wettbewerbsvorteile von großen Klinikkonzernen auszugleichen. Auch die Zusammenarbeit mit kleineren und mittelgroßen Krankenhäusern kann hierbei sehr sinnvoll sein und wird oftmals unterschätzt. So könnte sich die Möglichkeit ergeben, überregional kommunale Krankenhäuser zu einer Aktiengesellschaft zusammenzuschließen. Ebenso können überregionale Akquisitionen ganzer Kliniken eine Lösung sein. Denn Wachstumsmöglichkeiten für kommunale Krankenhäuser sind ab einem bestimmten Punkt begrenzt. Zudem sollte ein Großkrankenhaus in Betracht ziehen, externe Hilfe bei der Umsetzung von Veränderungsprozessen einzuholen. Externe Berater besitzen die nötige Expertise und wahren einen neutralen Blick.

Natürlich bleibt das kommunale Großkrankenhaus von der Einflussnahme der Politik nicht befreit. Ich kann jedoch versichern, dass diese Versorgungsform kein Auslaufmodell ist.

### Das klingt nach einem Imageproblem. Was ist notwendig, um die Leistungsfähigkeit kommunaler Großkrankenhäuser besser herauszustellen?

Kommunale Krankenhäuser stehen unter besonderer Pressebeobachtung. Die regionale Presse trägt einen wesentlichen Teil dazu bei. Natürlich ist das hauptsächlich der Trägerschaft geschuldet. Trotzdem müssen kommunale Kliniken mehr aktive Pressearbeit leisten, um die eigene Leistungsfähigkeit herauszustellen. Private Klinikbetreiber sind den kommunalen Häusern beim Thema öffentliche Wahrnehmung und Berichterstattung weit voraus. Voraussetzung für die öffentliche Wahrnehmung ist ein funktionierendes Marketing. Kommunale Krankenhäuser stehen anderen Trägern in der qualitativen Leistungserbringung in nichts nach. Das muss herausgestellt werden. Allein durch eine gezielte Nutzung von Internet und Internetportalen zur Präsentation der medizinischen Qualität ergeben sich gute Ansätze für eine bessere öffentliche Wahrnehmung.

Wichtig ist zudem die Aus- und Fortbildung von Mitarbeitern. Großkrankenhäuser nehmen in der Region, in der sie ansässig sind, eine wichtige Rolle als Arbeitgeber und Ausbilder ein. Das könnte in der Öffentlichkeit noch stärker wahrgenommen und anerkannt werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist das Thema Fehlerkommunikation in kommunalen Krankenhäusern: Es gibt Beispiele, bei denen die öffentliche Fehlerkommunikation hervorragend funktioniert. Hier wünsche ich mir für kommunale Krankenhäuser eine bessere Reaktion. Eine Optimierung der Patientensicherheits- und Risikomanagementsysteme könnte sicherlich weiterhelfen.

### Die Einflussnahme der Politik wird häufig als Hemmnis für den Erfolg kommunaler Krankenhäuser angeführt. Wie sieht die ideale Rolle des Trägers aus und welche Faktoren entscheiden über den wirtschaftlichen Erfolg?

Zuerst möchte ich darauf hinweisen, dass private Krankenhäuser und Klinikketten nicht automatisch erfolgreich sind. Ich bin der Meinung, dass Erfolg nicht mit wirtschaftlichem Profit gleichzusetzen ist. Krankenhäuser sind mehr als nur ein Wirtschaftsunternehmen. Sie sind Teil der Stadtgesellschaft und nehmen eine verantwortungsvolle Stellung in ihr ein.

Wie bereits angeführt, ist es für kommunale Krankenhäuser wichtig, überregional zu kooperieren und Akquisitionen in Betracht zu ziehen. Bei diesen Themen muss der Träger seine eigenen Interessen zurückstellen und den kommunalen Häusern Spielräume gewähren. Entscheidungen im Krankenhaus müssen unabhängig von politischen Interessen getroffen werden können. Die Politik darf nicht in organisatorische Strukturen, Personalentscheidungen, pflegesatztechnische Sachverhalte oder in anderen Punkten eingreifen.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor von Krankenhäusern anderer Trägerformen ist die schlanke Personalstruktur. Nicht nur, dass sie weniger Personal beschäftigen, auch die Vergütungsstruktur im nicht ärztlichen Bereich weicht deutlich von der kommunalen Trägerschaft ab. Diesem Faktor müssen sich kommunale Krankenhäuser unabhängig von kommunalen und politischen Ansichten widmen können. ■



**Prof. Dr. Karsten Güldner**

Prof. Dr. Karsten Güldner, Jahrgang 1943, studierte an der Universität Leipzig Betriebswirtschaft. An der gleichen Universität legte er 1969 seine Promotion und 1973 seine Habilitation ab. Seit 1975 arbeitete er an der Universität Leipzig im Bereich Medizin. Zwischen 1976 und 1992 bekleidete er dort das Amt des Verwaltungsdirektors. Im Jahr 1985 folgte die Berufung zum ordentlichen Professor für Leitung und Organisation im Gesundheitswesen. Seit dem 1. Juli 2006 ist er Geschäftsführer der Klinikum St. Georg gGmbH und der Fachklinik Hubertusburg gGmbH sowie Direktor des Städtischen Klinikums St. Georg, Leipzig, dem er schon seit 1994 als Krankenhausdirektor vorstand. Prof. Güldner ist Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages, Vorstandsmitglied der Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser eG im Deutschen Städtetag (EKK eG) und Vorstandsvorsitzender der Arbeitsgruppe Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG).

## Gastbeitrag

# Innovative Konzepte in der Rehabilitation: Ein Praxisbericht

Mehr als 8,1 Milliarden Euro wurden im Jahr 2010 für Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland umgesetzt. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und die Zunahme an chronischen Erkrankungen machen die Rehabilitation zu einer der wichtigsten Säulen des deutschen Gesundheitssystems. Dem wachsenden Bedarf an rehabilitativen Leistungen gegenüber steht der sogenannte Budgetdeckel: Seit Jahrzehnten wird das Budget für Rehabilitationsleistungen nicht mehr erhöht. Diese Schieflage zwingt unsere Branche zu innovativen Ansätzen.

**Autorin: Dr. Ursula Becker, Geschäftsführende Gesellschafterin der Dr. Becker Unternehmensgruppe, Köln**

## Imageproblem Rehabilitation

Die Rehabilitationsmedizin hat ein Imageproblem. Wir merken das unter anderem, wenn sich junge Fachärzte gegen eine vermeintlich geruhige Laufbahn bei uns entscheiden. Sie haben dann immer noch den Kurarzt vor Augen, der Patienten Spaziergänge im Park verordnet. Mit unserem hochprofessionellen und effizienten Klinikalltag hat diese Vorstellung allerdings nichts zu tun. Denn im Gegenteil hat bei uns der Arzt mehr Zeit, sich intensiv den Patienten zu widmen und sie effektiv bei ihrer Gesundung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, mit dem verstaubten Kur-Image der Branche aufzuräumen.

## Branche unter Innovationsdruck

Als ich die Leitung des Familienunternehmens Dr. Becker Unternehmensgruppe von meinen Eltern übernahm, waren gerade die Spargesetze von 1996 in Kraft getreten, in deren Folge der Markt für Rehabilitationsleistungen um rund 30 Prozent einbrach. Spätestens zu diesem Zeitpunkt musste sich die Branche über neue, innovative und effektive Konzepte Gedanken machen. Bis heute stehen Rehabilitationseinrichtungen und damit auch unsere neun Häuser unter verstärktem Rationalisierungsdruck.

Die Patienten werden immer älter und multimorbider und werden immer früher aus den Akuthäusern an die Reha-

bilitationseinrichtungen überwiesen. Eine entsprechende bedarfsgerechte Anhebung des Budgets für Rehabilitationsleistungen wird jedoch regelmäßig von der Bundesregierung vertagt. Die Rehabilitationskliniken müssen also mit immer weniger Geld, immer stärker betroffenen Patienten helfen. Wenn das kein Nährboden für innovative Konzepte ist, was dann?

## Innovativer Einsatz von Spielkonsolen in der Rehabilitation

Zu Anfang dieses Jahrzehnts wagten wir einen ungewöhnlichen Schritt: Wir taten uns mit einem Computerspielhersteller zusammen und gründeten ein „RehaLab“. Ausgangspunkt der gemeinsamen Überlegungen war die im Jahr 2006 auf dem Markt erschienene Nintendo Wii-Spielkonsole.

Zu diesem Zeitpunkt existierten bereits digitale Therapieverfahren in der Rehabilitationsmedizin: Darunter zum Beispiel Boards, auf denen Patienten Gleichgewichtsübungen durchführen konnten. Obwohl der Therapieeffekt unbestritten war, stellte sich die Anschaffung der Gerätschaften als sehr teuer, die Pflege und Wartung als äußerst kompliziert dar. Unser Ansatz war es, die digitale Welt der Spiele – erschwinglich und unterhaltsam – mit der Welt der Rehabilitationsmedizin – effektiv und nachhaltig – zusammenzubringen. So gestalteten sich die Anfänge des Dr. Becker RehaLab.

In einem ersten Schritt wurden in allen neun Rehakliniken Nintendo Wii-Spielkonsolen installiert. In der sogenannten „Wii-Lounge“ können sich die Patienten bis heute ihre therapiefreie Zeit mit Spielen, wie „Mario Kart“, vertreiben. Der therapeutische Effekt wurde mittlerweile für verschiedene Indikationen in Studien nachgewiesen: Kardiologische Patienten profitieren von der Bewegung, orthopädische von den Gleichgewichtsübungen und psychosomatische Patienten bestätigen Gefühle wie Motivation und Lebensfreude durch den regelmäßigen Einsatz der sogenannten Exergames.

## Physio + Fun = Physiofun

Doch das war nicht genug. Die Spiele der Wii-Konsole bereiten unseren Patienten Spaß und sind hilfreich. Aber sie sind für unsere Arbeit noch nicht zielgerecht genug. Für uns war von Anfang an klar, dass wir mithilfe unseres Softwarepartners eine eigene Trainingssoftware entwickeln wollten, um so Produkte herzustellen, die dem Patienten einerseits Freude bereiten und andererseits zum therapeutischen Erfolg beitragen. Zunächst entstanden verschiedene Produkte wie das Physiofun Beckenbodentraining oder das Physiofun Balancetraining, welche die technischen Voraussetzungen des Wii-Balance Boards optimal für die Therapieanforderungen ausnutzen.

Abbildung 4

### Einsatz eines Wii-Balance Boards

Quelle: Dr. Becker Unternehmensgruppe



## Training für Schlaganfallpatienten

Es folgten Anwendungen für weitere Hardwareplattformen wie das Apple iPad oder den PC. Eine davon ist „SensoMove“. Das rechnergestützte Training für Schlaganfallpatienten erforderte die bislang intensivste Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten und Programmierern. Entstanden ist ein digitales Therapieverfahren, das auch die Aufmerksamkeit der Fachwelt erregte. Im Gegensatz zur herkömmlichen Spiegeltherapie macht sich „SensoMove“ die Plastizität des Gehirns zunutze, um über kognitive Prozesse funktionsfähige Gehirnzellen anzuregen und Aufgaben geschädigter Areale zu übernehmen. Obwohl sich die Software noch in der Erprobung befindet, zeigen unsere Testreihen jetzt schon, dass es uns gelungen ist, ein neues, höchst effektives Therapieverfahren für neurologische Patienten zu entwickeln.

Der Vorteil all dieser Therapieverfahren ist, dass sie zu Hause von den Patienten weiter eingesetzt werden können und sie so selbstständig weiter trainieren können, was die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahmen signifikant steigert. Mit den teuren Geräten von einst war daran nicht zu denken.

Für unsere Therapieverfahren benötigt man nur eine Wii-Spielekonsole oder einen PC, die in der Regel ohnehin im eigenen Heim vorhanden sind. Dabei liegt der Preis für die Physiofun-Produkte mit unter 50 Euro in einem für Patienten erschwinglichen Rahmen. Im Jahr 2011 erwirtschaftete die Dr. Becker Unternehmensgruppe so bereits erste Umsätze mit dem Verkauf der Trainingssoftware, Tendenz steigend.

### Abbildung 5 Einsatz moderner Technik in der Rehabilitation

Quelle: Dr. Becker  
Unternehmensgruppe



## Mehr Output bei gleichen Ressourcen

Neben dem therapeutischen Mehrwert, der darin besteht, dass Patienten erlernte Übungen auch nach ihrem stationären Rehabilitationsaufenthalt leicht alleine fortsetzen können, generiert der Einsatz digitaler Therapieverfahren auch ökonomische Vorteile für die Kliniken. Durch den Einsatz der digitalen Therapieformen kann ein Therapeut in 60 Minuten bis zu sechs Patienten gleichzeitig betreuen. Diese personellen Einsparungen entlasten den Klinikalltag deutlich bei besseren Behandlungsergebnissen.

