

Mit einem Gastbeitrag von Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, Mediziner, Autor und Stifter, zum Thema „Gesundheitswirtschaft überwindet die Kostendebatte“
Seite 2

Ausgabe 3/2014

Heft 24, 7. Jahrgang

EDITORIAL

Klinikkonzerne

Liebe Leserinnen, liebe Leser, von der Öffentlichkeit mehr oder weniger bemerkt, entstehen und wachsen in der deutschen Krankenhauslandschaft immer größere Konzerngebilde. Solche Strukturen bieten wirtschaftliche Vorteile. Gibt es aber auch andere Gründe für Zusammenschlüsse? Dieser und weiteren Fragen nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Klinikkonzerne gehen wir in unserem Schwerpunkt nach.

Besonders freuen wir uns, dass wir Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, Mediziner, Autor und Stifter, für unseren Gastbeitrag gewinnen konnten. Er meint, wir müssen „raus aus dem Teufelskreis der Kostendiskussion“.

Natürlich haben wir auch wieder viele interessante Beiträge zu unseren Rubriken.

Ganz besonders spannend finde ich den Beitrag zum russischen Gesundheitssystem. Interessant sind die umfangreichen Bemühungen, sowohl eine technologische als auch eine organisatorische und finanzielle Modernisierung des Gesundheitssystems zu erreichen. Schließlich stellen wir noch unsere neueste Studie zum Geschäftsführerwechsel in deutschen Krankenhäusern vor.

Ich wünsche Ihnen viel Lesespaß und bleiben Sie gesund!

Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Head of Health Care

Schwerpunktthema:

Die deutschen Klinikkonzerne – Identitäten, Leitbilder und Ziele, worin unterscheiden sie sich wirklich?

Die angespannte wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser ist allgegenwärtig. In dieser schwierigen Situation begegnet die Branche den Anforderungen des Marktes verstärkt durch Kooperationen und Fusionen. Vergleicht man die großen deutschen Klinikkonzerne, lassen sich neben einer Vielzahl an Gemeinsamkeiten bei der Generierung von größenbedingten Wettbewerbsvorteilen auch Unterschiede in ihrem Vorgehen feststellen. Vor diesem Hintergrund beschäftigen wir uns in dieser Ausgabe mit den Identitäten, Leitbildern und Zielen der deutschen Klinikkonzerne und sprechen mit Vertretern verschiedener Trägerschaften.

Schwerpunktartikel und Interviews, Seite 4 bis 13

GASTBEITRAG

Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, Mediziner, Autor und Stifter, zum Thema „Gesundheitswirtschaft überwindet die Kostendebatte“ 2

Eine gewinnbringende Partnerschaft ist mehr als eine reine Finanzinvestition 30

KRANKENHAUS

Die deutschen Klinikkonzerne – Identitäten, Leitbilder und Ziele 4
Für mehr Qualität in deutschen Krankenhäusern. Qualitätsanreizsysteme im internationalen Vergleich 14
Restrukturierung durch Working Capital Management 18
Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V 20

PHARMA
Qualitätsindikatoren verbessern die Arzneimitteltherapiesicherheit 32

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
Neue Transparenzpflichten für gesetzliche Krankenkassen 34
Dreijährige Verjährungsfrist im Krankenhausabrechnungsstreit 35

INTERNATIONALES
Das Gesundheitssystem von Russland 36

NACHGEFRAGT
Gute medizinische Versorgung auf dem Land auch künftig von hoher Bedeutung. Nachgefragt bei Melanie Huml 39

STATISTIKSPLITTER
Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus 41

NACHRICHTEN 44

SERVICE 46

PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Ein selbstständiges Leben im Alter durch technische Assistenz? 22

MEDIZINTECHNIK

Der Innovationstreiber im Gesundheitswesen: Medizintechnik muss sich messen können 25

BIOTECH

Wachstumstrend personalisierte Medizin – Potenziale und Grenzen für die Biotechnologiebranche 28

Raus aus dem Teufelskreis! Gesundheitswirtschaft überwindet die Kostendebatte

Gastbeitrag von Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer,
Mediziner, Autor und gemeinnütziger Stifter

Die Gesundheit ist das Wertvollste, das wir besitzen. Niemand wird das bestreiten. Selbst die Politiker sind sich da parteiübergreifend einig. An pflichtschuldigsten Beteuerungen, alles für den Erhalt unserer Gesundheit tun zu wollen, fehlt es nie, auf keiner Ebene. Das ist ein Gemeinplatz, selbstverständlich. Ebenso selbstverständlich aber betrachten wir die Gesundheit als etwas, das uns sozusagen von Natur aus, also umsonst zustehen soll. Und genau hier beginnen dann auch die Debatten und Diskussionen, Kontroversen, die aus Irrtümern und Missverständnissen entspringen. Ganz abgesehen davon, dass die Behauptung, der gesunde sei der normale Zustand, so nie stimmte, stimmt sie in der modernen Welt mit ihren immer neuen, unnatürlichen Bedrohungen gleich gar nicht. Man denke nur an die psychischen Belastungen der vielfach vernetzten Arbeitswelt, an das plötzliche Auftauchen bisher unbekannter Epidemien oder an die bedrohliche Zunahme der Allergien. Immer weiter dehnt sich das Feld. Wie ist es überhaupt abzustecken? Ist jemand, der eine Kniegelenksarthrose hat und deshalb hinkt, nun krank oder nur körperlich „angeschlagen“? Hat er nicht auch einen Anspruch auf die denkbar beste Versorgung? Wollen wir nicht alle immer umfassender und besser behandelt werden?

Und dennoch, ungeachtet solcher Erfahrungen, betrachten wir alle Aufwendungen für die medizinische Versorgung und Versorgung als eine Last, die wir eher unwillig tragen, persönlich wie in der Volkswirtschaft. Jeder Euro, den wir für unser medizinisches Wohlergehen ausgeben sollen oder gar müssen, tut irgendwie weh, wird ständig hinterfragt. Dabei geht es doch um das Lebensnotwendige, nicht anders als bei der Ernährung, für die wir ganz frag- und vorbehaltlos aufkommen, mit

privaten Ausgaben und mit staatlichen Subventionen für die Landwirtschaft unter anderem.

Diesen Vergleich muss man einmal anstellen, um sich die ganze Absurdität, den weltweit falschen Ansatz der Kostendiskussion im Gesundheitswesen vor Augen zu führen. Während wir auf der einen Seite, in der Lebensmittelbranche, um den Erhalt von Arbeitsplätzen kämpfen, alles tun, um den „Wirtschaftsfaktor“ zu stärken, sprechen wir beim Gesundheitswesen von einem „Kostenfaktor“, der uns über Gebühr strapaziert. Vielfach werden die Leistungen dieses Bereichs noch nicht einmal bei der Berechnung des Bruttosozialprodukts berücksichtigt. Mit anderen Worten, was da getan wird, von Ärzten, Schwestern, Pflegern, Therapeuten, wird nicht als Wertschöpfung betrachtet, obwohl es doch um das wertvollste unserer Güter, um die Gesundheit, um unser Leben geht.

Nein, so werden wir der Wirklichkeit und den Anforderungen der Zukunft nicht gerecht werden können. Wer die Medizin immer weiter ausschließlich als einen Samariterdienst verstehen möchte, macht sich und anderen etwas vor. Haben wir es doch längst und zum Glück mit einer Gesundheitswirtschaft zu tun, ohne deren Erträge der medizinische Fortschritt gar nicht mehr denkbar wäre. Etwa zwölf Prozent aller in Deutschland Beschäftigten, über fünf Millionen, arbeiten heute bereits in diesem Wirtschaftszweig, Tendenz steigend. Noch gar nicht eingerechnet ist dabei der weitere Umkreis, etwa die für die Medizin tätige Industrie, insbesondere die Entwicklung und Produktion von Hochtechnologie. Nicht zu vergessen der Gesundheitstourismus, die Fitness- und Wellness-Bewegung, der ökologische Wohnungsbau und anderes mehr bis hin zur einschlägigen Informationstechnologie.

Wir sprechen mit dem Gesundheitsbarometer Leserinnen und Leser gleichermaßen an. Genauso bemühen wir uns, in unseren Aussagen wo immer möglich die männliche und weibliche Form gleichberechtigt zu verwenden. Sollten wir dennoch an der einen oder anderen Stelle darauf verzichten, so ist das allein der besseren Lesbarkeit geschuldet. In keinem Fall verbinden wir damit eine Wertung.

Nimmt man das alles zusammen, zeigt sich schnell, dass die Gesundheitswirtschaft von der ärztlichen Behandlung über die soziale Dienstleistung, die Herstellung naturheilkundlicher Präparate oder gerontologischer Hilfsmittel bis hin zur Hightech-Produktion medizinischer Geräte und sogar bis hin zur Beteiligung an städtebaulicher Planung durchaus mehr ist als der gebetsmühlenhaft beklagte Kostenfaktor. Hier werden nicht nur die Überschüsse anderer verbraucht, hier wird auch volkswirtschaftlich Relevantes geschaffen. Es geht, man kann das nicht oft genug wiederholen, um den größten Arbeitgeber und damit um einen eigenen Wirtschaftszweig – um den Wachstumsmotor der Zukunft. Für den Antrieb dieses Motors sorgen schon unsere deutlich erhöhten Gesundheitsansprüche und die steigende Lebenserwartung. Daran können und wollen wir nichts ändern, im Gegenteil. Ändern müssen wir jedoch unsere Sicht auf die Dinge.

Solange wir uns in der Auseinandersetzung mit der Medizin und dem Gesundheitswesen auf die Kostendiskussion fixieren, werden wir uns immerfort im Kreis drehen, unentwegt darüber klagen, dass das Ganze viel zu teuer und am Ende nicht zu bezahlen ist, womit die Diskussion dann wieder von vorn beginnt. Um aus diesem Teufelskreis auszubrechen, müssen wir endlich sehen, dass es nicht um persönliche oder volkswirtschaftliche Lasten, sondern um Investitionen geht, die medizinisch nötig und zugleich wirtschaftlich höchst sinnvoll sind.

Nur wenn wir die Gesundheitswirtschaft med. in Germany – analog zum Gütesiegel Made in Germany – als solche wahrnehmen und ihr die Möglichkeit der umfassenden Expansion bieten, werden wir am Ende auch genug erwirtschaften, um uns ein modernes Gesundheitswesen weiterhin leisten

zu können. Wenn wir dagegen das, wonach die Zeit verlangt, den Ausbau einer humanen medizinischen Dienstleistung, in seinen Entwicklungsmöglichkeiten, Innovationsangeboten und wachsenden Therapiemöglichkeiten beschneiden, drohen volkswirtschaftliche Einbußen, unter denen nicht zuletzt die Gesundheitsversorgung zu leiden haben wird, die in der Breite zuerst. Wir vertun eine der größten Chancen unserer Zeit. Denn einzig mit wirtschaftlicher Vernunft, mit der Schaffung von Arbeitsplätzen rund um die Gesundheitswirtschaft, nicht mit der Subventionsmentalität früherer Zeiten lässt sich eine anspruchsvollere medizinische Versorgung und damit unsere Zukunft absichern. Investitionen sind unabdingbar und allemal lohnend, weil sie absichern, dass wir unsere Gesundheit erhalten oder wiedergewinnen, unser wertvollstes Gut überhaupt. Deshalb: Raus aus dem Teufelskreis der Kostendiskussion. Alle Zeichen der Zeit weisen in eine andere Richtung. Deutschland könnte das erste Gesundheitsland werden. Wir müssen die Herausforderung nur annehmen.

Ihr
Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer



Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer

Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer studierte Romanistik, Sinologie und Medizin und promovierte 1982 zum Dr. med. Seine Habilitation erfolgte 1990. Prof. Grönemeyer ist Leiter des Grönemeyer Instituts in Bochum, Vorsitzender des Wissenschaftsforums Ruhr e. V. und Professor an der Universität Witten/Herdecke sowie neuerdings an der Steinbeis Universität in Berlin. Als Begründer der Mikrotherapie führte er interventionelle Radiologie, minimalinvasive Chirurgie und Schmerztherapie zusammen. Der Arzt, Wissenschaftler und Autor setzt sich für eine neue Wahrnehmung der Medizin in der Gesellschaft sowie eine undogmatische Zusammenarbeit der verschiedenen therapeutischen Disziplinen ein. Sein besonderes Augenmerk gilt der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Bewusstseinsbildung bei Kindern und Jugendlichen. So entstanden unter anderem seine Bücher „Der kleine Medicus“ und ein gleichnamiges Musical. Darüber hinaus ist Prof. Grönemeyer gefragter Gastredner zu verschiedenen Themen der Medizin und Gesundheitspolitik sowie Autor unterschiedlicher medizinischer Ratgeber; seit 2012 ist er zudem mit einer eigenen Gesundheitssendung im ZDF vertreten.



Die Bücher „Der kleine Medicus“ sowie „Die neuen Abenteuer des kleinen Medicus“ sind Ende Oktober in einer aktuellen Fassung mit neuen Illustrationen erschienen. Fünf Jahre nach Prof. Grönemeyers Kindergesundheits-Musical kommt nun zeitgleich auch der Film „Der kleine Medicus“ in die Kinos.

Die deutschen Klinikkonzerne – Identitäten, Leitbilder und Ziele, worin unterscheiden sie sich wirklich?

Die Lage auf dem Krankenhausmarkt wird in der Öffentlichkeit viel diskutiert – Schlagwörter wie Investitionsstau und Kosten-Erlös-Schere beherrschen die Berichterstattung. Insbesondere kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind dabei zunehmender Belastung ausgesetzt. Die Branche reagiert mit Clusterbildung im Rahmen von Vernetzungen, Fusionen und Kooperationen. Betrachtet man vor diesem Hintergrund die großen deutschen Klinikkonzerne, lassen sich viele Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede in ihrem Vorgehen als Antwort auf die Marktgegebenheiten feststellen.

Autoren: Prof. Dr. Volker Penter und Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser ist angespannt. Laut dem Deutschen Krankenhaus Institut hat 2012 jedes zweite Allgemeinkrankenhaus in Deutschland Verluste geschrieben. Das ist eine signifikante Steigerung gegenüber dem Vorjahr, in dem 31 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag auswiesen.¹ Dabei ist die Ausfall- beziehungsweise Insolvenz-wahrscheinlichkeit bei kleinen Krankenhäusern mit weniger als 150 Betten und geringem Spezialisierungsgrad insgesamt am höchsten. Krankenhäuser, die Teil einer Klinikette sind, schneiden hingegen besser ab.²

Vernetzung als strategische Option

Auf alle Krankenhäuser werden externe Veränderungen weiter gravierenden Einfluss haben. Drei davon seien an dieser Stelle nochmals hervorgehoben.

1. Die Anforderungen an die Versorgung wandeln sich grundlegend. Die derzeitige demografische Entwicklung setzt sich fort. Die Wanderungsbewegung vom Land in die Stadt hält an. Die Bevölkerung insgesamt altert. Ärzte werden stärker gefordert, da die Menschen aufgeklärter sind. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt geht weiter. Hochwertige Medizin wird stärker nachgefragt und Patienten achten

stärker auf Qualität. Die Transparenz wird steigen.

2. Die demografische Entwicklung führt dazu, dass qualifiziertes Personal immer knapper wird, sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegekräften. Nicht zu vergessen ist das IT-Personal. Diese Personalknappheit wird neben dem Wettbewerb um den Patienten zu einem Wettbewerb um die besten Fachkräfte führen. Löhne, Gehälter aber auch das Anspruchsniveau des Personals werden steigen.
3. Die Höhe der Fördermittel zur Investitionsfinanzierung nach dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) hat sich seit 1991 bis heute inflationsbereinigt etwa halbiert. Sollte sich nicht kurzfristig ein grundlegender Wandel der Förderpolitik ergeben, dann müssen Krankenhäuser – mehr noch als derzeit – andere Geldquellen erschließen. Das erhöht den Druck zum wirtschaftlichen Handeln weiter.

Eine wichtige strategische Option, um auf diese Entwicklungen zu reagieren, ist die Vernetzung. Krankenhäuser, die in starken Konzernstrukturen eingebunden sind, haben bereits heute viele Vorteile gegenüber Einzel-

standorten. Sie kaufen günstiger ein, versorgen flächendeckend, bauen ein Markenbewusstsein auf, investieren Überschüsse, dort wo sie am wirksamsten sind, ermöglichen Mitarbeitern attraktive Karrieren. Derzeit stehen die privaten Krankenhäuser mit ihren Klinikkonzernen an der Spitze des Vernetzungsprozesses. Aber auch die konfessionellen Krankenhäuser erkennen zunehmend ihr Vernetzungspotenzial. Rasch bilden sich auch hier Konzernstrukturen. Noch etwas zögerlich sind die Krankenhäuser der öffentlichen Hand. Kommunale Einzelinteressen stehen solchen strukturellen Veränderungen häufig im Wege. Da wo es allerdings gelingt, kommunale Krankenhäuser überregional in Konzernstrukturen zu organisieren, zeigen sich auch hier die Erfolge. Einzelbeispiele belegen das. Zukünftig wird die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern wie niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Physiotherapeuten, aber auch Herstellern von Medizintechnik sowie Pharmaunternehmen noch stärker an Bedeutung gewinnen. Hier stehen die meisten Krankenhäuser erst am Anfang. Wichtig ist, darauf vorbereitet zu sein.

Entwicklung von Klinikkonzernen in Deutschland

Als Klinikkonzern (auch Klinik- beziehungsweise Krankenhauskette) versteht man im Allgemeinen einen Krankenhausträger, der mehrere Krankenhäuser oder in Form eines Mischkonzerns Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen betreibt. Der Begriff Klinikette stellt dabei das konstituierende Merkmal der Mehrgliedrigkeit unter gleichem Namen und qualitativ gleichem Angebot in den Vordergrund.³

Blickt man auf die Entwicklungen in den letzten Jahren, so gewinnen Zusammenschlüsse von Krankenhäusern immer mehr an Bedeutung.

Abbildung 1

Kennzahlenüberblick über die größten Klinikketten

Quelle: KPMG

Klinik-konzern	Umsatz in Millionen Euro (2013)	Mitarbeiter (Vollkräfte)	Träger-schaft	Anzahl Kliniken	Anzahl Betten
HELIOS Kliniken GmbH	3.393,0	69.000*	Privat	110*	34.000*
Rhön-Klinikum AG	3.013,8	15.000*	Privat	5*	5.300*
Asklepios Kliniken GmbH	2.899,1	34.439	Privat	150**	26.635
Sana Kliniken AG	2.012,3	28.954	Privat	49	10.492
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH	941,0	14.926	Öffentlich	9	5.540
Agaplesion gAG	904,2	10.523	Frei-gemeinnützig	29	6.400
Schön Klinik Verwaltung GmbH	637,0	8.600	Privat	16	4.200
St. Franziskus-Stiftung Münster	619,0	7.426	Frei-gemeinnützig	13	3.510

* Aktuelle Zahlen nach Übernahme einzelner Rhön-Kliniken

** Gesundheitseinrichtungen insgesamt

Gemäß einer Studie von Ulrich und Schmid ist ein wachsender Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess auf dem Krankenhausmarkt zu beobachten. So hat sich die Zahl der Krankenhausträger in Deutschland seit dem Jahr 2000 um 18 Prozent verringert.⁴ Zunächst prägten die privaten Krankenhausträger diese Entwicklung. Die freigemeinnützigen Träger zogen nach. Im Jahr 2009 bezeichnete Augurzky Zusammenschlüsse von öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgern über die Grenzen politischer Territorien hinweg noch als eine ganz neue Entwicklung.⁵ Mittlerweile sind auch die öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger vermehrt in die Verbundbildung eingestiegen.

Neu ist der einsetzende Konzentrationsprozess zwischen den bestehen-

den Klinikketten. Die wohl bedeutendste Übernahme auf dem Krankenhausmarkt erfolgte bisher im Jahr 2013 mit dem Kauf von rund 40 Kliniken von Rhön⁶ durch HELIOS⁷. Mit insgesamt

110 Kliniken ist damit der inzwischen größte private Klinikbetreiber Europas entstanden.

Einen Überblick über die größten Klinikketten gemessen am Umsatz 2013 liefert die nebenstehende Übersicht.⁸ In diesen Umsatzzahlen ist die Übernahme der Rhön-Kliniken im Jahr 2013 noch nicht berücksichtigt. (Abbildung 1)

Gemeinsamkeiten von Klinik-konzernen

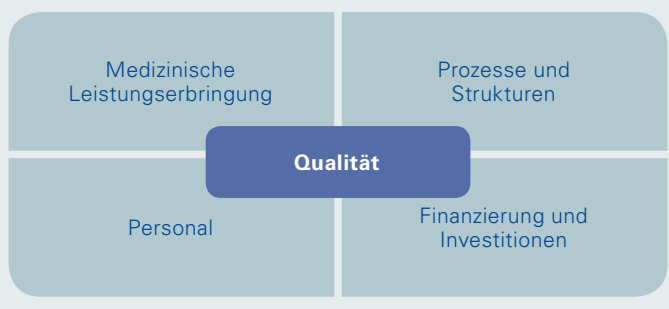
Bei den betrachteten Klinikkonzernen lassen sich, unabhängig von ihrer Trägerschaft, Gemeinsamkeiten in Hinblick auf die größenbedingten Wettbewerbsvorteile identifizieren. Einen Überblick über die zentralen Themenfelder liefert Abbildung 2.⁹

Im Bereich der medizinischen Leistungserbringung steht insbesondere die Möglichkeit zur Ausprägung von Schwerpunkten und Portfoliosteuerung im Konzernverbund im Vordergrund. Die Patientenströme und die Ressourcennutzung können bedarfsgerecht überregional gesteuert werden. Eine flächendeckende Versorgung wird begünstigt. Die Nutzung und Anschaffung von Großgeräten sowie der gezielte Experteneinsatz kann durch Nutzung im gesamten Konzernverbund effizienter gestaltet werden.

Abbildung 2

Gemeinsamkeiten von Klinikkonzernen – Themenfelder

Quelle: KPMG



Auf die Herausforderung des Fachkräftemangels wird mithilfe des Einsatzes von Instrumenten wie Personalrotation und Personalpooling sowie durch flexible Arbeitszeitmodelle regelmäßig besser reagiert als bei nicht konzerngebundenen Krankenhäusern. So können Vorhaltekosten reduziert und die Personalkosten gesenkt werden. Durch die Implementierung von konzerneigenen Ausbildungskonzepten und die Förderung des fachlichen Austauschs positionieren sich Klinikkonzerne als attraktiver Arbeitgeber im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte.

Klinikkonzerne können ihre liquiden Mittel konzentrieren (Stichwort Cash Pooling) und besser auf alternative Finanzierungsquellen zurückgreifen (Bankkredite, Schuldverschreibungen, Beteiligung privater Kapitalgeber). Das bringt ihnen eine vergleichsweise hohe Investitionskraft trotz des Rückgangs der öffentlichen Investitionsmittel.

Insgesamt ermöglicht die Vernetzung der Krankenhäuser im Konzern eine effizientere und wirtschaftliche Organisation von Prozessen und Strukturen. An dieser Stelle sind beispielsweise die Möglichkeit des gemeinsamen Einkaufs und der Betrieb einer Großküche für mehrere Einrichtungen zu nennen. Durch die Größe der Unternehmen können Skaleneffekte erzielt werden.

Qualität und Qualitätsmessung werden in Zukunft eine wichtige Einflussgröße im Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt sein. Klinikkonzerne können sich hier durch den Austausch von Wissen im Unternehmensnetzwerk, die Förderung von Transparenz und die Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsleitlinien und -pfaden gut am Markt positionieren.

Unterschiede zwischen den Klinikkonzernen

Neben Gemeinsamkeiten lassen sich aber auch insbesondere trägerbezogene Unterschiede zwischen Klinikkonzernen feststellen. Hier betrachtet werden sollen Differenzierungen bei den Leitbildern und den Akquisitionsstrategien. Die Klinikkonzerne sehen das Leitbild als wichtiges Alleinstellungsmerkmal insbesondere in der Differenzierung gegenüber Wettbewerbern.¹⁰

Einen Vergleich von HELIOS Kliniken GmbH, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH sowie Agaplesion gAG als Vertreter der jeweiligen Trägerschaft zeigt die Abbildung 3.¹¹

Die HELIOS Kliniken GmbH verfolgt die Akquisitionsstrategie des Wachstums durch Unternehmenszuzüge. Hierbei bilden Akutkliniken eindeutig den Fokus, jedoch soll durch die Erschließung neuer Geschäftsfelder, insbesondere durch den Aufbau inte-

grierter Versorgungsstrukturen, weiteres internes Wachstum generiert werden. HELIOS legt bei Beteiligungen den Fokus auf die Übernahme der Verantwortung für das operative Klinikgeschäft sowie die Rolle des Mehrheitsgesellschafters, sofort oder mittelfristig. Nach der Übernahme von 40 Kliniken und 13 Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) der Rhön-Klinikum AG liegt das Augenmerk nun auf der Integration der ehemaligen Rhön-Häuser in den HELIOS-Konzern.

Die Zielsetzung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH für die kommenden Jahre ist, das erreichte Versorgungsniveau weiter zu festigen und qualitativ auszubauen. Hierbei steht für Vivantes die regionale Verankerung der Daseinsvorsorge im Vordergrund. Als wichtige Voraussetzung gilt die bauliche und medizintechnische Weiterentwicklung der Kliniken. Die Finanzierung von Investitionen erfolgt zum größten Teil über eigenfinanzierte Darlehen. Darüber hinaus nutzt Vivan-

Abbildung 3
Unterschiede von Klinikkonzernen
Quelle: KPMG

	HELIOS Kliniken GmbH	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH	Agaplesion gAG
Leitbild	Fokus auf den ihnen anvertrauten Menschen wird verknüpft mit dem Aspekt des wirtschaftlichen Handelns	Die enge Verankerung in der Region und die Verbundenheit zu den Menschen stehen im Vordergrund	Stellt den Menschen in den Mittelpunkt des Handelns, basierend auf dem christlichen Glauben und den damit einhergehenden Werten
Akquisitionsstrategie	Wachstum durch Unternehmenszuzüge	Festigung und qualitativer Ausbau des erreichten Versorgungsniveaus	Stärkung christlicher Krankenhäuser durch Vernetzung im Verbund



tes regionale Kooperationen mit Krankenhäusern in Berlin und Brandenburg, um ihre Zielsetzung umzusetzen.

Die Agaplesion gAG stellt die langfristige Bestandssicherung vorwiegend christlicher Krankenhäuser durch enge Vernetzung in einer Verbundstruktur in den Vordergrund ihres Handelns. Die Akquisitionsstrategie von Agaplesion beinhaltet die Übernahme von in der Regel 60 Prozent der Gesellschaftsanteile von den bisherigen Gesellschaftern. Sie erhalten im Gegenzug Aktienanteile an der Agaplesion gAG und behalten damit wirtschaftlich gesehen 40 Prozent ihrer Beteiligung. Dieses Vorgehen reduziert die finanziellen Belastungen, da keine Kaufpreise gezahlt werden. Darüber hinaus erfolgen keine Auszahlungen an die Anteilseigner, sodass alle erwirtschafteten Überschüsse im Konzern bleiben und zur Substanzstärkung eingesetzt werden können.

Ausblick

Für die Zukunft ist eine weitere Beschleunigung des Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesses auf dem Krankenhausmarkt zu erwarten. Der zentrale Treiber ist dabei die Nutzung von größenbedingten Wettbewerbsvorteilen und die daraus resultierende Erzielung einer verbesserten Ergebnis- und Finanzsituation der in den Klinikkonzernen integrierten Krankenhäuser. Der künftige Umgang mit der restriktiven kartellrechtlichen Beurteilung wird hierbei einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung insbesondere von regionalen Übernahmen haben.

