

Mit einem Gastbeitrag von Prof. Dr. Detlev Ganten, Charité – Universitätsmedizin Berlin, zum Thema „Universitätskliniken als Innovationstreiber“ Seite 2

Ausgabe 3/2015

Heft 27, 8. Jahrgang

Schwerpunktthema: Universitätskliniken zwischen Wirtschaftlichkeit und Leistungsanspruch

„From Bench to Bedside to Population“: Universitätskliniken erfüllen eine Doppelfunktion, wenn sie neben akademischer Ausbildung und Forschung eine erstklassige Patientenversorgung leisten. Doch das, was immer die Stärke einer Universitätsklinik ausmachte, wird in Zeiten knapper Finanzmittel zum Spannungsfeld. Um die Spitzenposition in der medizinischen Versorgung aufrechtzuerhalten, ist das Beschreiten neuer Wege unumgänglich. Dieses Gesundheitsbarometer sucht mit Autoren und Gesprächspartnern nach solchen Wegen.

Schwerpunktartikel und Interviews, Seite 4 bis 13

GASTBEITRAG	
Prof. Dr. Detlev Ganten, Charité – Universitätsmedizin Berlin, zum Thema „Universitätskliniken als Innovationstreiber“	2
SCHWERPUNKT	
Universitätskliniken als Innovationstreiber – Schwerpunktartikel und Interviews	4
KRANKENHAUS	
Krankenhaus-MVZ im Fokus	14
Die Stiftung – Erfolgsmodell für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung	18
Strategie für die Zukunft – Herausforderungen und Chancen im Krankenhausmanagement	20
Psychiatrie in Bewegung	24
MEDIZINTECHNIK	
Das Energiedienstleistungsgesetz und die Verpflichtung zu regelmäßigen Energieaudits	27
Service-Innovationen als Chance	29
PFLEGEEINRICHTUNGEN	
Die Pflegewirtschaft im Umbruch – Herausforderungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels	31
Spezialisierung und Erschließung von Nischenangeboten als Erfolgsfaktor in der Altenheimbranche	33
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER	
Auf der Suche nach dem perfekten Gesundheitssystem: Medical Savings Accounts	35
Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung	37
Erfolgsfaktoren eines Sonderträgers der Sozialversicherung	40
INTERNATIONALES	
Das Gesundheitssystem Norwegens	42
NACHGEFRAGT	
MediNetS – ein Netzwerk zur flächendeckenden Qualitätsmedizin in Sachsen	44
Nachgefragt bei Frank Yuji Ohi	44
STATISTIKSPLITTER	
Die Branche der roten Zahlen?	46
NACHRICHTEN	
Gesundheitsökonomische Stellungnahme zu den Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes	48
Ersatzbemessungsgrundlage im Grunderwerbsteuerrecht verfassungswidrig	50
SERVICE	
Veranstaltungen	51
Publikationen	51

EDITORIAL

Universitätsmedizin

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Schwerpunkt dieser Ausgabe ist die Universitätsmedizin. Universitätskliniken nehmen die Spitzenposition in Lehre, Forschung und Patientenversorgung ein. Sie sind Treiber der Innovation. Das soll auch zukünftig so bleiben. Aber sind wir hier in Deutschland auf dem richtigen Weg?

Über die Herausforderungen, Risiken und Chancen der Universitätsmedizin sprechen wir mit Prof. Dr. Frank M. Bengel von der Medizinischen Hochschule Hannover, mit Anja Simon vom Universitätsklinikum Würzburg, Prof. Dr. Reimer Riessen vom Universitätsklinikum Tübingen sowie Martin Menger vom Universitätsklinikum Gießen und Marburg.

Außerdem beschäftigen wir uns mit der Pflegewirtschaft. Rainer Brüderle spricht mit uns über strategische Fragen, Auswirkungen der aktuellen Pflegereform und Vorteile privater Pflegeeinrichtungen.

Und natürlich warten viele weitere interessante Themen auf Sie.

Wir wünschen Ihnen ein erkenntnisfreudiges Lesen des aktuellen Gesundheitsbarometers!

Mit besten Grüßen

Prof. Dr. Volker Pentler

Partner, Head of Health Care

Universitätskliniken als Innovationstreiber

Wissenschaftlicher Fortschritt ist entscheidend für den Versorgungsauftrag

Gastbeitrag von Prof. Dr. Detlev Ganten, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Präsident des World Health Summit

Innovation durch Evolution

Über sieben Milliarden Menschen leben heute auf unserer Erde, doch exzellente Gesundheitsversorgung ist noch immer ein Privileg für viel zu wenige – für rund fünf Milliarden Menschen ist die gesundheitliche Versorgung nach wie vor unzureichend.