### „Web-Check-In“ und Ausblick

Einen ähnlichen Effekt bietet der im Jahr 2011 in einer Pilotklinik eingeführte „Web-Check-In“, in dessen Fokus die automatisierte Anamneseerhebung steht. Dabei wurde auf die schlanken Prozesse der Luftfahrtindustrie gebaut. Wenn ein Passagier einen Flug in Anspruch nehmen möchte, bucht er mittlerweile sein Ticket online, druckt es selbst aus und fährt erst dann zum Flughafen. Das macht ihm kaum Arbeit, funktioniert in der Regel problemfrei und spart der Fluggesellschaft viel Arbeit und Geld. Dieses Prinzip wollten wir für unsere Kliniken übernehmen. Bislang musste der Patient, der eine Rehabilitationsmaßnahme antreten wollte, oft Unmengen an Papier per Hand ausfüllen. Diese Papierstapel wurden dann von der Klinik überprüft und ins System eingegeben. Das war nicht nur doppelte Arbeit, sondern auch sehr fehleranfällig. Mit unserem neuen „Web-Check-In“ bekommt der Patient vor dem Klinikaufenthalt individuelle



### Dr. Ursula Becker

Dr. Ursula Becker ist promovierte Diplom-Juristin und Diplom-Kauffrau. Nach ihrem Studium in Köln und der anschließenden Promotion in Münster entschloss sie sich 1997, das 1977 gegründete Familienunternehmen Dr. Becker Unternehmensgruppe in zweiter Generation weiterzuführen.

### Dr. Becker Unternehmensgruppe

Zur Unternehmensgruppe gehören deutschlandweit neun Rehabilitationskliniken mit den Schwerpunkten Orthopädie, Psychosomatik und Neurologie, außerdem vier ambulante Therapiezentren sowie fünf spezialisierte Pflegeeinrichtungen. Ein vierter Unternehmensbereich bietet Beratung und Training zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz an. Die Geschäftsführung der Dr. Becker Unternehmensgruppe obliegt Dr. Ursula Becker und ihrer Schwester, Dr. Petra Becker. Das Unternehmen zählt rund 1.850 Mitarbeiter und hat seinen Sitz in Köln.

Zugangsdaten zugeschickt, mit denen er seinen Anamnesebogen online ausfüllen kann. Diese Daten gehen dann nach kurzer Prüfung direkt in unser System ein und werden dort bis zu seiner Entlassung weiterverarbeitet. Das spart unseren Kliniken und letztlich auch dem Patienten viel Zeit und Geld.

Zurzeit bauen wir den nächsten innovativen Geschäftszweig im präventiven Bereich auf und entwickeln eigene Online-Module für Fortbildungen und Schulungen. Im Rahmen von Live-Video-Konferenzen können sich damit Einzelpersonen, Unternehmen sowie Mitarbeiter zu Themen wie Stressbewältigung, Ernährung oder Bewegung schulen beziehungsweise fortbilden. Mit diesem Online-Präventionsangebot sind wir Vorreiter unserer Branche in diesem Bereich. ▀

# Zukunft deutsche Pflegeeinrichtung: Implikationen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes

Das deutsche Pflegesystem steht angesichts des demografischen Wandels vor der zunehmend größer werdenden Herausforderung, ausreichend professionelle Pflegeleistungen – möglichst optimal ausgerichtet auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen – zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig die Finanzierung des Systems langfristig zu sichern. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) rief vor diesem Hintergrund das zurückliegende Jahr 2011 öffentlichkeitswirksam zum „Jahr der Pflege“ aus. Ende März 2012 beschloss das Bundeskabinett nun den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG). Zwei für stationäre Pflegeeinrichtungen besonders relevante Aspekte werden im Folgenden diskutiert. Zudem wird ein Ausblick auf Handlungsmöglichkeiten der lokalen Pflegeakteure gegeben.

**Autoren: Michael Plazek, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Institut für den öffentlichen Sektor, Berlin; Moritz Schnitger, Diplom-Verwaltungswissenschaftler, Berlin**

Zu den zentralen Herausforderungen für das Pflegesystem und dessen Weiterentwicklung zählen – neben der langfristigen Finanzierungssicherung und der Bekämpfung des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels – insbesondere eine stärkere Bedürfnisorientierung des Versorgungssystems sowie der Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen.

## Stärkere Bedürfnisorientierung

Zahlreichen Studienergebnissen zufolge zieht die große Mehrheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen es deutlich vor, in den eigenen vier Wänden statt im Pflegeheim derzeitiger Prägung versorgt zu werden. Zeitgleich ist die häusliche Versorgung, vor allem aufgrund der niedrigeren Pflegesätze, in den allermeisten Fällen kostengünstiger zu organisieren als die Versorgung in Pflegeheimen. Der vor diesem Hintergrund bereits seit geraumer Zeit von der Politik gesetzlich festgelegte Grundsatz „ambulant vor stationär“ (vergleiche SGB XI, § 3) findet auch in den geplanten Maßnahmen des PNG starken Widerklang.

Eine Flexibilisierung des ambulanten Leistungssystems soll – neben einigen Einzelmaßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger – eine stärkere Bedürfnisorientierung häuslicher Pflege ermöglichen. Hierzu sollen ambulant versorgte Pflegebedürftige anstelle der derzeitigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe auch bestimmte Zeitvolumen in Anspruch nehmen können, in deren Rahmen sie mit dem Pflegedienst individuell die gewünschten Leistungen vereinbaren können. Zahlreiche Maßnahmen des PNG, die auf eine verbesserte Versorgung Demenzkranker abzielen, wie zum Beispiel höhere zusätzliche Pflegegeld- beziehungsweise Pflegesachleistungen, sind allein auf häusliche beziehungsweise ambulante Pflegestrukturen beschränkt. Zudem sollen Wohnformen zwischen der ambulanten und stationären Betreuung (Wohngruppen) finanziell stärker gefördert werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen stehen vor der großen Herausforderung, ihr Angebot noch heterogener an den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen zu orientieren, um dauerhaft eine hohe Auslastung sicherstellen zu können. Gleichzeitig sind die Kostensteuerungspotenziale regulatorisch

begrenzt. Denkbar sind beispielsweise verstärkte niedrigschwellige Angebote an der Grenze von ambulanter und stationärer Versorgung. Bewohner- und Angehörigenbefragungen können bei der zielgerichteten Ausrichtung von Umbaumaßnahmen und der Evaluierung von Betreuungskonzepten helfen.

## Integrierte Versorgung

Auch die Stärkung der integrierten Versorgung an der Schnittstelle zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung stellt eine Dauerherausforderung des Pflegesystems dar. So ist der Pflegealltag zum Beispiel geprägt durch Abstimmungsprobleme an den Berührungspunkten zwischen der Versorgung durch niedergelassene Ärzte und der Akutversorgung durch Krankenhäuser. Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG) wird daher bereits seit 2008 die flächendeckende Etablierung von sogenannten Pflegestützpunkten gefördert, die durch ein entsprechendes „Case-Management“ fallindividuell den Informationsaustausch und die Abstimmung zwischen den am Pflegeprozess beteiligten Akteuren koordinieren sollen. Erste Evaluationen zeigen hier allerdings noch Ausbaupotenzial.

Zusätzlich strebt der Gesetzgeber seit einigen Jahren eine stärkere Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen beziehungsweise die Institutionalisierung von Heimärzten an. In der Praxis erfolgt die ärztliche Versorgung in 92 Prozent der Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte, die nicht organisatorisch und räumlich an die Pflegeeinrichtung angebunden sind. Nur knapp ein Viertel der Einrichtungen hat zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung eine feste Vereinbarung mit niedergelassenen Ärzten getroffen.<sup>1</sup>

Der PNG-Entwurf strebt nun an, die integrierte Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen weiter auszubauen. Hierzu werden zum einen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims Kooperationsverträge mit geeigneten Ärzten zu vermitteln. Ärzte und Zahnärzte sollen durch den Abschluss solcher Kooperationsverträge Zuschüsse erhalten. Pflegeheime werden zukünftig dazu verpflichtet, im Rahmen ihrer Transparenzberichte darzustellen, wie die medizinische Versorgung ihrer Bewohner sichergestellt wird.

Für die stationären Pflegeeinrichtungen gilt es nun, diese Chance auf eine bessere medizinische Versorgung ihrer Bewohner zu nutzen und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt Kooperationen mit Ärzten einzugehen.

### Fazit und Ausblick

Der Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes bringt bis auf die stärkere Förderung medizinischer Versorgung nur wenige Verbesserungen für stationäre Pflegeeinrichtungen und deren Bewohner. Gleichzeitig zielt das Ge-

setz auf eine verstärkte individuell-bedsürfnisorientierte Versorgung Pflegebedürftiger – insbesondere demenziell erkrankter Menschen – ab. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, auch wenn die geplanten Maßnahmen sicherlich nur sehr kleine Schritte zur Bewältigung der aufgezeigten umfangreichen Herausforderungen des Pflegesystems darstellen. Zahlreiche Verbände sowie die Opposition kritisieren den Gesetzentwurf auch dementsprechend und konstatieren, dass er deutlich zu kurz greife beziehungsweise „stationär versorgte Pflegebedürftige außen vor bleiben“<sup>2</sup>.

Zu hinterfragen ist, ob in einem hochkomplexen System wie der Sozialen Pflegeversicherung – mit einer Vielzahl wichtiger Steuerungsakteure – die Hoffnung auf eine „große Lösung“ seitens des Bundesgesetzgebers überhaupt angemessen ist. Zielführender könnte es sein, auch Verbesserungsmöglichkeiten auf anderen Ebenen in den Blick zu nehmen: So zeigen sich beispielsweise zwischen den Kommunen in Deutschland gewaltige Unterschiede bei den Anteilen häuslich und stationär versorgter Pflegebedürftiger.

In einzelnen Kommunen stieg in den letzten zehn Jahren, insbesondere auf Basis eines Ausbaus ambulanter Pflegedienstangebote, der Anteil häuslich versorgter Pflegebedürftiger um bis zu 10 Prozent (zum Beispiel Landau in der Pfalz und Stralsund). In anderen Kommunen zeigte sich hingegen eine entgegengesetzte Tendenz, in deren Folge der stationäre Anteil um bis zu 20 Prozent zunahm (zum Beispiel Landshut und der Landkreis Freising). Analysen zeigen, dass sich diese Unterschiede bei Weitem nicht allein mit unterschiedlichen soziodemografischen Ausprägungen der Kommunen erklären lassen.

Vieles spricht daher dafür, dass die verschiedenen lokalen Pflegeakteure (Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Kommunalverwaltung etc.) vor Ort die Möglichkeit haben, den Ausbau bedürfnisorientierter Pflegestrukturen mit zu beeinflussen. Potenzielle Stellgrößen sind beispielsweise der Aktivitätsgrad örtlicher Pflegeakteure beim Aufbau qualitativ hochwertiger und einfach zugänglicher Pflegeberatungsangebote sowie die effektive Einbindung ehrenamtlicher Strukturen. Basis vieler kommunaler Steuerungsinitiativen ist dabei die Vernetzung der verschiedenen Akteure, auch um die diversen Schnittstellen bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung von oftmals multimorbiden Leistungsempfängern zu reduzieren.

Die Autoren dieses Artikels planen vor diesem Hintergrund in diesem Jahr die Durchführung einer fallstudienbasierten Untersuchung auf kommunaler Ebene. Ziel ist es hierbei, in der Praxis erfolgreiche Maßnahmen zum Ausbau bedürfnisorientierter Pflegestrukturen zu identifizieren, die innerhalb des bundesweiten Regulierungsrahmens umsetzbar sind. ■



1 Vergleiche Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“  
 2 Vergleiche beispielsweise Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa): Der Gesellschaft ist die Pflege mehr wert. Stellungnahme zum PNG vom 28.03.2012

## GASTKOMMENTAR

## Individualität, Integration und Innovation – Herausforderungen in der Pflege

Clemens Graf von Waldburg-Zeil,  
Generalsekretär des Deutschen Roten Kreuzes

Der ältere Mensch von heute ist nicht mehr nur allein mit Pflege und Versorgung zufrieden. Auch für 80-Jährige ist es selbstverständlich, Freizeit, Wohnung und das Leben individuell zu gestalten. Mitwirken und Selbstbestimmen sind von enormer Wichtigkeit. Die Vorstellung, sich Aufenthalts- und Speise- oder gar Schlafräume mit anderen teilen zu müssen, wird für viele unvorstellbar.