Im größeren Kontext stellt der Ausbau von Krankenhausnetzwerken dabei nur einen Schritt im Prozess des Marktwandels dar. Vordenker gehen noch einen Schritt weiter und beziehen hierbei unter anderem auch die Kostenträger im Rahmen eines integrierten Anbieterverbunds mit ein.¹²

Um die Rahmenbedingungen für einen funktionierenden Anbieterverbund zu verbessern, ist unter anderem der Einsatz der elektronischen Patientenakte und Gesundheitskarte weiter voranzutreiben. ▀

- 1 Vergleiche Blum et al. (2013): Deutsches Krankenhaus Institut, Krankenhaus Barometer, Umfrage 2013, Düsseldorf, S. 100
- 2 Vergleiche Augurzyk et al. (2013): Krankenhaus Rating Report 2013, Heidelberg, S. 54
- 3 Vergleiche Bruckenberg, E. (2006): Versorgungsanalyse der deutschen Krankenhäuser. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P., Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin/Heidelberg, S. 60
- 4 Schmid, A./Ulrich, V. (2012): Konzentration und Marktmacht bei Krankenhäusern. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 17(1), S. 18–22
- 5 Zehnder (2009): Krankenhausverbünde – Fusionsfieber. In: kma, 155, S. 32
- 6 Rhön-Klinikum AG
- 7 HELIOS Kliniken GmbH
- 8 Vergleiche jeweilige Unternehmensangaben und Geschäftsberichte
- 9 In Anlehnung an Christensen, HBS, BCG-Analyse; Report „Healthy Competition“-Reform, „Innovator's Prescription“
- 10 Vergleiche Rochus Mummert in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Marketing und Gesundheitsmanagement der Universität Freiburg (2014): Arbeitgeberattraktivität von Kliniken: Für welche Träger sich angehende Chefarzte entscheiden, abrufbar unter: http://www.rochusmummert.com/downloads/news/RM_140905_KU_Heft_9_2014_Pr%C3%A4ferenz-Studie.pdf, letzter Aufruf: 10.10.2014
- 11 Vergleiche jeweilige Unternehmensangaben und Geschäftsberichte
- 12 Vergleiche Münch, E./Scheytt, S. (2014): Netzwerkmedizin, Wiesbaden, S. 4, 5

INTERVIEW

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind kein Widerspruch

Jörg Reschke, CFO der HELIOS Kliniken GmbH, Berlin, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Bietet es Ihrer Meinung nach Vorteile, in privater Trägerschaft zu sein? Und wenn ja, worin bestehen sie im Vergleich zu Gesundheitseinrichtungen in öffentlicher (kommunaler) oder freigemeinnütziger Trägerschaft?

Während Kommunen neben Krankenhäusern in der Regel auch noch viele andere Einrichtungen wie Schulen, Schwimmbäder und Kindergärten betreiben, ist unser Unternehmen ausschließlich auf den Klinikmarkt fokussiert. Deshalb verfügen wir in diesem Segment über eine hohe Spezialisierung und sehr viel Erfahrung. Wir sind zudem investitions- und umsetzungstark, wir können schneller und frei von politischen Zwängen agieren. Unsere Möglichkeit, rein sachorientiert zu entscheiden, ist ein wichtiger Unterschied: Bei Investitionen aus Eigenmitteln orientieren wir uns an Qualität und Preis, wir brauchen uns nicht dem Ergebnis öffentlicher Ausschreibungen zu unterwerfen. Im kommunalen Umfeld will die Politik mitsprechen und tut sich mit unbequemen Entscheidungen oft schwerer. Bei den freigemeinnützigen Trägern ist es ähnlich. Immer wenn dort die Rolle, die bei den kommunalen Trägern durch die Politik besetzt ist, durch Ständeorganisationen oder die Kirche wahrgenommen wird, besteht das Risiko einer Proporzanstelle einer Sachentscheidung.

Worin unterscheidet sich HELIOS von anderen, insbesondere kommunalen und freigemeinnützigen Klinikkonzernen konkret?

Der größte Unterschied ist, dass wir keinen Widerspruch zwischen der Qualität der medizinischen Leistungserbringung und der Wirtschaftlichkeit sehen. Im Gegenteil: Qualität macht sich am Ende bezahlt.

Ein weiterer Unterschied ist, dass wir offen mit unseren Fehlern umgehen. Behandlungsergebnisse messen wir nicht nur, sondern wir veröffentli-

chen sie auch. Damit setzen wir uns selbst unter Druck, nach Möglichkeiten zu suchen, Abläufe zu optimieren und die medizinische Qualität kontinuierlich zu verbessern. Dazu haben wir vor Jahren das Peer-Review-Verfahren eingeführt, bei dem Fachkollegen in andere Kliniken gehen, um gemeinsam mit den Kollegen vor Ort Verbesserungspotenziale bei medizinischen Abläufen zu identifizieren. Die Chance, voneinander zu lernen, ist in einer Gruppe von inzwischen 110 Kliniken groß. Unser Ziel ist es, in allen Unternehmensbereichen, in der Medizin wie in der Pflege und im Management, die Besten zu identifizieren, von denen es sich zu lernen lohnt.

Seit einigen Jahren haben wir bei HELIOS eine eigene Abteilung zur Prüfung von Behandlungsfehlervorwürfen und Schadensregulierung. Den Großteil der Schäden regulieren wir, im Unterschied zu anderen Kliniken, schnell und unbürokratisch komplett selbst und ersparen damit den Patienten die zeitaufwendigere Abwicklung über die Versicherungsgesellschaften. Unsere Versicherungsprämien sind gegenüber dem Markt in geringerem Maß gestiegen.

Wo liegen die Herausforderungen für Ihr Unternehmen in den kommenden Jahren? Welche gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Trends und Entwicklungen wirken sich dabei auf HELIOS aus?

In Zukunft wird das Thema Qualität den Wettbewerb im Krankenhausmarkt determinieren. Gleichzeitig werden in Bezug auf Struktur- und Mindestmengen die Vorgaben, die durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wurden, an Relevanz zunehmen. Letztendlich werden nur die Krankenhäuser am Markt bestehen können, die in der Lage sind, Qualität zu liefern. Es wird weniger von Bedeutung sein, ob auch eine kleine Gemeinde ein eigenes Krankenhaus

betreibt. Es wird schlichtweg darum gehen, wo eine qualitativ hochwertige Versorgung vorhanden ist. Wirtschaftlich gesehen werden die Fördermittel nicht steigen, sondern weiter sinken. Das bedeutet, dass wir in zunehmendem Maße Investitionen selbst erwirtschaften müssen.

Welche Pläne haben Sie für das kommende Geschäftsjahr? Welche notwendigen Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht kurzfristig umgesetzt werden?

Für das Jahr 2014 erwarten wir ein organisches Umsatzwachstum zwischen drei und fünf Prozent. Gleiches gilt für die neu akquirierten Kliniken, die am Ende rund 1,8 Milliarden Euro zum Umsatz beitragen sollen. In diesem und dem nächsten Geschäftsjahr liegt der Hauptfokus grundsätzlich auf der Integration der ehemaligen Rhön-Kliniken in die HELIOS-Gruppe. Hier haben wir bereits viel erreicht. Dabei konnten wir auch von den neuen Kollegen der Rhön-Kliniken lernen. Prozesse und Systeme, die wir sehr gelungen fanden und für die wir schon länger nach einer guten Lösung gesucht hatten, haben wir in unsere Organisations- und Arbeitsabläufe übernommen.

Qualität und Qualitätsmessung gewinnen im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Auf welche Qualitätsmerkmale kann HELIOS bei den zukünftigen Herausforderungen setzen und welche Wettbewerbsvorteile ergeben sich daraus?

Vor einigen Jahren haben wir die „Initiative Qualitätsmedizin (IQM)“ mit gegründet, die mittlerweile mehr als 250 Kliniken, darunter auch Universitätskliniken, umfasst und auch über Deutschland hinaus anerkannt ist. Als IQM-Mitglied veröffentlichen wir unsere medizinische Ergebnisqualität im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

und können so nachweisen, dass unsere Häuser bei wichtigen Indikationen besser sind als der Bundesdurchschnitt.

Seit zwei Jahren veröffentlichen wir auch die Infektionsraten jeder unserer Kliniken. Zudem sorgt die interne und externe monatliche Veröffentlichung unserer Patientenbefragungsergebnisse dafür, dass wir sie an unseren Ergebnissen aus den unterschiedlichen Bereichen spiegeln und auch hier Verbesserungen umsetzen können.

In Ballungsgebieten erleben wir in Deutschland oft eine Überversorgung hinsichtlich der Bettenkapazität, wohingegen in ländlichen Räumen häufig von einer Unterversorgung die Rede ist. Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen bei Ihrer Geschäftsfeldausrichtung?

Qualitativ und wirtschaftlich gut geführte Kliniken werden Bestand haben, da sie die Patientenversorgung auf sehr hohem Niveau mit effizienten Strukturen sicherstellen. Während medizinische Qualität einerseits nicht ohne eine wirtschaftlich gesunde Basis funktioniert, entwickelt sich andererseits eine wirtschaftlich gesunde Basis nur aus einer guten medizinischen Qualität. Deshalb haben auch kleine Einrichtungen dauerhaft eine Chance zu bestehen, wenn sie gute Medizin machen. Daher liegt unser Fokus in jeder Einrichtung darauf, eine hervorragende medizinische Versorgung sicherzustellen.

Sind grundsätzlich auch Kooperationen mit Klinikkonzernen einer anderen Trägerschaft vorstellbar? Würden sich Synergieeffekte aus einer Zusammenarbeit ergeben können?

Gemeinsam mit Asklepios und der Rhön-Klinikum AG haben wir das Netzwerk „Wir für Gesundheit“ initiiert. Dieses Netzwerk ist offen für Partnerkliniken, völlig unabhängig davon, in

welcher Trägerschaft sie sich befinden. In den Kliniken des Netzwerks kann die sogenannte „Plus Card“ eingesetzt werden, die HELIOS zusammen mit der Debeka-Versicherung entwickelt hat. Unternehmen können diesen PlusCard-Tarif für ihre Mitarbeiter abschließen, er umfasst je nach Ausgestaltung Ein- oder Zweibettzimmer mit oder ohne Chefarztbehandlung sowie Gesundheits-Checkups. In allen Tarifen enthalten ist die Zweitmeinung durch einen Experten aus dem Netzwerk. Damit ist „Wir für Gesundheit“ bereits die gelebte Praxis einer trägerübergreifenden Kooperation zwischen Wettbewerbern.

Die Nachwuchsgewinnung beim Klinikpersonal wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Zukunft nicht einfacher. Namhafte andere Anbieter werben um dieselben Talente. Welche Strategien zur Personalgewinnung setzen Sie ein?

Uns gelingt es zunehmend besser, darzustellen, welche Attraktivität die Arbeit in einer so großen Gruppe mit sich bringt, in der ein intensiver Austausch möglich ist. Wir investieren seit Jahren in Aus-, Fort- und Weiterbildung und versuchen, attraktive Arbeitsbedingungen, auch zur Vereinbarung von Familie und Beruf, zu schaffen. Darüber hinaus müssen wir unseren Mitarbeitern zeigen, dass wir sie wertschätzen und fördern – und dass es sich lohnt, vom anderen zu lernen und zu profitieren.

Eine Frage zum Abschluss: Was macht gerade Ihren Konzern sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter attraktiv?

HELIOS bietet seinen Patienten transparent und nachvollziehbar hervorragende Medizin mit gutem Service. Unseren Mitarbeitern bieten wir die Chance, innerhalb einer großen Gruppe arbeiten zu können, sich mit anderen Kliniken und Kollegen zu mes-



Jörg Reschke

Nach seinem Studium der Betriebswirtschaft in Bochum war Jörg Reschke ab 1996 in verschiedenen Positionen tätig. Zunächst Assistent des HELIOS-Hauptgeschäftsführers, wechselte er 1998 für vier Jahre als Geschäftsführer an das HELIOS-Klinikum Aue, bevor er 2002 die Verwaltungsleitung des HELIOS-Klinikums Berlin-Buch übernahm. Ab 2006 war Reschke Regionalgeschäftsführer der Region Berlin-Brandenburg und wurde 2008 Mitglied der HELIOS-Unternehmensgeschäftsführung. Seit 2010 ist er HELIOS-Geschäftsführer Finanzen (CFO).

sen und auszutauschen und sich damit kontinuierlich beruflich weiterzuentwickeln. ■

INTERVIEW

Eine kommunale Bindung schafft Identität

Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin, im Gespräch mit Dr. Matthias Schatz und Henning Hanauer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile einer öffentlichen Trägerschaft? Wo liegt der Mehrwert im Vergleich zu Gesundheitseinrichtungen in konfessioneller oder privater Trägerschaft?

Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sind ganz besonders mit der Gemeinde, dem Landkreis oder der Stadt verbunden. In Berlin sind im Jahr 2001 die ehemaligen eigenständigen Bezirkskrankenhäuser in Vivantes übergegangen und damit ist in vielen Bezirken nun Vivantes das Versorgungs Krankenhaus vor Ort. Die Verbindung der Berliner mit „ihrem“ Kiezkrankenhaus ist weiterhin sehr eng, ebenso die Verbundenheit der lokalen Politik. Der Aspekt der regional verantworteten Daseinsvorsorge trägt erheblich zu einer lebenswerten Stadt bei. Auch unter den Mitarbeitern besteht eine höhere Identifikation mit einem Krankenhaus, das in der Region verwurzelt ist. Natürlich gibt es aber auch Spannungsfelder zwischen dem politisch Gewollten und dem wirtschaftlich, qualitativ und medizinisch Machbaren. Sie sind meiner Meinung nach aber nicht so groß, wie es manchmal in den Medien vermittelt wird.

Wo liegen die Herausforderungen für Ihr Unternehmen in den kommenden Jahren? Welche gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Trends und Entwicklungen wirken sich dabei direkt auf einen Klinikkonzern aus?

Jeder kommunale Klinikkonzern hat das Unternehmensziel, die Gesundheitsversorgung in der Kommune qualitativ sicherzustellen und gleichzeitig wirtschaftlich zu arbeiten. Hier besteht ein Spannungsfeld zwischen „Ethik und Monetik“. Bezogen auf die Gesundheitsvorsorge werden aktuell immer stärker die Themen Qualität und Qualitätsmessung thematisiert. Diese Qualität muss einerseits bezahlbar bleiben, andererseits aber

auch gegenfinanziert werden. In den vergangenen Jahren gehen die Entwicklungen zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter auseinander – die Schere öffnet sich immer weiter. Hinzu kommt, dass die Investitionsförderung der Länder im Rahmen der dualen Finanzierung weiter rückläufig ist, das ist zwischen den Bundesländern allerdings unterschiedlich ausgeprägt. Obwohl aktuell von allen Seiten mehr Qualität gefordert wird und gleichzeitig die Forderungen dahin gehen, Qualität auch messbar zu machen, ist die Gegenfinanzierung offen. So bleibt also weiterhin die Herausforderung bestehen, die Lücke zwischen der Einnahmeentwicklung einerseits und der Kostenentwicklung andererseits zu schließen und trotzdem hervorragende Behandlungsqualität sicherzustellen. Darüber hinaus muss jeder Konzern den demografischen Wandel als Chance verstehen. In diesem Punkt haben die kommunalen Einrichtungen einen strategischen Vorteil: Vivantes wird als ganzheitlicher Daseinsversorger in der Stadt wahrgenommen.

Qualität und Qualitätsmessung im Krankenhaus gewinnen im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Auf welche Qualitätsmerkmale kann Ihre Einrichtung bei den zukünftigen Herausforderungen setzen und welche Wettbewerbsvorteile ergeben sich daraus?

In allen Bereichen der Gesundheitsversorgung steht die Qualität im Vordergrund, schließlich geht es hier um das höchste Gut des Menschen, seine Gesundheit. Gleichzeitig werden in Zukunft die Versuche, die Qualität im Gesundheitswesen sukzessive zu erhöhen und besser messbar zu machen, weiter an Bedeutung gewinnen. Da alle Beteiligten eine hohe Qualität wollen, wird die Qualitätssicherung zur unmittelbaren Kernaufgabe aller Verantwortlichen bei Vivantes werden. Zurzeit können meiner

Ansicht nach jedoch die verschiedenen Portale und Qualitätsberichte noch keinen direkten Beitrag zu einer höheren Qualität in der Versorgung leisten. Es ist noch zu schwierig, die Kriterien festzusetzen, nach denen gemessen werden soll. Man muss aber anerkennen, dass in der aktuellen Diskussion vor allem die privaten Anbieter mit Vorschlägen zur Qualitätsmessung vorangegangen sind.

Auf Grundlage von Routinedaten messen wir schon heute Qualität. Die Diskussion dieser Daten mit Ärzten und Pflegekräften, die Analysen über Abweichungsursachen, der Vergleich mit Peers und das Ableiten und Umsetzen von Verbesserungen sind der eigentliche Mehrwert.

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion um Qualität ist grundsätzlich zu begrüßen, allerdings haben die verschiedenen Akteure meiner Einschätzung nach noch sehr unterschiedliche Erwartungen und Zielrichtungen.

Welche Pläne haben Sie für das kommende Geschäftsjahr? Welche notwendigen Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht kurzfristig umgesetzt werden, sowohl erlös- als auch kostenseitig?

Erlösseitig stehen die Weiterentwicklung und Schärfung des medizinischen Leistungsprofils und die weitere Bildung von Zentren im Vordergrund. Das Leistungsspektrum wird auf Basis von Benchmarking regelmäßig analysiert und wo erforderlich angepasst. Es ist wichtig, sich im Verbund mit acht großen Krankenhäusern optimal aufzustellen, zu ergänzen oder gegebenenfalls bei zu geringer Nachfrage auch einmal eine Abteilung zu schließen, die dann an einem anderen Standort ausgebaut wird. Für die genannten Aspekte sind Investitionen zwingend notwendig. Nur ein modern ausgestattetes und prozessoptimiert gestaltetes Krankenhaus kann die Herausforderungen der

Zukunft meistern. Für Investitionen hat Vivantes ein eigenfinanziertes Darlehen in Höhe von 110 Millionen Euro aufgenommen. Der Aufnahme lagen verschiedene Wirtschaftlichkeitsberechnungen zugrunde. Gezielte Investitionen in die Infrastruktur und der gezielte Ausbau von Fachabteilungen werden dazu führen, dass in Zukunft hochwertige Medizin unter wirtschaftlich tragfähigen Bedingungen an den benötigten Standorten angeboten werden kann. Ein weiterer Ansatzpunkt sind wettbewerbsfähige Tarifstrukturen, hier sind bei uns noch Potenziale.

In Ballungsgebieten erleben wir in Deutschland oft eine Überversorgung hinsichtlich der Bettenkapazität. Hier sind auch neue Geschäftsfelder zu überdenken. Wie begegnen Sie dieser Herausforderung bei Ihrer Geschäftsfeldausrichtung? Gibt es Ansätze zu Kooperationen und Schwerpunktbildungen in der Stadt oder im ländlichen Raum mit kleineren Krankenhäusern?

Die Vivantes Kliniken sind schon jetzt weit überdurchschnittlich ausgelastet. Aufgrund des jährlichen Zuzugs von Menschen nach Berlin wird der Krankenhausplan 2016 eine Erhöhung der Bettenkapazitäten aufweisen. Bis 2030 werden circa 240.000 Menschen mehr in Berlin leben und zu versorgen sein. Darüber hinaus hat Berlin in den vergangenen Jahren die im Bundesvergleich ehemals bestehenden Überkapazitäten abgebaut, insofern sehe ich für uns nicht das Problem der Überkapazitäten. Zu Kooperationen: Wir pflegen neben einzelnen Kooperationen mit Krankenhäusern in Berlin und Brandenburg explizit den weiteren Ausbau der Zusammenarbeit mit der Charité. Die Gesundheitsstadt Berlin soll in Forschung und in praktischer Anwendung zur internationalen Spitze gehören. Durch die gemeinsame Gesellschaftsstruktur – das Land Berlin – sind Kooperationen einfacher zu vollziehen.

Wie erfolgreich solche Kooperationen funktionieren, können wir bereits am Beispiel Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH erleben. Gemeinsam betreiben wir wirtschaftlich erfolgreich eines der größten und modernsten Labore Europas.

Die Nachwuchsgewinnung bei Klinikpersonal wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Zukunft nicht einfacher. Die Konkurrenz ist in Berlin mit der Universitätsklinik Charité und einigen namhaften anderen Anbietern sehr groß. Auf welche Programme zur Personalgewinnung setzen Sie? Wie kann Ihr Konzern auch in Zukunft junge und qualifizierte Angestellte für sich gewinnen?

Hier werden verschiedene Modelle erprobt und auch schon teilweise umgesetzt. Vivantes versteht sich als praktische Ausbildungsstätte, in der der Klinikalltag für jeden erlernbar ist. Durch unsere lokale Verankerung und unsere Größe sind wir als Ausbildungsstätte in der Stadt und darüber hinaus bekannt und genießen als solche auch einen guten Ruf. Trotzdem müssen auch wir nach Alternativen suchen. Seit einem Jahr beteiligen sich unsere Pflegeeinrichtungen an einem Projekt mit vietnamesischen Fachkräften. Wir haben damit sehr gute Erfahrungen gemacht, das Interesse ist sehr hoch und die Grundvoraussetzungen bei der Zusammenarbeit stimmen. Dieses Projekt wurde allerdings auch sehr intensiv vorbereitet.

Weitere Erfahrungen konnte ich in Baden-Württemberg im Rahmen der Anwerbung von Pflegekräften aus Spanien gewinnen. Im Vorfeld haben wir uns allerdings auch intensiv mit organisatorischen Fragen, wie Umzug nach Deutschland, Integration in das neue Umfeld und so fort auseinandergesetzt.

Allgemein lässt sich bei den jungen Nachwuchskräften – übrigen ge-



Dr. Andrea Grebe

Seit März 2013 ist Dr. Andrea Grebe Geschäftsführerin Klinikmanagement der Vivantes-Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin, und seit Oktober 2013 auch Vorsitzende der Geschäftsführung. Nach dem Weggang ihres Vorgängers bekleidete sie diese Funktion zunächst ein halbes Jahr kommissarisch, bevor sie der Aufsichtsrat im März 2014 einstimmig auf dieser Position bestätigte. Zwischen 2001 und 2005 war die Fachärztin für Innere Medizin mit Masterabschluss in Public Health schon einmal für die Vivantes-Gruppe als Direktorin Medizin- und Qualitätsmanagement tätig, bevor sie ab 2005 Aufgaben als Medizinische Geschäftsführerin und ab 2010 auch als Sprecherin der Geschäftsführung verschiedener Kliniken aus der Regionale Kliniken Holding RKH GmbH in Ludwigsburg übernahm.

schlechterunabhängig – feststellen, dass sich die Prioritäten und der Anspruch an die Arbeit und das Arbeitsumfeld, auch im ärztlichen Dienst, verschieben. Es wird viel Wert auf Eigenverantwortung, geregelte Arbeitszeiten, Fortbildungsangebote, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einen fairen Austausch im Sinne einer guten Unternehmens- und Führungskultur gelegt. Wir als kommunales Haus mit einem hohen Bezug zur Stadt und zur Daseinsvorsorge streben einen hohen Identifikationsgrad bei unseren Mitarbeitern an. Unser umfangreiches Angebot der Fort- und Weiterbildung sowie familienorientierte Angebote wie „Kids Mobil“ sind nur einige Beispiele.

Eine Frage zum Abschluss: Was macht gerade Ihren Konzern sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter attraktiv?

Vivantes heißt Leben in Berlin – auf Vertrauen gegründet – an Qualität gemessen – der Vielfalt verpflichtet. ■

INTERVIEW

Der Mensch im Mittelpunkt des Handelns

Dr. Markus Horneber, Vorstandsvorsitzender der Agaplesion gAG,
Frankfurt am Main, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Pentz und Jörg Schulze,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Bietet es Ihrer Meinung nach Vorteile, in konfessioneller Trägerschaft zu sein? Wo liegen die Vorteile im Vergleich zu Gesundheitseinrichtungen in öffentlicher (kommunaler) oder privater Trägerschaft?

Grundsätzlich empfinde ich die Vielfalt der Krankenhausträger als Bereicherung. Im Wesentlichen sind es aber die Unterschiede, auf die es ankommt. Es stellt sich immer die Frage, was das Ziel eines Konzerns ist. Private Anbieter orientieren sich mehr an der Rendite und müssen die Anforderungen ihrer Aktionäre bedienen. Wir müssen als gemeinnützige Einrichtung unsere Gewinne nicht an Shareholder oder Gesellschafter weitergeben, sondern können alle finanziellen Mittel tatsächlich in die Leistungsentwicklung investieren. Bei den kommunalen Trägern spielen neben dem Versorgungsauftrag immer auch die Wählerstimmen eine große Rolle. Politiker werden nicht unbedingt für ihr Krankenhaus gewählt, aber sie können schnell abgewählt werden, wenn sie ein unrentables Krankenhaus schließen. Unsere Gründungsgeschichte zeigt, dass die ersten christlichen Träger entstanden, um Not zu lindern und Menschen zu helfen. Patienten, die in unsere Einrichtungen kommen, spüren das. Und das empfinden wir insgesamt schon als Vorteil.

Wodurch unterscheidet sich Agaplesion von anderen, insbesondere kommunalen und privaten Klinikkonzernen konkret?

Christliche Krankenhäuser stellen ausschließlich den Menschen in den Mittelpunkt des Handelns. Wir sind dem Menschen in seiner Notlage verpflichtet. Das haben wir auch in unserem Leitbild festgehalten. Bei der Gewinnung von Medizinern und Fachkräften ist das durchaus ein Wettbewerbsvorteil. Ärzte wollen in erster Linie Menschen helfen und nicht Investoreninteressen bedienen. Auch aus diesem

Grund können sich viele Patienten in einer christlichen beziehungsweise konfessionellen Einrichtung ein Stück weit wohler fühlen. Ein weiterer Unterschied ist unser Beteiligungsmodell. Agaplesion übernimmt Krankenhäuser nicht vollständig und zahlt für Einrichtungen auch keinen Kaufpreis. Fällt der Alleingesellschafter die Entscheidung, mit unserem Unternehmen eine Verbundlösung einzugehen, übernehmen wir nur 60 Prozent der Anteile. So machen wir deutlich, dass wir zwar die Mehrheit halten, das Krankenhaus aber in seiner örtlichen Struktur belassen wollen. Für unsere Unternehmensbeteiligung erhält der frühere Gesellschafter zudem kein Geld, sondern Aktien unserer Aktiengesellschaft. Auf diese Weise erreichen wir gemeinsam, dass das Krankenhaus in eine zukunftsfähige Verbundstruktur übertragen wird und damit von den umfassenden Managementstrukturen und der Erfahrung des Agaplesion-Konzerns profitiert.

Wo liegen die Herausforderungen für Ihr Unternehmen in den kommenden Jahren? Welche gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Trends und Entwicklungen wirken sich dabei auf Agaplesion aus?

Ich sehe zwei ganz wesentliche Trends. Zum einen die Individualisierung. Jeder Patient hat andere Bedürfnisse, medizinisch wie menschlich. Daher müssen wir unsere Dienstleistungen individuell und menschengerecht anbieten. Wir müssen es schaffen, zielgruppenorientiert und individuell auf unsere Patienten und ihre Wünsche einzugehen. Durch die Ausdifferenzierung von Behandlungsmöglichkeiten werden auch die medizinischen Angebote immer komplexer. Ein zweites relevantes Thema ist daher das Systemangebot beziehungsweise die Vollversorgung. Es wird in Zukunft nicht mehr ausreichen,

nur den akutstationären Aufenthalt im Blick zu haben. Vielmehr muss der gesamte Behandlungsprozess des Patienten gemeinsam in Partnerschaften organisierbar sein. Die zukünftigen Herausforderungen lassen sich in den Rahmenbedingungen finden, mit denen wir umgehen müssen. Die Frage der Investitionskostenfinanzierung und Wirtschaftlichkeit oder die Darstellung und Vermittlung von Qualität bei der Versorgung sind Themen, die uns beschäftigen werden.

Welche Pläne haben Sie für das kommende Geschäftsjahr? Welche notwendigen Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht kurzfristig umgesetzt werden?

In jedem Jahr nehmen wir uns ein bestimmtes Thema vor, das wir intensiv bearbeiten. Für das kommende Jahr werden wir uns mit dem Bereich der Wissens- und Bildungsfragen beschäftigen, die wir vor dem Hintergrund des lebenslangen Lernens und der Weiterbildung von Berufsgruppen als sehr wichtig erachten. Dazu gehört es, vermehrt auf andere Berufe zu schauen und von ihnen zu lernen und zu profitieren. Zu diesem Thema werden wir daher im April 2015 einen Kongress veranstalten, in dem es darum geht, von anderen Branchen Best-Practice-Beispiele zu den Punkten Imagebildung, Kundenorientierung oder Prozessoptimierung vorgestellt zu bekommen.