Darüber hinaus stützen wir uns weltweit weiterhin auf „Krankensysteme“, die weitgehend reaktiv Krankheiten behandeln, anstatt auf präventive „Gesundheitssysteme“ zu setzen. Das ist auf absehbare Zeit nicht zu verantworten und auch nicht finanzierbar. Beide Aspekte sind unhaltbar. Doch wie können wir die Gesundheit dieser vielen Menschen weltweit verbessern – effektiv und nachhaltig? Dafür reichen weder die bestehenden Gesundheitssysteme aus noch die Art, wie wir mit Gesundheit und Krankheit umgehen. Um diesen Missstand zu beheben, ist es wichtig, nicht nur die akuten Krankheitsbilder zu untersuchen, sondern ihre Ursachen in all ihrer Komplexität zu erfassen. Dafür müssen wir unseren Blick deutlich über die Medizin und Gesundheit hinaus erweitern und ganzheitliche Konzepte neu denken.

In den letzten Jahren ist ein neuer Wissenschaftszweig entstanden: die „Molekulare und Evolutionäre Medizin“. Was hat es damit auf sich? Charles Darwin hat eine Hypothese zur Evolution aufgestellt, die sich auf brillante Beobachtungen stützte und immer wieder bestätigt wurde. Es ging um ein Verständnis der Entwicklung des Lebens, der Biodiversität und der Entstehung des Menschen. Mit der neuen Möglichkeit, alle Stufen der Evolution von den Archebakterien über die Fische, Amphibien, Reptilien bis zu uns Primaten genomisch zu sequenzieren und molekular zu charakterisieren, ist aus der Hypothese Charles Darwins eine exakte Wissenschaft geworden: die „Evolutionäre Molekulare Medizin“. Sie erlaubt uns die Frage

zu stellen, warum wir krank werden, und zum Teil liefert sie Antworten, die zu einer Evolution, wenn nicht sogar zu einer Revolution unseres Verständnisses von Gesundheit und Krankheit führen.

Seit dem Urknall ist Anpassung an die Umgebung der Motor der Evolution. Die Biologie passt sich durch Mutation und Auslese an. Die Evolutionäre Medizin untersucht nun, wann einzelne biologische Körperfunktionen in der Evolution entstanden sind und wie sie sich in Umweltbedingungen und Lebenssituationen der Moderne bewähren. In der ganzheitlichen Sicht der Evolutionären Medizin entsteht Gesundheit genau dann, wenn Biologie, Umwelt, Gesellschaft und Verhalten harmonieren. Doch das ist nur selten der Fall. Die Kluft zwischen althergebrachter Biologie und moderner, urbaner Zivilisation und Lebensweise, die „Evolutionenfälle“, führt zu den heute verbreiteten Zivilisationskrankheiten.

Dreieinhalb Milliarden Jahre dauerte es, bis sich der Homo sapiens, der moderne Mensch, wie wir ihn kennen, entwickelte. In unzähligen Experimenten optimierte sich unsere Biologie für die speziellen Bedingungen der Erde, für Gravitation und Temperatur, den Rhythmus von Tag und Nacht und die Mischung der Elemente im Wasser und in der Atmosphäre. Jede und jeder Einzelne von uns ist das letzte Glied einer ununterbrochenen Kette des Lebens. Alles Leben, das heute existiert, hat den evolutionären Überlebenskampf überstanden und sich mit seinen Eigenarten in seiner spezifischen Umgebung mit seinem angepassten Verhalten bewährt.

Doch trotz dieser optimalen Anpassung über Milliarden von Jahren werden wir von Krankheiten geplagt. Erkrankungen von Herz und Gefäßen, der Psyche, von Knochen und Gelenken sowie Tumorleiden treten in unserer alternden Bevölkerung besonders häufig auf. Unsere Körper offenbaren