Daraus leitet sich für das DRK ab, dass wir in der Altenpflege zunehmend sektorenübergreifend arbeiten müssen. Vernetzte Systeme entsprechen den Bedürfnissen älterer Menschen und ihrer Angehörigen und bieten einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil. Für das DRK ist die Mitwirkung Ehrenamtlicher besonders wichtig, die jenseits professioneller Pflege unbezahlt und unbezahlbar Zuwendung und Freiräume schenken.

Als DRK müssen wir alle Versorgungsangebote anbieten oder entsprechend kooperieren. Die Betreuung und Pflege älterer Menschen kann nur lückenlos stattfinden, wenn sie sowohl im ambulanten Bereich, sei es im häuslichen Umfeld oder in speziellen Wohngruppen, als auch in der stationären Versorgung gewährleistet ist. Die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz geplante Förderung ambulant betreuter Wohngruppen kann hier den Bedarf besser befriedigen helfen.

Eine große Herausforderung ist die Gewinnung von Fachkräften und Auszubildenden. Das DRK ist zwar ein attraktiver Arbeitgeber, aber das Image des Pflegeberufs muss als eine gemeinsame gesellschaftspolitische Aufgabe wesentlich verbessert werden. ■



**Clemens Graf von Waldburg-Zeil**

Clemens Graf von Waldburg-Zeil, geboren 1960 in München, absolvierte nach dem Abitur eine Ausbildung zum Reserveoffizier. Nach seinem Studium der Informatik und Wirtschaftswissenschaften (Diplom-Kaufmann) in Karlsruhe und Tübingen arbeitete er von 1990 bis 1995 als Prüfer, Steuer- und Unternehmensberater bei Dr. Lipfert GmbH, Stuttgart und Berlin. Von 1995 bis 2002 war er Finanzdezernent des Erzbistums Berlin und nahm in dieser Funktion diverse Interimgeschäftsführungen wahr. Seit 2003 ist er Generalsekretär, seit 2009 zusätzlich Vorstandsvorsitzender des DRK e.V. Graf von Waldburg-Zeil ist weiterhin Mitglied des Vorstands der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Präsidialausschussmitglied des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. und Vorstand im „Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit“ e.V.

## INTERVIEW

# GKV und PKV – Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation

Winfried Baumgärtner, Vorstand der mhplus BKK, und Klaus Henkel, Vorstandsvorsitzender Süddeutsche Krankenversicherung a.G., im Gespräch mit Roland Oppermann und Julia Kaub, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

**Herr Henkel, was waren die größten Erfolge der Kooperation zwischen der mhplus und der Süddeutsche Krankenversicherung (SDK) und welche Faktoren haben diese Kooperation in den vergangenen drei Jahren gekennzeichnet?**

**Klaus Henkel:** In erster Linie kann man sagen, dass es sich um eine strategische Kooperation handelt. Sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung sehen wir Veränderungen entgegen und keiner weiß wirklich, in welche Richtung der Zug weiterfährt. Vor diesem Hintergrund haben wir uns vor einigen Jahren auf den Weg gemacht und gesagt, dass Konkurrenten, die wir natürlich nach wie vor sind, gegenseitig voneinander lernen können. Aus heutiger Sicht war es interessant zu sehen und zu beobachten, wie die Vertreter einer gesetzlichen Krankenversicherung denken und handeln. Ein Erfolg der ersten Zeit ist meines Erachtens, dass die mhplus uns motiviert hat, neue Produktideen zu kreieren. So haben wir neue Zusatzprodukte geschaffen, unter anderem im Bereich Naturheilverfahren. Ein weiteres Erfolgsthema ist die Tatsache, dass wir Leistungen aus einer Hand bieten, so zum Beispiel im Bereich der ambulanten Kosten. Der Versicherte reicht seine Rechnungen einmal ein und bekommt eine gemeinsame Abrechnung. In diesem Bereich wollen wir weiter machen: Die Pflege aus einer Hand wird das nächste große Thema sein.

**Welche Faktoren müssen zusammenkommen, um von einer guten Kooperation zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung sprechen zu können?**

**Klaus Henkel:** Ich glaube, dass es wichtig ist, dass beide Parteien sich gegenseitig vertrauen und dass man nicht mit der Erwartung herangehen darf, möglichst viel für sich, zu Lasten des Kooperationspartners, herauszuholen. Geht man mit einer solchen Einstellung an die Kooperation heran, ist sie zum Scheitern verurteilt. Man muss darauf achten, dass auch der Partner seine Erfolge hat. Das heißt, man muss sich gegenseitig den Erfolg gönnen, auch wenn er sich partiell nur beim einen Partner niederschlägt. Das ist der wesentliche Unterschied zwischen einer guten und einer schlechten Kooperation.

**Die SDK war zu Beginn der Kooperation schwerpunktmäßig regional aufgestellt, die mhplus dagegen bundesweit. Wie muss man sich den Entscheidungsprozess vorstellen, der zur Kooperation geführt hat?**

**Winfried Baumgärtner:** Wir sind bundesunmittelbarer Versicherungsträger und somit bundesweit aufgestellt. Aber wir haben unsere Schwerpunkte und unsere Wurzeln in Süddeutschland. Aus diesem Grund war die SDK natürlich ein idealer Partner für uns, weil sie die gleichen Schwerpunkte

hat. Zudem hat die SDK den Willen zu wachsen, und zwar nicht nur in unseren angestammten Regionen in Süddeutschland, sondern durchaus auch über Süddeutschland hinaus. Wir haben in der Vergangenheit bereits erste Schritte gemacht und sind nach Lübeck, Köln und Gotha gegangen. Ich denke, es ist für die SDK attraktiv, diesen Weg mitzugehen, sodass wir auch da gleich getaktet sind und nicht im Widerspruch stehen. Ein ganz wesentlicher Vorteil der Kooperation liegt darin, dass wir gemeinsam Standorte gebildet haben. Es gehört schon zu den wichtigen strategischen Punkten, sich auch gemeinsam in der Fläche sichtbar zu präsentieren und die Leistung aus einer Hand dem Kunden gegenüber tatsächlich und offensiv anzubieten.

**Hat die Anzahl der Versicherten in Ihren Entscheidungsprozessen eine Rolle gespielt, um eine Indikation zu bekommen, dass Größe und Organisationsstruktur zusammenpassen?**

**Winfried Baumgärtner:** Der partnerschaftliche Umgang miteinander fällt leichter, wenn es sich um Unternehmen handelt, die eine ähnliche Größe und Struktur aufweisen. Ebenso spielen die Führungs- und Unternehmenskultur eine große Rolle. Meiner Meinung nach haben es Kooperationspartner in der gleichen Größenordnung viel leichter, partnerschaftlich, offen und veränderungsbereit miteinander zu arbeiten und sich gegenseitig zu befruchten. In unserer Kooperation zahlt es sich aus, dass wir von den Mitarbeiter- aber auch Versichertenstrukturen gleich aufgestellt sind.

## Herr Baumgärtner, konnten Sie aufgrund der zum Jahresbeginn in Kraft getretenen Änderungen bezüglich der Pflichtversicherungsgrenze einen verstärkten Wechsel junger Versicherter in die private Vollversicherung beobachten?

**Winfried Baumgärtner:** Da wir nicht nur Partner, sondern auch Wettbewerber sind, haben wir schon ein waches Auge auf das Verhalten unserer freiwillig Versicherten, insbesondere im Hinblick auf den Wechsel zur privaten Krankenversicherung. Natürlich wollen wir alle Kunden halten. Sind freiwillig Versicherte aber entschlossen, in die private Krankenversicherung zu wechseln, begrüßen wir es sehr, wenn ein Wechsel zur SDK erfolgt. Aber unser originäres Interesse ist es, die freiwillig Versicherten von unserem Modell, das wir gemeinsam mit der SDK anbieten, zu überzeugen: eine starke gesetzliche Krankenversicherung ergänzt um die Vorteile der privaten Krankenversicherung. Nach den Erfahrungen der letzten drei Jahre geht diese Rechnung auf. Viele unserer gesetzlich Krankenversicherten haben in den vergangenen Jahren eine Zusatzversicherung bei der SDK abgeschlossen. Entscheidend dafür ist das Vertrauen, das unsere Kooperation beziehungsweise die SDK genießt.

## Eine Kooperation zielt im Wesentlichen auf Vertriebsaspekte in beide Richtungen ab. Worin – losgelöst von gesetzlichen Grenzen – sehen Sie weitere Potenziale?

**Winfried Baumgärtner:** Der vertriebliche Aspekt ist sicherlich ein wesentliches Element bei einer solchen Kooperation. Aber was die Kooperation eigentlich ausmacht, ist das gemeinsame Entwickeln von optimal aufeinander abgestimmten Produkten. Das erwarten die Versicherten von uns und überzeugt sie zugleich von einer dauerhaften Mitgliedschaft in der mhplus.

Aber unsere Häuser verfolgen auch neue Ideen bezogen auf administrative Vorteile: Dazu gehören Möglichkeiten, eine gemeinsame Personalentwicklung zu betreiben, gemeinsam den Einkauf zu organisieren, gemeinsame Standorte zu unterhalten sowie gemeinsam Werbung und Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Zudem versuchen wir – bei allen Grenzen, die noch zwischen den Systemen existieren – die Möglichkeiten auszuschöpfen, die sich in den Bereichen Abrechnungsprüfung von Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern ergeben.

## Herr Henkel, gibt es aus Ihrer Sicht Felder, die es auszubauen gilt, die aber derzeit gesetzlichen Regelungen unterliegen, wie zum Beispiel der Datenschutz?

**Klaus Henkel:** Zunächst möchte ich unterstreichen, dass die Kooperation keine rein vertriebliche ist. Das beweist die Zusammenarbeit in den letzten Jahren. Wir haben viele Felder, in denen wir gemeinsam unterwegs sind. Natürlich können wir sagen, es könnte überall noch ein bisschen mehr sein. Gleichwohl muss man behutsam vorgehen. Das gilt auch im Hinblick auf unsere Mitarbeiter. Wir haben kein Kooperationsprojekt gestartet, das wie bei der Fusion von Unternehmen hauptsächlich auf Synergien abzielt. Das war nicht die primäre Zielsetzung. Aber dort, wo sich Synergien ergeben, nehmen wir sie natürlich mit.

Der Datenschutz ist in der Tat eine Vorgabe, die es immer wieder zu betrachten gilt. Der Datenschutz wird von beiden Kooperationspartnern strikt beachtet. Damit ergeben sich gewisse Grenzen der Kooperation.

**Winfried Baumgärtner:** Trotzdem verfolgen wir das Thema Gemeinsamkeiten in der EDV, aber da fallen einem die Früchte nicht in den Schoß. Das ist ein sehr anspruchsvolles Thema.

**Klaus Henkel:** Mir erscheint ganz wichtig, dass sich unsere Mitarbeiter im Vertrieb noch besser kennenlernen und verstehen. Herr Baumgärtner hat den Bereich Personal angesprochen, in dem wir in der Führungskräfteentwicklung gemeinsame Themen belebt haben. Zudem tauschen sich unsere Azubis aus. Das sind persönliche Kontakte, die entstehen und nicht hoch genug bewertet werden können. Den Partner zu verstehen, auf einer Wellenlänge zu arbeiten, führt zu Synergien, die man vielleicht nicht unbedingt in Euro oder Cent messen kann, die aber zweifellos vorhanden sind.

## Neben IT und Personal ist schon aus Kostengründen der Leistungsbereich ein weiterer großer Themenblock. Aktuell wurde die Möglichkeit, Rabattverträge bei Arzneimitteln zu verhandeln, auf die private Krankenversicherung übertragen. Sehen Sie die Möglichkeit, dass zukünftig gesetzliche und private Krankenversicherungen gemeinsam auf lokaler Ebene mit Krankenhäusern verhandeln?

**Winfried Baumgärtner:** Mir fallen dazu punktuelle Lösungen ein und zwar dort, wo wir gemeinsame Versichertenbestände in Ballungsgebieten haben. Da könnte ich mir vorstellen, dass mit kleineren Leistungserbringern wie Medizinischen Versorgungszentren oder physiotherapeutischen Einrichtungen durchaus Verträge verhandelt werden und dadurch auch Kostenvorteile erzielt werden können. Aber ich meine nicht, dass wir hier massive Vorteile erzielen können, denn die Leistungserbringungskultur in der privaten Krankenversicherung unterscheidet sich aktuell noch sehr deutlich von der gesetzlichen Krankenversicherung. In den nächsten Jahren könnte sich das ändern, da der Kostendruck natürlich auch die private Krankenversicherung mit einer gewissen Verzögerung trifft.