Qualität und Qualitätsmessung gewinnen im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Auf welche Qualitätsmerkmale kann Ihre Einrichtung bei den zukünftigen Herausforderungen setzen und welche Wettbewerbsvorteile ergeben sich daraus?

Die Frage, was Qualität ist und vor allem wie sie gemessen wird, ist schwierig zu beantworten. Bisher wird der Begriff nicht ausreichend defi-

niert. Wir haben daher eine eigene Lenkungsgruppe ins Leben gerufen, die den Qualitätsbegriff für uns durchleuchtet. Zur Qualität gehört, mit dem Patienten, seinen Angehörigen, den Ärzten und Krankenkassen und anderen Adressaten über dieses Thema zu sprechen. Aus Patientensicht sind die medizinische, pflegerische sowie die christliche Qualität von hoher Bedeutung. Auch die Servicequalität ist relevant. Diese Liste kann um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ergänzt werden. Unter Berücksichtigung der Fragen, für wen die Qualität gemacht wird, was gemessen werden soll und welche Struktur betrachtet wird, entsteht ein sehr komplexes Gebilde, das wir in geeigneter Weise vermitteln müssen. Wir versuchen, uns über eine Heuristik dem Qualitätsthema zu nähern, um nicht nur die medizinisch messbare Ergebnisqualität zu fokussieren. Obwohl sie der wichtigste Bestandteil ist, bleibt sie nur ein kleiner Teil des gesamten Gebildes. Aus diesem Grund betrachten wir das Qualitätsthema weit umfassender.

In Ballungsgebieten erleben wir in Deutschland oft eine Überversorgung hinsichtlich der Bettenkapazität, wohingegen in ländlichen Räumen häufig von einer Unterversorgung die Rede ist. Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen bei Ihrer Geschäftsfeldausrichtung?

Ein ordnungspolitischer Rahmen ist die Voraussetzung dafür, dass sich der Wettbewerb entfalten kann. Es ist ungesund, wenn ineffiziente Häuser etwa durch Steuergelder gerettet werden. Ich würde mir mehr Mut wünschen, sich von solchen Einrichtungen zu trennen und dafür Kliniken auf dem Land, die für die Grundversorgung notwendig sind und vorgehalten werden müssen, stärker zu unterstützen.

Sind grundsätzlich auch Kooperationen mit Klinikkonzernen einer anderen Trägerschaft vorstellbar? Würden sich Synergieeffekte aus einer Zusammenarbeit ergeben können?

Das ist schwer vorstellbar. Dazu sind die Unternehmenskulturen und Geschäftsstrategien der jeweiligen Entscheidungsträger zu verschieden und die Gemeinsamkeiten zu gering. Ein Stück weit ist die Abgrenzung der Träger durch ein unterschiedliches Profil auch wichtig. Natürlich besteht ein fachlicher Austausch, insbesondere mit kommunalen Trägern. Wir sprechen miteinander und tauschen im Einzelfall auch Best-Practice-Beispiele mit Einrichtungen aus, mit denen wir nicht direkt in Konkurrenz stehen. Aber in einer intensiven Kooperation sehe ich zurzeit kaum einen wechselseitigen Nutzen.

Die Nachwuchsgewinnung bei Klinikpersonal wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Zukunft nicht einfacher. Namhafte andere Anbieter werben um dieselben Talente. Welche Strategien zur Personalgewinnung setzen Sie ein?

Unsere Dachmarkenstrategie sorgt dafür, dass alle Krankenhäuser mit einem einheitlichen Auftritt versehen sind. Das Auftreten als Konzernverbund wirkt sich auf unsere Bewerberzahlen aus. Daneben sorgen auch unser christliches Profil und die Gemeinnützigkeit dafür, dass wir für viele Mediziner als Arbeitgeber attraktiv sind. Parallel dazu versuchen wir, als Arbeitgeber mit unserem strategischen Personalmanagement das Arbeitsleben unserer Angestellten langfristig zu begleiten. Wir haben zudem die hohe Bedeutung einer attraktiven Arbeitsplatzgestaltung erkannt. Die Investitionen in neue und moderne Operationssäle etwa haben dazu geführt, dass wir sehr viele Bewerbungen von OP-Pflegekräften erhalten haben, die sich für die innova-



Dr. Markus Horneber

Dr. Markus Horneber ist ein erfahrener Gestalter im Gesundheitswesen und seit April 2012 Vorstandsvorsitzender von Agaplesion. Im Anschluss an sein Studium der Betriebswirtschaftslehre promovierte er 1994 im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Nachdem er bei Siemens als Kaufmännischer Leiter des Geschäftszweigs Standard Derivate des Geschäftsbereichs Halbleiter erste Managementenerfahrungen gesammelt hatte, war er 14 Jahre leitender Verwaltungsdirektor des Evangelisch-Lutherischen Diakoniewerks Neuendettelsau. Bis März 2012 fungierte er als Kaufmännischer Geschäftsführer der Klinikum Chemnitz gGmbH und als Aufsichtsratsvorsitzender von zehn Tochtergesellschaften des Unternehmens.

tive Gestaltung und das Ambiente dieser Arbeitsplätze begeistern konnten.

Eine Frage zum Abschluss: Was macht gerade Ihren Konzern sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter attraktiv?

In erster Linie ist es das christliche Profil und die daraus resultierende Erwartungshaltung, der wir als Unternehmen nachkommen. In unserem Unternehmen herrscht ein anderer Umgang mit den Patienten. Bei uns wird kein Patient durchgeschleust, ihm wird geholfen. Dadurch wird weniger der Konzern als das Krankenhaus wahrgenommen. So sorgen unsere christliche Tradition und qualifiziertes medizinisches Personal dafür, dass sich die Patienten gerne behandeln lassen. ■

Für mehr Qualität in deutschen Krankenhäusern

Eine Analyse verschiedener Qualitätsanreizsysteme im internationalen Vergleich

Darüber, dass die Ergebnisqualität der deutschen Gesundheitsversorgung stärker in den Mittelpunkt gerückt werden muss, sind sich Gesetzgeber, Leistungsträger und Patienten einig. Darüber, wie Leistungserbringer – insbesondere Krankenhäuser – zu mehr Qualität motiviert werden können, gehen die Meinungen aber auseinander. Es zeigt sich jedoch, dass vor allem durch Transparenz und Qualitätswettbewerb positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern erzielt werden können. Zeit also für das deutsche Gesundheitssystem, eine realistische und wirksame Lösung zu finden. Grundlage dafür ist eine objektive und verlässliche Qualitätsmessung, zum Beispiel abgeleitet aus Routinedaten.

Autoren: Prof. Dr. Volker Penter und Franziska Holler, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Qualitätswettbewerb nachhaltig stimulieren

Im freien Markt entscheidet das Zusammenspiel aus Qualität und Preis über die Nachfrage. Dieser Marktmechanismus funktioniert im Gesundheitswesen nur eingeschränkt. Aufgrund der vom Gesetzgeber ausgestalteten Krankenhausfinanzierung und -planung findet kein klassischer Preiswettbewerb unter den Krankenhäusern statt. Bleibt die Qualität. Jedoch ist zwischen den Krankenhäusern bislang kaum ein Qualitätswettbewerb zu verzeichnen.¹ Das liegt zum einen an den intransparenten Qualitätsinformationen der Krankenhäuser, zum anderen an Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern. Ärzte haben gegenüber Patienten einen Wissensvorsprung.² Vielen Patienten fällt es daher schwer, sich eine unabhängige Meinung über die Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu bilden.

Es müssen also Systeme implementiert werden, die bislang fehlende Marktmechanismen kompensieren, einen Qualitätswettbewerb stimulieren und so echte Anreize für mehr Ergebnisqualität in Krankenhäusern schaffen. Dabei ist aber nicht jedes Instrument gleich wirksam und praktikabel für das deutsche Krankenhaus-

system. Zudem muss die Hürde einer objektiven und gleichzeitig pragmatischen Qualitätsmessung überwunden werden.

Selektivverträge: Der Wettbewerb um Versorgungsverträge

Im deutschen Gesundheitssystem besteht sowohl Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt, auf dem Krankenkassen um Versicherte konkurrieren, als auch auf dem Behandlungsmarkt, auf dem aufgrund freier Krankenhaus- und Arztwahl Leistungserbringer um Patienten konkurrieren. Bislang weniger beachtet wurde, dass auch Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern Gegenstand des Wettbewerbs sein können.³

Das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung regelt die Bereitstellung der medizinischen Versorgung traditionell kollektivvertraglich, die Vergütung ist einheitlich vom Gesetzgeber geregelt. In Ergänzung dazu bieten Selektivverträge seit mehreren Jahren die Möglichkeit, dass Krankenversicherungen mit ausgewählten niedergelassenen Ärzten (zum Teil auch unter Beteiligung von Krankenhäusern) einzelne Verträge über bestimmte Versorgungsformen schließen. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzli-

chen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) hatte sich der Gesetzgeber ursprünglich für eine Stärkung der selektivvertraglichen Vereinbarungen ausgesprochen. Diskutiert wird in der Branche nun, ob Selektivverträge langfristig das bestehende Vertragssystem substituieren und auf den stationären Bereich ausgeweitet werden sollten.

Würden Selektivverträge die bestehenden Kollektivverträge ersetzen, entstünde unter den Leistungserbringern ein umfassender qualitäts- und effizienzorientierter Wettbewerb um Versorgungsverträge mit Krankenversicherungen. Die Kassen würden gleichzeitig um Versicherte werben, die dann keine freie Wahl der Leistungserbringer mehr haben, sondern sich auf das Versorgungsmodell ihrer Kasse festlegen müssten.

Ein internationales Praxisbeispiel für diese Vertragsform sind die Preferred Provider-Tarife in den Niederlanden. Im Rahmen dieser Tarife haben Patienten nur die von ihrem Versicherer vorab ausgewählten Hausärzte und Krankenhäuser zur Auswahl. Besucht ein Versicherter einen vertraglich nicht vorgesehenen Leistungserbringer, so muss er einen gewissen Prozentsatz der Kosten selbst tragen.

Wirksamkeit

Tatsächlich zeigte die Einführung der Preferred Provider-Tarife in den Niederlanden, dass durch diese Art der Vertragsvereinbarung Qualitätsdruck auf die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser, ausgeübt wird. So kündigte eine Versicherungsgesellschaft (CZ) an, dass sie aufgrund mangelhafter Qualitätsergebnisse mit bestimmten Krankenhäusern keine Versorgungsverträge mehr für die Behandlung von Brustkrebs schließen wird. Die sich daran anschließende Diskussion hatte zur Folge, dass sich die niederländische Society of Surgeons mit einer einheitli-

chen Definition von Qualitätsstandards und -indikatoren beschäftigte.⁴ Indem Versicherungen nur mit ausgewählten Versorgern ein Vertragsverhältnis eingehen, wird der Qualitätsdruck erhöht und gleichzeitig dem teils wenig informierten Patienten die Wahl des für ihn am besten geeigneten Leistungserbringers abgenommen.

Allerdings kann unter den Krankenhäusern auch ein Preiswettbewerb entstehen, um möglichst viele und für Krankenkassen kostengünstige Selektivverträge abzuschließen. Dieser Preisdruck hätte dann womöglich negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung.

Praktikabilität

Die Einführung von Selektivverträgen als Substitut zum bestehenden kollektivvertraglichen System in Deutschland ist umstritten. Abgesehen davon, dass die Wahlfreiheit der Patienten sehr eingeschränkt wäre, hätte ein rein selektivvertragliches System erhebliche Konsequenzen für den stationären Krankenhausbetrieb. Abhängig von Vertragslaufzeit und den verhandelten Preisen wären Krankenhäuser nur über einen begrenzten Zeitrahmen finanziell abgesichert. Das könnte dazu führen, dass die Amortisationszeit apparativer und baulicher Investitionen viel zu kurz wird. Lohnen sich diese Investitionen nicht mehr, so können sogar negative Einflüsse auf die Strukturqualität entstehen. Krankenhäuser sind zudem personalintensive Betriebe mit einem daraus resultierenden hohen Fixkostenanteil. Es ist für sie daher nahezu unmöglich, auf kurzfristig notwendige Kapazitätsanpassungen, die aus dem Abschluss oder der Kündigung eines Selektivvertrags resultieren, zu reagieren.⁵

Umsetzungsempfehlung

Selektivverträge können den Wettbewerb um Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenversiche-

rungen stärken und schaffen damit im Idealfall einen Qualitätsanreiz – sofern der Wettbewerb nicht über den Preis ausgetragen wird.

Selektivverträge sollten in der akuten stationären Versorgung nicht substitutiv zum bestehenden kollektivvertraglichen System eingesetzt werden. Sie sollten vielmehr als ergänzender Mechanismus zum Einsatz kommen und sich dabei auf bestimmte elektive Krankenhausleistungen beschränken. So bestehen auch die Preferred Provider-Tarife in den Niederlanden nur in Ergänzung zu den traditionellen Standardtarifen mit voller Wahlfreiheit für den Patienten.

Pay-for-Performance: Zielerreichung finanziell belohnen

Pay-for-Performance (PfP) ist ein insbesondere in der Privatwirtschaft häufig eingesetztes Instrument, um Mitarbeiter durch finanzielle Mittel zusätzlich extrinsisch zu motivieren. Im Gesundheitswesen ist PfP vor allem in angelsächsischen Ländern mit dem Ziel der Verbesserung der Ergebnisqualität in der Krankenversorgung im Einsatz.

Übliche Entgeltsysteme der Gesundheitsversorgung, insbesondere das DRG-System, vergüten eine bestimmte erbrachte Leistungsmenge. Die Qualität der Leistung bleibt jedoch meist unberücksichtigt. PfP-Programme wollen nun erreichen, dass besonders gute qualitative Leistungen finanziell belohnt oder schlechte Leistungen finanziell bestraft werden.

In den meisten Programmen wird dem Leistungserbringer (Krankenhaus oder niedergelassener Arzt) ein Bonus gezahlt, wenn bestimmte vorab vereinbarte Qualitätsziele (zum Beispiel Mortalitätsraten, Infektionsraten) erfüllt werden. Ein Beispiel ist das „Massachusetts Medicaid’s Hospital-Based PfP-Program“. Eine andere Möglichkeit ist die Beurteilung nach der relati-

ven Zielerreichung: Der Leistungserbringer erhält einen Bonus, wenn er zu den besten zehn Prozent gehört oder wenn sich seine Leistung im Vergleich zum Vorjahr verbessert hat. Es gibt auch bestrafende Vereinbarungen, die vorsehen, dass Behandlungen für Patienten, die während ihres stationären Krankenhausaufenthalts an einer vermeidbaren Infektion erkranken, nicht mehr bezahlt werden. Ein Beispiel sind Vereinbarungen im Rahmen des amerikanischen Medicare-Programms. In Deutschland kommt PfP insbesondere im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle (IV) zum Einsatz. Ein Beispiel ist der IV-Vertrag der Techniker Krankenkasse bei schwerem chronischen Kopfschmerz: Kehrt ein Patient innerhalb von acht Wochen nach Krankenschreibung in den Job zurück, erhält der behandelnde Arzt einen Bonus, andernfalls einen Malus.

Wirksamkeit

Auch wenn PfP-Modelle insbesondere in angelsächsischen Ländern häufig im Rahmen der Vergütung ambulanter und stationärer Leistungserbringung implementiert wurden, bleibt ihre Wirkung umstritten. Studien, die die Auswirkungen von PfP-Programmen auf die Qualität der Leistungserbringung untersuchen, zeigen gemischte Ergebnisse. Ein eindeutiger statistischer Nachweis über die Wirkung von PfP fehlt bislang.⁶

Tatsächlich ist die motivierende Wirkung von PfP umstritten, denn finanzielle Anreize können auch gegenteilige Effekte bewirken und zu einem Produktivitäts- oder Qualitätsrückgang führen. Das trifft insbesondere dann zu, wenn externe finanzielle Anreize die eigene intrinsische Motivation verdrängen. Ist der finanzielle Anreiz zu einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung dann nicht hoch genug, gehen Motivation und damit der Standard der Leistungserbringung zurück.⁷

Praktikabilität

Ähnlich umstritten ist die praktische Umsetzung des Konzepts. Wichtiges Argument ist hierbei die Finanzierung. Um Boni oder andere Anreize zu finanzieren, sind zusätzliche finanzielle Mittel notwendig, die entweder dem Gesamtbudget entnommen oder zusätzlich bereitgestellt werden müssen. Werden die Mittel dem Gesamtbudget entnommen, handelt es sich um ein Nullsummenspiel: Gewinne des einen bedeuten automatisch Verluste des anderen. Wird einzelnen Leistungserbringern aber Geld abgezogen, so wird das politische Widerstand erzeugen und wirkt zusätzlich demotivierend. Beides ist wenig qualitätsfördernd.⁸

Sollen finanzielle Mittel zusätzlich bereitgestellt werden, so müssen die Kostenträger davon überzeugt sein, dass die zusätzliche Vergütung auch den erhofften Qualitätsnutzen bringt. Zudem müssen die finanziellen Mittel ausreichend hoch sein, um für stationäre Leistungserbringer einen tatsächlichen Anreiz zu schaffen.

Umsetzungsempfehlung

Finanzielle Anreizsysteme – sofern richtig implementiert – können dennoch sinnvolle Instrumente zur Qualitäts- und Leistungssteigerung sein, wenn zum Beispiel⁹

- grundsätzlich die Motivation zur Qualitätssteigerung vorhanden ist, aber die finanziellen Mittel für exzellente Qualität nicht ausreichen oder
- spezielle Versorgungsformen gezielt gefördert werden sollen.

Insbesondere in der Förderung spezieller Versorgungsformen oder im Rahmen bestimmter Behandlungsmodelle kann PfP wertvolle Anreize schaffen. Durch gezielten Einsatz kann durch eine finanzielle Belohnung die Verfolgung bestimmter Ziele erwirkt werden. Durch finanzielle Anreize bei

erfolgreicher Behandlung wird für Leistungserbringer so zum Beispiel die Attraktivität integrierter Versorgungsmodelle gesteigert.

Ranglisten: Wettbewerb durch Transparenz

Ranglisten sind vor allem aus dem Sport bekannt. Aber auch im Bereich der Produktbewertung kommen sie zum Einsatz: Welches Produkt hat das beste Preis-Leistungs-Verhältnis, welches die längste Nutzungsdauer? In der deutschen Gesundheitsversorgung sind bereits erste Ansätze vorhanden: Im Rahmen der strukturierten Qualitätsberichte werden Daten zu bestimmten objektiven Qualitätsindikatoren veröffentlicht, auf dem Portal Qualitätskliniken.de wird von einzelnen privaten Klinikkonzernen ein qualitätsorientierter Klinikführer angeboten und einzelne Zeitschriften veröffentlichen individuelle Rankings. Jedoch existiert kein umfassendes und weitergehend bekanntes Vergleichsportal, das Daten transparent und für den Patienten nachvollziehbar aufbereitet.

Dabei kann eine verständliche und transparente Offenlegung von Qualitätsergebnissen als indirektes PfP-Modell funktionieren: Patienten entscheiden sich für das qualitativ beste Krankenhaus, das dann für die Behandlung die entsprechende Leistungspauschale erhält. Kann ein Krankenhaus aufgrund zu schlechter Qualitätsergebnisse nicht mehr ausreichend Patienten anziehen, verschlechtert sich die finanzielle Situation des Hauses. Um langfristig auf dem Markt zu überleben, ist es also gezwungen, das eigene Qualitätsergebnis zu optimieren. Qualitativ gute Häuser werden so finanziell belohnt, schlechtere Häuser bestraft. Zusätzlich entsteht auch ein hausinterner Leistungsdruck, denn kein Geschäftsführer eines Krankenhauses möchte sein Haus als Schlusslicht einer Vergleichstabelle sehen.

Wirksamkeit

Dass Ranglisten ein wirkungsvolles Instrument zur Qualitäts- und Leistungssteigerung sind, zeigt eine Studie zur Performance amerikanischer Krankenhäuser.¹⁰ Untersucht wurden zwei Vergleichsgruppen mit unterschiedlichen Qualitätsergebnissen. Über den Untersuchungszeitraum gleichen sich parallel zur Einführung der Hospital Compare-Website die Qualitätsergebnisse der Vergleichsgruppen an, das heißt, die schlechtere Vergleichsgruppe hatte die Qualitätslücke geschlossen. Viele Krankenhäuser äußerten sich hierzu, dass sie im Qualitätsvergleich nicht durch besonders schlechte Ergebnisse auffallen wollten. Sie hatten daher Maßnahmen eingeleitet, um die Qualitätslücke zu schließen.

Praktikabilität

Voraussetzung für die Ableitung von Ranglisten ist, dass die Qualitätsdaten tatsächlich transparent, für den Patienten verständlich und leicht zugänglich veröffentlicht werden. Eine Veröffentlichung kann zum Beispiel online auf einer vom Gesundheitsministerium verwalteten Website erfolgen sowie zusätzlich im Rahmen eines jährlichen Qualitätsreports, der dann über einweisende Arztpraxen insbesondere älteren Patienten zur Verfügung gestellt werden kann. Größte Hürde ist – wie bei allen Anreizinstrumenten – die Definition objektiver Qualitätsindikatoren und ihre Messung.

Umsetzungsempfehlung

Die transparente Offenlegung von Qualitätsergebnissen und der Qualitätsvergleich von Krankenhäusern im Rahmen von Rankings ist eine praktikable Lösung, um echten Qualitätsdruck auszuüben und damit Leistungsverbesserungen zu erzielen. Sie ist anwendbar für den gesamten akutstationären Krankenhausbereich und kann um den ambulanten oder post-

Abbildung 4

Qualitätsanreizsysteme im Vergleich

Quelle: KPMG

	Selektivverträge	Pay-for-Performance	Ranglisten
Wirksamkeit	+ Positiver Einfluss auf Qualität, allerdings besteht die Gefahr eines Preiswettbewerbs	+/- Gemischter Einfluss auf Qualität	++ Positiver Einfluss auf Qualität
Praktikabilität	- Einsatz als Substitut zum kollektivvertraglichen System birgt Risiken	+/- Ausgestaltung im DRG-System kostenaufwendig	++ Leicht verständlich und informativ für Patienten, erzeugt Transparenz
Umsetzungs- empfehlung	Ja, ergänzend zum kollektiv- vertraglichen System und für elektive Leistungen	Ja, selektiv zur Zielerreichung und Förderung bestimmter Versorgungsformen	Ja, für den akutstationären Bereich und darüber hinaus

akuten Bereich erweitert werden. Sie ist nicht nur Qualitätsanreiz für Krankenhäuser, sondern auch wichtiges Instrument, um den sonst unmündigen und schlechter informierten Patienten zu stärken. (Abbildung 4)

Mehr Qualität durch Transparenz

Jedes der diskutierten Systeme offenbart Vor- und Nachteile hinsichtlich Wirksamkeit und Praktikabilität. Die größte und nachhaltigste Wirkung auf die Ergebnisqualität verspricht jedoch eine Kombination der Systeme.

Notwendige Voraussetzung für die Funktionalität dieser Systeme ist die Messung der Ergebnisqualität – nach subjektiven und objektiven Kriterien. Die Ergebnisqualität ist nicht leicht zu erfassen, da sie von mehreren Faktoren abhängig ist. Der Behandlungserfolg ist nicht allein von der Qualität der medizinischen Versorgung abhängig, sondern auch von der Compliance des Patienten. Zudem können durch Qualitätsmessung falsche Anreize gesetzt werden. Ein Krankenhaus könnte sich nur noch auf die in der Qualitätsmessung erfassten Kriterien konzentrieren und die übrigen Bereiche vernachlässigen. Umso wichtiger ist es, dass Qua-

litätsindikatoren ein möglichst breites Feld abdecken und zusätzlich die subjektive Einschätzung der Patienten eingeholt wird.

Es gilt nun, bereits bestehende Ansätze der Qualitätsmessung zu optimieren, sodass die Ergebnisqualität der deutschen Krankenhäuser

- sowohl anhand objektiver als auch subjektiver Indikatoren messbar wird,
- verlässlich dargestellt wird, indem Qualitätsindikatoren zum Beispiel aus Routinedaten abgeleitet werden, sowie
- nachvollziehbar und verständlich für Patienten wird.

Denn nur so lässt sich die Transparenz erhöhen, ein Wettbewerb stimulieren und damit die Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern verbessern. ■

- 1 Busse, R. (2009): Wettbewerb im Gesundheitswesen – eine Gesundheitssystemperspektive. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103 (10), S. 608–615
- 2 Schneider, U. (2003): Erfolgsorientierte Arzthonorierung und asymmetrische Information. Universität Bayreuth. Diskussionspapier 16-03. November 2003, S. 4–5
- 3 Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Wiso Diskurs (März 2011)
- 4 Maarse, H. (2011): Dutch health reform at a crossroads. In: Health Care Cost Monitor, 2011 (7 June): S. 6–7
- 5 Laufer, R./Heins, D./Wörz, M./Meissner, S./Derix, F./Georgi, A./Koerdt, S./Mörsch, M./Jaeger, C. (2010): Selektiv statt kollektiv? Warum Selektivverträge dem Gesundheitssystem nicht helfen. In: Das Krankenhaus, 10, S. 921–931
- 6 James, J. (2012): Pay-for-Performance. In: Health Affairs. Health Policy Brief (October 2012)
- 7 LeGrand, J. (1995): Knights, Knaves or Pawns? Human Behaviour and Social Policy. In: Journal of Social Policy, 26 (2): S. 149–169
- 8 Hildebrandt, H./Richter-Reichhelm, M./Trojan, A./Glaeske, G./Hesselmann, H. (2009): Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. In: Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, 58 (7), S. 154–160
- 9 Veit, C./Hertle, D./Bungard, S./Trümner, A./Ganske, V./Meyer-Hofmann, B. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- 10 Werner, R.M./Kolstad, J.T./Stuart, E.A./Polsky D. (2011): The Effect of Pay-for-Performance in Hospitals: Lessons for Quality Improvement. In: Health Affairs 30 (4), S. 690–698

Restrukturierung durch Working Capital Management

Vor dem Hintergrund der jüngsten gesundheitspolitischen Entwicklungen steuern viele Krankenhäuser direkt auf eine existenzbedrohende Liquiditätskrise zu, die durch Zahlungsschwierigkeiten beziehungsweise sogar durch eine (drohende) Zahlungsunfähigkeit gekennzeichnet ist. In einer solchen Situation hat sich ein effektives Working Capital Management als wertvolle Restrukturierungsmaßnahme zum Ausschluss der Insolvenzgefahr und zur Sicherung der Unternehmensfortführung in der Praxis bewährt.

Autoren: Dr. Nicolas Krämer, Kaufmännischer Geschäftsführer der Städtischen Kliniken Neuss – Lukaskrankenhaus – GmbH und Lehrbeauftragter der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH, Essen; Jannis Pulm und Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Köln und München

Working Capital Management

In Liquiditätskrisen richten Krankenhäuser den Fokus häufig zunächst auf Maßnahmen zur Reduzierung von Kosten. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass sie sich erst mit einer erheblichen Zeitverzögerung positiv auf die Zahlungsmittel auswirken. Im Unterschied dazu lässt sich jedoch durch eine Optimierung des Working Capital bereits in kurzer Zeit ein positiver Liquiditätseffekt erzielen, der maßgeblich zur Unternehmensfortführung beiträgt.

Dabei ermittelt sich das Working Capital aus dem Saldo der kurzfristig liquidierbaren Aktiva – in der Regel dem betrieblichen Umlaufvermögen – und der kurzfristigen Passiva des Krankenhauses. Es stellt somit den Überschuss des Umlaufvermögens dar, der nicht zur Finanzierung des kurzfristigen Fremdkapitals benötigt wird und dem Krankenhaus im Produktionsprozess frei zur Verfügung steht.