ihre Schwachstellen, wenn wir sie über das verträgliche Maß hinaus entgegen ihrer biologischen Konstruktion beanspruchen. Wir sind Produkte der Evolution und leben mit der Biologie unserer Vorfahren: mit den Zellvorgängen der Bakterien und Amöben, der Wirbelsäule und den Organen der Fische, mit alten Hirnfunktionen der Primaten und Verhaltensweisen aus der Steinzeit. Unsere Biologie ist maßgeschneidert für die uralte Welt, in der diese Organe entstanden sind. Aber wir leben in einer modernen und urbanen Welt, deren wenige Jahrtausende alte Geschichte im Vergleich zur Evolution nur ein kurzer Moment ist. Als Folge sind die sogenannten Zivilisationskrankheiten heute schon verheerender als die klassischen übertragbaren Infektionskrankheiten – sie sind die modernen Seuchen. Sie zu besiegen sollte das vorrangige Ziel von Ärzten und medizinischer Forschung sein. Tatsächlich werden bereits 80 Prozent aller Gelder im Gesundheitswesen zugunsten ihrer Bekämpfung eingesetzt. Die Vorbeugung von Zivilisationskrankheiten muss unser Anspruch sein – und eine Medizin, die erst bei Krankheit aktiv wird, kommt viel zu spät.

Für die medizinische Forschung und die Wiederherstellung von Gesundheit wird viel Geld ausgegeben. Allein in Deutschland arbeiten 4,5 Millionen Beschäftigte in über 800 Gesundheits- und Pflegeberufen. Jeder zehnte Arbeitsplatz liegt im Gesundheitssektor und jeder neunte Euro des Bruttoinlandsproduktes wird dafür ausgegeben. Eine immer aufwendigere Medizin kann aber nicht die Lösung sein, schon gar nicht für die ganze Weltbevölkerung. Das ist nicht wünschenswert und das wäre nicht finanzierbar. Das neue Konzept der Evolutionären Medizin ermöglicht eine umfassende, ganzheitliche Sicht und präventive Ansätze für den Einzelnen und für die Gesellschaft. Der

holistische Blick auf die Bedeutung der Biologie, der Umwelt und des Verhaltens verbindet auch den Gedanken der individualisierten Präzisionsmedizin mit Public Health. Evolutionäre Medizin hat das Potenzial, Krankheiten im realistischen und umfassenden Gesamtzusammenhang zu erklären und eine wissenschaftliche Basis zu schaffen, um sowohl Vorsorge effizient im eigenen Lebensstil zu integrieren als auch Spitzenforschung wie die Genomik zielgerichtet zur Behandlung schwerer Krankheiten einzusetzen. So könnten Ergebnisse erzielt werden, die die Krankheitslast weltweit spürbar verringern.

Wenn wir in Zukunft also eine nachhaltige Verbesserung globaler Gesundheit erreichen wollen, benötigen wir die hochspezialisierte Spitzenforschung, müssen diese aber in einen breiteren, disziplinübergreifenden Forschungshorizont einfügen. Und wir dürfen uns nicht vor einem Umdenken verschließen, das unser reaktives „Krankensystem“ in ein aktives „Gesundheitssystem“ verwandelt.

Für beides sehe ich die Universitätskliniken als wichtige und starke Innovationstreiber. Sie vereinen eine hervorragende Forschung mit den direkten Erfahrungen am Patientenbett. Genau hier kann und muss eine Translation stattfinden, damit die Forschungsergebnisse auch wirklich beim Patienten ankommen. In Berlin ist 2013 dafür das Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH) gegründet worden. Es verbindet die Stärken der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des Max-Delbrück-Centrums für molekulare Medizin in der Helmholtz-Gemeinschaft (MDC). Das BIH ist ein Meilenstein auf dem Weg, neueste Forschungsergebnisse direkt ans Patientenbett zu bringen und auf die Bevölkerung im Sinne von Public Health zu übertragen. Genau diese Translation „Bench to Bedside to Population“ wird die Gesundheits-

versorgung der Zukunft prägen. Das gilt national und international. Nur die Universitäten leisten die Breite an Forschung und verfügen über die Innovationskraft zur Umsetzung solcher neuer ganzheitlicher Konzepte. Sie haben aber auch die Verantwortung, dieses zu tun und nicht im Elfenbeinturm zu verharren. Benötigt wird für eine Weiterentwicklung unserer Gesundheitssysteme die Zusammenarbeit mit der Politik, mit der Wirtschaft und mit der Zivilgesellschaft.

Zur 300-Jahr-Feier der Charité im Jahr 2009 wurde erstmals der **World Health Summit** veranstaltet und stand unter dem Motto: „The Evolution of Medicine“. Auf Anregung der „M8 Alliance of Academic Health Centers, Universities and National Academies“ wurden Vertreterinnen und Vertreter der Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft eingeladen, um Konzepte für eine Verbesserung der Weltgesundheit zu erarbeiten. Unter der Schirmherrschaft der Bundeskanzlerin, des französischen Staatspräsidenten und des Präsidenten der Europäischen Kommission findet dieser World Health Summit nunmehr jährlich im Außenministerium in Berlin statt, mit über 1.500 Teilnehmern aus über 90 Ländern.