**Nahezu zeitlich parallel gab es zwei Gesetzesänderungen: zum einen das Versorgungsstrukturgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung, das den Wettbewerb im Leistungsbereich erhöhen wird, und zum anderen das verbraucher-schutznahe Thema Deckelung von Provisionen bei der privaten Krankenversicherung. Ergeben sich hieraus Chancen, die Kooperation noch besser zu gestalten?**

**Winfried Baumgärtner:** Das Versorgungsstrukturgesetz ist ein gutes Stichwort. Es gibt uns als gesetzlicher Krankenversicherung die Möglichkeit, zum Beispiel zusätzliche Versicherungsleistungen im Bereich alternativer Heilmethoden oder zur künstlichen Befruchtung anzubieten. Auch hier gilt es zu prüfen, wie mhplus und SDK ihre Leistungsangebote optimal verzahnen können – also ob die gesetzliche Krankenversicherung oder besser eine private Zusatzversicherung einen vernünftigen Versicherungsschutz bieten. Nach einer ersten groben Prüfung der Möglichkeiten habe ich allerdings den Eindruck, dass nicht alle Leistungen, die der Gesetzgeber gerne fördern möchte, ohne Weiteres versicherbar sind. Und nicht alles, was möglich ist, würde auch von einer nennenswerten Anzahl von Kunden nachgefragt.

**Herr Henkel, erwarten Sie noch positive Impulse aus den angesprochenen Themen?**

**Klaus Henkel:** Ich schließe mich den Schilderungen von Herrn Baumgärtner an. Wir müssen gemeinsam schauen, welche Möglichkeiten sich aus dem Gesetz ergeben. Ergibt sich ein zusätzliches Angebot, das vor dem Hintergrund kalkulatorischer Gesichtspunkte dargestellt werden kann, wollen wir es im Markt platzieren, wenn Nachfrage zu erwarten ist. Aus dem Bereich der Regelungen zur Abschlussprovision sehe ich aktuell keine Auswirkungen auf unsere Kooperation. Die neuen Regelungen führen zwar zu einer gewissen Bereinigung im Markt der privaten Krankenversicherung. Unsere Kooperation berührt das unmittelbar jedenfalls nicht.

Ein zukunftsfähiges Thema, das wir derzeit gemeinsam angehen, ist das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Immer mehr Arbeitgeber müssen sich dieses Themas vor dem Hintergrund des Arbeitskräftemangels annehmen, der sich infolge der demografischen Entwicklungen abzeichnet. Wir glauben fest daran, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement eine wichtige Rolle spielen kann. Im diesem Bereich können wir den Unternehmen Vorschläge machen und Ideen präsentieren, damit Arbeitgeber ihre Mitarbeiter zugunsten ihrer Gesundheit unterstützen und fördern können. Wir starten damit in der zweiten Jahreshälfte 2012.

**Herr Baumgärtner, wenn wir nochmals auf den Vertrieb zu sprechen kommen, ist es denkbar, dass eine gesetzliche Krankenversicherung irgendwann wie eine private Krankenversicherung auch Lebensversicherungen vermittelt?**

**Winfried Baumgärtner:** Vorstellbar ist das – jedoch allenfalls langfristig. mhplus-Mitglieder, die sich für eine SDK-Zusatzversicherung entscheiden, erhalten für diese Sonderkonditionen. Darauf lenken wir die Aufmerksamkeit unserer Mitglieder. In anderen Versicherungsbereichen gibt es diese Prämienvorteile nicht. Sicher werden unsere Vertriebsmitarbeiter neben Krankenzusatzversicherungen auch heute schon auf andere Versicherungsprodukte angesprochen. Dabei kommt mitunter zur Sprache, dass die SDK zum Beispiel auch Lebensversicherungen anbietet. Wir beraten oder vermitteln hier nicht – stellen aber auf Wunsch unserer Kunden den Kontakt zur SDK her.

**Können Sie darstellen, wo die Grenzen von Kooperationen liegen?**

**Winfried Baumgärtner:** Ja, das kann man klar sagen. Ein wesentliches Thema, das die Kooperation bestimmt und beiden Partnern heilig ist, wurde bereits angesprochen: der Datenschutz. Unseren Kunden ist der Schutz ihrer Daten wichtig und die Aufsichtsbehörden achten peinlich genau darauf, dass die Gesetze eingehalten werden und es zu keiner Vermengung von Datenbeständen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt. Ohne das erklärte Einverständnis der Versicherten geht es nicht. Sie möchten keine Zusatzversicherung aufge-drängt bekommen, sondern auf ihren Wunsch hin spezifische Angebote erhalten. Ebenso sind Leistungen aus einer Hand nur möglich, wenn die Kunden ausdrücklich ihr Einverständnis erklärt haben. Darüber hinaus haben wir natürlich kein Interesse daran, dass freiwillig Versicherte der mhplus in ein privates Krankenversicherungsverhältnis wechseln, auch nicht mit der SDK. Wichtige Beschränkungen ergeben sich auch daraus, dass die mhplus eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und damit Teil der mittelbaren Staatsverwaltung ist, wohingegen es sich bei der SDK um ein privatrechtlich organisiertes Unternehmen handelt. Bei allen Diskussionen um die Bürgerversicherung hin oder her sind das zwei bewährte Modelle, die beide nebeneinander stehen und ihre Berechtigung haben. Dies wird meiner Meinung nach auch so bleiben. Weder sehen wir eine Möglichkeit noch wollen oder können wir diese Grenze der Kooperation durch eine Fusion überschreiten. Wir achten auf diese Grenzen und sind uns darüber einig: Es ist gut, dass es sie gibt.

**Wenn Sie dieses Gespräch mit einem Kollegen aus der PKV führen würden, der sich überlegt, eine Kooperation einzugehen, was würden Sie ihm sagen, sind die kritischen Erfolgsfaktoren, die es zu beachten gilt?**

**Klaus Henkel:** Ich bin der Meinung, dass PKV-Unternehmen besser mit gesetzlichen Kassen zusammenpassen, die aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen (BKK) stammen. Eine BKK hat ihren Ursprung als Einrichtung eines privatwirtschaftlichen Unternehmens. Es zeigt sich für uns, dass bei einer BKK wie der mhplus eine Philosophie vorherrscht, in der die Akzeptanz von privaten Krankenversicherungen positiv wahrzunehmen ist. Da spürt man die Handschrift ihres unternehmerischen Ursprungs.

**Es liegen bereits drei Jahre Kooperation hinter Ihnen. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich jeweils von Ihrem Kooperationspartner wünschen?**

**Winfried Baumgärtner:** Ich habe die Idealvorstellung, dass beide Unternehmen eines Tages mit einem Namen, also einer gemeinsamen Marke in der Öffentlichkeit präsent sind. Obwohl es sich um unterschiedliche Unternehmen handelt, halte ich es für wichtig, deutlich zu machen, dass beide Unternehmen auf einer Linie liegen und Kunden und Interessenten als Einheit gegenüberreten. Ich fände es gut, wenn man die Möglichkeit finden würde, diese Gemeinsamkeit auch durch einen einheitlichen Auftritt in der Öffentlichkeit deutlich zu machen. Aber solche Dinge sind natürlich behutsam und mit Vorsicht anzugehen.

**Klaus Henkel:** Ein gemeinsamer Auftritt in der Öffentlichkeit ist sicherlich ein großes Thema und eine große Herausforderung. Ich würde mir wünschen, dass wir einen Weg finden, wie wir in vertrieblicher Hinsicht noch stärker werden. Da sind wir immer noch in einer gemeinsamen Lernphase und haben die Potenziale, die der Markt bietet, noch nicht ausgeschöpft.

**Gibt es eine Benchmark für die ideale Kooperation, die man versucht zu erreichen?**

**Klaus Henkel:** Die ideale Kooperation gibt es zwischen der mhplus und der SDK: Wir sind die Benchmark. Wir dürfen schon ein gewisses Selbstbewusstsein an den Tag legen. Auch im Markt werden wir als erfolgreiche Kooperation wahrgenommen. Ein paar Schlagworte haben wir ja schon erwähnt, wie die Leistung aus einer Hand. Ich erwarte, dass uns das mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement ebenfalls gelingt. Die privaten Wettbewerber achten aufmerksam darauf, was wir als SDK im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements unternehmen. Wir haben langjährige Erfahrungen im Firmengeschäft. Wir kennen das Firmengeschäft unter anderem mit Volksbanken/Raiffeisenbanken, die als Arbeitgeber für ihre Mitarbeiter Gruppenverträge abschlossen. Auch in der Kalkulation solcher Produkte sind wir erfahren. Andere PKV-Unternehmen stellen sich und uns vereinzelt die Frage, wie man zu kalkulieren hat, wenn man Kollektive versichert. Andere private Krankenversicherungen, die ebenfalls betriebliches Gesundheitsmanagement anbieten wollen, haben keinen gesetzlichen Kooperationspartner und insoweit haben wir da schon einen Vorteil, der sich im Markt positiv auswirken dürfte.

Wir sind zwei Partner auf Augenhöhe, die die Kooperation leben, die regional eng zusammen sind und die beide das Ziel haben, auch diese Regionalität zu erweitern. Wir haben viele gemeinsame Ziele. Wir haben eine gute Kooperation, die für viele andere die Benchmark in der Branche darstellt. ■



**Winfried Baumgärtner**

Winfried Baumgärtner, Jahrgang 1955, studierte Rechtswissenschaften und war nach dem Studium von 1983 bis 1985 als Rechtsreferendar am Oberlandesgericht in Stuttgart tätig. Anschließend war er bis 1988 als Rechtsanwalt bei der Stuttgarter Kanzlei Schradi beschäftigt, bevor er 1989 in den Haftpflichtbereich der Württembergischen Feuerversicherung AG, Stuttgart, wechselte. 1991 übernahm er beim Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg in Kornwestheim zunächst die Leitung des Referats Recht und ab 1996 die Leitung der Abteilung Recht. Seit 2000 ist Winfried Baumgärtner Vorstand der mhplus Betriebskrankenkasse, Ludwigsburg.



**Klaus Henkel**

Klaus Henkel, Jahrgang 1950, ist seit 2006 Vorsitzender des Vorstands der Süddeutschen Krankenversicherung sowie der Süddeutschen Lebensversicherung und seit 2009 der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung. 1996 trat der Diplom-Betriebswirt als Vorstandsmitglied in das Unternehmen ein. Klaus Henkel ist unter anderem Mitglied des Präsidialausschusses des Gesamtverbands Deutscher Versicherer, des Hauptausschusses des PKV-Verbands und der IHK-Vollversammlung Stuttgart. Als ehrenamtlicher Kuratoriumsvorsitzender ist Henkel in der SDK-Stiftung aktiv. Zuvor war er Prokurist bei der Sparkassen-Versicherung Holding AG.

# Das Gesundheitssystem von Singapur: Innovatives Vorbild für Deutschland?

Autoren: Loke Wai Chiong, Aman Kumar, Piumi Abeywardana, KPMG LLP, Singapur

## Einführung

Im Jahr 2000 rangierte das Gesundheitssystem Singapurs in der World Health Organisation-Weltrangliste „Overall Health System Performance“ auf dem sechsten Platz und war damit zugleich bestes Gesundheitssystem Asiens.

Singapurs Gesundheitssystem bietet eine generelle Gesundheitsabsicherung für alle Staatsbürger mit einem einmaligen Finanzierungssystem, verankert in der Doppelphilosophie individueller Verantwortung und bezahlbarer medizinischer Leistungen. Durch ein vierstufiges Finanzierungssystem, die Einbeziehung marktbezogener Mechanismen und den Einsatz von Technologien zur Verbesserung der Erbringung von Gesundheitsleistungen konnte ein gutes Konzept für die Bevölkerung etabliert werden.

## Struktur

Singapur hat heute ein gemischtes Versorgungsmodell. Die medizinische Grundversorgung der 5,1 Millionen Bewohner wird im ambulanten Bereich zu 80 Prozent durch ein Netzwerk von circa 2.000 privat niedergelassenen Ärzten und 18 staatlich subventionierten Polikliniken erbracht. Während hier private Anbieter dominieren, wird die stationäre Versorgung überwiegend (72 Prozent Bettenanteil) durch 14 öffentliche Krankenhäuser inklusive Spezialzentren abgedeckt. Zusätzlich betreiben private Krankenhausträger 16 kleinere Einrichtungen.