Restrukturierungsmaßnahmen im Bereich des Working Capital haben die Aufgabe, ein optimales Verhältnis zwischen den kurzfristigen Forderungen und Verbindlichkeiten herzustellen und die Durchlaufzeit des im Umlaufvermögen gebundenen Kapitals so gering wie möglich zu halten. Die Komplexität der betrieblichen Zahlungsströme wird verringert, sodass sie an Transparenz gewinnen. Das führt dazu, dass Zahlungseingänge und -ausgänge

mit dem Ziel einer möglichst geringen Kapitalbindung gesteuert werden können. Anhand der dabei kurzfristig generierten Überschüsse lassen sich bestehende Liquiditätsengpässe und -lücken schließen, sodass die Überlebensfähigkeit des Krankenhauses zunächst gesichert wird. Gleichzeitig wird die Innenfinanzierungskraft des Krankenhauses gestärkt und die Bilanzstruktur durch eine Rückführung von Fremdkapital optimiert. Das wiederum spiegelt sich in einer besseren Bonität sowie in niedrigeren Fremdkapitalkosten wider und schafft schließlich Vertrauen bei Kapitalgebern in künftigen Finanzierungsentscheidungen. Langfristig führen die Maßnahmen des Working Capital Management schließlich zu einer Optimierung der gesamten finanziellen Wertschöpfungskette des Krankenhauses.

Steuerung des Working Capital in der Krise

Zur Aufdeckung der sogenannten Cash Burner und der liquiditätswirksamen Stellschrauben in den zentralen Krankenhausprozessen empfiehlt sich zunächst die Analyse aussagekräftiger Kennzahlen. Im Zuge eines Benchmarkings sollten sie mit einer repräsentativen Vergleichsgruppe verglichen werden, um Abweichungen und Ursachen tiefergehend analysieren zu können.

Zur Messung der Kapitalbindung in den debitorischen und kreditorischen

Krankenhausprozessen haben sich die Kennzahlen der Forderungs- beziehungsweise Lieferantenreichweite (Days Sales Outstanding – DSO beziehungsweise Days Payables Outstanding – DPO) etabliert. Sie lassen sich zudem anhand der durchschnittlichen Kapitalbindung zusammenfassen und geben somit die Zeitspanne an, für die das Umlaufvermögen gebunden ist und nicht frei verwendet werden kann. Aktuelle Auswertungen der KPMG Datenbank Krankenhaus 300® zufolge beläuft sich die durchschnittliche Kapitalbindung der Krankenhäuser auf rund neun Tage. Mit anderen Worten: Krankenhäuser müssen ihre erzielten Umsätze durchschnittlich über einen Zeitraum von neun Tagen vorfinanzieren, mit der Folge, dass ihnen überlebensnotwendige liquide Mittel fehlen. Dieser Zeitraum verlängert sich in der Regel noch in erheblichem Maße, wenn die Zeitspanne zwischen der Entlassung des Patienten und der Fallfreigabe/Vidierung beziehungsweise der Fakturierung (sogenannte Pre-DSO) berücksichtigt wird.

Ablauf einer Working Capital-Optimierung im Krankenhaus

Als erstes empfiehlt es sich in Projekten zur Working Capital Optimierung stets, bei allen Beteiligten für Problembewusstsein und Transparenz zu sorgen. Zudem ist es sinnvoll, das Working Capital über geeignete Kennzahlen zu steuern und sie in das (Monats-)Reporting des gesamten Krankenhauses sowie der einzelnen Fachbereiche zu implementieren.

Wichtig ist, dass eine höhere Geschwindigkeit der Dokumentations- und Abrechnungsprozesse nicht durch Einbußen bei der Kodierqualität teuer erkauft wird. Daher sollte sie in die Betrachtung einfließen. Zur Senkung der Pre-DSO ist eine ganzheitliche Prozessbetrachtung der Dokumentation und Kodierung und mithin

des Laufs der Patientenakte erforderlich. In vielen Häusern organisiert sich jede Fachabteilung individuell, von einheitlichen Dokumentationsprozessen kann häufig keine Rede sein. So ist es nicht ungewöhnlich, wenn für einzelne Fachabteilungen eines Hauses die Kodierung auf Basis des Arztbriefes erfolgt, in anderen dem Medizin-Controlling die gesamte Patientenakte zur Verfügung steht. Das Verfahren sollte einheitlich geregelt werden. Kodiergrundlage sollte stets die Akte sein, die nach einem vorgegebenen Schema sortiert sein sollte. Von überflüssigen Dokumentationen, die die Komplexität erhöhen, zum Beispiel mittels Post-it-Zetteln, wird dringend abgeraten – stattdessen sollte unter Einhaltung der medizinrechtlichen und haftungstechnischen Rahmenbedingungen das Motto „KISS“ („Keep It Short, Stupid“) gelten. Die Praxis zeigt immer wieder, dass bezüglich der Dokumentation und Kodierung erhebliche interne Widerstände aus dem „weißen Bereich“ kommen, die aus dem Selbstverständnis des ärztlichen Berufsbildes entstammen, das die Fürsorge um den Patienten im

Fokus sieht und in dem Dokumentations- und Abrechnungsfragen als lästig angesehen werden. Daher ist es umso wichtiger, ein entsprechendes Problembewusstsein zu etablieren und entsprechende Maßnahmen mit Fingerspitzengefühl und geeigneter Kommunikation einzuführen.

Strategisches Debitorenmanagement

Die DSO verbessert man über ein strategisches Debitorenmanagement, das den regelmäßigen Versand von Mahnungen – nicht erst nach 30, 60 und 90 Tagen, sondern deutlich früher – sowie die Kooperation mit Inkassodienstleistern vorsieht. Auch die Abfrage von Bonitätsinformationen von bestimmten Patienten vor der Elektivaufnahme ins Haus kann zur Optimierung der Forderungsreichweite beitragen. Die großen Inkassobüros bieten mittlerweile auf Knopfdruck den Service an, Patientenstammdaten mit Schuldnerdatenbanken abzugleichen.

Während die Optimierung von Pre-DSO und DSO in der Regel das Ergebnis eines langen und beschwerlichen

Weges ist, besteht bei der Verbesserung der DPO die Möglichkeit, „Quick Wins“ zu realisieren. Hier können Liquiditätspotenziale nämlich blitzartig von einem Monat auf den nächsten ausgeschöpft werden. Hierzu sollten sämtliche Lieferanten einen Brief erhalten, in dem das Krankenhaus neue Zahlungskonditionen – deutliche Verlängerung der Zahlungsziele und Erhöhung der Skontosätze – vorgibt. Bestimmte, besonders sensible Lieferanten sollten hierbei außen vor gelassen werden. Auch hier ist also Fingerspitzengefühl gefragt.

Eine *Conditio sine qua non* gilt für alle Kennzahlen. Sie besteht in der Vorgabe realistischer Zielwerte und der verbindlichen Einforderung der Zielerreichung durch die Geschäftsleitung. Ist sie gewährleistet, stellt sich der Projekterfolg schnell ein.

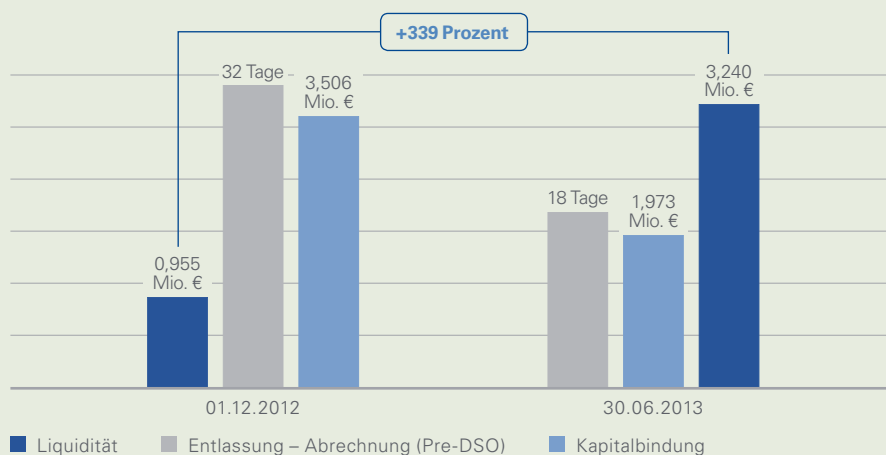
Das Projektbeispiel in Abbildung 5 verdeutlicht eindrucksvoll, wie wirksam Working Capital Management sein kann. Die durchgeführten Maßnahmen zur Optimierung des Working Capital führten in diesem Haus der Grund- und Regelversorgung zu einer deutlichen Verbesserung der Liquidität bei einer gleichzeitigen Verringerung der Kapitalbindung.

Fazit

Ein effektives Working Capital Management leistet einen wesentlichen Beitrag, um aus Liquiditätskrisen herauszukommen oder sie zu vermeiden. Die Potenziale sind enorm und werden trotz abnehmender öffentlicher Fördermittel und eines immer stärker wachsenden Investitions- und Instandhaltungsschubs von vielen Klinikmanagern immer noch unterschätzt. Zur Existenzsicherung eines Krankenhauses leisten die im Rahmen des vorliegenden Artikels beschriebenen Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag. ■

Abbildung 5
Projekterfolg in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung (Projektbeispiel)

Quelle: Krämer, Pulm, Friedrich (2014): Raus aus der Krise: Wie Krankenhäuser liquide bleiben. In: f&w, 7, S. 658–661



Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V

Eine Möglichkeit zur sektorübergreifenden Tätigkeit

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung wird im Abschnitt „Gesundheit und Pflege“ gleich zu Beginn das Ziel der Gesundheitsversorgung definiert: „Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung.“ Bereits seit geraumer Zeit wird auch das ambulante Operieren im Krankenhaus als Baustein einer solchen Gesundheitspolitik genannt. Nachfolgend sollen deshalb die rechtlichen Rahmenbedingungen für das ambulante Operieren dargestellt werden.

Autoren: Dr. Silke Dulle und Dr. Ulrich Thölke, KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Berlin

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und der Einführung des § 115b in das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) wurde es möglich, ambulante Operationen in Krankenhäusern durchzuführen.¹ Ambulante Operation heißt, der Patient verbringt die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus.² Vor Einführung von § 115b SGB V erfolgten Operationen in Krankenhäusern im Rahmen der vollstationären Behandlung. Eine vollstationäre Behandlung liegt vor, wenn sich die Behandlung im Krankenhaus mindestens über einen Tag und eine Nacht erstreckt.³

Wie die anderen Vorschriften im vierten Abschnitt von Kapitel vier des SGB V, dient auch § 115b einer (weiteren) Durchbrechung der zuvor strikten Trennung von ambulantem und stationärem Sektor.⁴ Der ambulante Sektor war lange Zeit den niedergelassenen Vertragsärzten vorbehalten, während sich das Tätigkeitsgebiet der Krankenhäuser auf die stationäre Versorgung der Patienten erstreckte und zugleich beschränkte.

Die Durchführung ambulanter Operationen stellt für Krankenhäuser ein interessantes und zukunftsorientiertes Tätigkeitsfeld dar. Es gezielt zu etablieren und auszuweiten kann auch dazu beitragen, Umsatzeinbußen aus wegfallenden stationären Behandlungen zu kompensieren. Ambulantes Operieren bietet zudem die Möglichkeit, die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten auszubauen.

AOP-Katalog

Der Katalog „Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe“, kurz AOP-Katalog regelt abschließend, welche Leistungen von Krankenhäusern ambulant erbracht werden dürfen. Festgelegt wird dieser Katalog in einem Vertrag, der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen wird. Der Vertrag regelt zudem die einheitliche Vergütung der Krankenhäuser und Vertragsärzte, die die im Katalog aufgeführten Leistungen sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit erbringen. Nach § 14 AOP-Vertrag hat das Krankenhaus bei den ambulant zu erbringenden Operationsleistungen den jeweiligen Facharztstandard einzuhalten.

Teilnahme des Krankenhauses

Krankenhäuser sind gemäß § 115b Abs. 2 S. 1 SGB V gesetzlich zugelassen, ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe durchzuführen. Konstitutive Voraussetzung für die Teilnahme ist lediglich eine Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Die Mitteilung muss gemäß § 1 AOP-Vertrag eine Benennung der einzelnen vom Krankenhaus

zu erbringenden Leistungen auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs sowie die zugehörigen abteilungsbezogenen Leistungsbereiche enthalten. Weitere Voraussetzung ist, dass die Leistungen, die das Krankenhaus nach § 115b SGB V anbieten will, grundsätzlich auch im vollstationären Bereich des Krankenhauses erbracht werden, das heißt, auch zum Leistungsspektrum des Krankenhauses gehören (§ 1 Abs. 1 AOP-Vertrag).⁵

Das Krankenhaus kann selbst entscheiden, welche Leistungen es im Rahmen des ambulanten Operierens und der stationersetzenden Eingriffe nach § 115b SGB V erbringen möchte. Es ist insoweit nicht verpflichtet, alle im Katalog aufgeführten Leistungen anzubieten.⁶ Als Folge der erteilten Zulassung ist der Krankenhausträger allerdings zur ambulanten Leistungserbringung in Bezug auf die angebotenen AOP-Katalogleistungen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet.⁷

Erbringung durch Vertragsärzte

Es war lange Zeit umstritten, ob die Krankenhäuser Leistungen aus dem AOP-Vertrag durch nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte erbringen und abrechnen dürfen. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde zunächst durch Einführung des § 20 Abs. 2 S. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) die gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und Vertragsarzt für zulässig erklärt.

Im März 2011 entschied das Bundessozialgericht⁸ allerdings, dass die Einführung von § 20 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV nicht darauf schließen lasse, dass eine Kooperationsmöglichkeit nunmehr mit jedem Vertragsarzt erlaubt sei. Die Erbringung ambulanter Operationsleistungen des AOP-Katalogs durch Vertragsärzte sei vielmehr nur dann zulässig, wenn sie zugleich beglänztlich in dem Krankenhaus tätig

sind.⁹ Die Erbringung von Leistungen durch nicht beim Krankenhaus angestellte niedergelassene Vertragsärzte sei dagegen von § 115b SGB V beziehungsweise den Regelungen des AOP-Vertrags nicht umfasst.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, kurz: GKV-VStG)¹⁰ wurde zum 1. Januar 2012 § 115b Abs. 1 S. 3 SGB V¹¹ eingeführt. Mit dieser Erweiterung wurde die gesetzliche Grundlage für die Zulässigkeit einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten bei ambulanten Operationen geschaffen, die mit Einfügung von § 7 Abs. 4 S. 3 AOP-Vertrag umgesetzt wurde. Auch bei der Erbringung von AOP-Leistungen durch einen beim Krankenhaus nicht beschäftigten niedergelassenen Vertragsarzt liegt die Verantwortung für die Einhaltung des Facharztstandards beim Krankenhaus.

Vergütung durch die Krankenkassen

Die AOP-Leistungen werden nicht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern gemäß § 115b Abs. 2 S. 4 SGB V unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet. Grund hierfür ist, dass die zugelassenen Krankenhäuser nicht am Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V teilnehmen.¹² Das ambulante Operieren im Krankenhaus bleibt Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.¹³ Bei Beteiligung eines Belegarztes erfolgen die Abrechnungen allerdings im Wege einer sogenannten gespaltenen Abrechnung auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung, vergleiche § 18 Abs. 3 S. 1 AOP-Vertrag.

Die Vergütung der Leistungen durch die Krankenkassen erfolgt gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung. Das

Sozialgericht Berlin¹⁴ hat diese Regelung des AOP-Vertrags allerdings für rechtswidrig erklärt. In Folge ist sie derzeit gemäß § 7 Abs. 1 S. 2 AOP-Vertrag bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung der Sache ausgesetzt.

Gemäß § 115b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V erhalten Krankenhäuser und Vertragsärzte eine einheitliche Vergütung für die Erbringung von AOP-Leistungen. Hierdurch sollen gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen geschaffen und eine Benachteiligung der operativ tätigen Vertragsärzte vermieden werden.¹⁵ Die gesetzliche Vorgabe einer einheitlichen Vergütung soll zudem bewirken, dass es auch für die Kostenträger ohne Bedeutung ist, ob eine bestimmte ambulante Operation in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt wird.

Fazit

Paragraf 115b SGB V öffnet den Markt der ambulanten Operationen für Krankenhäuser unter Festlegung bestimmter Rahmenbedingungen. Die Regelung bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, ihr Leistungsspektrum im ambulanten Bereich (weiter) auszubauen und sollte – bei entsprechender Ressourcenlage – daher in die strategischen Überlegungen eines jeden Trägers bei der Ausrichtung seiner Einrichtung mit einfließen. Das erscheint auch unter dem Gesichtspunkt empfehlenswert, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts zukünftig mit einer Erweiterung des AOP-Katalogs bei gleichzeitigem Rückgang stationärer Behandlungsfälle zu rechnen ist.

Paragraf 115b SGB V verstärkt zwar den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und ambulant operierenden Vertragsärzten. Ambulantes Operieren bietet den Krankenhäusern aber gleichzeitig die Möglichkeit, Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten einzuge-

hen beziehungsweise auszubauen und sie gezielt in die Leistungserbringung im Krankenhaus einzubinden. ■

1 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992, BGBl. I, S. 2266
2 Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 4. März 2004 – B 3 KR 4/03 R; Schreiber H.-W./Schriebers K.-H. (1993): Möglichkeiten und Grenzen des „ambulanten“ Operierens in Praxis und Klinik. In: Deutsches Ärzteblatt 90, Heft 22, S. 1668; Thomaes. In: Ratzel/Luxemburger, Handbuch Medizinrecht, § 30, Rn. 336
3 BSG, Urteil vom 4. März 2004 – B 3 KR 4/03 R
4 Grünh. In: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 115b, Rn. 3
5 Rochell/Bunzemeier/Roeder: Ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V – eine Einstiegshilfe (II). In: das Krankenhaus 04/2004, S. 270
6 Grünh. In: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 115b, Rn. 12
7 Köhler-Hohmann, jurisPK-SGB V, Rn. 35
8 BSG, Urteil vom 23. März 2011 – B 6 KA 11/10 R
9 Ebenda
10 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. I, S. 2983
11 § 115b Abs. 1 S. 3 SGB V lautet: „In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“
12 Becker. In: Becker/Kingreen, § 115b, Rn. 14, 4. Auflage 2014
13 Huster. In: Huster/Kaltenborn, Praxishandbuch des Krankenhausrechts, § 6, Rn. 43, 1. Auflage 2010
14 SG Berlin, Urteil vom 19. Januar 2011 – S 79 KA 977/06
15 BSG, Urteil vom 11. April 2002 – B 3 KR 25/01 R; Grünh. In: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 115b, Rn. 9

Ein selbstständiges Leben im Alter durch technische Assistenz?

Eine Analyse des Ambient Assisted Living (AAL) in der Pflege

Mit dem zunehmenden Fortschritt und der voranschreitenden Verbreitung von technischen Systemen im Pflegesektor verändert sich auch die Sichtweise darauf, wer als Akteur handelt und was soziales Handeln auszeichnet. Die steigende Anzahl an älteren und pflegebedürftigen Menschen sowie der Mangel an Pflegefachkräften machen die Entwicklung von technischen Pflegeassistenzsystemen notwendig und der Umgang mit der neuen Technik braucht wiederum Erklärung.

Autoren: Olaf Beckmann und Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Einleitung

Der demografische Wandel ist in Deutschland keine Zukunftsvision mehr. Prognosen gehen davon aus, dass im Jahr 2030 auf 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis 65 Jahre) bereits mehr als 50 Personen im Rentenalter (ab 65 Jahre) entfallen, 2009 waren es noch 34.¹ Langfristig führt diese Entwicklung zu einer stark wachsenden Anzahl von Menschen im höheren Lebensalter, die der Pflege und stationären Behandlung bedürfen.² Bei einem anhaltenden Rückgang beziehungsweise bei einer Stagnation der Bevölkerungsentwicklung liegt der Anteil der Menschen, die das 60. Lebensjahr überschritten haben, im Jahr 2050 bereits bei 40 Prozent der Gesamtbevölkerung.³ Die Folgen für den Pflegesektor sind herausfordernd: Berechnungen gehen von einer Zunahme pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2020 von knapp einem Drittel und bis zum Jahr 2030 von 50 Prozent aus.⁴ Aus heutiger Sicht kann dieser Pflegebedarf nur unzureichend bewältigt werden. Die Versorgungslücke, die durch die Zunahme des Pflegebedarfs um 50 Prozent und das Fehlen von etwa einer halben Million Pflegevollzeitkräften entsteht, wird nicht zu schließen sein.⁵ Die Folge: Ein flächendeckender Mangel an qualifiziertem und geeignetem Pflegepersonal.

Technische Assistenzsysteme als Lösung? Das Konzept von Ambient Assisted Living (AAL)

In der anhaltenden Debatte um wirkungsvolle Alternativmöglichkeiten in der Pflege werden insbesondere Assistenzsysteme für ältere Menschen in Betracht gezogen. Unter das sogenannte „Ambient Assisted Living“ (AAL) fallen „intelligente Umgebungen, die sich selbstständig, proaktiv und situationsspezifisch den Bedürfnissen und Zielen des Benutzers anpassen, um ihn im täglichen

Leben zu unterstützen“.⁶ Dabei sollen die altersgerechten Assistenzsysteme dem Pflegebedürftigen möglichst lange einen eigenständigen und selbstbestimmten Alltag in seiner privaten Umgebung ermöglichen. Anwendungsbereiche lassen sich dabei unter anderem in der ambulanten Pflege, in Alten- und Pflegeheimen finden.⁷ (Abbildung 6)

Eigenständiges Wohnen im Alter durch Konzepte des AAL

Häufig steht beim AAL die Konzeptidee des häuslichen Wohnens im Fokus. Übergeordnetes Ziel der installierten technologischen Hilfsmittel ist es, die Chance des Bewohners auf Individualität, Selbstbestimmtheit und Eigenständigkeit in der eigenen Wohnung so lange wie möglich zu erhalten. Auf diese Weise wird die gewohnte Umgebung des eigenen Wohnraums zu einem „weiteren Gesundheitsstandort“.⁸ Dieser Ansatz entspricht

Abbildung 6

Möglichkeiten und Funktionsweisen von AAL-Lösungen

Quelle: KPMG, in Anlehnung an Aarts, Emile (2004): Ambient Intelligence: A multimedia perspective. In: MultiMedia, IEEE, 11 (1), S. 12–19

Typische Aspekte von AAL-Lösungen	Möglichkeiten und Funktionsweisen
Vernetzend	Einbettung von Informations- und Kommunikationssystemen in die Umwelt des Nutzers; nicht direkt sichtbare Unterstützung aus dem Hintergrund
Kontextspezifisch	Reaktion auf spezifische Situationen durch die Aufnahme und Analyse von Daten, die eigenständig durch das System gesammelt werden
Persönlich	Anpassung auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Nutzers
Antizipativ	Selbstständiges Erkennen der Bedürfnisse des jeweiligen Nutzers
Adaptiv	Flexible Anpassung der Geräte auf die Bedürfnisse des jeweiligen Nutzers
Mögliche Anwendungsbereiche	Einsatz als unsichtbare Altenpfleger auf Basis moderner Mikrosystem- und Kommunikationstechnik oder als Formen der Kommunikationstechnik, die die Teilhabe am sozialen Umfeld und der Gesellschaft ermöglichen



den gesellschaftlichen Wünschen. Eine Forsa-Umfrage ergab, dass die Mehrzahl der Deutschen in ihren eigenen vier Wänden alt werden möchte.⁹ Neun von zehn Bundesbürgern würden demnach im Alter Hilfsmittel und Dienstleistungen wie ambulante Pflege, Hausnotruf oder eine altersgerechte Ausstattung der Wohnung nutzen, um so den Umzug in ein Heim zu vermeiden.

Die langfristige Eigenständigkeit in den eigenen vier Wänden kann eine sogenannte „mitalternde Wohnung“¹⁰ verwirklichen. Zu diesem Zweck werden bautechnische Maßnahmen, die Barrieren reduzieren und barrierearme Zugänge zu den Wohnungen schaffen, mit technischen Unterstützungsleistungen kombiniert. Installierte Notrufsysteme, elektronisch verschließbare Türen und Fenster oder automatische Überwachungs- und Abschaltssysteme von Herd und Licht sind nur einige Beispiele. Im höheren Alter können zudem zusätzlich Systeme zur Vitaldatenüberwachung, telemedizinische Dienste, Füllstandsmelder zum eigenständigen Stoppen des Wasserzulaufs

oder Sturzmelder installiert werden. Den Kern der technischen Dienstleistungen bildet ein nicht sichtbar in die Wohnung integriertes Assistenzsystem, das die vorhandenen technischen Systeme miteinander vernetzt und bei Bedarf steuernd eingreift, wenn der Bewohner nicht mehr in der Lage ist, selbst zu reagieren. Den Umgang mit der Technik soll sich der Bewohner eigenständig aneignen können; ein technisches Sachverständnis ist keine Voraussetzung, um die Wohnung zu nutzen.

Die Beziehung zwischen Mensch und technischem System: Wer handelt?

Abschaltssysteme, Heizungssteuerung, automatische Lichtsteuerung und Vitalüberwachung: Offensichtlich treffen pflegerische Assistenzsysteme zahlreiche Entscheidungen und vollziehen Handlungen in einer Weise, die bislang ausschließlich in der Verantwortung menschlicher Akteure lagen.¹¹ Es bleiben aber entscheidende Fragen offen: Wie sind die Handlungen

verteilt? Handelt die Person, der Bewohner innerhalb seiner Wohnung alleine? Handelt etwa ausschließlich das technische System, autonom und unsichtbar im Hintergrund? Oder handeln Person und System gemeinsam? Zur Beantwortung dieser Fragen soll als illustrierendes Beispiel die automatische Erinnerung an die Medikamenteneinnahme durch ein technisches System dienen.

Im Fall dieses Assistenzsystems innerhalb der Wohnung kann von einem intelligenten Objekt gesprochen werden, mit dem der Bewohner „zusammenlebt“. Mit dieser Auffassung ergeben sich neue Sichtweisen auf das menschliche Handeln und die Funktionsweise von technischen Geräten im Sinne von Assistenzsystemen. Es wird deutlich, dass die Eigenaktivität und Autonomie von technischen Funktionsweisen und Abläufen, die durch das Gerät ermöglicht und zur Verfügung gestellt werden, zunimmt. Auch in der „mitalternden Wohnung“ wird die automatische Erinnerung an die Einnahme der Medikamente durch das System selbstständig ausgeführt. Die Entscheidung, wann die Erinnerung erfolgt, trifft das System dabei selbst. Gleichzeitig informiert das Gerät den Nutzer auf Basis eines Zugangs zu seinen persönlichen Daten eigenständig über Veränderungen. So werden die Dosierung des Medikaments und der Zeitpunkt der Einnahme durch Rückgriff auf die Ergebnisse einer fortlaufenden Vitaldatenüberwachung bestimmt.

Damit schafft es das System, die Vitaldatenmessung und die Erinnerung an die Medikamenteneinnahme durch eine wechselseitige Abstimmung zu koordinieren. Zwischen dem Bewohner und dem Assistenzsystem existiert eine kommunikative Beziehung, die über die rein instrumentelle Benutzung des Systems hinausgeht. Dafür kennzeichnend ist etwa, dass das System den Nutzer zu einer Reaktion auffor-

dert, die in Form einer Spracheingabe oder eines Handzeichens erfolgen kann. Der Eindruck, dass ausschließlich der Mensch handelt, wird in dieser Beziehung nicht mehr vermittelt. Im Gegenteil: Der ältere und pflegebedürftige Nutzer ist auf die „überlebenswichtige“ Erinnerung angewiesen; ein freies Handeln scheint für ihn nicht mehr direkt möglich zu sein. Die Kontrolle über seinen Gesundheitszustand und sein „Älterwerden“, das vielleicht nicht von der regelmäßigen Medikamenteneinnahme abhängt, zumindest jedoch von ihr mitbestimmt wird, teilt er mit dem technischen Assistenzsystem in seiner Wohnung. Ob an sichtbaren Schnittstellen, wie einem Alarmsignal auf dem in der Wohnung installierten Bildschirm, oder an unsichtbaren Schnittstellen, wie einer möglichen Dosierungsänderung des Medikaments auf Grundlage von vorher erhobenen Vitaldaten: Der ältere Nutzer gestaltet seinen Lebensalltag und im Prinzip auch seinen weiteren gesundheitlichen Werdegang täglich gemeinsam und in gegenseitiger Wahrnehmung mit dem technischen System. Das führt dazu, dass ein Mithandeln der Technik zur Realität wird. Damit treffen bisherige Annahmen, die davon ausgehen, dass technische Systeme ausschließlich passiv sind und der Mensch sie aktiv steuert und bedient, nicht mehr generell zu.