Ihr
Prof. Dr. Detlev Ganten



Prof. Dr. Detlev Ganten

Als Facharzt für Pharmakologie und Molekulare Medizin hat sich Prof. Dr. Detlev Ganten als einer der weltweit führenden Bluthochdruckforscher etabliert. Er ist Gründungspräsident des World Health Summit (seit 2009), Vorsitzender des Stiftungsrates der Stiftung Charité (seit 2005), Herausgeber des Journal of Molecular Medicine (seit 1993), Vorsitzender des Kuratoriums der Max-Planck-Institute für Kolloid- und Grenzflächenforschung und für Molekulare Pflanzenphysiologie in Potsdam und Vorsitzender des Kuratoriums des Ethnologischen Museums Dahlem. Er war von 2004 bis 2008 Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin und von 1991 bis 2004 Gründungsdirektor und Vorstand des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin in Berlin-Buch.

„Die Gesundheitsformel: Die großen Zivilisationskrankheiten verstehen und verhindern“ von Prof. Dr. Detlev Ganten und Jochen Niehaus, Albrecht Knaus Verlag 2014



Universitätskliniken als Innovationstreiber – oder warum Fortschritt wesentlich für den Versorgungsauftrag ist

Universitätskliniken sind Wegbereiter in der Krankenhauslandschaft. Sie leisten anerkannte medizinische Forschung und behandeln hochspezialisiert und fächerübergreifend Patientinnen und Patienten. Als zentraler Akteur im Gesundheitswesen bilden sie die Schnittstelle zwischen Patientenversorgung und Forschung und Lehre. Sie sind medizinische Innovationsführer und leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Patientenversorgung in Deutschland. Und dabei ist es ihre medizinische Innovationsführerschaft, die nicht nur die Versorgung von Patienten gewährleistet, sondern auch die Universitätskliniken gleichsam wirtschaftlich sichert. Unterstellt man diese Doppelfunktion, ist eine stetige Weiterentwicklung durch Innovationen zwingend notwendig – ist sie doch die Grundlage für Wirtschaftlichkeit und damit den Sicherstellungsauftrag der Universitätsmedizin in Deutschland.

Autoren: Prof. Dr. Nils Breuer, Alexandra M. Rüger und Simon Vogt, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg, Hannover und Berlin

Universitätskliniken: Stellung, Herausforderungen und die Notwendigkeit von Innovationen

Durch medizinischen Fortschritt haben Universitätskliniken schon immer ihre Position als Innovationsmotor im deutschen Gesundheitsmarkt bewiesen. Im historischen Kontext haben Entwicklungen in der Medizin maßgeblich dazu beigetragen, dass sich die Lebenserwartung innerhalb eines Jahrhunderts in Deutschland verdoppelt hat, etwa durch die Einführung neuer bildgebender Verfahren, intensivmedizinischer Beatmungsmöglichkeiten oder komplexer Transplantationstechniken. Es ist ein Alleinstellungsmerkmal von Universitätskliniken, neben Aufgaben in der Krankenversorgung auch Tätigkeiten in Forschung und Lehre wahrzunehmen. Die Sonderrolle der Universitätskliniken wird häufig anhand von Merkmalen wie Hochschulambulanzen, die einen gesonderten Auftrag zur Behandlung, Forschung und Lehre haben, sowie Extremkostenfällen, die das Resultat von Diagnostik und Therapie seltener oder hochkomplexer Krankheitsverläufe sind, aufgezeigt. Im Kontext sinkender Fördermittel und überproportional steigender Kosten gegenüber den gezahlten Entgelten,

die das Resultat einer unzureichenden Abbildung komplexer universitärer Leistungen sind, wird die Finanzierung der Krankenhäuser zunehmend schwieriger. Hinzu kommen die veränderten Anforderungen an die Patientenversorgung. Dies gilt in quantitativer wie qualitativer Hinsicht. Die demografische Verschiebung führt sowohl zu einer steigenden Nachfrage an Leistungen als auch zu einer steigenden Anzahl an schwer erkrankten und multimorbiden Patienten. Ebenso fordern immer besser aufgeklärte Patienten eine stärkere Einbindung in den Behandlungsprozess. Um zuletzt auch als wirtschaftliches Unternehmen bestehen zu können, verstärkt sich auch für Universitätskliniken der Fokus auf ökonomisches Handeln und das effiziente Betreiben der Häuser.