Im „Step-down Care Sector“ (zur Pflegeversorgung der älteren Bevölkerung) werden Dienstleistungen hauptsächlich von 18 ehrenamtlichen Wohlfahrtsorganisationen und privaten Anbietern erbracht, die ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen betreiben.

Die Arzneimittelversorgung wird durch 211 Apotheken im gesamten Staatsgebiet sichergestellt.

## Finanzierung

Singapur hat sein Gesundheitswesen erfolgreich finanzierbar gemacht. Ein stabiles mehrstufiges Sicherheitsnetz, bestehend aus Regierungssubventionen, „Medisave“, „MediShield“ und „Medifund“, soll individuelle Verantwortung fördern, die Armen schützen und potenzielle Misserfolge im Markt aufzeigen.

Die erste Schutzstufe stellen staatliche Subventionen dar. Patienten, die den öffentlichen Gesundheitsdienst nutzen, können einen Zuschuss erhalten, der sich nach Haushaltseinkommen, Eigentumsbesitz sowie weiteren Faktoren bemisst und eine Prüfung der Bezugsberechtigung voraussetzt. Die staatlichen Zuschüsse können bis zu 80 Prozent der gesamten Rechnung in öffentlichen Akutkrankeinstationen ausmachen, zu der alle Singapurere Zugang haben.

Die zweite Schutzstufe bildet „Medisave“, ein zwingend vorgeschriebenes medizinisches Sparkontomodell, bei dem jeder abhängig beschäftigte Bürger je nach Alter einen Anteil von 6,5 bis 9 Prozent seines Bruttoeinkommens auf ein individuelles und staatlich verwaltetes Konto einzahlt. Der Arbeitgeber trägt den Betrag paritätisch mit. Bei Wechsel des Arbeitsplatzes oder Pensionierung ist das Konto übertragbar und wird weitergeführt. Im Krankheitsfall werden die Behandlungskosten für stationäre oder ausgewählte ambulante Leistungen, die der Kontoinhaber oder seine Familie in Anspruch nimmt, nach dem Sachleistungsprinzip durch das „Medisave“-Konto getragen, sofern die Behandlungen im staatlich festgelegten Leistungskatalog enthalten sind. Ambulante, wenig risikobehaftete Konsultationen werden hingegen „Out

Abbildung 6

**Eckdaten zum Gesundheitssystem Singapurs** (\* = letztes verfügbares Datenjahr: 2006)

Quelle: OECD Health Data 2009

	Singapur	Deutschland
Einwohner	5,1 Millionen	82,1 Millionen
davon krankenversichert	100 Prozent	99,9 Prozent
Anteil der Ausgaben für Gesundheit am BIP	3,9 Prozent	10,5 Prozent
Anzahl Arztbesuche je Einwohner pro Jahr	2,8*	7,8
Platzierung beim Europa-Gesundheitskonsumenten-Index 2009	9	6
Durchschnittliche Lebenserwartung	82,0 Jahre (2011)	80,2 Jahre

of Pocket“ gezahlt. Zum 31. Dezember 2010 betrug das durchschnittliche „Medisave“-Guthaben 16.900 Singapur-Dollar, was circa zehn Krankenhausaufenthalte abdeckt.

Die dritte Schutzstufe wird durch „MediShield“ bereitgestellt, ein kostengünstiges medizinisches Versicherungsmodell, das bei Notlagen greift und die soziale Umverteilung berücksichtigt. Prämien werden auf Grundlage von Alter und Umfang der Selbstbeteiligung kalkuliert und durch das „Medisave“-Guthaben finanziert.

„Medifund“ stellt als vierte Schutzstufe den Zugang jedes Bewohners zur medizinischen Versorgung sicher. Als steuerfinanzierter Stiftungsfonds sichert „Medifund“ die Grundversorgung besonders bedürftiger Menschen.

Abbildung 7 gibt einen Überblick über das Finanzierungssystem.

Zusätzlich zur Versorgung durch das staatliche Finanzierungssystem schließen einkommensstarke Bewohner Singapurs häufig eine Zusatzversicherung für privatärztliche Behandlungen ab.

### Vor- und Nachteile des Gesundheitssystems von Singapur

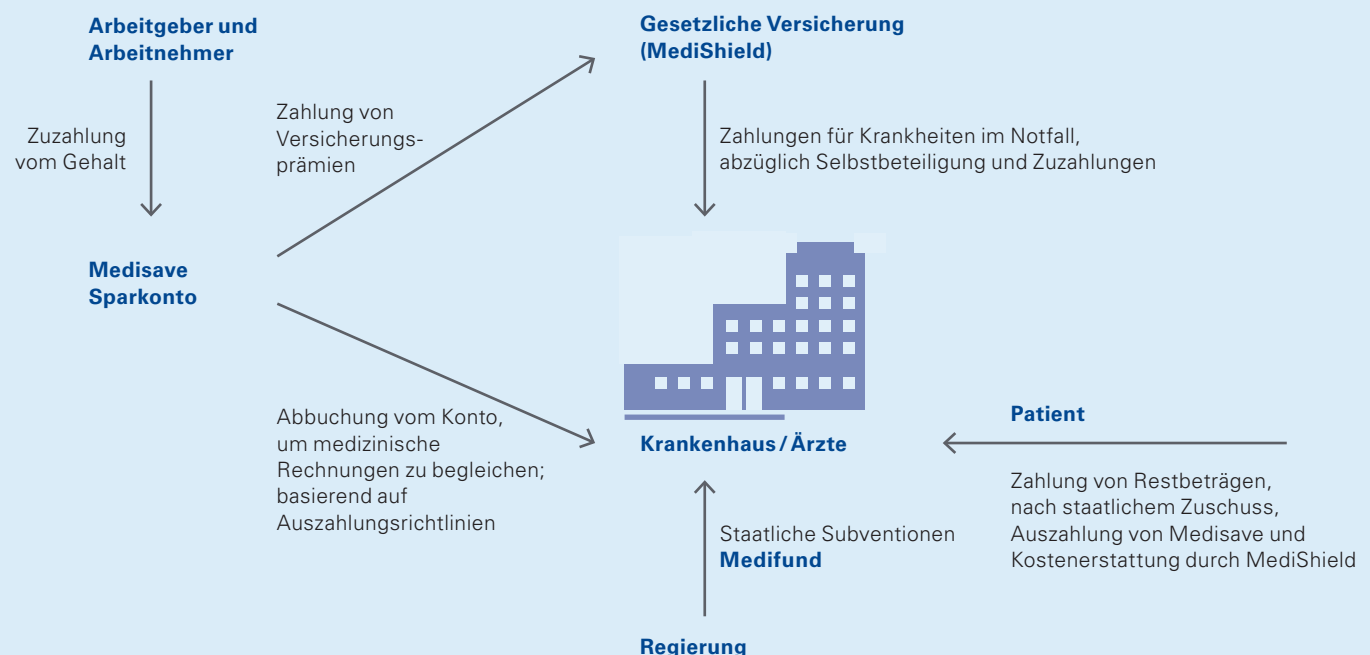
Das Gesundheitssystem Singapurs erzielt sehr gute Resultate, sogar die besten in Asien, was die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems anbelangt. Hierzu trägt vor allem das vierstufige Finanzierungsmodell bei, das eine Versorgung aller Bewohner sicherstellt. Besonders die Subventionen des Staates und das auf Kapitaldeckung beruhende Modell der Sparkonten gewährleisten eine flächendeckende Bereitstellung von stationären medizinischen Leistungen. Während diese vollkommen durch die bestehende Finanzierung abgesichert sind, werden bei der ambulanten Versorgung Abstriche gemacht. Die Einschränkungen des Staates bei Leistungen, die durch Gelder der Sparkonten übernommen werden, fallen relativ hoch aus. Hundertprozentiger Selbstbehalt bei vielen ambulanten Konsultationen ist besonders für Personen aus niedrigen Einkommensgruppen als Kritikpunkt für eine umfassende Versorgung zu sehen.

Insgesamt zeichnet sich das Gesundheitssystem Singapurs durch einen stabilen, ausgewogenen und zukunftsicheren Gesundheitshaushalt aus.

### Fazit

Das heutige Gesundheitssystem in Singapur hat sich im Laufe vieler Jahre entwickelt und schneidet im internationalen Vergleich positiv ab. Der Erfolg des Systems wurde durch eine Vielzahl von Faktoren vorangetrieben. Insbesondere die politische Stabilität ermöglichte der Regierung die schrittweise Einführung von konstanten Maßstäben für die persönliche Verantwortung, verpflichtendes Sparen und für die regulatorische Kontrolle der Dienstleistungen und Kosten im Gesundheitswesen. ■

Abbildung 7  
Übersicht über das Finanzierungssystem Singapurs  
Quelle: KPMG LLP, Singapur



# Elektronische Patientenakte – das papierarme Krankenhaus

In der letzten Ausgabe des Gesundheitsbarometers berichteten wir über die Bedeutung von modernem Dokumentenmanagement. Wir greifen das Thema in einem Interview mit Dr. med. Peter Gocke, CIO und CPO der amedes Diagnostische Dienstleistungen GmbH Göttingen und ehemaliger Leiter des Geschäftsbereichs IT am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) auf; das Gespräch führte Alexander Fricke, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

Das EMR Adoption Model der Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), einer bereits 1961 gegründeten, gemeinnützigen Organisation mit Sitz in Chicago, hat die Bewertung der Integrationstiefe elektronischer Krankenakten zur Aufgabe.

Die Bewertung reicht von „Stage 0“, das heißt Kernprozesse des Krankenhauses stützen sich noch vollumfänglich auf papierbasierte Informationen, bis zu „Stage 7“. Um die letzte Stufe zu erreichen, ist unter anderem der Nachweis einer komplett digitalen Arbeitsweise zu erbringen, das heißt, von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten erfolgt die Datenerfassung und -weitergabe ausschließlich elektronisch. Die hohen Voraussetzungen waren bis zum November 2011 in Europa unerreicht: So ist die während der CIO Summit in Genf verliehene Auszeichnung an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf nicht hoch genug einzuschätzen. Doch wer von einer leicht verzögerten Entwicklung in Europa ausgeht, hat sich getäuscht. Von über 5.000 bewerteten Krankenhäusern in den Vereinigten Staaten konnten nur 1,2 Prozent die höchste Prämierung erreichen, in Kanada gelang dies gar keinem der annähernd 650 beteiligten Häuser. Maßgeblichen Anteil am deutschen Erfolg hat der ehemalige Leiter des Geschäftsbereichs IT des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Dr. Peter Gocke.

## In welcher Ausgangsposition befinden sich die klassischen IT-Abteilungen in den deutschen Krankenhäusern?

Die IT-Abteilungen der deutschen Krankenhäuser sind sehr heterogen: Bei kleineren Krankenhäusern sind es oft nur vier bis fünf Mitarbeiter, die die gesamte IT des Hauses bewältigen müssen, Universitätskliniken weisen dagegen mitunter dreistellige Mitarbeiterzahlen auf. Die Zielsetzung vereint sie hingegen wieder: Das Setzen von Prozessintegralen – IT ist kein eigenständiger Prozess, IT hat die Aufgabe Prozesse effizienter, schneller und sicherer zu gestalten.

## Welche Rahmenbedingen führten im UKE zur Einführung der elektronischen Patientenakte und können die positiven Effekte beziehungsweise die Kosten schon jetzt beziffert werden?

Die Gesundheitsindustrie hat sich die Digitalisierung deutlich nach der Industrie und sicherlich nicht im gleichen Ausmaß auf die Fahnen geschrieben, hinzu kamen Verzögerungen bei der Umsetzung. Das UKE war 2004 keine Ausnahme: Verluste von annähernd 40 Millionen Euro, eine völlig veraltete Bausubstanz sowie eine unklare Prozesslandschaft.

Eine Neu- und Umstrukturierung konnte nicht einseitig verlaufen, sondern musste sich am Ganzen orientieren. Es wäre verfehlt, alte Prozesse unverändert zu implementieren, so hat man sich auf einen Fünf-Säulen-Plan verständigt, der von der Verbesserung der Prozesslandschaft, der baulichen Infra-

struktur sowie der IT, über eine Effizienzsteigerung durch mehr Interdisziplinarität bis zu den notwendigen Schulungen des Personals reichte. Der Versuch einer Quantifizierung einzelner Einsparpotenziale muss jedoch schon vor dem Hintergrund scheitern, dass die resultierenden Synergieeffekte nicht beachtet werden; das Ineinandergreifen hat jedoch in Summe dazu geführt, dass im Jahr 2010 erstmals wieder ein Gewinn ausgewiesen werden konnte.