Schlussbemerkung: Der Mensch handelt nicht mehr alleine

Die verschiedenen Konzepte rund um das AAL machen deutlich, dass die Antworten auf die Fragen, wer in einer zunehmend technisierten und automatisierten Pflege handelt, nicht immer eindeutig sind. Die automatisierte Erinnerung an die Medikamenteneinnahme zeigt, dass im Alter die Eigenständigkeit des pflegebedürftigen Menschen in seiner Wohnung nicht mehr auf sein eigenständig-mensch-

liches Handeln beschränkt ist. Da es dem Bewohner unter den Umständen der Pflegebedürftigkeit nicht mehr möglich wäre, zuhause alleine zu leben, muss er seinen Alltag in Kooperation und in gegenseitiger Wahrnehmung mit dem technischen Assistenzsystem gestalten. Nur zusammen mit der Technik ist es ihm möglich, in seinen eigenen vier Wänden alt werden zu können.

Die modernen, technischen Assistenzsysteme in der Pflege stehen beispielhaft dafür, dass technische Systeme in Zukunft weiteres Handlungspotenzial eröffnen werden und wachsende Aufmerksamkeit verdienen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels im Pflegesektor werden in den kommenden Jahren immer mehr Pflegebedürftige einen relevanten Anteil ihres Alltags im Verbund mit technischen Systemen bestreiten. Durch die hohe Eigenaktivität, die die technische Weiterentwicklung in den kommenden Jahren ermöglichen wird, wird die individuelle Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen einerseits stärker von der Technik abhängig werden, andererseits ist es aber gerade diese Technik, die seine Unabhängigkeit über eine Zeitspanne bewahrt, die bisher nicht zu erreichen war. ■

- 1 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, S. 3
- 2 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, S. 5
- 3 „Diese Vorausberechnungsvariante basiert auf den Annahmen einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau, eines Anstiegs der Lebenserwartung Neugeborener bis 2060 auf 85 Jahre (Jungen) bzw. 89,2 Jahre (Mädchen) und eines jährlichen Außenwanderungssaldos von +100 000 Personen.“ (ebenda, S. 5.)
- 4 Ebenda, S. 27
- 5 Bertelsmann-Stiftung (2012): Versorgungslücke in der Pflege sorgt für Handlungsdruck bei den Kommunen, abrufbar im Internet unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_114244.htm, letzter Zugriff: 05.08.2014
- 6 Fraunhofer-Allianz Ambient Assisted Living (2012): Ambient Assisted Living (AAL), abrufbar im Internet unter: <http://aal.fraunhofer.de/index.html>, letzter Zugriff: 05.08.2014
- 7 Georgieff, P. (2008): Ambient Assisted Living. Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern. In: FAZIT Schriftenreihe, Band 17, Stuttgart, S. 25
- 8 VSWG, Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e.V. (2014): Konzept, Altern lebenswert gestalten – die „Mitalternde Wohnung“, abrufbar im Internet unter: <http://alter-leben.vswg.de/konzept/>, letzter Zugriff: 05.08.2014
- 9 Die Johanniter (2011): Forsa: So wollen die Deutschen dem Altersheim entgegen, Umfrage im Auftrag der Johanniter zeigt Trend zur Nutzung von Hilfen im Alter, abrufbar im Internet unter: <http://www.johanniter.de/index.php?id=99932>, letzter Zugriff: 05.08.2014
- 10 VSWG (2014), letzter Zugriff 05.08.2014
- 11 Fink, R./Weyer, J. (2011): Die Interaktion von Mensch und autonomer Technik in soziologischer Perspektive. In: Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis, (20) 1, Karlsruhe, S. 40

Der Innovationstreiber im Gesundheitswesen: Medizintechnik muss sich mit anderen Industrien messen können

Innovative Produkte aus dem Bereich der Medizintechnik können einen wichtigen Beitrag für mehr Lebensqualität, für ein selbstbestimmteres Leben im Alter sowie eine verbesserte Patientenversorgung leisten. Für Medizintechnikunternehmen in Deutschland birgt dies enorme wirtschaftliche Potenziale.

Autoren: Henning Hanauer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin; Sebastian Engel, Fraunhofer IPK, Berlin

Medizintechnikprodukte aus Deutschland sind begehrt

In einem Gutachten vom September 2013 beziffert das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) die Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesundheitswirtschaft im Jahr 2012 auf 259,2 Milliarden Euro. Das entspricht etwa 11 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts und zeigt die Bedeutung dieses Sektors. Mit rund 6,0 Millionen Erwerbstätigen ist die Gesundheitswirtschaft zudem der größte Arbeitgeber in Deutschland. Das Wachstum lag im Durchschnitt der letzten sechs Jahre mit fast 2,7 Prozent um rund 0,6 Prozentpunkte über dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Gesamtwirtschaft.¹

Auch die Medizintechnikbranche in Deutschland wächst. Laut Verband der Hightech-Industrie Spectaris stieg ihr Gesamtumsatz 2013 um 2 Prozentpunkte auf 22,8 Milliarden Euro. Die Exportstärke deutscher Medizintechnikprodukte zeigt der Auslandsumsatz von 15,5 Milliarden Euro, der eine Steigerung um etwa 2,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Zudem wuchs der Inlandsumsatz um 1,4 Prozent auf 7,3 Milliarden Euro leicht an. Die daraus resultierende Exportquote von fast 68 Prozent zeigt, dass die wesentlichen Umsätze außerhalb Deutschlands erzielt werden. Hinter den USA (90 Milliarden Euro Umsatz) und Japan (25 Milliarden Euro Umsatz) ist Deutschland der drittgrößte Anbieter für Medizintechnik weltweit. Gleichzeitig ist die Medizintechnik in Deutschland geprägt von mittelständischen Unternehmen: 95 Prozent

der Medizintechnikunternehmen in Deutschland sind mittelständisch und beschäftigen weniger als 250 Mitarbeiter. Die Zahlen zeigen damit einen prosperierenden, zukunftssträchtigen Markt.²

Medizintechnikunternehmen blicken verhalten in die Zukunft

Der Markt wird aber auch immer stärker reguliert. Die Zukunftsaussichten sehen die Medizintechnikhersteller daher eher verhalten: In der Herbstumfrage des Bundesverbands Medizintechnologie (BVMed) rechnen weniger Unternehmen mit einem

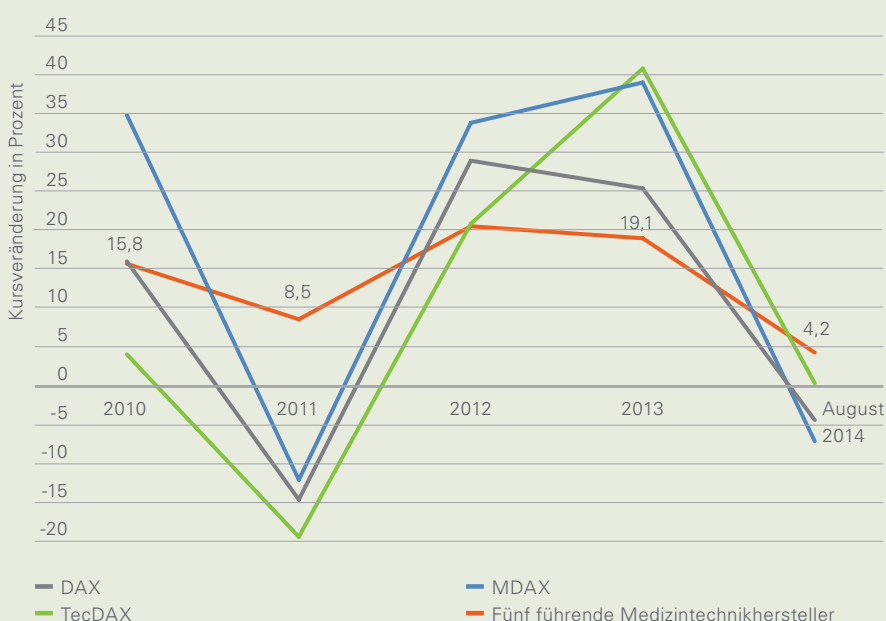
Umsatzwachstum. Dabei geht lediglich ein Drittel der Befragten für 2014 von einer positiven Marktentwicklung in Deutschland aus, während zwei Drittel den Auslandsmarkt optimistisch sehen.³

Die verhaltene Stimmung scheint auch den Investoren bekannt zu sein. Die Medizintechnikbranche muss sich mit anderen Industrien messen können, um weiterhin Kapital anzuziehen. Während die Medizinprodukte-Unternehmen gerade in konjunkturell schwachen Jahren von der konstant gesunden wirtschaftlichen Lage profitieren, müssen sie im Wettbewerb um Innovationskapital anderen Branchen den Vortritt lassen. Vergleicht man die Lage großer Medizintechnikunternehmen mit anderen Unternehmen im DAX, MDAX und TecDAX, zeigt sich eine konstante, aber moderate Kursentwicklung gegenüber anderen Industrien. Gleichzeitig offenbart sich aber auch das robuste Wachstum der

Abbildung 7

Kursentwicklung DAX, MDAX, TecDAX und Medizintechnikunternehmen, jährliche Veränderung

Quelle: www.boerse.de



MedTech-Branche in Zeiten schwächerer Konjunktur (Abbildung 7).

Es stellt sich jedoch die Frage nach den Ursachen der verhaltenen Stimmung. Derzeit scheint jede Branche im Umbruch, auch die gesundheitsnahen Industrien. Sie sind zu wesentlichen Anteilen von neuen Wertschöpfungsmöglichkeiten abhängig, die allerdings insbesondere von etablierten Unternehmen vorangetrieben zu werden scheinen. Neugründungen haben mitunter Schwierigkeiten, die Marktreife zu erlangen. Gute Ideen innovativer Start-ups können auf dem Weg zur Marktreife nicht bestehen, wenn Investoren diese Ideen nicht unterstützen. Weiterhin treffen Medizintechnikunternehmen auf immer besser organisierte Einkaufsstrukturen in Krankenhäusern, in Krankenhausgesellschaften und von strategischen Allianzen zwischen Krankenhäusern. Die anhaltenden Akquisitionen im Krankenhausbereich durch stark wachsende Krankenhausverbünde verstärken diesen Effekt. Es lässt sich zusammenfassen: Die Medizintechnikbranche sieht sich verschärften Marktbedingungen gegenüber.

Zukunftsperspektiven durch Adaption an die sich bietenden Möglichkeiten

Innovationsmodelle überdenken

Um weiterhin profitable Margen zu erzielen und Innovationskapital zu erhalten, sind Anpassungen notwendig. Dabei sind Wünsche und Empfehlungen der Krankenhäuser und Krankenkassen rechtzeitig zu berücksichtigen. Medizinprodukte sind nicht nur für die direkte Diagnostik oder Behandlung von Bedeutung, sondern auch für die Vor- und Nachsorge sowie das Tracking von Gesundheitsdaten. Aufgrund des demografischen Wandels und der daraus resultierenden Herausforderungen für die sozialen Versicherungssysteme werden Medi-

zintechnikunternehmen in Zukunft eine noch stärkere Rolle spielen. Durch beispielsweise verstärkte Verbreitung mobiler Endgeräte können zunehmend mehr Menschen auf medizinische Anwendungsprogramme zurückgreifen. Die dabei berücksichtigte Telemedizin ist ein Markt, der auch in Zukunft starkes Wachstum erwarten lässt. Damit begleiten Medizinproduktehersteller den Prozess der Heilung ganzheitlich und effektiv. Zudem setzt sich der Trend zu Unterstützungs- und Assistenzsystemen für Krankenhäuser, Personal und Patienten zunehmend fort. Dabei können sowohl Verwaltungsprozesse als auch chirurgische Eingriffe durch entsprechende Soft- und Hardware vereinfacht werden. Solche Ansätze kommen nicht nur dem Patienten zugute, auch die Kostenträger können vom Mehrwert einer ganzheitlichen Behandlung bei vereinfachten Prozessen profitieren.

Die Erweiterung des bestehenden oder angepassten Produktportfolios auf neue Marktsegmente wird aktuell nur selten beobachtet. Gerade der Patient, der die eigene Gesundheit und Souveränität immer bewusster wahrnimmt, wird in Zukunft als Direktabnehmer in der Medizintechnik eine wesentliche Rolle spielen. Aufgrund der Vertriebsdynamik im Endkundengeschäft profitieren dabei zumeist kleine und mittlere Unternehmen. Beispiele im Endkundengeschäft sind telemedizinische und ferndiagnostische Produkte. Auch die aktuell viel diskutierten „Wearables“, tragbare elektronische Artikel, sind eine neuartige Anwendung medizintechnischer Produkte.

Fachkräftesituation mit Standortattraktivität verbessern

Angeichts eines zunehmenden Mangels an qualifizierten Mitarbeitern



sehen viele Medizintechnikunternehmen das weitere Wachstum ihrer Branche problematisch. Aus Sicht der Unternehmen trifft dieser Fachkräftemangel vor allem den Bereich Forschung und Entwicklung. Um auch weiterhin Zugriff auf qualifiziertes Personal zu haben, ist Standortattraktivität ein entscheidender Faktor. Ein häufig diskutiertes Beispiel ist die Verlegung von Innovations- und Forschungsabteilungen in attraktive Städte – ein Trend, der der Urbanisierung gerecht wird und insbesondere den qualifizierten Nachwuchskräften auch eine attraktive Umgebung bietet.

Offensive im Rahmen der Erstattungsfähigkeit

Kurze Produktlebenszyklen sind eine Besonderheit der Medizintechnikbranche gegenüber anderen produzierenden Industrien. Etwa ein Drittel des Umsatzes wird mit Produkten erwirtschaftet, die weniger als drei Jahre auf dem Markt sind. Dabei besitzt die Medizintechnikbranche ein höchst heterogenes Produktspektrum: Schätzungen gehen von circa 10.000 Produktgruppen beziehungsweise 400.000 bis 500.000 unterschiedlichen Medizintechnikprodukten aus. Die Produktgruppen werden in verschiedene Risikoklassen eingeteilt, deren Regulierung sich aufgrund der Vielzahl an Produkten und ihrer Divergenz höchst aufwendig gestaltet.

Eine CE-Zertifizierung ist Pflicht. Um die Produkte im Rahmen der stationären und ambulanten Versorgung jedoch auch von den Krankenkassen erstattet zu bekommen, sind weitere Nachweise erforderlich. Je schneller Medizintechnikunternehmen sich auf die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angesprochene Nutzenbewertung einstellen, umso schneller können ihre Produkte am Markt platziert werden. Der klinischen Bewertung liegen dabei die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin zugrunde. Medizin-

technikprodukte hoher Risikoklassen sollen anhand von Nachweisen des Verantwortlichen bewertet werden. Sobald das Medizintechnikprodukt in den Verkehr gebracht werden soll, sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) aussagekräftige Nachweise zu liefern. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt in seinem Gutachten zur bedarfsgerechten Versorgung für die Evidenzbeurteilung grundsätzlich drei Wege auf:⁴

- Es kann zum einen eine technische Äquivalenz nachgewiesen werden – das bedeutet, dass der gesundheitliche Nutzen für das Medizintechnikprodukt schon nachgewiesen ist und er ein Äquivalent liefert. Der Weg der technischen Äquivalenz fordert eine klinische Studie zum jeweiligen Medizintechnikprodukt.
- Zum anderen ist beim Weg der klinischen Äquivalenz die Nichtunterlegenheit der Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit Einbindung des Medizintechnikprodukts gegenüber einer Vergleichsbehandlung nachzuweisen.
- Der dritte Weg ist der Nachweis der klinischen Überlegenheit. Der Medizintechnikhersteller muss den Nutzen anhand einer klinischen Studie nachweisen. Dabei sind die internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin zu beachten.

Die Nutzenbewertung von Medikamenten könnte als Vorbild dienen, wobei darauf zu zielen ist, dass die Bewertung innerhalb einer angemessenen Frist durchzuführen sein muss. Hierzu müssen auch im Unternehmen Personalverantwortlichkeiten geklärt sein. Medizintechnikunternehmen, die diesen Prozess frühzeitig implementieren, werden einen schnelleren Marktzugang herbeiführen können.

Fazit

Die Medizintechnikunternehmen sehen sich großen Herausforderungen gegenüber, denen sie aber proaktiv durch innovative Lösungsansätze begegnen können. Die Geschäftsmodelle müssen sich dabei so an die regulatorischen Gegebenheiten und die sich ändernden Arbeitsbedingungen anpassen, dass es nicht zu Reibungsverlusten im Verhältnis zu anderen Industrien kommt. Der „erste“ Markt wird auch in Zukunft stark reguliert und budgetiert bleiben. Zu den innovativen Produktlösungen gehören unter anderem Technologien aus den Bereichen der Assistenzsysteme – zum Beispiel des sogenannten Ambient Assistant Livings (AAL) – oder der Telemedizin, die aufgrund der Kostensteigerungen im Gesundheitssystem bedeutsamer werden. Daher müssen medizintechnische Produkte nicht nur für das Klinikpersonal und die Ärzte bedienbar sein, sondern auch durch den medizinischen Laien, der immer länger in seiner gewohnten Umgebung leben und mehr Verantwortung für seine eigene Gesundheit übernehmen möchte. Eine Erweiterung des Produktportfolios, hin zu einer stärkeren Integration der Medizintechnik in den Alltag, birgt zusätzliches Erlöspotenzial und wird schon jetzt in vielerlei Hinsicht nachgefragt. ■

¹ Vergleiche BMWi (Hrsg.): Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Hauptergebnisse des Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) „Nutzung und Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos (GSK) zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR)“, Oktober 2013; Vergleiche BASYS, GÖZ, IEGUS (Hrsg.): Messung der Produktivitätsentwicklung der Gesundheitswirtschaft, Studie im Auftrag des BMWi, September 2013, S. 5

² Vergleiche Spectaris e.V. (Hrsg.): Daten und Fakten zur deutschen Industrie für optische, medizinische und mechatronische Technologien, April 2014, S. 2

³ Vergleiche BVMed (Hrsg.): BVMed-Jahresbericht 2013/14, März 2014, S. 4

⁴ Vergleiche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Juni 2014, S. 238/239

Wachstumstrend personalisierte Medizin – Potenziale und Grenzen für die Biotechnologiebranche

Prof. Dr. Horst Domdey, Geschäftsführer der Bio^M Biotech Cluster Development GmbH, Martinsried, und Sprecher des „Cluster Biotechnologie Bayern“ der Initiative Allianz Bayern Innovativ der bayerischen Staatsregierung, im Gespräch mit Julia Kaub und Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Lange Zeit hat die Pharmaindustrie auf die Entwicklung von sogenannten Blockbustern gesetzt – Medikamente, die für einen möglichst großen Kreis von Patienten entwickelt werden und deren Verkauf die hohen Entwicklungskosten deckt. In jüngster Zeit wird das Konzept der personalisierten Medizin vermehrt diskutiert. Sehen Sie hier einen neuen Trend, der insbesondere für die Biotechnologiebranche relevant ist?

Ich würde die personalisierte Medizin nicht mehr als neuen Trend bezeichnen, da bereits seit mehr als zehn Jahren zielgerichtete Medikamente auf dem Markt sind und jedes Jahr neue hinzukommen. Prominente Beispiele sind Herceptin von Roche gegen Brustkrebs, Erbitux von Merck gegen Darmkrebs und Xalkori von Pfizer gegen Lungenkrebs. Personalisierte Medizin, oder besser „Precision Medicine“, ist eine biologisch-medizinische Notwendigkeit und bedeutet, die unterschiedlichen Ursachen von Erkrankungen und das unterschiedliche Ansprechen von Patienten auf Medikamente zu berücksichtigen. Nur so lassen sich auch die gestiegenen regulatorischen Anforderungen an Sicherheit und Wirksamkeit von Medikamenten erfüllen.

Welchen Nutzen hat die personalisierte Medizin für den Patienten und welche Potenziale sehen Sie?

Die personalisierte Medizin trägt dazu bei, den Fokus klar auf den „Patient Outcome“ zu legen. Es muss also sowohl der Erfolg der Behandlung als auch das Wohlbefinden der Patienten betrachtet werden. Aus Sicht des

Patienten ist es ein sehr hoher Wert, wenn er nur solche Therapien auf sich nehmen muss, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirksamkeit zu erwarten ist. In der Onkologie ist der medizinische Bedarf besonders hoch: Nur jeder fünfte Patient profitiert im Durchschnitt von einer gegebenen Chemotherapie – und die Nebenwirkungen sind oft sehr belastend. Doch auch in anderen Indikationen, möglicherweise sogar in allen, wird sich das Konzept durchsetzen. Dabei werden Biomarker eingesetzt werden, die prädiktiv für die Wirksamkeit sind, aber auch solche, die auf seltene Nebenwirkungen hinweisen und daher als Kontraindikation dienen, wie es heute bereits bei einigen HIV-Medikamenten der Fall ist.

Ein großes Potenzial sehe ich in der Krebsimmuntherapie. Anders als bei der bisherigen Krebsbehandlung, die den Krankheitsverlauf verzögert und nur in seltenen Fällen eine dauerhafte Heilung herbeiführen kann, besteht hier die reelle Chance, den Krebs ein für alle Mal zu besiegen. Es gibt derzeit sehr ermutigende Studienergebnisse, die nach einer Behandlung mit körpereigenen, modifizierten Immunzellen eine komplette Remission beschreiben.

Was bedeutet personalisierte Medizin für die Biotechnologiebranche?

Man könnte es vielleicht so zusammenfassen: Zug und Druck prägen die Branche. Auf der einen Seite produziert die wissenschaftliche Forschung immer mehr Erkenntnisse über Krankheitsursachen und Biomarker. Daraus erwachsen neue Therapiekonzepte und es werden innovative Spin-off-

Unternehmen gegründet. Die größten Innovationen werden in kleinen, visionären Firmen entwickelt, da ist ein steter Druck. Auf der anderen Seite steht der Zug des Hauptkunden, der Pharmaindustrie, die durch Lizenzen und Kooperationen die Innovationen zur Marktreife entwickelt. Da 80 Prozent der Big Pharma mittlerweile das Konzept der personalisierten Medizin verfolgen, strahlt das auf die Biotechunternehmen ab. Illustrieren lässt sich das anhand des Münchner Biotech Clusters: Hier haben in den letzten zwei Jahren nur solche Unternehmen Erfolg gehabt, die auf Precision Medicine gesetzt haben. So hat der Biotechriesen Amgen für 1,2 Milliarden US-Dollar das Münchner Unternehmen Micromet übernommen, das bispezifische, T-Zell aktivierende Antikörper entwickelt hat. Johnson & Johnson hat das Start-up Corimmun gekauft, weil es eine personalisierte Therapie für eine spezifische Hochrisikogruppe von Herzinsuffizienz-Patienten in der Pipeline hatte. Ich denke, gerade die Münchner Biotechszene ist hier sehr gut aufgestellt – nicht zuletzt durch die Förderung des Spitzenclusters „m⁴ – Personalisierte Medizin“.

Wo liegen Ihrer Meinung nach derzeit die größten Herausforderungen und Hürden für das Wachstum von Unternehmen der Biotechnologiebranche im Bereich der personalisierten Medizin?

Für die in Deutschland leider chronisch unterfinanzierten, oft kleinen Biotechfirmen ist die Finanzierung und das Know-how für die parallele Entwicklung von Therapeutikum und Diagnostikum natürlich eine riesige Aufgabe. Die größte Herausforderung ist die Identifizierung und Validierung der Biomarker. Experten schätzen die Anzahl der beschriebenen Biomarker auf über 100.000, validiert sind nur etwa 100 und davon wird wiederum nur ein Bruchteil in der klinischen Rou-

tine eingesetzt. Für die Biomarkerforschung benötigen wir neue Formen der Zusammenarbeit, um die enorme Aufgabe zu lösen und das Potenzial zu nutzen. Ein gutes Beispiel ist die von der EU geförderte Innovative Medicines Initiative (IMI). In dieser Public Private Partnership kooperieren Firmen und Forschungseinrichtungen im präkompetitiven Bereich und teilen Know-how, Biomarker und Substanzen.

Im Kontext der personalisierten Medizin spielt die Wirtschaftlichkeit natürlich auch eine bedeutende Rolle. Wo sehen Sie mögliche Einsparpotenziale für das Gesundheitssystem und insbesondere die Kostenträger?

Natürlich haben die Kostenträger die Verantwortung, dass die Beiträge der Versicherten wirtschaftlich eingesetzt werden. Es darf aber nicht so sein, dass wirtschaftliche Abwägungen über Leben und Tod entscheiden, daher muss der Empfehlung der Ärzte gefolgt werden. Ich glaube, die Gesellschaft ist durchaus bereit, für den hohen Wert Gesundheit auch zu zahlen, daher wehre ich mich gegen eine einseitige Kostendebatte. Die Chance der personalisierten Medizin ist, dass durch eine Biomarker gestützte Diagnostik eine stärkere Absicherung der Therapieentscheidung erreicht wird. Wenn nur noch solche Medikamente verschrieben werden, die wirklich helfen, werden auch viele unnötige Ausgaben eingespart. Wie deutlich dieser Effekt ist, wird sich erst in einigen Jahren beurteilen lassen.

Wie beurteilen Sie die derzeitige Haltung der Kostenträger hinsichtlich der Erstattung von Medikamenten und Tests aus dem Bereich der personalisierten Medizin?

Es muss selbstredend der Einzelfall geprüft werden, jedes neue Medikament muss sich beweisen. Ich bin zuversichtlich, dass personalisierte

Wirkstoffe in der Regel einen erheblichen Zusatznutzen im Vergleich zu einer nicht gezielten Therapie haben. Dabei kommt es aber auf die Wahl einer sinnvollen Vergleichsgruppe an. Es gibt innovative Krebsmedikamente, die nur bei einer bestimmten seltenen Mutation wirksam sind, die zum Beispiel nur 5 Prozent der Lungenkrebspatienten haben. Der Patient Outcome für diese Untergruppe von Patienten muss der Maßstab sein, nicht alle Patienten, die derzeit noch in der Indikation Lungenkrebs zusammengefasst werden.

Zudem würde ich mir wünschen, dass der hohe Wert einer therapieentscheidenden Diagnostik bei der Erstattung besser gewürdigt wird. Nur so werden die Unternehmen auch ausreichend incentiviert, diese wichtigen Entscheidungshilfen zu entwickeln.

Wie beurteilen Sie die Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der personalisierten Medizin in Deutschland? Von welchen Ländern kann Deutschland lernen?

Deutschland hat aus historisch verständlichen Gründen ein besonders strenges Datenschutzgesetz, das viele medizinisch sinnvolle Analysen verhindert. Der digitale Patient, in dem Informationen aus den verschiedensten Untersuchungen, Laboranalysen und Familienhistorien verknüpft werden, wäre die ideale Voraussetzung für die personalisierte Medizin. Davon sind wir weit entfernt: Hierzulande ist noch nicht einmal eine elektronische Gesundheitskarte, auf der beispielsweise die Blutgruppe vermerkt ist, durchsetzbar. Es hat sich in Deutschland eingebürgert, sich erst auf die Risiken einer neuen Technologie zu fokussieren und sich zum Ziel zu machen, erst alle rechtlichen, ethischen und sozialen Fragen lösen zu wollen, bevor man mit der Forschung beginnt. Andere Länder, allen voran die USA, gehen mit größerer Zuver-



Prof. Dr. Horst Domdey

Nach seiner Promotion im Fach Biochemie im Jahr 1979 war Prof. Dr. Horst Domdey als Wissenschaftler an verschiedenen deutschen, Schweizer und US-amerikanischen Instituten tätig. Von 1984 bis 1994 leitete er eine selbstständige Arbeitsgruppe am Genzentrum der Universität München, 1994 wurde er als Professor für das Fach Biochemie an die Ludwig-Maximilians-Universität München berufen. Im gleichen Jahr gründete er zusammen mit Kollegen das Biotechnologie-Unternehmen MediGene. 1996 führte er die Biotech-Region München erfolgreich in den BioRegio-Wettbewerb. Seit 1997 ist er Vorstand der Bio^M AG in Martinsried, seit 2006 Geschäftsführer der daraus hervorgegangenen Bio^M Biotech Cluster Development GmbH und darüber hinaus Sprecher des Bayerischen Clusters Biotechnologie. Seit 2010 ist er auch der Sprecher des Münchner Spitzenclusterprogramms m⁴.

sicht an die Dinge heran. Das bedeutet nicht, dass sie diese Probleme nicht sehen, doch dort erarbeitet man die Lösungen dafür parallel zur Forschung. Auch in den skandinavischen Ländern pflegt man ein sehr viel entspannteres Verhältnis zu persönlichen Daten und ist der Überzeugung, dass die Vorteile die Risiken überwiegen. ■

Eine gewinnbringende Partnerschaft ist mehr als eine reine Finanzinvestition

Jens Holstein, CFO der MorphoSys AG, Martinsried, im Gespräch mit Thomas Rüger und Julia Kaub, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Im Jahr 2012 haben Sie die Initiative Innovation Capital gestartet. Damit wird das Ziel verfolgt, in vielversprechende Start-ups, deren Kompetenzen und Technologien zu MorphoSys passen, zu investieren. Wie fügt sich diese Initiative in Ihre Gesamtunternehmensstrategie ein und wie laufen die Erkenntnisse nach fast zwei Jahren?