Das gern als Wettbewerbsvorteil verstandene „innovative Handeln“ wurde in der Vergangenheit häufig mit der Erfindung von rein medizinischen Neuentwicklungen und deren Umsetzung assoziiert. Die großen Sprünge in der medizinischen Entwicklung werden allerdings von einer steten Weiterentwicklung bestehender Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten abgelöst und formen das Bild einer modernen Innovation. Ebenso tragen die sich fortwährend ändernden Rahmenbe-

dingungen dazu bei, ein neues Licht auf die Verbindung zwischen Innovation und Wettbewerb zu werfen. Das wirtschaftliche Betreiben von Universitätskrankenhäusern wird nicht nur als Selbstzweck erkannt, sondern auch als Notwendigkeit, um den Versorgungsauftrag nachhaltig zu erfüllen. Dem entgegenzusetzen ist, dass Innovationen gleichsam als Kostenfaktor verstanden werden können. Mit Blick auf den medizinischen Fortschritt, die gegebenen Rahmenbedingungen und die Reformfähigkeit des Gesundheitswesens sind Innovationen jedoch unumgänglich, um neue Möglichkeiten zu schaffen, die Universitätskliniken kostendeckend zu betreiben.

Es stellt sich demnach die Frage, was „innovativ sein“ vor diesem Hintergrund bedeutet und welche Möglichkeiten zum unternehmerischen Handeln sich in dieser Situation für Universitätskliniken ergeben. Im Folgenden werden anhand von zwei ausgewählten Themen gegenwärtige Herausforderungen von Universitätskrankenhäusern erläutert. In beiden Bereichen sind innovative Lösungen gefragt, um die Spitzenposition der Universitätskliniken zu bewahren. Der Fokus richtet sich hierbei auf die Notfallversorgung, die mit einer andauernden Unterfinanzierung bei gleichzeitig steigender Nachfrage und vollen Wartebereichen zu kämpfen hat, wie auch auf Technologiepartnerschaften und neue Wege des Austausches mit der Industrie. Durch regressive öffentliche Fördermittel und die dadurch erschwerte Investitionssituation stellen der Einkauf und der Betrieb hochkomplexer Technologie eine fortwährende Herausforderung nicht nur für Universitätskliniken dar.

Technologiepartnerschaften – Welche Chancen und Risiken bergen sie für Universitätskrankenhäuser?

Der Gesundheitsmarkt sieht sich mit einer rasanten Entwicklung in der Medizintechnik konfrontiert. Es steigt nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aufgrund des demografischen Wandels. Vielmehr ist die Bevölkerung auch bereit, für Gesundheitsleistungen mehr Geld auszugeben. Zudem entwickelt sich die Technik immer schneller weiter. Die Diagnostik wird genauer und es werden Ansätze zu für den Patienten immer besseren und schonenderen Therapien entwickelt. Hinzu kommen die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen und der damit einhergehende Druck, möglichst effizient zu arbeiten. Dies schafft einen zusätzlichen Bedarf an neuer Technologie.

Diese Veränderungen erfordern von Krankenhäusern Investitionen in zeitgemäße und fortschrittliche Technologien, um neue Diagnosemöglichkeiten und Behandlungsansätze in ihr Leistungsspektrum integrieren zu können. Zudem stellt die wachsende Abhängigkeit zwischen Informations- und Medizintechnik erhöhte Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erfordert verstärkt Investitionen in die Fort- und Weiterbildung des Personals. Den erforderlichen Investitionsmittelbedarf müssen die Versorgungsinstitutionen größtenteils selbst erwirtschaften. Die fortwährende Belastung durch die rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder und der auf circa 50 Milliarden Euro geschätzte Investitionsstau nehmen Universitätskliniken immer mehr in die Pflicht, ihren Bestand eigenständig zu sichern.