Außerdem sollte nicht vergessen werden, dass ein Teil der Kosten unabhängig von der Umstrukturierung angefallen wäre, beispielsweise für Mitarbeiterschulungen. Ferner kam es zu internen Verschiebungen: So sind nun mehr Mitarbeiter im Bereich der IT tätig, während die Mitarbeiterzahlen im Bereich der Archivierung deutlich gesenkt werden konnten.

Belastbar im Zahlenvergleich der Jahre 2004 bis 2010 ist hingegen Folgendes: Wir haben das Personal im gesamten UKE zwar um circa 11 Prozent aufgestockt, aber der Durchsatz von Patienten ist stationär um 60 Prozent, ambulant sogar um 65 Prozent gewachsen!

## Die elektronische Patientenakte war sicherlich ein bedeutender Faktor der Umstrukturierung. Welche Planung ging diesem ehrgeizigen Projekt voraus und können Sie das Zusammenspiel der Konsolidierung mit den Prozessen aufzeigen?

Die wichtigste Herangehensweise bei Einführung der elektronischen Patientenakte war, allen Beteiligten klar zu machen, dass dies kein reines IT-Projekt war und auch nicht sein konnte: „IT follows process“ und nicht umgekehrt. Es war ein ganzheitliches Krankenhausprojekt und musste demnach von einem zentralen Projektmanagement geleitet werden. Bei einer Umsetzung ohne vorherige Prozessanalyse wäre ein Misserfolg sicher gewesen. So zeigte eine erste Analyse, dass über

2.000 Formulare im Umlauf waren – zum einen ist dies aufgrund der Komplexität ein Kostentreiber, darüber hinaus ist es jedoch eine Anforderung des EMR Adoption Model, dass die Kenntnisse der Mitarbeiter sich nicht nur auf einen kleinen Teilprozess beschränken. In einer ersten Befragung wurden 750 Dokumente als relevant identifiziert, in einem zweiten Schritt wurden diese nochmals auf 100 reduziert – eine zwingende Voraussetzung für den Erfolg und ein nennenswertes Kosteneinsparpotenzial, losgelöst von einer vollständigen elektronischen Implementierung.

Demgegenüber stand, und das darf nicht vergessen werden, eine immense Anstrengung, die sich aus den zentralen Strukturen des UKE ergab. Ohne eine vollumfängliche Unterstützung seitens der Geschäftsführung wäre der Erfolg unmöglich gewesen. Im Fall des UKE muss man anerkennen, dass der Vorstand das Thema hundertprozentig zu seinem machte, was von einzelnen Stationsbesuchen bis zu persönlichen Gesprächen reichte. Eine quasi vollständige Umstrukturierung aller Prozesse führt zwangsweise zu erheblichen Widerständen; umso wichtiger ist dabei die Erkenntnis, dass bis zu zwei Drittel irrationale menschliche Ängste sind, denen zwar besonnen, aber auch konsequent begegnet werden muss – ohne die Unterstützung der Geschäftsführung ist eine Umsetzung indes unmöglich.

### **Gab es neben Kosteneinsparungen weitere Vorteile, die durch die komplett elektronische Patientenakte erreicht werden konnten und Sie in eine bessere Wettbewerbssituation bringen?**

Neben sofort monetär messbaren Vorteilen wie der Reduzierung des Archivs bietet vor allem die Schnelligkeit der Informationen vielfältigen weiteren Nutzen. So kann durch eine Verringerung der Wartezeiten die Kundenzufriedenheit gesteigert werden. Darüber hinaus beinhaltet dies einen weiteren zwingend zu beachtenden Aspekt: Die Sicherheit der Patientenbehandlung. Ein unterschiedlicher Fluss der Patientenakten durch elektronische und papiergestützte Medien führt zu einer fraglichen Vollständigkeit der Patientenakte, ein nicht zu unterschätzen-

des Risiko für den Patienten und damit auch das Krankenhaus. Freilich ist eine solche Lösung eine Herausforderung für das IT-Berechtigungskonzept, aber die quasi jederzeitige Verfügbarkeit der Akten erhöht auch die Qualität der Behandlung.

Darüber hinaus konnte sich das System schon im Sommer 2011 beweisen: Nur durch die hohe Standardisierung der Prozesse konnten wir die Flexibilität erreichen, die unerwartet hohe Patientenanzahl der EHEC-Krise zu betreuen.

### **Was haben Sie im UKE gelernt und was werden Sie bei amedes als IT-Leiter übernehmen?**

Ich habe gelernt, dass eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Projekt die Mitarbeiter sind. Das Wissen in den Köpfen und die Fähigkeiten der Mitarbeiter sind die Erfolgsgaranten für solche Projekte. Erst einmal zuhören, um die tägliche Arbeit der Mitarbeiter zu verstehen, nur so kann man Probleme in den Prozessen identifizieren. Denn viele IT-Abteilungen scheitern daran, dass sie den Dialog mit ihren Anwendern nicht in einem für beide Seiten zufriedenstellenden Maß finden. Sie beschwerten sich über irrationale Anwender, die ihre Anforderungen nicht vernünftig definieren können. Letztere beschwerten sich hingegen oft, dass IT-Abteilungen sie nicht verstehen und eine andere Sprache sprechen. Dabei wollen eigentlich beide das Gleiche.

Wenn man als IT-Leiter Erfolg mit einem Projekt haben will, heißt das loslassen, sobald die Akzeptanz vorhanden ist. Denn die Mitarbeiter leben ein Projekt nur, wenn es als ihr eigenes wahrgenommen wird, sie definieren die Weiterentwicklungen. Der IT fehlt schließlich das Prozesshintergrundwissen der täglichen Anwender.

Diesen Konsens in der Zusammenarbeit möchte ich bei amedes genauso herstellen.

### **Zum Ende des Interviews würden wir gerne noch einmal auf das Projekt der papierlosen Patientenakte zurückkommen: Wird das Projekt noch ausgebaut beziehungsweise mit anderen verknüpft, oder ist es ein laufender Betrieb, den man jetzt genießt?**



**Dr. med. Peter Gocke**

Dr. Peter Gocke, geboren in Essen, nahm nach seinem Abitur und dem Wehrdienst in einer Sanitätseinheit ein Medizinstudium an der Universität Essen auf. Es folgte eine Ausbildung zum Radiologen an der Essener Universitätsklinik. Sein technisches Interesse und die Neigung Handlungsabläufe zu optimieren machten ihn bald zum IT-Experten. Im Jahr 2004 übernahm er die Stelle des IT-Leiters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Unter seiner Regie gelang dem UKE als erster Klinik in Europa der Wandel hin zum papierlosen Krankenhaus. Zahlreiche Auszeichnungen belegen diesen Erfolg, zuletzt die Verleihung der höchsten Anerkennung (Stage 7) der amerikanischen Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). Seit dem 1. Februar 2012 ist Gocke als CIO und CPO bei amedes Diagnostische Dienstleistungen in Göttingen verantwortlich für das Informations- und Prozessmanagement.

Zum Genießen bleibt leider keine Zeit, die jetzt regelmäßige Benutzung durch Ärzte und Schwestern führt zu zahlreichen Verbesserungswünschen, einige können gar nur durch die Softwarehersteller selbst umgesetzt werden. Nun heißt es mehr oder weniger sanften Druck auf den Hersteller auszuüben, um sein Produkt immer weiter zu verbessern.

Außerdem möchte man dem System mit wachsendem Vertrauen mehr und mehr Aufgaben automatisiert übertragen. Hier gilt es Erfahrungen zu sammeln, da das Ziel der Prozessbeschleunigung nie die Patientensicherheit gefährden darf. Ein Stillstand in diesem Sektor wäre fatal, man darf sich nicht zu sicher fühlen, nur weil man ein bestimmtes Niveau erreicht hat. Die HIMSS macht auch keine Rezertifizierungen für den siebten Level, sondern entwickelt ihr Modell samt ihren Anforderungen weiter. Wir würden dann gerne zu den ersten gehören, die auch die Stufe Acht erreichen. ■

# Kennzahlen vorgestellt: Kreditrating von Krankenhäusern

In jeder Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG stellen wir eine Kennzahl vor. Diese basiert auf der KPMG Datenbank Krankenhaus 300®, in der öffentlich zugängliche Daten von mehr als 300 Krankenhäusern erfasst sind.

**Autor: Prof. Dr. Volker Penter, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin**

Seit Jahren reduziert sich die Höhe der öffentlichen Fördermittel zur Investitionsfinanzierung bei Krankenhäusern. Die rechtliche Grundlage hierfür bildet der § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), nach dem eine teilweise Förderung von Investitionen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger möglich ist.

Die öffentlichen Fördermittel zur Investitionsförderung nach KHG haben sich von 3,64 Milliarden Euro im Jahr 1991 auf 2,82 Milliarden Euro im Jahr 2010 reduziert; das sind 78 Prozent (Index nominal). Berücksichtigt man die Geldentwertung, reduzieren sich die Fördermittel gemäß KHG auf 1,98 Milliarden Euro oder 54 Prozent (Index real). Setzt man die Entwicklung der Fördermittel ins Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP), dann wurden 2010 gemessen am BIP noch 48 Prozent (Index BIP), also knapp die Hälfte der Fördermittel von 1991 ausgereicht. (Abbildung 8)

Infolge verringerter Fördermittel müssen notwendige Investitionen zunehmend mit alternativen Finanzmitteln durch die Krankenhäuser selbst finanziert werden. Die steigende Anzahl und Höhe von Bankkrediten lässt sich an der Entwicklung der Zinsaufwendungen im Durchschnitt der deutschen Krankenhäuser ablesen. (Abbildung 9)

Während die gesamten Kosten der Krankenhäuser von 2006 bis 2010 um etwa 20 Prozent gestiegen sind, ist ein Anstieg der Zinsen für Bauten, Ein-

Abbildung 8

## Entwicklung der öffentlichen Fördermittel nach KHG in Deutschland gesamt über den Zeitraum 1991 bis 2010 (1991 = 100)

Index nominal zeigt die Veränderung der Fördermittel auf der Grundlage der nominalen Höhe des jeweiligen Jahres in Euro, Index real zeigt die inflationsbereinigte Änderung, Index BIP zeigt die Veränderung des Anteils der Fördermittel am nominalen Bruttoinlandsprodukt des jeweiligen Jahres.  
Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG); Statistisches Bundesamt, Wiesbaden; Deutsche Krankenhausgesellschaft; KPMG

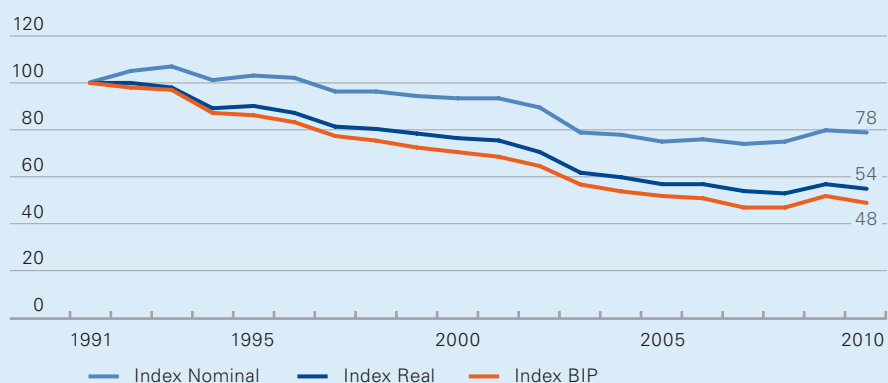
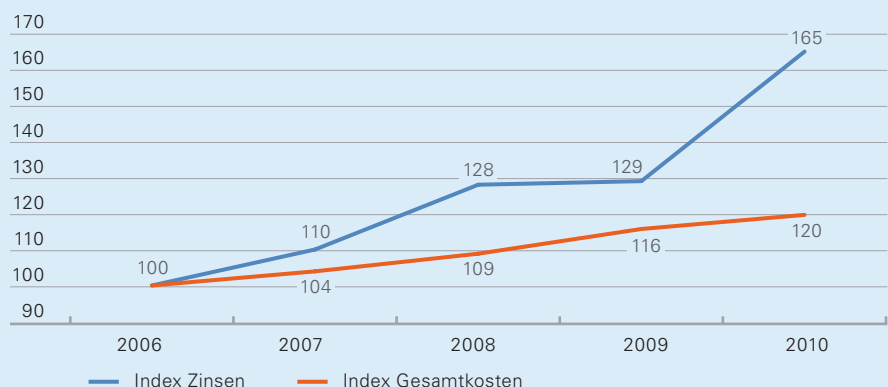


Abbildung 9

## Entwicklung von Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie der bereinigten Kosten insgesamt (Gesamtkosten) auf der Grundlage des Kostennachweises der Krankenhäuser der Jahre 2006 bis 2010 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden; KPMG



richtungen und sonstiges Fremdkapital ohne Betriebsmittelkredite – also Zinsen für Investitionen außerhalb des KHG – um 65 Prozent (Öffentliche 85 Prozent, Freigemeinnützige 70 Prozent, Private 29 Prozent) zu verzeichnen. Darüber hinaus fallen Kosten für Abschreibungen der außerhalb des KHG finanzierten Anlagegüter an.