Das Ziel der Initiative war und ist es, innovative Ideen zu fördern und uns im Gegenzug für die finanzielle, aber auch wissenschaftliche Unterstützung Optionen auf mögliche Technologieansätze oder Wirkstoffe zu sichern. In erster Linie konzentrieren wir uns dabei auf Antikörper, Proteine oder Antikörperfragmente, da wir in diesen Segmenten über die vergangenen mehr als 20 Jahre viel Erfahrung und Wissen angesammelt haben. Dieses Know-how setzen wir gewinnbringend auch zugunsten unseres Partners ein. Da jedes Engagement aber mit sehr viel Aufwand für unsere eigenen Mitarbeiter verbunden ist, sind wir bei dieser Initiative sehr wählerisch. Die Einbringung unseres Know-hows ist ein essenzieller Bestandteil, der dem Partner Mehrwert bringen soll. Aus diesem Grund ist für uns die Fokussierung auf einzelne Partnerschaften naheliegend. Aus heutiger Sicht sind wir mit der Zusammenarbeit mit unserem Partner Lanthio Pharma sehr zufrieden. Wir planen, auch in Zukunft das Projekt Innovation Capital voranzutreiben.

Wenn man heute von Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten spricht, kommt man um das Thema Partnerschaften nicht herum. Aktuell hat MorphoSys sehr viele Partnerschaften mit verschiedenen (Bio-)Pharmazieunternehmen. Wel-

che Faktoren müssen zusammenkommen, um von einer guten Partnerschaft sprechen zu können?

Uns ist es wichtig, ein gutes und vertrauenswürdiges Verhältnis zu unseren Partnern zu pflegen. Als Partner arbeitet man nicht nur bei der Vertragsgestaltung zusammen, sondern in der Regel über einen längeren Zeitraum. Beide Seiten bringen vielfach spezifisches Know-how ein, das es zu bündeln gilt, um das bestmögliche Gesamtergebnis zu erreichen. Im Antikörpersegment und anderen artverwandten Themenfeldern kann MorphoSys wertvolle Beiträge leisten. Bezogen auf unsere Innovation Capital-Initiative etwa stellt sich regelmäßig die Frage: Wäre der Partner in seiner Entwicklung und seinem Wert genauso weit, wenn wir ausschließlich ein reiner Finanzinvestor wären? Ich glaube, es wäre nicht so. Mit unserem Engagement wollen wir nachhaltige Werte schaffen, deswegen investieren wir. Als reiner Finanzinvestor tätig zu sein, ist für uns keine Option.

Im Jahr 2013 profitierte MorphoSys von ertragreichen Verträgen mit Partnern aus der Pharma- und Biotechbranche. Aktuell sind Sie an rund 80 Programmen im Rahmen der Partnerschaften beteiligt. Wie gehen Sie mit der Abhängigkeit von den Entscheidungen der Partner zum weiteren Verlauf der Programme um? Ist so eine mittelfristige Unternehmens- und insbesondere Ressourcenplanung möglich?

Die Anzahl unserer Entwicklungspartner und die Vielzahl der Programme reduziert die Abhängigkeiten von Einzelevents deutlich und bringt unserem Unternehmen die nötige Sicherheit, wenn sich in einem Programm zeitli-

che Verschiebungen ergeben sollten. Insgesamt befinden sich zurzeit 84 von aktuell 94 Programmen in Partnerschaften – vielfach mit großen Pharmapartnern. Parallel dazu haben wir in den letzten Jahren unsere Geschäftsstrategie neu ausgerichtet. In Zukunft verstärken wir unseren Fokus auf die eigene Entwicklung. Wir setzen zudem teilweise unsere zur Verfügung stehenden Technologien als „Akquisitionswährung“ ein, um Zugang zu neuen und interessanten krankheitsrelevanten Zielmolekülen zu bekommen.

Welche positiven Impulse wünschen Sie sich von der Politik, um Innovationen zu fördern und den Standort Deutschland für Unternehmen der Biotechnologiebranche attraktiver zu machen?

Es gibt viele Dinge, die die Politik tun kann. Bereits in der Vergangenheit gab es mit zum Beispiel der Technologiebeteiligungsgesellschaft Strukturen, die mit Investitionen beziehungsweise Garantien unterstützt haben. Die Biotechnologie braucht deutlich mehr finanzielle Unterstützung als sie heute erhält, von privaten Investoren, aber auch aus dem öffentlichen Sektor. Die Schnittstelle der hervorragenden Grundlagenforschung in Deutschland zur Kommerzialisierung der Erkenntnisse wird nicht ausreichend gefördert. Zudem wären steuerliche Erleichterungen für Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen beziehungsweise für Investments in Gesellschaften, die an Innovationen arbeiten, hilfreich. Ähnliche Unterstützungsmöglichkeiten werden bereits in anderen Ländern erfolgreich umgesetzt. Die Politik ist also durchaus in der Lage, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, um mehr finanzielle Mittel in innovative Sektoren zu bringen. Sorgt die Biotechnologie gleichzeitig durch Erfolge dafür, dass diese Mittel auch wieder zurückfließen, dann wird der Prozess zu einem Gewinn für alle.

Insbesondere in den USA ist die Stimmung an den Kapitalmärkten gegenüber Biotechnologieunternehmen nach wie vor sehr positiv. Daher haben auch Sie die Investor-Relations-Aktivitäten auf dem US-Markt in der Vergangenheit deutlich ausgebaut. Was kann Europa und insbesondere Deutschland von den USA lernen?

In den USA ist es üblich, eine Idee, die in einem Universitätsinstitut entwickelt wurde, mit dem Ziel der Kommerzialisierung zu finanzieren. Darin ist nichts Verwerfliches zu erkennen. An dieser Stelle können wir in Deutschland noch einiges verbessern. Natürlich gibt es große Pharma- oder Bio- techunternehmen, die versuchen, einen engen Kontakt zu den universitären Instituten zu pflegen. Aber damit wir auch in Zukunft mehr selbstständige und innovative Unternehmen in der Biotechnologie haben, müssen wir die Gründung von Start-ups fördern. In den USA gibt es unzählige Forscher, die zum Beispiel als Professor an einer Universität tätig sind und gleichzeitig mehrere Beteiligungen an neu gegründeten Unternehmen halten. Das sollte in Deutschland ebenfalls keine Ausnahme sein. Eine Idee alleine ist nicht ausreichend. Am Ende geht es dabei immer auch um die finanziellen Mittel und um die Risikobereitschaft, sie auch in Projektideen zu investieren.

Aufgrund des auslaufenden Patentschutzes für Arzneimittel wird der Wettbewerb durch Generika zunehmen. Sehen Sie darin auch eine Herausforderung für die Biotechnologiebranche und wenn ja, wie können und wollen Sie ihr begegnen?

Für die Programme, die wir haben, läuft der Patentschutz noch viele Jahre und lässt sich potenziell im Anschluss weiter verlängern. Aus diesem Grund ist das Thema für unser Unternehmen noch nicht ganz so relevant. Natürlich ist die Generikathematik von essenzi-

eller Bedeutung für die Pharmafirmen, die Blockbuster am Markt haben und deren Patentschutz in den kommenden Jahren ausläuft. Für die Biotechnologieunternehmen ist die Situation, dass die Pharmaindustrie händelnd Nachfolger für Blockbuster sucht, durchaus positiv zu bewerten. Letztendlich werden neue, innovative Ansätze gesucht, die die Biotechfirmen liefern können.

Die Themenfelder demografische Veränderungen, medizinischer Fortschritt und die damit verbundene Erwartung steigender Lebensqualität sind nicht nur in Deutschland, sondern weltweit präsent. Welche Wachstumschancen und -perspektiven ergeben sich hieraus für die Biotechnologiebranche?

Das Älterwerden der weltweiten Bevölkerung und der medizinische Fortschritt sind positive Errungenschaften der Menschheit. Sie beeinflussen natürlich auch, welche Krankheitsbilder in Zukunft wachsende Bedeutung erlangen werden und eröffnen damit neue Chancen für alle Spieler im Healthcare-Segment. Die Biotechnologie kann hier mit neuen Therapiekonzepten punkten. Viele Krankheitsbilder, nehmen wir das Beispiel Alzheimer, benötigen noch dringend Behandlungslösungen. Die Industrie arbeitet seit Langem und mit erheblichem Aufwand an Therapien. Bisher ohne Erfolg, aber ich bin hoffnungsvoll, dass die Biotechnologie die sich ergebenden Chancen auch hier nutzen wird. ■



Jens Holstein

Nach seinem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Münster war Jens Holstein mehrere Jahre in der Unternehmensberatung aktiv, mit Schwerpunkt in Frankfurt und London. Von 1995 bis 2005 bekleidete er verschiedene Führungspositionen im Fresenius-Konzern. Von 2006 bis 2010 war er als Regional Chief Financial Officer bei der Fresenius Kabi Asia Pacific Ltd. in Hongkong tätig. Danach folgten Positionen als Regional Chief Financial Officer für die Region EME (Europa/Mittlerer Osten) sowie als Geschäftsführer für die Fresenius Kabi Deutschland GmbH. Seit 2011 ist Jens Holstein Finanzvorstand der börsennotierten MorphoSys AG mit Sitz in Martinsried bei München.

Qualitätsindikatoren verbessern die Arzneimitteltherapiesicherheit

Wie kann man die Qualität pharmazeutischer Tätigkeiten an den Schnittstellen der medizinischen Sektoren ermitteln und messen? Hierzu hat sich im Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier die Entwicklung und Anwendung von Qualitätsindikatoren bewährt. Ihre Anwendung führt zu einer Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Autor: Sabine Steinbach MSc, Leitende Apothekerin, Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier

Mit Aufnahme eines Patienten ins Krankenhaus ändert sich vieles, insbesondere seine Arzneimittel. Vielfach werden bei der Aufnahme die bislang eingesetzten Arzneimittel umgestellt. Dabei entstehen Fehler und Probleme, da die Arzneimitteltherapie den unterschiedlichen Regulativen der Sektoren ausgesetzt ist. Die Patienten verlassen den ambulanten Sektor, dessen rund 24.000 Arzneimittel durch den Einsatz von Negativlisten, Rabattverträgen, Festbetragsgruppen und Leitsubstanzen gesteuert werden. Mit dem Übergang in den stationären Sektor erfolgt die Medikation auf der Grundlage der rund 1.200 Arzneimittel der hauseigenen Arzneimittelliste, die damit ein vergleichsweise überschaubares Spektrum bietet. Leicht kommt es dabei zu Verwirrungen beim Medikationsplan, zu unbeabsichtigten Auslassungen, zu Verwechslungen und Dosierungsfehlern. Medikationsfehler, die zu diesem Zeitpunkt unterlaufen, können über den stationären Aufenthalt bestehen bleiben.

Mit den „Empfehlungen der Apotheke zur Weiterführung der Medikation“ ist im Klinikum Mutterhaus für die elektiven Patienten der Chirurgie ein Faxservice eingeführt, bei dem die häusliche Medikation des Patienten bei Klinikaufnahme durch die Apotheker überprüft wird. Mit einem Formular geben sie Empfehlungen zur Art der Weiterführung der Medikation mit wirkstoffidentischen oder wirkstoffähnlichen Arzneimitteln und prüfen die Medikation auf arzneimittelbezogene Probleme.

Mit solch patientenbezogenen Dienstleistungen muss sich die Apotheke Qualitätskriterien stellen, die nicht direkt beobachtet oder gemessen werden können, aber direkte Auswirkungen auf die Versorgung des Patienten haben. Geeignete Qualitätsindikatoren müssen daher eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Gesundheitsversorgung ermöglichen. Im Bereich der Krankenhauspharmazie sind sie noch nicht allgemein etabliert.

Wie können solche Qualitätsindikatoren für pharmazeutische Dienstleistungen entwickelt werden? Und wie ist sichergestellt, dass sie die Qualität des Prozesses „Empfehlungen der Apotheke zur Weiterführung der Medikation“ auch messbar und bewertbar machen?

Hierzu wurde ein mehrstufiges Verfahren gewählt (Abbildung 8). Aus den Perspektiven der Patienten und der Kli-

nik wurde das Qualitätsziel Arzneimitteltherapiesicherheit festgelegt. Diese Sicherheit soll gewährleistet werden durch:

- einen aktuellen, genauen und vollständigen Überblick über die Medikation des Patienten
- die Kontinuität der Medikation unter Berücksichtigung der Arzneimittelliste des Klinikums
- die Prüfung der Aufnahmemedikation auf arzneimittelbezogene Probleme und gegebenenfalls Hinweise auf risikobehaftete Situationen an die Ärzte
- die Vermeidung von Medikations- und Dokumentationsfehlern

Die Prozessanalyse zeigt die qualitätsbestimmenden Schritte auf allen Ebenen (Abbildung 9). Der Prozess startet in der zentralen Aufnahme. Elektive Patienten erhalten dort das Formular „Empfehlung der Apotheke zur Weiterführung der Medikation“ und stimmen es mit dem aufnehmenden Arzt ab. In der Apotheke wird das ausgefüllte Formular dann auf arzneimittelbezogene Probleme geprüft. Die Apotheker faxen ihre Empfehlung über die Weiterführung der Medikation auf die Station, wo sie zur Grundlage der ärztlichen Anordnung und Arzneimittelverabreichung werden.

Qualitätsindikatoren sind in Deutschland in der Apotheke noch nicht allgemein etabliert, die Literaturrecherche ergab jedoch Anhaltspunkte zur Ableitung solcher Indikatoren. International wurden Qualitätsindikatoren bereits im Kooperationsprojekt der WHO „Action on Patient Safety: High 5s“ beschrieben und dort vor allem mit Einführung der Handlungsempfehlung „Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess“ (Medication Reconciliation) vorgestellt.

Die in diesem Zusammenhang entwickelten Indikatoren basieren auf Literaturrecherchen und Prozessanalysen und umfassen sowohl Pro-

Abbildung 8
Methode zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Quelle: Sabine Steinbach



zess- als auch Ergebnisindikatoren. Da es nur sinnvoll ist, die Indikatoren im Kontext zu betrachten, wurden sie für die kritischen, qualitätsbestimmenden Schritte in Gruppen zusammengefasst und miteinander kombiniert. Ziel dabei war es, die Qualität auf jeder Handlungsebene abzubilden. So wurden fünf Qualitätsindikatoren-Sets (QI) entwickelt, die sich aus fünf Prozess- (PI) und neun Ergebnisindikatoren (EI) zusammensetzen (Abbildung 9).

Im QI-Set 1 werden der Umfang der Apothekendienstleistung und die Sensitivität der Medikationserfassung erhoben. Das QI-Set 2 ermöglicht eine Aussage über die Güte der Hausliste und die Entscheidungen der Arzneimittelkommission, die im ambulanten Bereich verabreichten Wirkstoffe

auch hausintern zu verwenden. Der Anteil von Sonderanforderungen gibt Anhaltspunkte für die Kontinuität der Arzneimittelversorgung. Das QI-Set 3 detektiert die arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) und ist als Risikofaktor einzustufen. Die AbPs erfordern auf Station eine besondere Aufmerksamkeit und Reaktion, wie zum Beispiel die Kontrolle des Kaliumspiegels oder des Blutzuckerspiegels zum Monitoring und Ausschluss unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Das QI-Set 4 ermittelt den Grad der Umsetzung des vereinbarten Prozessablaufes und gibt die Compliance der Mitarbeiter wieder. Das QI-Set 5 ermöglicht eine Aussage zu Medikations- und Dokumentationsfehlern und somit unmittelbar zur Patientensicherheit.

In einem zweimonatigen Prüfzeitraum wurden 68 „Empfehlungen der Apotheke zur Weiterführung der Medikation“ bis zum Endpunkt Patientenakte ausgewertet. Dabei konnten Bereiche guter Qualität und Bereiche verbesserungswürdiger Qualität identifiziert werden.

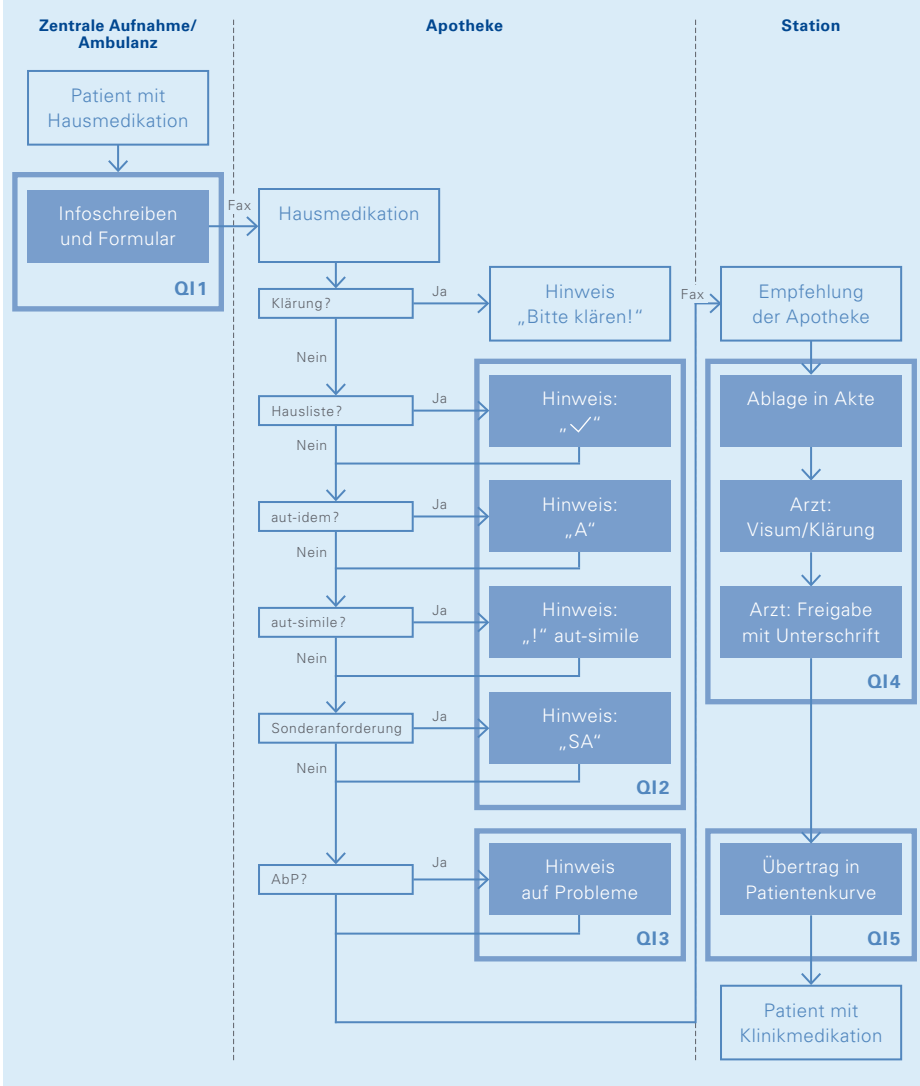
Für 50 Prozent der elektiven Patienten wurden „Empfehlungen der Apotheke zur Weiterführung der Medikation“ erstellt. Dies ist ein guter Indikator für die Akzeptanz und Wertschätzung der Apothekendienstleistung. Die Sensitivität der erfassten Arzneimittel ist verbesserungswürdig, 36 Prozent der Faxe enthielten Positionen, die einer Klärung bedurften. Versorgungslücken wurden nicht aufgedeckt. Arzneimittelbezogene Probleme enthielten 37 Prozent der bearbeiteten Empfehlungen. Das zeigt die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Prüfung durch die Apotheker. Die angemessene Reaktion der Klinik auf arzneimittelbezogene Probleme ist jedoch optimierbar, ebenso die entsprechende Dokumentation.

Die Auswertung der Daten ergab, dass die entwickelten Qualitätsindikatoren geeignet sind, den Prozess „Empfehlungen der Apotheke zur Weiterführung der Medikation“ umfassend zu untersuchen. Bereiche guter Qualität und Bereiche mit zu optimierender Qualität konnten sichtbar gemacht werden. Um das gesteckte Ziel Patientensicherheit umfassend zu erreichen, bedarf es einiger Verbesserungen im Prozess. Anschließend sind die Qualitätsindikatoren wiederum geeignet, den Prozess erneut zu bewerten. Es wurde deutlich, dass nicht allein das Angebot der Dienstleistung, sondern erst die aus der Prüfung und Messung der ergebnisorientierten Qualität abgeleiteten Maßnahmen eine deutliche Qualitätsverbesserung ermöglichen.

Damit sind Qualitätsindikatoren auch für die Apotheke geeignete Instrumente, um Dienstleistungen prozess- und ergebnisorientiert zu evaluieren und zu kontrollieren. Ihre Anwendung stellt einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit dar. ■

Abbildung 9
Qualitätsindikatoren-Sets

Quelle: Sabine Steinbach



Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse – neue Transparenzpflichten für gesetzliche Krankenkassen

Zunehmende Konkurrenz um Versicherte und Veränderungen in der Finanzierung führen zu einer erhöhten Wettbewerbsdynamik auf dem Markt der gesetzlichen Krankenversicherungen. Gleichzeitig wird der Markt transparenter, denn durch den neu gefassten § 305b SGB V zur „Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse“ sind die Kassen ab Ende November 2014 gesetzlich verpflichtet, bestimmte Ergebnisse ihrer Jahresrechnungen zu veröffentlichen. Diese Änderung der Rahmenbedingungen erleichtert einen Vergleich der Krankenkassen untereinander.

Autoren: Franziska Holler, Julia Kaub und Robert Malcharczyk, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Der mit dem Versorgungsgesetz neu gefasste § 305b SGB V „Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse“ ist mit Wirkung zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Danach haben die gesetzlichen Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, erstmals zum 30. November 2014 bestimmte Ergebnisse ihrer Jahresrechnung für das Jahr 2013 in einer für die Versicherten verständlichen Weise im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz verpflichtend zu veröffentlichen. Um sicherzustellen, dass alle Versicherten der Krankenkasse davon Kenntnis erlangen können, hat die jeweilige Satzung der Krankenkasse weitere Arten der Veröffentlichung zu regeln. Mit der achten Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) erfolgte inzwischen die in der gesetzlichen Regelung vorgesehene Konkretisierung.

Ziel dieser neuen Transparenzregeln ist es, den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen zu ermöglichen, sich ein klares Bild von der Situation ihrer Krankenkasse zu machen. Eine mögliche Insolvenz oder Erhebung von Zusatzbeiträgen soll frühzeitig erkannt werden, damit Mitglieder präventive Maßnahmen, wie beispielsweise einen Kassenwechsel, ergreifen können.

In die Veröffentlichung gehören demnach mindestens:

- die Mitglieder- und Versichertenentwicklung, die als absolute Werte für das Berichtsjahr und als prozentuale Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr anzugeben sind,
- die Einnahmen, darunter die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die Zusatzbeiträge und die sonstigen Einnahmen,
- die Ausgaben, darunter 19 wesentliche Leistungsausgaben, die Prämienauszahlungen, die Verwaltungsausgaben und die sonstigen Ausgaben,
- das Vermögen, darunter die Betriebsmittel, die Rücklagen und das Verwaltungsvermögen.

Unberührt davon wird den Kassen freigestellt, zusätzliche Angaben zu veröffentlichen.

Um eine gleiche Abgrenzung der „wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung“ von allen gesetzlichen Krankenkassen zu gewährleisten, hat das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit dem GKV Spitzenverband eine Schlüssel- und Kontenzuordnung vorgenommen. Die Darstellung der Veränderungsraten der definierten Ausgabenbereiche zum Vorjahr wird durch eine Schlüsselzuordnung aus der amtlichen Statistik KJ 1 auch für das Jahr 2012 ermöglicht. Weiterhin plant das Bundesministerium für Gesundheit, jährlich

Anpassungen für das jeweils folgende Berichtsjahr bekanntzugeben.

Nach Einführung des § 77 Absatz 1a SGB IV zum 1. Januar 2010 ist die verpflichtende Offenlegung von bestimmten Ergebnissen der Jahresrechnung eine weitere Annäherung an die Vorschriften des HGB. Wünschenswert wäre es, wenn die gesetzlichen Krankenkassen neben den rein zahlenbasierten Angaben zukünftig auch verbale Ausführungen zu den angewendeten Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätzen machen müssten. Diese weiteren Angaben sind auch mit keinem wesentlichen zusätzlichen Aufwand verbunden, da sie bereits im Anhang zu einer jeden Jahresrechnung verpflichtend enthalten sein müssen.

KPMG aggregiert die nach § 305b SGB V zu veröffentlichenden Daten im neuen Benchmarkingtool „GKV-Data-Monitor“ und analysiert anhand ausgewählter Kennzahlen die Wettbewerbssituation einzelner Krankenkassen. Das Benchmarking beinhaltet umfangreiche betriebswirtschaftliche Vergleiche der Kassen untereinander und gegenüber Vergleichsgruppen. Es erlaubt damit eine realistische Bewertung der Wettbewerbssituation einzelner Kassen heute und im zeitlichen Verlauf. ■

Dreijährige Verjährungsfrist im Krankenhausabrechnungstreit

Für die Anspruchsverjährung von Krankenhäusern gegen Krankenkassen wendet das Bundessozialgericht grundsätzlich die vierjährige Frist aus § 45 SGB I an. Selbiges gilt auch für Forderungen von Krankenkassen gegen Krankenhäuser. In einer aktuellen Entscheidung hat sich das Sozialgericht Mainz mit dieser Rechtsprechung auseinandergesetzt. Es kommt dabei zu dem Ergebnis, dass § 45 SGB I nicht anwendbar ist, sondern § 195 BGB. Damit gilt nach Ansicht dieses Gerichts eine dreijährige Verjährungsfrist.

Autoren: Dr. Silke Dulle und Dr. Ulrich Thölke, KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Berlin

In einer aktuellen Entscheidung hat sich das Sozialgericht Mainz (SG Mainz) mit der Frage befasst, ob für Vergütungsforderungen von Krankenhäusern oder umgekehrt für Erstattungsforderungen von Krankenkassen die regelmäßige Verjährungsfrist des BGB von drei Jahren (§ 195 BGB) oder die vierjährige Frist für Sozialleistungen nach § 45 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) gilt. Das SG Mainz kommt zu dem Ergebnis, dass für solche Forderungen die reguläre Verjährungsfrist von drei Jahren nach BGB gilt (SG Mainz, Urteil vom 4. Juni 2014, Az.: S 3 KR 645/13). Es begründet seine Auffassung mit Verweis auf § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V, wonach Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern grundsätzlich die Vorschriften des BGB zugrunde zu legen sind. Das Bundessozialgericht hatte in vergleichbaren Fällen bisher eine vierjährige Verjährungsfrist angenommen. Der Entscheidung des SG Mainz lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Träger eines Krankenhauses (Kläger) hatte der Krankenkasse (Beklagten) im Jahr 2009 eine stationäre Behandlung in Rechnung gestellt, die nach § 115b SGB V in der Regel ambulant erbracht wird. Die Krankenkasse zahlte die Rechnungssumme und forderte den Krankenhausträger im Nachgang auf, zu begründen, weshalb die Behandlung stationär durchgeführt wurde. Eine Begründung erfolgte jedoch nicht. Die Krankenkasse verrechnete sodann im Dezember 2013

die bezahlte Vergütung mit anderen, unstrittigen Forderungen des Krankenhauses aus dem Monat November 2013. Daraufhin klagte der Krankenhausträger auf Begleichung der zur Verrechnung herangezogenen Forderungen. Er vertrat die Auffassung, dass die Krankenkasse hier nicht hätte aufrechnen dürfen.