Eine grundsätzlich angespannte finanzielle Situation ist das Resultat. Die nicht immer vollständig kalkulierbaren Lebenszykluskosten und -risiken hochtechnischer Geräte stel-

len angesichts dieser Sachlage eine beträchtliche Herausforderung dar. Um die Spitzenposition in der medizinischen Versorgung aufrechtzuerhalten, scheint die Diskussion über neue Finanzierungsinstrumente unerlässlich. Eine mögliche Lösungsstrategie ist die Zusammenarbeit mit Industriepartnern. Technologiepartnerschaften als eine Art innovatives Kooperationsmodell passen die Leistungen an die Anforderungen der Klinik an und lassen so eine flexible Inanspruchnahme der Zusammenarbeit und angebotener Dienstleistungen zu. Universitätskliniken können im Rahmen dieses Konzeptes beispielsweise bei der Beschaffung und dem Betrieb von medizintechnischen Geräten entlastet werden. Der Versorgungsauftrag wird insofern unterstützt, als der Eigenwerb von teuren technologischen Geräten bzw. der Unterhalt eines veralteten Geräteparks vermieden wird. Das Krankenhaus hat so die Möglichkeit, bei medizintechnischen Neuerungen nicht den Anschluss zu verlieren und Patienten eine hochmoderne Versorgung zu gewährleisten. Hier stellt

sich die Frage, welche Chancen und Risiken diese Entwicklung offenbart und inwiefern diese Art von Modell für die Universitätskliniken zukunftssträftig sein kann.

Das partnerschaftliche Konzept ermöglicht Leistungserbringern, sich vollständig auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren, ohne dass die Verfügbarkeit eines modernen Gerätebestands sowie Anpassungen an die medizinische Ausrichtung und den technischen Fortschritt beeinträchtigt werden. Eine kontinuierliche Modernisierung lässt hierbei eine stete Erweiterung des Untersuchungsspektrums beispielsweise durch neue bildgebende Diagnostik zu. Universitätskliniken haben somit unter anderem die Möglichkeit, ihre Auslastung zu steigern. Darüber hinaus können Kliniken den beständigen Service und Betrieb der Geräte, einschließlich der damit einhergehenden finanziellen und technologischen Risiken, an den Servicepartner übertragen. Neben der Berücksichtigung von abteilungsspezifischen Anforderungen und der Inanspruchnahme eines universellen



Innovationsklima im Schilderwald

Zeichnung: Dr. med. M. Krause-Sternberg

Services ist auch die finanzielle Planbarkeit ein klarer Vorteil. Durch Optionen wie monatliche Ratenzahlung oder ein nutzungsabhängiges Angebot (zum Beispiel „Pay-per-Use“ oder „Pay-per-Result“) wird eine finanzielle Minderbelastung der Universitätskliniken angestrebt. Auch die verstärkt ins Blickfeld rückende Steigerung der Kostentransparenz (besonders in nicht-klinischen Bereichen der Organisation) kann anhand des partnerschaftlichen Konzeptes verfolgt werden. Anfallende Kosten im Bereich nichtklinischer Kernkompetenzen werden an der Stelle der Organisation erfasst, an der sie entstehen, und können transparent zugeordnet werden.

Technologiepartnerschaften sollten bei all den genannten Vorteilen allerdings nicht als „Allheilmittel“ verstanden werden. Sie bergen auch Risiken. Mögliche Risiken für die Universitätskliniken bestehen insbesondere im Bereich der zunehmenden Komplexität der Technologie und in immer umfassenderen Vereinbarungen mit externen Unternehmen. Ein sich verringern der krankenhausinterner Wissenspool im Bereich der Technologie forciert die Abhängigkeit von Dienstleistern. Zudem kann das Betreiben von Geräten durch einen Dienstleister und somit dessen Eingreifen in die Gestaltung interner Prozesse beim eigenen Personal das Gefühl auslösen, weniger steuern zu können. Medizintechnikunternehmen können nur bedingt garantieren, dass sich zukünftig eine progressive Effizienz einstellt, denn das mögliche Einsparpotenzial hängt auch vom gegenwärtigen Zustand und Alter der Geräte sowie dem Aufbau und der Struktur der korrelierenden Prozesse ab. Ist der Gerätepark veraltet und kann die Effektivität der Prozesse deutlich gesteigert werden, so ist das Verbesserungspotenzial groß. Wurde ein Großteil der Geräte hingegen erst kürzlich erneuert und sind die internen Prozesse bereits außerordent-

lich gut aufeinander abgestimmt, fällt das Optimierungspotenzial entsprechend geringer aus. Zusätzlich müssen neben den strategischen Fragen auch umfangreiche rechtliche Rahmenbedingungen, wie etwa haftungsrechtliche und kartellrechtliche Belange, berücksichtigt werden. Die zu implementierenden Kooperationsformen gilt es daher, gegebenenfalls auch durch unabhängige externe Unterstützung, zu überprüfen, um letztlich für beide Seiten eine ausreichende Sicherheit gewährleisten zu können.