Aufgrund des steigenden Eigenanteils der Krankenhäuser an Investitionen und des damit verbundenen Zwangs, verzinsliches Fremdkapital zur Finanzierung dieses Eigenanteils aufzunehmen, werden Kennzahlen für das Kreditrating von Krankenhäusern immer bedeutungsvoller. Fremdkapitalgeber – häufig Banken – analysieren nach verschiedenen Kriterien. Hier sollen in diesem Zusammenhang drei wichtige Kennzahlen vorgestellt werden.

Eine erste Frage ist: Wie hoch ist das Krankenhaus bereits mit Bankkrediten verschuldet? Aussagefähig hierzu ist die Kennzahl Verhältnis von Bankkrediten zum Gesamtkapital. Je höher dieses Verhältnis ist, umso höher ist das Krankenhaus bereits verschuldet. Eine hohe Verschuldung macht es tendenziell schwieriger, weiteres verzinsliches Fremdkapital zu bekommen. (Abbildung 10)

Zu erkennen ist, dass die Verschuldung mit Bankkrediten bei den deutschen Krankenhäusern im Durchschnitt noch relativ gering ist. Auch zwischen den Trägern zeigen sich nur geringe Unterschiede. Auffallend ist, dass die 25 ertragsstärksten Krankenhäuser (Top 25) weit weniger Bankkredite aufgenommen haben als der Gesamtdurchschnitt.

Eine weitere wichtige Frage ist: Wie viel zusätzliche Kredite kann das Krankenhaus wirtschaftlich vertragen? Zur Beantwortung dieser Frage ist die Kennzahl dynamischer Verschuldungsgrad geeignet, die das Verhältnis von Bankkrediten zu operativem Cashflow (also Mittelzufluss aus dem operativen Geschäft) misst. Der dynamische Verschuldungsgrad zeigt an, wie viele Jahre es dauern würde, um die Bankkredite aus eigenerwirtschafteten Mitteln zurückzuzahlen. (Abbildung 11)

Auch hier zeigt sich, dass die deutschen Krankenhäuser im Durchschnitt noch wenig Mühe haben, ihre Bankkredite zurückzuzahlen. Bei gleichbleibendem operativem Cashflow würde das deutsche Durchschnittskrankenhaus nur 3,7 Jahre benötigen, um seine Bankkredite zu tilgen. Jedoch ist zu erkennen, dass die freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser einen höheren dynamischen Verschuldungsgrad aufweisen als die privaten Krankenhäuser. Der Grund dafür ist die

Abbildung 10  
Vergleich des Verhältnisses von Bankkrediten zu Gesamtkapital in Prozent nach Trägern, Top 25 und Gesamt

Quelle: KPMG Datenbank Krankenhaus 300®

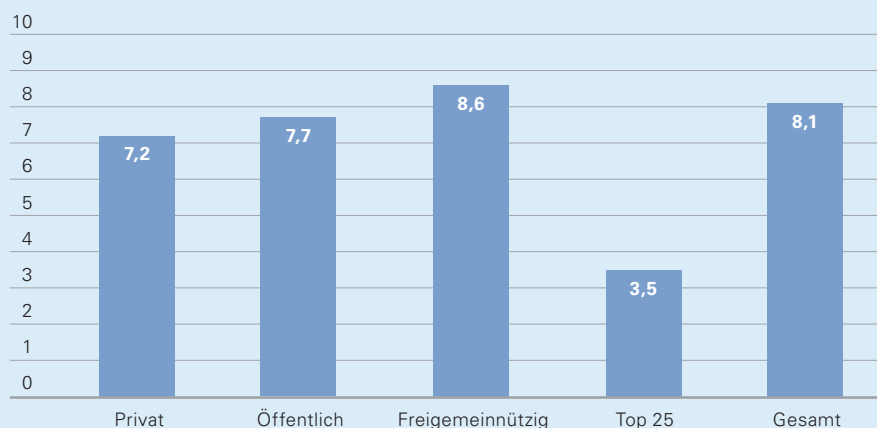
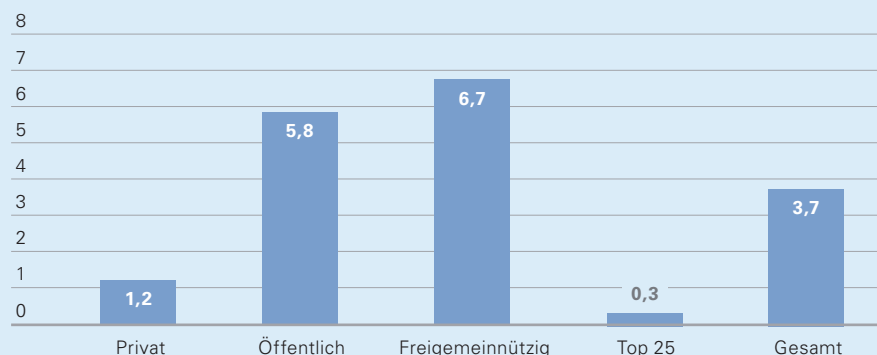


Abbildung 11  
Vergleich des dynamischen Verschuldungsgrads (Verhältnis von Bankkrediten zu operativem Cashflow) nach Trägern, Top 25 und Gesamt

Der operative Cashflow wurde ermittelt aus Jahresergebnis – Förderergebnis + Abschreibungen – Bestandsveränderungen – aktivierte Eigenleistungen.

Quelle: KPMG Datenbank Krankenhaus 300®



vergleichsweise geringe durchschnittliche Ertragskraft der freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser. Hier zeigt sich deutlich, wie wichtig es für Krankenhäuser ist, Gewinne zu erwirtschaften.

Schließlich stellt sich die Frage: Zu welchen Konditionen kann sich das Krankenhaus fremdfinanzieren? Einen interessanten Einblick hierzu gibt die Kennzahl Verhältnis von Zinsaufwand zu Bankkrediten. (Abbildung 12)

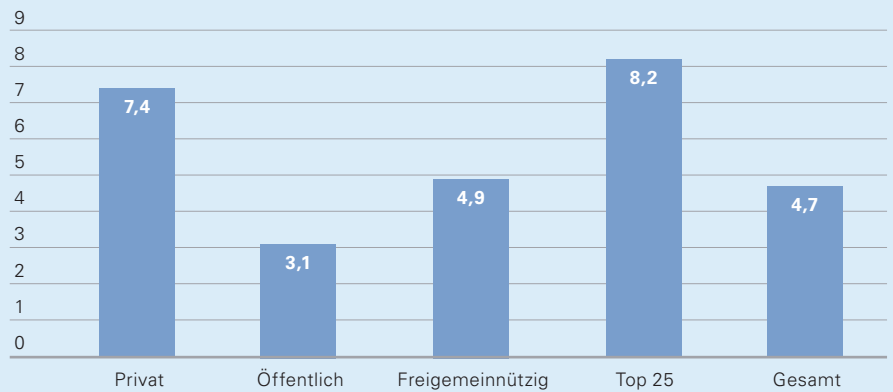
Das deutsche Krankenhaus zahlt einen durchschnittlichen Kreditzins von 4,7 Prozent. Derzeit sind die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser klar im Vorteil. Bei einer Aufnahme von verzinslichem Fremdkapital hilft das, die durchschnittlich geringere Ertragskraft gegenüber den privaten Krankenhäusern zumindest teilweise zu kompensieren.

Insgesamt kann man erkennen, dass die Voraussetzungen der Krankenhäuser, sich über verzinsliches Fremdkapital zu finanzieren, sehr unterschiedlich sind. Die Krankenhäuser müssen sich für die Zukunft dauerhaft darauf einstellen, dass sie zur Durchführung von Investitionen alternative Finanzierungsquellen wie Bankkredite, Leasing, PPP-Modelle oder Beteiligung privater Eigenkapitalgeber in Anspruch nehmen müssen. Vorteile haben Krankenhäuser mit klarer Strategie, überdurchschnittlicher Ausstattung an Eigenkapital, guter Ertragsprognose und strategischen Kostenvorteilen. Das bringt ihnen bei der Beurteilung durch Banken und sonstige Fremdkapitalgeber Pluspunkte hinsichtlich der potenziellen Kredithöhe sowie der Zinskonditionen und erleichtert ihnen den Zugriff auf weitere alternative Finanzierungsquellen. ■

Abbildung 12

**Verhältnis des Zinsaufwandes zu Bankkrediten in Prozent nach Trägern, Top 25 und Gesamt**

Quelle: KPMG Datenbank Krankenhaus 300®



# Neues aus dem Gesundheitswesen

## RECHTLICHES

### Wegfall der starren Grenzen für den Umfang einer Nebentätigkeit eines Vertragsarztes durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die starren Vorgaben für den Umfang von Nebentätigkeiten eines Vertragsarztes gelockert. Bisher galt ein Arzt als ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, „wenn er wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht“ (§ 20 Abs. 1 S. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte a. F. – Ärzte-ZV). Auf dieser Grundlage hatte das BSG (Urteil vom 30.01.2002, Az. B 6 KA 20/01 R) entschieden, dass ein Vertragsarzt bei einer vollzeitigen Zulassung für anderweitige Tätigkeiten nicht mehr als 13 Stunden wöchentlich aufwenden darf. Bei einer Teilzulassung für einen hälftigen Versorgungsauftrag nach § 19a Abs. 2 S. 1 Ärzte-ZV war nach dem Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 13.10.2010, Az. B 6 KA 40/09 R, Rn. 25) die Nebentätigkeit auf 26 Wochenstunden zu beschränken.

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde § 20 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV in diesem Punkt geändert. Ein Beschäftigungsverhältnis steht der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nur noch dann entgegen, „wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten“. Der Gesetzgeber wollte damit die starre Zeitvorgabe ersetzen und eine den Umständen des Einzelfalls angemessene und flexible Anwen-

dung der Regelung ermöglichen (Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 104).

Eine Nebentätigkeit mit einem Umfang von bis zu 13 beziehungsweise 26 Wochenstunden ist damit wie bisher grundsätzlich zulässig. Anders als bisher ist aber auch eine Überschreitung dieser Grenzen möglich. Voraussetzung ist, dass die Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten angeboten werden können. Die für die vertragsärztliche Versorgung üblichen Zeiten sind gesetzlich nicht näher bestimmt. Entsprechende Vorgaben sind aber den Bundesmantelverträgen zu entnehmen. Für den Umfang der Sprechstunden gilt, dass der Vertragsarzt dafür wöchentlich mindestens 20 Stunden und bei einem Teilversorgungsauftrag mindestens 10 Stunden zur Verfügung stehen muss. Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sind die Besonderheiten des Praxisbereichs und die Bedürfnisse der Versicherten zu berücksichtigen. Gerade in Hinblick auf berufstätige Patienten kann dies auch für Sprechstunden in den Abendstunden und an Samstagen sprechen. Andererseits ist es nach der Rechtsprechung (Sozialgericht Magdeburg, Urteil vom 26.08.2009 – S 1 KA 168/07) unzulässig, das Versorgungsangebot derart in einen Zeitraum von 10 Sprechstunden zu pressen, dass dadurch die Kontaktaufnahme mit den Versicherten nur noch in den späten Nachmittags- und Abendstunden gewährleistet werden kann. Die Lage der Sprechstunden muss außerdem berücksichtigen, dass dem Vertragsarzt Zeit für den Weg zur Praxis sowie die Vor- und Nachbereitung zur Verfügung steht.

Der Vertragsarzt ist also beim Umfang seiner Nebentätigkeit nicht mehr auf 13 beziehungsweise 26 Wochenstunden festgelegt. Ein plausibel ausgearbeitetes Konzept für die Arbeits- und Sprechstundenzeiten, das den tatsächlich jeweils erforderlichen Zeitaufwand berücksichtigt, führt nach neuer Rechtslage dann dazu, dass auch höhere Nebentätigkeitskontingente als bisher mit dem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag vereinbar sind. ■

## GESUNDHEITSPOLITIK

### Gesundheitsausgaben in Deutschland erreichen 287 Milliarden Euro

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind 2010 auf ein neues Rekordhoch geklettert. Insgesamt wurden 287,3 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben – so viel wie nie zuvor.