Das SG Mainz gab dem Krankenhausträger Recht. Zur Begründung führten die Richter aus, dass die Aufrechnung die Forderung nicht zum Erlöschen gebracht habe. Die Forderung aus dem Jahre 2009 sei im Aufrechnungszeitpunkt des Jahres 2013 bereits verjährt gewesen. Das Gericht erklärte weiter, dass es der Auffassung ist, dass entgegen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) der Erstattungsanspruch der Krankenkasse bereits nach drei Jahren verjährt sei. Anwendbar sei die Verjährungsregel des § 195 BGB und damit nicht die aus § 45 Abs. 1 SGB I hergeleitete vierjährige Verjährungsfrist.

Das SG Mainz hat die Sprungrevisions zugelassen, die auch eingelegt wurde. Aktuell ist das Verfahren vor dem BSG anhängig. Es bleibt abzuwarten, ob das BSG seiner bisherigen Rechtsprechung treu bleibt oder aber sich der Rechtsauffassung des SG Mainz anschließt und eine dreijährige Verjährungsfrist für zutreffend erachtet. Bis diese Frage geklärt ist, sollte vorsichtshalber von einer dreijährigen Verjährungsfrist ausgegangen werden. Bei streitigen Forderungen empfehlen wir daher, eine Einigung dahinge-

hend zu erzielen, dass der Schuldner auf die Einrede der Verjährung bis zum Abschluss des BSG-Verfahrens verzichtet. Sofern eine solche Einigung nicht erreicht werden kann, muss die Verjährung durch Klageerhebung gehemmt werden. ■

Zwischen notwendigen Reformen und anhaltender Stagnation – das Gesundheitssystem von Russland

Für die Gesundheitsversorgung der Russischen Föderation tragen sowohl staatliche als auch private Institutionen die Verantwortung. Aktuell sind im Gesundheitssystem mehrheitlich staatliche Einrichtungen vertreten, gleichzeitig ist in den letzten Jahren der private medizinische Sektor stetig gewachsen. Obwohl die russische Verfassung eine kostenfreie medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung garantiert, ist die gesundheitliche Versorgungslage kritisch. Trotz vieler Reformen in der Vergangenheit sind die staatlichen Finanzierungsleistungen nicht ausreichend. Nach Angaben des Ministeriums für Gesundheit betragen sie lediglich etwa „die Hälfte der notwendigen Finanzmittel“¹. So leidet das System bereits seit Jahren schwer an einer anhaltenden Stagnation und einem wachsenden Investitionsstau.

Autoren: Olaf Beckmann und Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Geschichtliche Entwicklung des Gesundheitssystems

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich ein öffentliches System zur Versicherung von Handwerkern und Arbeitnehmern auf Basis von Krankenkassen. Parallel dazu wurde die medizinische Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen durch eine „Landmedizin“² sichergestellt, die zum Großteil durch kommunale Haushalte finanziert wurde. Beide Versorgungssysteme existierten parallel bis Ende der 1920er-Jahre und wurden erst im Zuge der sowjetischen Gesundheitsreformen schrittweise durch das staatliche medizinische Versorgungssystem ersetzt. In den folgenden Jahren wurde das Gesundheitssystem insgesamt umfangreich ausgebaut. Die ansteigende Zahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten sowie die Zunahme der Arztdichte trugen dazu bei, dass Anfang der 1970er-Jahre zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausschließlich für Gesundheitsausgaben aufgewendet wurden. Damit war die Grenze des umfassenden Ausbaus erreicht. Kontinuierlich wurden in den vergangenen 30 Jahren weiterführende Reformen des Gesundheitssystems auf den Weg gebracht. In einem ersten bedeutenden Schritt wurde im Jahr 1993 die kostenfreie und ausschließlich durch

den Staat finanzierte Gesundheitsversorgung in ein Modell übertragen, das sich an der Sozialversicherung orientierte. Ziel war es, einen Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern und Versicherern zu schaffen und durch neue Vergütungsformen für Leistungserbringer verstärkt wirtschaftliche Anreize zu setzen. Heute basiert das Gesundheitssystem auf einer kombinierten Finanzierung aus staatlichen Geldern und zusätzlichen Einnahmequellen, etwa den finanziellen Aufwendungen der Arbeitgeber für die medizinische Versicherung ihrer Angestellten. Mit der medizinischen Pflichtversicherung und der freiwilligen medizinischen Versicherung existieren zwei Möglichkeiten für die Bevölkerung, eine Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Die Krankenpflichtversicherung: Das Fundament des russischen Gesundheitssystems

Eine kostenfreie medizinische Grundversorgung ist russischen Staatsbürgern im Rahmen der Krankenpflichtversicherung garantiert. Auf Grundlage des verfassungsmäßigen Rechts der Bürger auf medizinische Versorgung garantiert die staatliche medizinische Pflichtversicherung den freien Zugang zu ärztlichen Leistungen. Das Versicherungssystem basiert wesentlich

auf dem Solidaritätsprinzip. So orientiert sich die Höhe des Versicherungsbeitrags am jeweiligen Einkommen des Versicherten, gleichzeitig werden im Versorgungsfall allen Versicherten, unabhängig von ihrer individuellen Beitragshöhe, die notwendigen medizinischen Leistungen gewährt.³ Die Finanzierung dieses Pflichtversicherungssystems erfolgt aus Steuern und Beiträgen der Versicherten. Die notwendigen finanziellen Mittel für die nicht erwerbstätige Bevölkerung werden aus den Haushalten der Regionen zur Verfügung gestellt, während die Versicherungsbeiträge für die Erwerbstätigen durch die Arbeitgeber geleistet werden. Dabei wird die Höhe der entsprechenden Beitragssätze auf föderaler Ebene beschlossen. Seit dem Jahr 2001 führen die Arbeitgeber ihre Beiträge zur medizinischen Pflichtversicherung zusammen mit den Beiträgen für die Renten- und soziale Versicherung in einer einheitlichen sozialen Steuer ab.

Die insgesamt aufgebrachten Finanzmittel für die Pflichtversicherung, die entweder aus Versicherungsbeiträgen stammen oder die die Haushalte der Regionen zur Verfügung stellen, werden anschließend in einem föderalen „Fonds für medizinische Pflichtversicherung“ gebündelt. Mit Hilfe dieses nicht gewinnorientierten Fonds, der durch das Ministerium des Gesundheitswesens verwaltet wird, soll eine Finanzierungsstabilität des Pflichtversicherungssystems und eine „zielgerichtete Verwendung der finanziellen Mittel“⁴ erreicht werden. Dem Staat ist es zudem auf diese Weise möglich, das Pflichtversicherungssystem zu regulieren.

Der Leistungsumfang, der der Bevölkerung in der Krankenpflichtversicherung kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, wird über ein staatliches Programm festgelegt, das aus Haushaltsmitteln aller Bereiche und aus den Beitragseinnahmen der medizini-

schen Pflichtversicherung finanziert wird. So deckt die Pflichtversicherung die Notfallhilfe, eine ambulante Versorgung, Versorgungsmedikamente und die Diagnose und Behandlung von Krankheiten zuhause oder in Polikliniken ab. Auch die Behandlung im Krankenhaus wird durch die Pflichtversicherung sichergestellt.⁵ Jeder Bürger, der in der Versicherung registriert ist, hat über eine individuelle Versicherungsnummer die Möglichkeit, unabhängig von seinem Wohnort, eine kostenlose medizinische Versorgung auf russischem Staatsgebiet zu erhalten. Eine Notfallbehandlung ist grundsätzlich für alle russischen Staatsbürger möglich, unabhängig davon, ob sie einen Krankenversicherungsschutz haben oder nicht. Medizinische Leistungen, die den kostenfreien Umfang der Pflichtversicherung überschreiten, werden von privaten Gesundheitseinrichtungen gegen Bezahlung angeboten. Nach aktuellen Umfragen haben bereits rund 35 Prozent der Bevölkerung eine entgeltliche medizinische Leistung in Anspruch genommen.⁶

Die freiwillige medizinische Versicherung: Option für Besserverdienende

Parallel zur Krankenpflichtversicherung kann gegen Bezahlung auch eine freiwillige Krankenversicherung abgeschlossen werden. So wird auf Basis eines vertraglich geregelten Versicherungsschutzes insbesondere der besser verdienenden Bevölkerung eine Versorgung garantiert, deren Umfang über die Pflichtversicherung hinausgeht. Zwar hat die Versicherung auf freiwilliger Basis den Status einer freiwilligen Zusatzversicherung in Ergänzung zur Pflichtversicherung, allerdings ermöglicht sie den Versicherten eine Vollversicherung auf deutlich höherem Niveau. Immer mehr Versicherungsgesellschaften bieten entsprechende Versicherungspakete an. Während in den vergangenen Jahren die Versicherer die Zusammenarbeit mit Unternehmen oder anderen Institutionen präferierten und ihre Versicherungsangebote am speziellen Leistungsumfang einer bestimmten

medizinischen Einrichtung orientierten, wurden in den vergangenen zehn Jahren auch zunehmend Versicherungsprogramme für Privatpersonen aufgelegt. Damit ist die Wahlfreiheit der freiwillig versicherten Personen nicht mehr eingeschränkt und die Versicherten sind nicht mehr an bestimmte ambulante Einrichtungen gebunden.

Lange Wartezeiten und Ineffizienz: systembedingte Reformen zwingend nötig

Nachdem das russische Gesundheitssystem in den 1990er-Jahren – infolge des wirtschaftlichen Niedergangs und staatlicher Ausgabenkürzungen um ein Drittel – fast vor dem vollständigen Zusammenbruch stand, konnte erst im Jahr 2006 das ursprüngliche Niveau wieder erreicht werden. Seitdem versucht die Regierung über Umstrukturierungen und eine Gesundheitsreform das System dauerhaft zu stabilisieren. Bisher bleiben durchschlagende Erfolge allerdings aus. Im Gegenteil: Die durch die Verfassung gesicherte kostenlose medizinische Versorgung der Bevölkerung ist kaum noch möglich. Aufgrund der hohen Nachfrage reichen die behördlich festgelegten Quoten für eine kostenfreie Behandlung nicht mehr aus. Die Folge sind lange Wartezeiten. Da rund 80 Prozent der staatlichen Gesundheitseinrichtungen über regionale oder städtische Budgets finanziert werden, denen Ressourcen fehlen, ist das Niveau der Gesundheitsversorgung generell niedrig.

Zudem nimmt die staatliche medizinische Pflichtversicherung durch die weit verbreitete Schwarzarbeit zu wenig Beiträge ein. Da viele Erwerbstätige auch nur einen Teil ihres Lohns auf offiziellem Weg beziehen, sind auch die Versicherungsbeiträge nur sehr gering. Die freiwillige Krankenversicherung wird daher zunehmend von wohlhabenden Menschen abge-



Abbildung 10

Umfang der Ausgaben und Struktur der Gesundheitsfinanzierung durch die russische Regierung
(Angaben in Milliarden Rubel)

Quelle: KPMG in Russland

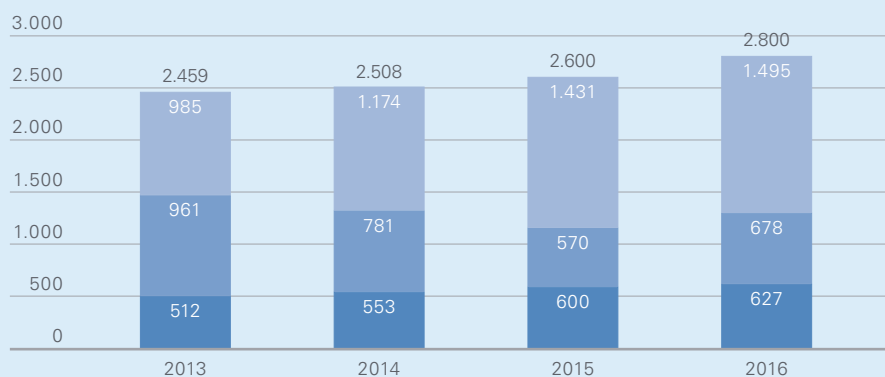
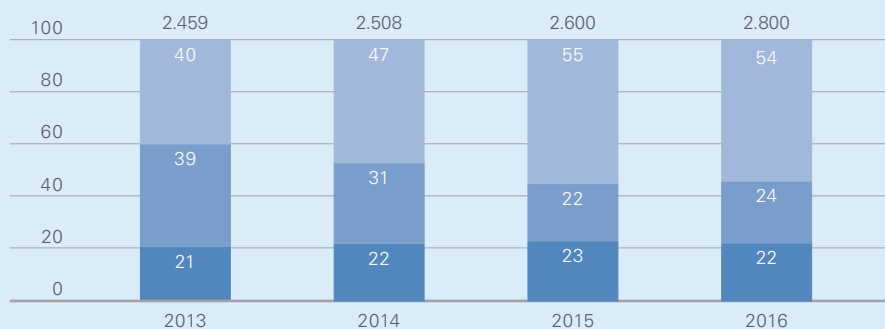


Abbildung 11

Aufbau der Gesundheitsfinanzierung durch die russische Regierung, 2013 bis 2016
(Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG in Russland



■ Gesetzliche Pflichtversicherung
■ Föderale Budgetierung
■ Regionale Budgetierung

geschlossen, die es sich finanziell leisten können, Privatkliniken aufzusuchen. Alle anderen Patienten müssen dagegen die langen Wartezeiten der staatlichen Krankenhäuser in Kauf nehmen.⁷ Auf diese Weise hat sich in Russland in den letzten Jahren eine Zweiklassenmedizin herausgebildet. Die niedrigen Einkommen des medizinischen Personals sorgen zusätzlich dafür, dass ein System der faktischen Zuzahlung durch die Patienten entstanden ist. Allein im Jahr 2013 ist der Anteil

der Menschen, die für ihre Behandlung zahlen, um 12 Prozent gestiegen. So ist die eigentlich kostenfreie ärztliche Behandlung kaum noch existent.⁸

Obwohl Russland durch das Recht auf kostenfreie medizinische Grundversorgung im internationalen Vergleich eine der höchsten Dichten an Krankenhausbetten und Ärzten pro 1.000 Einwohner aufweist, lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Jahr 2012 mit lediglich 6,2 Prozent deutlich

unter der deutschen Vergleichszahl von 11,3 Prozent und dem OECD-Durchschnitt von 9,3 Prozent.⁹ Gleichzeitig haben andere Industrieländer mit vergleichbaren Gesundheitsergebnissen oft 30 bis 40 Prozent weniger Ausgaben.¹⁰ So ist aus heutiger Sicht das russische Gesundheitssystem, das sich in seiner Konstitution und Struktur seit der Sowjetzeit kaum verändert hat, ineffizient und damit dringend reformbedürftig. Die aktuellen politischen Reformbemühungen richten sich daher darauf, sowohl eine technologische als auch eine organisatorische und finanzielle Modernisierung des Gesundheitssystems zu erreichen.¹¹ Ziel ist es, ab dem Jahr 2015 die technische und verwaltungsmäßige Effizienz der staatlichen Gesundheitsversorgung so zu steigern, dass eine weitgehende Finanzierung durch die Einnahmen der gesetzlichen Krankenpflichtversicherung möglich ist (Abbildung 10 und 11). Um dieses Ziel zu erreichen, werden erhebliche Geldmittel investiert, da bisher nur ein geringer Anteil der bereitgestellten Gesundheitsausgaben durch die gesetzliche Pflichtversicherung gedeckt werden kann. ■

- 1 IOM, International Organization for Migration (2014): Länderinformationsblatt, Russische Föderation, Berlin, S. 8
- 2 Andreeva, E./Borchardt, G./Räbiger, J./Volodin, Y. (2001): Glossar Gesundheitswesen, Berlin, S. 24
- 3 Ebenda, S. 24/25
- 4 Ebenda, S. 26
- 5 IOM, International Organization for Migration (2014): Länderinformationsblatt, Russische Föderation, Berlin, S. 8
- 6 Ebenda, S. 9
- 7 Dornblüth, G. (2014): Versorgungssystem: Lieber gesund bleiben, Zweiklassenmedizin in Russland, Deutschlandradio, abrufbar unter: http://www.deutschlandradiokultur.de/versorgungssystem-lieber-gesund-bleiben.979.de.print?dram:article_id=295644, letzter Zugriff: 18.09.2014
- 8 Auswärtiges Amt (2014): Außen- und Europapolitik, Länderinformationen, Russische Föderation, Innenpolitik, abrufbar unter: http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/RussischeFoederation/Innenpolitik_node.html, letzter Zugriff: 18.09.2014
- 9 OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2013): Health at a Glance 2013: OECD Indicators, S. 157
- 10 European Observatory on Health Systems and Policies (2011): Russian Federation, Health system review. In: Health Systems in Transition 13 (7), S. 21
- 11 Müller, R./Klingholz, R. (2014): Russland neu gezählt, Was die jüngsten Zensurergebnisse über Russlands Bevölkerungsentwicklung verraten, Discussion Paper 15, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, S. 15

Gute medizinische Versorgung auf dem Land auch künftig von hoher Bedeutung

Nachgefragt bei Melanie Huml

Mit Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, sprachen Thomas Rüger und Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Mit circa 47 Milliarden Euro Jahresumsatz und einer jährlichen Wachstumsrate von rund fünf Prozent erzielt die bayerische Gesundheitswirtschaft im bundesweiten Vergleich das höchste Umsatzwachstum der Branche. Was sind hierfür die Erfolgsfaktoren, was die wichtigsten Wachstumsbereiche der bayerischen Gesundheitswirtschaft?

Mich persönlich freut es natürlich, dass Bayern im Bundesvergleich eine fast doppelt so hohe Wachstumsrate verzeichnen kann. Der Erfolg lässt sich vor allem an den Beschäftigten festmachen. In der bayerischen Gesundheitswirtschaft sind im Schnitt 875.000 Menschen tätig. Gleichzeitig hat Bayern den Vorteil, dass sehr viele Medizintechnikunternehmen ansässig sind. Das wirkt sich insbesondere auf die hohe Exportquote von 75 Prozent im Bereich der Medizintechnik aus. Die Zahlen zeigen also deutlich: Bayern ist nicht nur ein „Autoland“, sondern auch ein „Gesundheitsland“. Dieser Erfolg ist auch abhängig von den Spitzentechnologien, die in Bayern entwickelt werden. Dabei ist es besonders wichtig, dass diese Produkte nicht nur bei uns entwickelt, sondern auch vor Ort produziert und angewendet werden. Ein weiterer relevanter Faktor ist die Qualität, die gerade im Gesundheits- und Medizinbereich einen sehr hohen Stellenwert einnimmt und immer im Fokus stehen muss.

Wenn der Erfolg der Gesundheitswirtschaft auch an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Unternehmen festgemacht werden kann: Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang eine gute fachliche

Ausbildung etwa bei Ärzten oder Ingenieuren und in der Pflege?

Eine gute universitäre Ausbildung muss gewährleistet werden. Dazu gehört, dass die Studenten über den Tellerrand hinausschauen, zum Beispiel einige Semester im Ausland verbringen und im Anschluss gerne in die bayerischen Gesundheitswirtschaftsunternehmen zurückkehren. Ich denke, dies ist durch gute Arbeitsplätze in ganz Bayern sichergestellt. Natürlich wird eine solche Entscheidung auch dadurch beeinflusst, ob eine Region für die gesamte Familie attraktiv ist. In vielen Punkten wie Landschaft, Wohnraum, Infrastruktur oder Sicherheit kann Bayern einige Pluspunkte bieten, um gut ausgebildete Mitarbeiter, auch aus dem Ausland, zu gewinnen. Gleichzeitig bemühen wir uns immer um die notwendigen Rahmenbedingungen, damit die ansässigen Unternehmen in Bayern bleiben und hier investieren. Zurzeit erleben wir einige Unternehmensexpansionen, nicht zuletzt in der Gesundheitsbranche, mit denen die Firmen unterstreichen, dass Bayern nicht nur ein lukrativer Standort, sondern auch ein Ausbaumarkt ist.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege initiierte 2011 den Qualitätswettbewerb Gesundheitsregion Bayern – ein Konzept, das besondere Versorgungsstrukturen und Gesundheitsangebote auf kommunaler Ebene auszeichnet. Welche positiven Effekte hat das Konzept und wie ist der Stand der Entwicklung heute?

Wir haben festgestellt, dass in Bayern viele lokale Initiativen in der Gesundheitswirtschaft seit Jahren nebeneinander existieren, ohne voneinander zu wissen. Die Idee der Gesundheits-

regionen war es, den Regionen ihre eigenen Gesundheitskompetenzen bewusst zu machen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Regionen sehr unterschiedlich sind. Während der Wettbewerb eher auf eine spezifische Positionierung in unterschiedlichen Themenfeldern hinauslief, verfolge ich die Idee, die Strukturen mehr zu konkretisieren und zu vereinheitlichen. Wir müssen es durch unterstützende Maßnahmen schaffen, dass die Ideen vor Ort konzeptionell ausgebaut und weiterverfolgt werden sowie die vielen guten, aber vereinzelt Maßnahmen gebündelt werden. Aus diesem Grund sollen sich die Akteure aus dem Gesundheitsbereich bei bestimmten Themen vor Ort zusammensetzen. So wird durch den regelmäßigen Austausch das gegenseitige Verständnis bei wichtigen Themen deutlich erhöht. Die unterschiedlichen Gesundheitsregionen sollen sich mit den Eigenständigkeits, die sie haben, konzeptionell auf bestimmte Themenbereiche konzentrieren. Während eigene Ideen intensiv weiterverfolgt werden können, wird zusätzlich ein inhaltlicher und organisatorischer Rahmen vorgegeben, der die einzelnen Regionen in ihrer spezifischen Weiterentwicklung unterstützen soll.

Auch Krankenhäuser müssen nachhaltiger werden. Mit der Green Hospital-Initiative positioniert sich der Freistaat Bayern als Vorreiter umweltfreundlicher Krankenhäuser. Wie können Krankenhäuser die energetischen Sanierungsmaßnahmen finanzieren? Welche Förderung leistet der Freistaat Bayern?

Mit dem Green Hospital haben wir in Lichtenfels einen ersten Aufschlag gemacht. Bewusst haben wir einen Neubau ausgewählt, um zu schauen, welche energiesparenden Maßnahmen überhaupt möglich sind. Finanzielle Unterstützungsleistungen werden in der Regel in den allgemeinen För-

derungen mit bedacht. Zurzeit ermöglicht das Krankenhausfinanzierungsgesetz nur eine begrenzte Förderung von umweltgerechten Maßnahmen. Die beste Förderung ergibt sich für das Krankenhaus aus den Investitionen, die die Betriebskosten reduzieren. Für die Einrichtungen lohnt es sich schlichtweg, aus finanzieller Sicht etwas umzustellen. Auch aus diesem Grund haben wir den Wettbewerb Green Hospital Bayern ins Leben gerufen, mit dem bereits Krankenhäuser ausgezeichnet wurden, die sich speziell Gedanken zum Thema energetische Sanierung gemacht haben. Parallel dazu haben wir eine Best-Practice-Datenbank geschaffen, mit der andere Einrichtungen sehen können, wo bereits verschiedene Maßnahmen erfolgreich umgesetzt wurden.

In Bayern gehören 85 Prozent der Landesfläche zum ländlichen Raum, 60 Prozent der bayerischen Bevölkerung leben dort. Wie stellt der Freistaat eine flächendeckende Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten sicher und wie macht er den ländlichen Raum für Primärversorger attraktiv?

Es ist von hoher Bedeutung, dass wir auch in Zukunft eine gute medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen haben. Seit Herbst 2013 ist in ganz Bayern die Sicherstellung von gleichwertigen Lebensbedingungen Teil der Verfassung. Das schließt selbstverständlich auch eine gute Gesundheitsversorgung ein. Daher müssen wir in der Fläche sowohl Ärzte als auch Krankenhäuser haben. Jeder dritte Hausarzt in Bayern ist älter als 60 Jahre. Darüber müssen wir uns Gedanken machen. Als ersten Schritt haben wir ein Förderprogramm mit drei Säulen auf den Weg gebracht, das sehr gut angenommen wird. Auf dieser Grundlage werden innovative medizinische Versorgungskonzepte genauso finanziell gefördert wie die Bereitschaft der

Ärzte, sich in einem Gebiet niederzulassen, das nicht überversorgt ist. Als dritte Säule vergeben wir ein Stipendium an Studenten, die ihre Facharztweiterbildung im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis in einer ländlichen Region machen und dann dort auch arbeiten. Wichtig ist, dass die Medizinstudenten, die in Bayern studieren, hier auch gehalten werden. Vor dem Hintergrund, dass die Work-Life-Balance für jüngere Leute immer mehr an Bedeutung gewinnt, müssen insbesondere im ländlichen Raum die notwendigen Strukturen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, wie zum Beispiel durch die einfachere Bildung von Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften.

Die bayerische Universitätsmedizin ist renommiert. Erhält sie mit dem Klinikum Augsburg bald einen weiteren Standort?

Fest steht, dass die Uniklinik in Augsburg kommen wird. Im jetzigen Stadium befindet sich das derzeit noch kommunale Klinikum in der Generalsanierung. Bei der Umstrukturierung zu einem Universitätsklinikum müssen wir darauf achten, dass bestimmte räumliche Strukturen, wie etwa Hörsäle mitberücksichtigt werden. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist das aber nicht die Aufgabe des Gesundheits-, sondern des Wissenschaftsministeriums. In welcher Form der Wandel zu einem Universitätsklinikum vollzogen wird und wie demzufolge die Finanzierung zwischen den beteiligten Ministerien erfolgt, wird derzeit diskutiert.

Bisher hat der Freistaat Bayern zur Förderung telemedizinischer Pilotprojekte gut 12 Millionen Euro investiert. Welche Rolle spielt die Telemedizin in Bayern in der Zukunft?

Mein Ziel ist es, eine Spitzenmedizin im gesamten Freistaat zu haben. Dafür



Melanie Huml

Die Staatsministerin für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Staatsministerium, Melanie Huml, studierte Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und erhielt im Jahr 2004 ihre Approbation als Ärztin. Ihre politische Karriere begann 1993, als sie noch während ihrer Schulzeit in Bamberg in die Junge Union Bayern eintrat, für die sie bis 2011 verschiedene Funktionen übernahm. Seit 2001 ist sie Mitglied der Christlich-Sozialen Union (CSU) und der Frauen-Union (FU), seit 2003 Abgeordnete des Bayerischen Landtags. Zwischen 2007 und 2013 war sie Staatssekretärin zunächst im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, ab 2008 im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Seit 2013 bekleidet sie das Amt der Staatsministerin im neu geschaffenen Bayerischen Gesundheits- und Pflegeministerium.

brauchen wir die Telemedizin und auch die neuen Medien. Wir können nicht jeden Spezialisten aus jedem Fachgebiet im gesamten Großraum Bayern vorhalten. Aber über die Telemedizin können wir die Infrastruktur schaffen, dieses Spezialwissen in jeden Teil des Landes zu transportieren. Es ist wichtig, nicht die Patienten zum jeweiligen Spezialisten an einer bestimmten Klinik zu transportieren, sondern stattdessen Daten zu transferieren. Bei diesen Vorhaben geht es nicht darum, den Arzt vor Ort zu ersetzen, sondern durch moderne Strukturen die Arbeit zu erleichtern. Die Telemedizin verzichtet nicht auf Ärzte und Mediziner. Vielmehr hat sie das Ziel, vorhandenes Wissen zu übertragen und dort hin weiterzureichen, wo es akut gebraucht wird. Dazu müssen wir im Sinne des Patienten in Zukunft verstärkt moderne, technologische Strukturen nutzen und auch überregional ausbauen. ■

Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus

Der Wettbewerb unter den deutschen Krankenhäusern fordert seinen Preis. Jahr für Jahr tauscht mehr als jedes vierte Krankenhaus Mitglieder der Geschäftsführung aus. Das Risiko eines Krankenhausgeschäftsführers, ausgewechselt zu werden, ist heute um mehr als 50 Prozent höher als das eines DAX-Vorstands. Geschäftsführerwechsel führen aber häufig nicht zu der erhofften Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Das ergab die aktuelle Untersuchung von KPMG.

Autoren: Prof. Dr. Volker Pentter und Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Deutsche Krankenhäuser sind Wirtschaftsunternehmen. Als solche stehen sie im harten Wettbewerb um Patienten, Mitarbeiter und Geldquellen. Im Zeitraum 2009 bis 2012 hat sich die Ertragslage der Krankenhäuser signifikant verschlechtert. Erwirtschafteten im Jahr 2009 noch über 80 Prozent ein positives Jahresergebnis, verbuchte im Jahr 2012 jedes dritte Haus Verluste (Abbildung 12).