Die zu erreichende Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses ist dahingegen nicht das primäre Ziel einer Technologiepartnerschaft, sondern nur das Mittel zum Zweck. Die Kooperation mit Industrieunternehmen bietet Universitätskrankenhäusern durch das fortschrittliche Konzept eines ganzheitlichen Serviceangebots die Möglichkeit, die wirtschaftliche Situation des Gesamtunternehmens zu verbessern und somit den Versorgungsauftrag zu sichern. Dies wird unter anderem mit der Konzentration auf die klinischen Kernzuständigkeiten und die Chance auf ein erweitertes Untersuchungsspektrum erreicht. Des Weiteren wird den Universitätskliniken ein moderner und optimal betriebener Gerätebestand zugesichert. Als alternatives Finanzierungsinstrument bringt diese Art der innovativen Partnerschaft dem geläufigen Leasing ähnliche, aber auch neuartige Vorteile mit sich.

Notfallversorgung – Können Innovationen den Einsatz von Ressourcen optimieren?

Universitätskliniken sind ein wichtiges Standbein der Notfallversorgung in Deutschland. Als Maximalversorger mit einer hohen Zahl an Spezialisten sind Universitätskliniken Anlaufstellen für schwere und komplizierte Notfälle. Die Zahl der Patienten in den Notaufnahmen steigt seit Jahren über-

proportional an. Der demografische Wandel, die Zunahme multimorbider Fälle und längere Überlebensraten bei schweren Erkrankungen reichen als Erklärung alleine nicht aus. Zusätzlich wird die steigende Zahl der Selbsteinweiser diskutiert. Patienten, die ohne die Einweisung durch einen Hausarzt, einen kassenärztlichen Notdienst oder den Rettungsdienst die Notaufnahmen der Kliniken aufsuchen, werden als mögliche Ursache für die steigende Patientenzahl in den Notaufnahmen gesehen. Eine mögliche Erklärung hierfür ergibt sich aus dem hervorragenden Ruf von Universitätskliniken, der Selbsteinweiser unter Umständen gezielt anzieht. Die Vorteile neuester Diagnostik sowie zeitnahe und hoher ärztlicher Fachexpertise lassen Patienten möglicherweise direkt die Notaufnahmen aufsuchen, anstatt zuerst den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder einen Haus- bzw. Facharzt zu konsultieren.

Mit den steigenden Patientenzahlen konfrontiert, geraten Notaufnahmen oftmals an ihre Kapazitätsgrenze. Die unzureichende Finanzierung, wie sie einstimmig von Fachverbänden wie dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) kritisiert wird, stellt für Universitätskliniken eine weitere große Herausforderung dar. Somit ergibt sich die Frage, ob innovative Maßnahmen dazu beitragen können, die limitierten Ressourcen im Klinikalltag der Notaufnahmen optimal einzusetzen. Wie kann erreicht werden, dass trotz der steigenden Patientenzahlen und der begrenzten Finanzierung eine qualitativ hochwertige und zeitnahe Behandlung der Patienten garantiert werden kann?

Als historisches Beispiel für Innovationen in diesem Bereich kann die Einführung der rein medizinischen Innovation „Triage“ gelten. Das Triage-System ermöglicht eine schnelle Ersteinschät-

zung der eintreffenden Patienten nach Dringlichkeit der Behandlung anhand eines Stufensystems. Diese Akuteinteilung hilft die medizinische Erstversorgung zu verbessern. Die Fälle werden nach medizinischer Dringlichkeit priorisiert und in entsprechender Reihenfolge behandelt. Aber auch aus der Perspektive effektiver Prozessabläufe ist ein solches System sinnvoll. Im Fall akut eintretender Dringlichkeit kommt es zu weniger spontanen Arbeitsunterbrechungen, da vorstellig gewordene Fälle vorab evaluiert und eingestuft wurden. Zudem stellt das Konzept der Triage die personellen Verantwortlichkeiten in einem hektischen Arbeitsumfeld sicher.