Im Vergleich zum Jahr 2009 nahmen die Ausgaben um 3,2 Prozent oder 8,9 Milliarden Euro zu. Das teilte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden zum Weltgesundheitstag mit. Die meisten Ausgaben entfielen auf die gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie trugen mit 165,5 Milliarden Euro etwa 58 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Ihre Ausgaben lagen um 4,7 Milliarden Euro beziehungsweise 2,9 Prozent über denen des Vorjahres. Den stärksten Zuwachs gab es bei der Pflegeversicherung. Deren Ausgaben nahmen um 6,0 Prozent auf 21,5 Milliarden Euro zu.

Auf jeden Einwohner entfielen 2010 rein rechnerisch 3.510 Euro, 110 Euro mehr als 2009. „Das zeigt, dass es einer der Wachstumsbereiche unserer Volkswirtschaft ist“, kommentierte der Sprecher des Gesundheitsministeriums, Christian Albrecht.

Den zweitstärksten Anstieg zeigten den Angaben zufolge private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck wie die Caritas, die Diakonie und ähnliche Einrichtungen. Sie gaben mit 39 Milliarden Euro rund 1,6 Milliarden beziehungsweise 4,3 Prozent mehr aus als im Vorjahr.

Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben fordert Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP), dass mehr Krankenkassen ihre Überschüsse als Prämien an die Versicherten weitergeben.

„Prämienauszahlung: Das machen im Moment etwa neun Krankenkassen in Deutschland, es könnten bestimmt über 30 Krankenkassen machen“, sagte er im Deutschlandfunk. Florian Lanz, Sprecher des GKV-Spitzenver-

bandes, wies dies vehement zurück: „Auch vor dem Hintergrund, dass der Bundeszuschuss für 2013 um zwei Milliarden Euro gekürzt worden ist, sind die Krankenkassen jetzt lieber vorsichtig und sparen. Viele zahlen jetzt lieber keine Prämien aus, damit sie länger keinen Zusatzbeitrag erheben müssen.“ Fast die Hälfte der Ausgaben entfallen auf ambulante Einrichtungen. Dabei machten die Arztpraxen mit 43,1 Milliarden Euro und die Apotheken mit 40,9 Milliarden Euro die größten Posten aus. Die stärksten prozentualen Anstiege verzeichneten die ambulanten Pflegeeinrichtungen mit einem Plus von 7,6 Prozent (auf 10,0 Milliarden Euro). Die Krankenhäuser trugen mit einem Ausgabenplus von 4,7 Prozent zum überdurchschnittlich starken Anstieg des teilstationären Sektors bei, etwa Tages- oder Nachtkliniken. Dessen Plus betrug 4,0 Prozent (auf 104,2 Milliarden Euro). ■

## GESUNDHEITSSYSTEME

### Deutschland – Verlierer beim aktuellen Ranking der europäischen Gesundheitssysteme

Laut einer aktuellen Veröffentlichung zum Vergleich europäischer Gesundheitssysteme verschlechterte sich Deutschland drastisch. Deutschland erhielt im Rahmen des Euro Health Consumer Index (EHCI – Europäischer Gesundheitskonsumenten-Index) 704 von möglichen 1.000 Punkten und fiel damit von Rang sechs (2009) auf Rang 14 zurück. Die Niederlande erreichten 872 Punkte, gefolgt von Dänemark (822), Island (799), Luxemburg (791) und Belgien (783). Der EHCI wird seit 2005 vom schwedischen Thinktank Health Consumer Powerhouse (HCP) veröffentlicht.

Während das Gesundheitssystem in Deutschland beim EHCI 2009 noch Spitzenwerte erreichte, ist es heute nur noch Mittelmaß. Deutschland befindet sich damit zum ersten Mal seit Bestehen des EHCI hinter Großbritannien und liegt auf gleichem Niveau wie die Gesundheitssysteme von Tschechien und Irland. „Das hinterlässt den Eindruck, als würden sich die deutschen Gesundheitsreformen in die falsche Richtung bewegen“, so Arne Björnberg, Geschäftsführer HCP und Leiter der Erhebung.

Insbesondere im Bereich der Behandlungsergebnisse und Qualität wird das deutsche Gesundheitssystem als mittelmäßig bewertet. Der Fokus läge in der deutschen Gesundheitsversorgung eher auf Quantität als auf Qualität. Besonders sichtbar werde das bei der Mortalitätsrate nach Herzinfarktversorgung im Krankenhaus. Darüber hinaus erfolge die Einführung von E-Health nur schleppend.

„Deutschland sollte – gemeinsam mit Österreich, Ungarn und Italien – auf die Überwachungsliste der EU gesetzt werden“, rät Dr. Björnberg. „Unter dem Gesichtspunkt, dass sich die EU die Reduzierung der Lücken im Gesundheitssystem zum Ziel gesetzt hat, sollte sich Brüssel über den alarmierenden Leistungseinbruch im Gesundheitssystem Gedanken machen“, konstatiert Björnberg.

Erfreulicherweise belegt der EHCI eine stetige Verbesserung des europäischen Gesundheitssystems. Der Index deutet im Zusammenhang mit der Wirtschaftskrise jedoch auf drei Negativbereiche hin:

- Es sind Tendenzen erkennbar, dass man in den Ländern, auf die sich die Wirtschaftskrise am stärksten ausgewirkt hat, länger auf teure Operationen warten muss.
- Gesteigerte Selbstbeteiligungsraten für zahlreiche Behandlungen sind zu verzeichnen.
- Teilweise verschlechtert sich der Zugang zu neuen Medikamenten.

Trotz des hohen Wirtschaftsstandards bleibt in Europa das Problem der Krankenhausinfektionen bestehen. In jedem zweiten der 34 bewerteten Länder verzeichnet der EHCI beunruhigende Infektionsrisiken. Eine EU-Initiative, die den Verkauf von Antibiotika ohne Rezept verbieten würde, könnte diese Zahlen senken, behauptet Johan Hjertqvist, der Gründer und Präsident von HCP. Dies würde mehr Einfluss auf die Patientensicherheit haben als die meisten anderen Initiativen der EU.

Der EHCI ist ein patientenorientiertes Messinstrument für das europäische Gesundheitswesen geworden. In der Rangliste von 2012 werden 34 europäische Gesundheitssysteme mit Hilfe von 42 Indikatoren bewertet. Das Scoring entfällt auf fünf Bereiche: Patientenrechte und -informationen, Wartezeiten für Behandlungen, Diagnosen, Vorsorge, Vielfalt und Umfang der angebotenen Leistungen sowie Pharmazeutika. Der Index wird auf der Basis öffentlicher Statistiken, Patientenumfragen und weiterer Untersuchungen durch das HCP erstellt. ■

Autoren, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft: Colette Lala (Berlin); KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH: Dr. Ulrich Thölke (Berlin), Georg Knabe (Berlin)

# Service

## FACHBEITRÄGE

### Gleiches Geld und gleiche Rechte

Dr. Stephan Fahrig, KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Essen

**f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus,  
Ausgabe 2/2012**

Das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz hat neuerdings enorme Bedeutung für Krankenhäuser. Grundsätzlich müssen nunmehr Personalverleiher und -entleiher eine Erlaubnis zur Arbeitnehmerüberlassung bei der Bundesagentur für Arbeit beantragen. Weitere Restriktionen sorgen dafür, dass der dauerhafte Verleih nicht mehr zulässig ist.

### Die Rechtsprechung des EGMR zum kirchlichen Arbeitsrecht

Dr. Stephan Fahrig, KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Essen

**Europäische Zeitschrift für Arbeitsrecht, Ausgabe 2/2012**

Der Artikel befasst sich mit dem kirchlichen Arbeitsrecht, das seit jeher unzähligen Besonderheiten unterliegt, die sich aus dem verfassungsrechtlich gewährten Selbstbestimmungsrecht der Kirchen ergeben. Welchen Einfluss hat die Rechtsprechung auf europäischer Ebene auf das nationale und damit auch auf das kirchliche Arbeitsrecht? Hierzu setzt sich der Beitrag insbesondere mit den Auswirkungen der Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) anlässlich der Kündigungen von kirchlichen Arbeitnehmern auseinander, denen – nach Ansicht der deutschen Gerichtsbarkeit zu Recht – wegen Ehebruchs gekündigt wurde, was der EGMR allerdings teilweise für unvereinbar mit dem Unionsrecht hielt.

### KPMG-Studie zum Thema E-Health: Accelerating innovation: the power of the crowd

Das Thema E-Health war noch nie so präsent wie heute. Die Analysen und Erfahrungen von KPMG zeigen, welche Herausforderungen und Erfolge mit dem elektronischen Gesundheitsmanagement verbunden sind. KPMG hat dafür 39 Topmanager aus den Bereichen E-Health, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik aus drei Regionen – Europa, dem asiatisch-pazifischen Raum und Amerika – befragt. Die Studie erscheint Anfang Juli.

## VERANSTALTUNGEN

### Breakfast Meeting KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH Compliance für Medizinproduktehersteller

21. August 2012, Berlin

Zwei Szenarien haben regelmäßig verheerende Konsequenzen für ein Unternehmen: Der Verdacht, in Korruption verwickelt zu sein und ein fehlerhaftes Produkt, das Personenschäden verursacht. Die Geschäftsführung jedes Unternehmens hat die Pflicht, diesen Risiken mit adäquaten Maßnahmen zu begegnen. Hersteller von Medizinprodukten unterliegen dabei besonderen regulatorischen Anforderungen. So birgt die – gesundheitspolitisch gewünschte – Zusammenarbeit zwischen Industrie und Ärzten eine Vielzahl von rechtlichen Risiken, die durch geeignete Compliance-Maßnahmen beherrscht werden müssen. Auch beim Umgang mit fehlerhaften Produkten unterliegt die Geschäftsführung einem enormen rechtlichen und öffentlichen Druck, sofort adäquat und rechtskonform zu reagieren. Auch hier ist es notwendig, Compliance-Management-Systeme zu installieren, die den Informationsfluss zur Geschäftsführung sicherstellen und gegebenenfalls schnelle und geeignete Maßnahmen zur Schadensminderung bis hin zum Produktrückruf ermöglichen.

Informationen und Anmeldung:

Birgit Müller  
T +49 30 2068-4763  
birgitmueller@kpmg.com

### 8. Gesundheitswirtschaftskongress

29. und 30. August 2012, Hamburg

Der 8. Gesundheitswirtschaftskongress greift alle aktuellen Themen auf, die diesen Wirtschaftsbereich in Zukunft bestimmen werden. Dazu zählen insbesondere die Forderung nach mehr Qualitätstransparenz, die Zunahme der Patientensouveränität, die Vorteile von Systempartnerschaften, die Fragen der Personalgewinnung sowie die Entwicklung der Bereiche Prävention und Rehabilitation.

Informationen und Anmeldung:  
www.gesundheitswirtschaftskongress.de

## Impressum

### Herausgeber

KPMG AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Klingelhöferstraße 18  
10785 Berlin

### Redaktion



**Prof. Dr. Volker Penter** (V.i.S.d.P.)  
Partner, Leiter Gesundheitswirtschaft  
T +49 30 2068-4740  
vpenter@kpmg.com



**PD Dr. Sören T. Eichhorst**  
Partner, Gesundheitswirtschaft  
T +49 30 2068-1600  
seichhorst@kpmg.com



**Stefan Friedrich**  
Manager, Gesundheitswirtschaft  
T +49 30 2068-1675  
sfriedrich@kpmg.com

### Anmeldungen/Abmeldungen/ Anschriftenänderungen für die Printausgabe Gesundheitsbarometer

Stefan Friedrich  
T +49 30 2068-1675  
F +49 1802 11991-8797  
sfriedrich@kpmg.com

### Weitere Informationen

[www.kpmg.de/gesundheit](http://www.kpmg.de/gesundheit)

Das Gesundheitsbarometer ist in der Deutschen Nationalbibliothek Leipzig und Frankfurt am Main erhältlich unter Signatur Z 2010 B 1820.

[www.kpmg.de](http://www.kpmg.de)

Die enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und nicht auf die spezielle Situation einer Einzelperson oder einer juristischen Person ausgerichtet. Obwohl wir uns bemühen, zuverlässige und aktuelle Informationen zu liefern, können wir nicht garantieren, dass diese Informationen so zutreffend sind wie zum Zeitpunkt ihres Eingangs oder dass sie auch in Zukunft so zutreffend sein werden. Niemand sollte aufgrund dieser Informationen handeln ohne geeigneten fachlichen Rat und ohne gründliche Analyse der betreffenden Situation.

© 2012 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.