Für den Unternehmenserfolg werden vor allem die Geschäftsführungen verantwortlich gemacht. In einer aktuellen Untersuchung beleuchtet KPMG Healthcare das Personalkarussell in den Chefetagen der deutschen Krankenhäuser.¹ Und so sieht das Ergebnis der Analyse aus:

1. Führungswechsel in Krankenhäusern finden überraschend häufig statt.
2. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen den Trägerschaften.
3. Ein Wechsel in der Geschäftsführung ist kein Allheilmittel, das zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses führt.
4. Interessante Entdeckung: Die Frauenquote in den Geschäftsführungen der Krankenhäuser steigt stetig an und war im Untersuchungszeitraum mehr als doppelt so hoch wie in den Vorständen deutscher DAX30-Unternehmen.

Jahr für Jahr tauscht mehr als jedes vierte Krankenhaus Mitglieder der Geschäftsführung aus, Krankenhausmanager werden damit deutlich häufiger ausgewechselt als DAX30-Vorstände

In den untersuchten Jahren 2010 bis 2012 fanden jedes Jahr in mehr als 25 Prozent der deutschen Krankenhäuser Veränderungen in der Geschäftsführung statt. Untersucht wurde eine repräsentative Stichprobe von 391 Krankenhäusern aus allen Bundesländern. Von diesen Krankenhäusern befanden sich 123 in öffentlicher,

121 in privater und 147 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Das zusammengefasste Ergebnis zeigt Abbildung 13.

DAX30-Unternehmen hatten im betrachteten Zeitraum durchschnittlich 6,2 Vorstandsmitglieder, Krankenhäuser hingegen nur durchschnittlich 1,6 Geschäftsführer. Setzt man die Prozentzahl der durchschnittlichen Wechsel von Geschäftsführern beziehungsweise Vorständen ins Verhältnis zur Anzahl der Mitglieder der Geschäftsführung beziehungsweise des Vorstands, so ergibt sich bei Krankenhäusern für jeden Geschäftsführer pro Jahr die Wahrscheinlichkeit von 15,7 Prozent, dass er ausgewechselt wird, bei DAX30-Vorständen von 10,2 Prozent.²

Bei Krankenhäusern wird ein Geschäftsführer also durchschnittlich alle 6,4 Jahre ausgewechselt, bei DAX30-Unternehmen ein Vorstand alle 9,8 Jahre. Das Risiko für den Geschäftsführer eines Krankenhauses ausgewechselt zu werden, ist damit um mehr als 50 Prozent höher

Abbildung 12
Entwicklung der Jahresergebnisse von 391 untersuchten Krankenhäusern im Zeitraum 2009 bis 2012

(Zu 100 fehlende Prozent betreffen Häuser mit neutralem Jahresergebnis.)

Quelle: KPMG

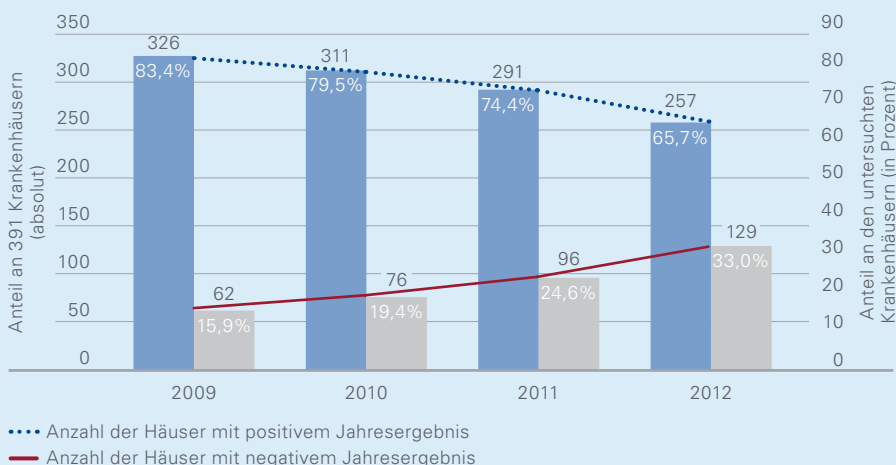


Abbildung 13

Veränderungen in der Geschäftsführung (GF) deutscher Krankenhäuser in den Jahren 2010 bis 2012

Quelle: KPMG

	2010			2011		2012		2010–2012
	Anzahl untersuchter Krankenhäuser	Anzahl GF- Wechsel	Anteil in Prozent	Anzahl GF- Wechsel	Anteil in Prozent	Anzahl GF- Wechsel	Anteil in Prozent	Durchschnitt
Anzahl gesamt	391	101	25,8 %	100	25,6 %	98	25,1 %	25,5 %
davon öffentlich	123	24	19,5 %	20	16,3 %	31	25,2 %	20,3 %
davon privat	121	34	28,1 %	44	36,4 %	37	30,6 %	31,7 %
davon freigemeinnützig	147	43	29,3 %	36	24,5 %	30	20,4 %	24,7 %

als für ein Vorstandsmitglied eines DAX30-Unternehmens. Oder anders gesagt: Die „Verweildauer“ eines DAX30-Vorstandsmitglieds ist durchschnittlich um mehr als 50 Prozent länger als die Verweildauer eines Krankenhaus-Geschäftsführers.

Geschäftsführungswechsel häufiger in privaten Krankenhäusern

Innerhalb des Betrachtungszeitraums der Geschäftsjahre 2010 bis 2012 lassen sich zwischen den Trägerschaften deutliche Unterschiede in der Häufigkeit des Austauschs von Geschäftsführern erkennen. Im Durchschnitt finden mit 31,7 Prozent die häufigsten Wechsel in den Krankenhäusern privater Trägerschaft statt. Freigemeinnützige Einrichtungen folgen mit 24,7 Prozent und öffentliche mit 20,3 Prozent (Abbildung 14).

Bei Klinikkonzernen ist der Geschäftsführerwechsel häufig Teil einer langfristigen Personalentwicklungskonzeption. Geschäftsführer werden geplant in verschiedenen Konzernunternehmen eingesetzt. Das kann auch ein Grund dafür sein, dass die Veränderungshäufigkeit bei den Privaten höher ist.

Abbildung 14

Durchschnittliche jährliche Veränderungen in der Geschäftsführung unterschieden nach Trägern
(Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG

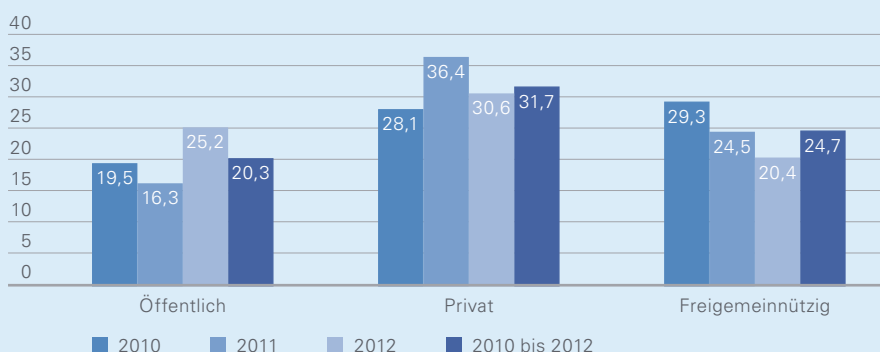


Abbildung 15

Veränderung der Jahresergebnisse nach Wechseln in der Geschäftsführung

(Zu 100 fehlende Prozent betreffen Häuser mit neutralem Jahresergebnis.)

Quelle: KPMG

	2010	2011	2012	Durchschnitt	2010–2012
Anzahl der Krankenhäuser mit Wechsel in der Geschäftsführung	101	100	98	100	–3
Nach Wechsel in der Geschäftsführung verbessertes Jahresergebnis des Krankenhauses	50	36	33	40	–17
Relativer Anteil	49,5 %	36,0 %	33,7 %	39,8 %	–15,8 %
Nach Wechsel in der Geschäftsführung verschlechtertes Jahresergebnis des Krankenhauses	49	63	64	59	15
Relativer Anteil	48,5 %	63,0 %	65,3 %	58,9 %	16,8 %

Abbildung 16

Anteil von Männern und Frauen in den Geschäftsführungen

(391 untersuchte Krankenhäuser)

Quelle: KPMG

	2009	2010	2011	2012
Anzahl der Geschäftsführungsmitglieder in den untersuchten Krankenhäusern	624	608	613	617
davon Männer	527	505	507	505
davon Frauen	97	103	106	112
Frauenquote (in Prozent)	16 %	17 %	17 %	18 %
Durchschnittliche Anzahl der Geschäftsführungsmitglieder in den untersuchten Krankenhäusern	1,60	1,55	1,57	1,58

Erhoffte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nach Geschäftsführerwechsel eher selten

Ein Geschäftsführungswechsel in Krankenhäusern zog im Jahr 2010 nur bei weniger als 50 Prozent verbesserte Jahresergebnisse nach sich, in den Jahren 2011 und 2012 nur bei etwa einem Drittel. Der überwiegende Anteil der Krankenhäuser, die einen Austausch in der Geschäftsleitung vornahmen, wies sogar ein schlechteres Jahresergebnis aus. Man kann also sagen, dass ein Führungswechsel die Ertragslage von Krankenhäusern meist nicht verbessern kann (Abbildung 15).

Überraschung: Frauenanteil in den Geschäftsführungen zunehmend und vergleichsweise hoch

Im Vergleich zu den DAX30-Unternehmen ist die Frauenquote in deutschen Krankenhäusern deutlich höher. Sie lag im Jahr 2012 bei 18 Prozent (Abbildung 16). In den DAX30-Unternehmen folgte einem leichten Anstieg im Beobachtungszeitraum (bis auf 7,8 Prozent 2012) bis heute sogar wieder ein Rückgang.

Fazit

Die Untersuchung zeigt einmal mehr, in welcher schwieriger Lage sich die deutschen Krankenhäuser befinden. Die Anzahl der Krankenhäuser mit einem negativen Jahresergebnis hat sich in den letzten vier Jahren deutlich erhöht. Verbuchte 2009 noch etwa jedes sechste Haus einen Verlust, so ist es im Jahr 2012 schon etwa jedes dritte.

Der konstant häufige Wechsel in den Geschäftsführungsetagen von Krankenhäusern vermag daran nichts zu ändern. Denn die deutschen Krankenhäuser leiden unter mindestens zwei strukturellen Problemen. Zum einen gibt es zu viele Krankenhauskapazitäten. Zwischen 1992 und 2012 hat sich die Behandlungskapazität der deutschen Krankenhäuser um 35 Prozent erhöht. Auch die Einführung der Fallpauschale hat an dieser Entwicklung nichts Grundlegendes geändert. Der Anstieg hat sich nur verlangsamt.³ Zum anderen kommt die öffentliche Hand ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht nach. Die Fördermittel gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) haben sich bundesweit in den letzten 20 Jahren inflationsbereinigt etwa halbiert.⁴ Eine Veränderung dieser Rahmenbedingungen ist drin-

gend erforderlich. Das ist Aufgabe der Politik.

Richtig ist aber auch, dass es keine Vorteile bringt, reflexartig wirtschaftliche Probleme eines Krankenhauses mit dem Auswechseln der Geschäftsführung kurieren zu wollen. Das zeigt diese Untersuchung mehr als deutlich. Konzepte sind gefragt, die beispielsweise Antworten auf veränderte Patientenwünsche, knapper werdende Personalressourcen, höhere Transparenzanforderungen geben. Dass ein Drittel der Krankenhäuser Verluste schreibt, sagt ja auch, dass zwei Drittel Gewinne erwirtschaften. Es gibt also deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Tragfähige Konzepte zu erarbeiten, die Antworten auf die Herausforderungen der Zukunft geben, das ist die Aufgabe der Führungskräfte der Krankenhäuser selbst. Schließlich: Führungskräfte brauchen Freiheitsgrade, um tragfähige Konzepte zu erarbeiten und umzusetzen. Hier sind Gesellschafter und Aufsichtsgremien von Krankenhäusern gefragt. ■

1 Quelle der erstmals durchgeführten Untersuchung ist die KPMG Datenbank Krankenhaus 300®, die unter anderem öffentlich zugängliche Jahresabschlüsse und Geschäftsberichte der Krankenhäuser enthält. Die Daten für das Jahr 2012 sind die zum Untersuchungszeitpunkt aktuellsten verfügbaren Zahlen.

2 Die Wahrscheinlichkeit ausgewechselt zu werden, errechnet sich aus dem Verhältnis von durchschnittlicher Anzahl der Krankenhäuser bzw. DAX30-Unternehmen, die einen Wechsel in der Geschäftsführung/im Vorstand vorgenommen haben, und der durchschnittlichen Anzahl von Mitgliedern der Geschäftsführung bzw. des Vorstands. Bei Krankenhäusern sind das 25,1 Prozent Wechsel geteilt durch 1,6 Mitglieder der Geschäftsführung (ergibt 15,7 Prozent), bei den DAX30-Unternehmen 63,3 Prozent Wechsel geteilt durch 6,2 Mitglieder des Vorstands (ergibt 10,2 Prozent).

3 Penter, V. et al. (2014), Zukunft deutsches Krankenhaus 2020, Mediengruppe Oberfranken, Kulmbach, S. 24

4 Ebenda, S. 28

Neues aus dem Gesundheitswesen

STEUERN

Steuerbegünstigung kommunaler Eigengesellschaften (Rettungsdienste) – BFH erkennt Gemeinnützigkeitsfähigkeit an

Mit Urteil vom 27. November 2013 (Aktenzeichen I R 17/12) bejaht der Bundesfinanzhof (BFH) klarstellend die bisher offengelassene Frage nach der Anwendbarkeit der Gemeinnützigkeitsbestimmungen auf die öffentliche Hand, wenn sie sich privatwirtschaftlich unter Zuhilfenahme einer Kapitalgesellschaft – hier am Beispiel einer kommunalen Rettungsdienst-GmbH – betätigt. Das gilt auch dann, wenn die Eigengesellschaft die Erfüllung hoheitlicher Aufgaben der Trägerkörperschaft übernimmt.

Neu und begrüßenswert ist zudem die Änderung der Spruchpraxis hinsichtlich des „Zugutekommens“ als Voraussetzung eines Zweckbetriebs der Wohlfahrtspflege (§ 66 Abs. 3

Satz 1 Abgabenordnung – AO). Die Leistungen müssen demnach im Sinne eines tatsächlichen Handelns gegenüber den bedürftigen Personen vorgenommen werden. Eine vertragliche Beziehung mit den bedürftigen Personen setzt der BFH, entgegen seiner früheren Rechtsprechung, nicht mehr voraus. Ein engerer Maßstab als das Unmittelbarkeitskriterium des § 57 AO ist im Rahmen des § 66 AO somit nicht anzuwenden.

Neue Kooperationsmöglichkeiten

Ferner kann nach Ansicht des BFH ein Betrieb der Wohlfahrtspflege insbesondere dann angenommen werden, wenn mit dem Betrieb keine Gewinne angestrebt werden, die über den

konkreten Finanzierungsbedarf des Betriebs hinausgehen. Maßnahmen zum Inflationsausgleich beziehungsweise die Finanzierung von Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen sind danach unschädlich für die Anwendung des genannten Zweckbetriebs.

Die geänderte Spruchpraxis des BFH ist insgesamt zu begrüßen und eröffnet neue Möglichkeiten der Kooperation im Rahmen von Einrichtungen der Wohlfahrtspflege als Zweckbetriebe. Eine umfassende Analyse der Rechtsprechung und der Konsequenzen findet sich im Beitrag von Helm/Haaf, Deutsches Steuerrecht (DStR) 41/2014. ■

RECHT

Bundesrat beschließt Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Am 11. Juli 2014 hat der Bundesrat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) beschlossen. Wesentliche Teile des Gesetzes treten zum 1. Januar 2015 in Kraft. So auch die Regelungen zum Beitragssatz und kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

Mit Beginn des neuen Jahres wird der allgemeine Beitragssatz von derzeit 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt. Davon zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils die Hälfte. Der bisherige Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent, der allein durch die Arbeitnehmer zu zahlen war, entfällt. Stattdessen kann zukünftig jede Krankenkasse einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Dadurch soll einerseits der Wettbewerb zwi-

schen den Kassen erhöht werden und andererseits ein Instrumentarium geschaffen werden, die teilweise in erheblichem Umfang vorhandenen finanziellen Reserven abzubauen, indem die Mittel direkt den Versicherten zugutekommen.

Einkommensausgleich zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen

Um einzelne Kassen nicht zu benachteiligen, sieht das Gesetz einen vollständigen Einkommensausgleich vor. Ziel ist es, unterschiedliche Einkommensstrukturen bei den Mitgliedern auszugleichen und damit Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Kassen zu vermeiden. Zudem entfällt das bisherige Einzugs- und Ausgleichsverfahren, da der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nunmehr prozentual direkt vom Gehalt oder den Renteneinkünften abgezogen wird.

Transparenzpflichten beim Zusatzbeitrag

Wird der Zusatzbeitrag erhoben oder erhöht, kommen neue Transparenzpflichten auf die jeweilige Kasse zu. Neben der Information über das in diesem Fall bestehende Sonderkündigungsrecht und die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Kasse muss der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Krankenkassen angegeben sowie gegebenenfalls auf die Möglichkeit hingewiesen werden, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Zugleich ist auf die im Internet des GKV-Spitzenverbands veröffentlichte Übersicht zu verweisen, in der dargestellt wird, welche Krankenkasse einen Zusatzbeitrag in welcher Höhe erhebt. ■

Autoren:

Julia Kaub, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München; Philipp Haaf, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mannheim

KPMG-BLOG

Pflegekräfte: Abgekämpft und ausgebrannt

Es sind alarmierende Zahlen: Pflegekräfte liegen bei den Fehltagen aufgrund von Burnout ganz vorne. Kranken- und Altenpfleger fühlen sich von den steigenden Anforderungen ihres Berufs zunehmend überfordert.

Der KPMG-Blog zeigt auf, wie trotz hoher Arbeitsbelastungen die psychische Gesundheit der Pflegekräfte garantiert werden kann.

Wie können Kliniken und Pflegeeinrichtungen trotz knapper Finanzlage ein Burnout beim Personal vermeiden? Teilen Sie uns Ihre Gedanken mit.

<https://blog.kpmg.de/gesundheit/pflegekraefte-ausgebrannt-und-abgekaempft/>

Weltmeister im Jammern

So richtig gesund fühlen sich viele Deutsche eigentlich nie: Was die Gesundheit angeht, sind wir ziemlich pessimistisch. Oft ohne Grund.

Der Video-Blog erklärt das negative Gesundheitsempfinden der Deutschen und den Hang zum Klagen.

Fühlen Sie sich gesund? Wir freuen uns über Ihre Kommentare und Beiträge.

<https://blog.kpmg.de/gesundheit/gesundheitsweltmeister-jammern/>

Pendeln Sie richtig

Wer ein mobiles Arbeitsleben führt, bei dem fällt die Freizeit auch mal aus. Das ist ungesund, die körperliche und mentale Belastung beim Pendeln ist groß. Zudem: Freizeit kann man überall haben, auch beim Pendeln. Deshalb: Anzug aus, Sportsachen an und los geht's.

In seinem Blogbeitrag spricht Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care bei KPMG, über die Folgen der mobilen Arbeitswelt und den Vorteil von Laufschuhen im Gepäck.

Was beachten Sie beim Pendeln und wie planen Sie Ihre Freizeit vor Ort? Ihre Meinung zählt.

<https://blog.kpmg.de/gesundheit/richtig-pendeln/>

WOCHENSPECIAL „GESUND & STARK“

Die Rolle von Stiftungen im deutschen Gesundheitswesen

Onlinebeitrag auf kpmg.de

Gesundheit gibt es nicht umsonst. Im Gegenteil: 2012 überstiegen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland erstmals die Marke von 300 Milliarden Euro. 172,4 Milliarden davon gehen auf das Konto der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das deutsche Gesundheitssystem hat viele Akteure: Krankenkassen, Ärzte und Apotheker, Selbstverwaltung und Arzneimittelhersteller. Doch welche Bedeutung hat der Dritte Sektor in diesem Gefüge?

Dr. Thorsten Helm, Tax-Partner der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Mannheim, erläutert, welchen Stellenwert Stiftungen als Intermediäre in Deutschland haben.



Service

PUBLIKATIONEN

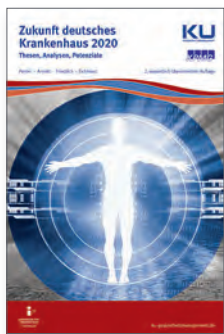
Im Handel: Fachbuch „Zukunft deutsches Krankenhaus 2020“

Volker Penter, Christoph Arnold, Stefan Friedrich, Sören Eichhorst, Zukunft deutsches Krankenhaus 2020. Thesen, Analysen, Potenziale, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Kulmbach 2014, ISBN 978-3-944002-31-6

„Das deutsche Durchschnittskrankenhaus gibt es nicht. Vielleicht überraschend: Auch manche privaten Krankenhäuser haben Schwierigkeiten mit dem Wettbewerbsdruck im komplexen Krankenhausmarkt erfolgreich umzugehen. Fast jedes zehnte Krankenhaus in privater Trägerschaft ist unrentabel.“¹

Das erstmals im Jahr 2009 erschienene Fachbuch Zukunft deutsches Krankenhaus liegt nun in der vollständig überarbeiteten 2. Auflage vor. Die erste Auflage war bereits nach kurzer Zeit vergriffen. Was macht dieses Buch so interessant? Es ist aktuell, praxisnah und enthält einen Werkzeugkoffer an Methoden, die jedem Klinikmanager helfen, sein Krankenhaus noch besser zu steuern.

Mit dem Buch hat jeder einzelne Krankenhausmanager die Möglichkeit, wichtige Entscheidungen zur Zukunft seines Betriebs auf einer fundierten Wissensbasis zu treffen. Die Situation der deutschen Krankenhäuser wird eingehend analysiert, es werden mögliche Potenziale beschrieben und gleichzeitig Wege aufgezeigt, sie auch zu erschließen.



Im Handel: Praxishandbuch „Gesundheitswesen für Praktiker“

Boris Augurzky, Volker Penter, Gesundheitswesen für Praktiker, Wiesbaden 2013, ISBN 978-3-658-00414-9

Über kaum einen anderen Bereich der Gesellschaft wird so viel diskutiert wie über das Gesundheitswesen. Fast fünf Millionen Menschen arbeiten im Gesundheitswesen, fast 300 Milliarden Euro werden jährlich in dieser Branche ausgegeben. Gleichzeitig verstehen wir oft nur wenig von seiner Komplexität.

Wer weiß schon so genau, warum in Deutschland pro Einwohner nur etwa halb so viel für Gesundheit ausgegeben wird wie in den USA, gleichzeitig aber die Deutschen doppelt so oft zum Arzt gehen wie die US-Amerikaner. Warum existieren in Deutschland so viele Kliniken? Warum werden Privatpatienten bei der Terminvergabe oft bevorzugt? Wieso herrscht Ärztemangel, obwohl Deutschland fast 450.000 Ärzte hat? Warum gibt es heute nur noch ein Zehntel so viele Krankenkassen wie vor 30 Jahren? Und warum gibt es ständig Gesundheitsreformen?

Dieses Buch gibt Antworten. Der Leser erhält systematisches Wissen über die Organisation des Gesundheitswesens.

Der Inhalt:

- Überblick über das Gesundheitswesen
- Besonderheiten des Patienten als Nachfrager
- Anbieter von Gesundheitsleistungen und ihre Perspektiven
- Vielfalt der Kostenträger
- Wichtige Regulatoren und Reformen

Die Zielgruppe:

- Patienten, Ärzte, Pflegekräfte, Gesundheitsmanager, Verbandsvertreter und Gesundheitspolitiker

Die Autoren:

- Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin
- Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit beim Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen



¹ Penter, V./Arnold, C./Friedrich, S./Eichhorst, S. (2014): Zukunft deutsches Krankenhaus 2020, S. 93

KPMG-PUBLIKATIONEN

KPMG-Studie: Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus

Prof. Dr. Volker Penter, Jörg Schulze und Franziska Holler, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Der wirtschaftliche Druck auf deutsche Krankenhäuser nimmt zu. Das spüren auch die Geschäftsleitungen, oftmals am eigenen Leib. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Führungswechsel in deutschen Krankenhäusern vergleichsweise häufig stattfinden, sich aber nicht unbedingt positiv auf die Wirtschaftlichkeit auswirken. Ein weiteres Ergebnis: In Krankenhäusern steigt die Frauenquote in den Chefetagen. Schon heute ist sie mehr als dreimal so hoch wie bei den deutschen DAX30-Unternehmen.

Krankenhaus-Chefsessel als Schleudersitz

In den Jahren 2010 bis 2012 fanden jährlich in mehr als 25 Prozent der deutschen Krankenhäuser Veränderungen in der Geschäftsführung statt. Durchschnittlich betrachtet wird damit bei Krankenhäusern ein Geschäftsführer alle 6,4 Jahre ausgewechselt. Das Risiko für den Geschäftsführer einer Klinik ausgewechselt zu werden, ist so um mehr als 50 Prozent höher als beim Vorstand eines DAX30-Unternehmens.

Geschäftsführerwechsel lohnen sich oft nicht

Untersucht wurde auch, ob es einen Zusammenhang zwischen einem Wechsel in der Geschäftsführung und der folgenden Entwicklung des Jahresergebnisses gibt. Das Resultat: Dem Austausch von Mitgliedern der Geschäftsführung bei Krankenhäusern folgten im Jahr 2010 nur bei weniger als 50 Prozent verbesserte Jahresergebnisse, in den Jahren 2011 und 2012 nur bei etwa einem Drittel. Bei dem überwiegenden Anteil der Krankenhäuser, die einen Geschäftsführerwechsel vornahmen, verschlechterte sich das Jahresergebnis sogar.

Die vollständige Studie steht Ihnen unter dem folgenden Link als Download zur Verfügung:

www.kpmg.de/geschaeftsfuehrerwechsel



What Works – Staying Power

Success stories in global healthcare

Die wichtigsten Erkenntnisse und Schlüsselergebnisse der letzten Global Health-Konferenz von KPMG stehen ab sofort in einer Publikation zur Verfügung. An der internationalen Konferenz über effektive Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen, vor denen die Gesundheitsbranche steht, nahmen insgesamt 65 Leiter der Gesundheitswirtschaft von KPMG aus 30 Ländern teil.

Der nun veröffentlichte Report umfasst neun entscheidende Themen, die von den internationalen Gesundheitsexperten diskutiert wurden. Sie reichen von Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung über Fragen zur Gesundheitsverantwortung in der Gesellschaft bis hin zur klinischen und operativen Exzellenz.

Die Ergebnisse des Reports liefern mehr als nur Argumente für einen Wandel des Gesundheitssektors. Die zahlreichen Fallbeispiele und Expertenmeinungen zeigen, dass nötige Wandel- und Veränderungsprozesse – auch in schwierigen Zeiten – erreicht werden können, wenn die Akteure des Gesundheitssystems gemeinsam praktikable Strategien entwickeln und weiterverfolgen.

Die vollständige Publikation steht unter dem folgenden Link zum Download bereit:

www.kpmg.de/stayingpower



Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin

Redaktion



Prof. Dr. Volker Penter (V.i.S.d.P.)
Partner, Head of Health Care
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com



Stefan Friedrich
Senior Manager, Health Care
T +49 89 9282-1942
sfriedrich@kpmg.com



Jörg Schulze
Manager, Health Care
T +49 30 2068-2796
joergschulze@kpmg.com



Clara Kozak
Health Care
T +49 89 9282-1319
ckozak@kpmg.com

Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für die Printausgabe Gesundheitsbarometer

Clara Kozak
T +49 89 9282-1319
F +49 1802 11991-4398
ckozak@kpmg.com

Weitere Informationen

www.kpmg.de/gesundheit

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

Das Gesundheitsbarometer noch schneller abonnieren:
einfach den QR-Code scannen und das Formular für das
Abonnement von Print- oder Onlineexemplar ausfüllen.



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.

© 2014 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, ein 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 und das Logo sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.