Weitere Innovationen auf unterschiedlichsten Ebenen – teils schon in einigen Fällen umgesetzt, andere in Planung – können dazu beitragen, mit begrenzten Ressourcen bestmöglich umzugehen. Eine dieser Innovationen ist die Schaffung von sogenannten Notfallzentren. Damit sind Einrichtungen gemeint, die als Schnittstelle zwischen den kassenärztlichen Notdiensten, den Notärzten und dem Rettungsdienst agieren. Notfallzentren werden an Krankenhäuser angeschlossen und übernehmen die Ersteinschätzung bzw. Erstbehandlung der Patienten. Hier kommt es zur Entscheidung, wie und durch wen weiterbehandelt wird. Denkbar ist darüber hinaus die Integration kassenärztlicher Notfallpraxen in Notfallzentren. Diese sollen die Versorgung von nicht schwerwiegenden Fällen übernehmen. So könnte sich die Zahl der Selbstweiser in die Notaufnahmen der Kliniken verringern lassen. Eine Kooperation der Notfallzentren mit niedergelassenen Ärzten ist ebenfalls denkbar. Diese Zusammenarbeit ist im Sinne einer bestmöglichen Weiterbehandlung, nutzt aber zugleich Ressourcen der Notaufnahmen und der Krankenhäuser im Allgemeinen optimal aus, indem eine zeitnahe Weiterbehandlung sichergestellt ist.

Wie in vielen anderen Bereichen liegt auch in der Notfallversorgung ein hohes Innovationspotenzial in der Digitalisierung und Vernetzung. Dazu gehören neue Informationstechnologien, wie sie gegenwärtig beispielsweise im Projekt „Intelligente Assistenzdienste und personalisierte Lernumgebungen zur Wissens- und Handlungsunterstützung in der Interdisziplinären Notaufnahme (A.L.I.N.A.)“ entwickelt werden. Unter universitätsmedizinischer Leitung und mit Millionenförderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) werden unter anderem für Notfallpflegekräfte intelligente Assistenzdienste, die über das Internet zur Verfügung stehen, entwickelt. Die Dienste unterstützen die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und lassen so Ressourcen frei werden, die ansonsten für die Wissensvermittlung gebunden sind. Gerade in Notaufnahmen, die eine hohe Mitarbeiterfluktuation aufweisen, können solche Assistenzsysteme hohe zeitliche Einsparungen beim Einlernen neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und bei deren Weiterbildung bedeuten.

Innovationen in der Notfallversorgung sind wichtig, um mit knapper Finanzierung bestmöglich umzugehen. Die aufgeführten Beispiele zeigen, wie die Effizienz von Prozessen in der Notfallversorgung durch Innovationen gesteigert und zur Verfügung stehende Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden können. Viele dieser Innovationen verlangen einen anfänglichen Mehraufwand, der jedoch langfristig mehr als kompensiert wird. Die nötigen organisatorischen Veränderungen sind zudem nicht ohne ein starkes Management oder Impulse von außen möglich. Aufgrund der eingangs geschilderten Entwicklungen steigen der Fallzahlen und knapper Finanzierung sind Innovationen auch auf dem Gebiet der Notfallversorgung unerlässlich.

Universitätskliniken haben eine wichtige Aufgabe in der Patientenversorgung. Sie haben neben einem Versorgungsauftrag, dem sie nachkommen müssen, gleichzeitig die Funktion, als zentrale Institution für Forschung und Lehre in der Medizin zuständig zu sein. Daneben tragen sie die doppelte Verantwortung, sowohl die Gesundheitsversorgung der Patienten als auch die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass Universitätskliniken Innovationstreiber bleiben und diese Rolle bestmöglich ausfüllen. An den positiven Beispielen ist ersichtlich, wie Universitätskliniken auch in Zukunft gewährleisten können, diese Rolle weiter auszufüllen. Neben dem gelebten Willen zur Veränderung werden zukünftig Kooperationen und innovatives Ressourcenmanagement immer mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. ■



Prof. Dr. Nils Breuer
Senior Manager,
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 40 32015-5387
nilsbreuer@kpmg.com



Alexandra M. Rüger
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 511 8509-5372
arueger@kpmg.com



Simon Vogt
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 302068-1352
simonvogt@kpmg.com

INTERVIEW

Technologiepartnerschaften in Universitätskliniken

Prof. Dr. Frank M. Bengel, Direktor der Nuklearmedizinischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), im Gespräch mit Prof. Dr. Nils Breuer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg

Ein immer größeres Spannungsfeld zwischen universitärer Spitzenmedizin, Forschung und Ausbildung fordert von Universitätskliniken, dass sie an ihrem Ruf als Innovationstreiber arbeiten, um im Wettbewerb zu bestehen. Wie schätzen Sie die aktuelle Situation ein?

Das traditionelle Bild einer Universitätsklinik ist, dass medizinische Krankenversorgung nicht nur in der Breite, also in allen Fachbereichen, sondern auch in der Spitze, also mit höchster Qualität, angeboten wird. Hinzu soll eine kontinuierliche Zufuhr von Innovationen aus der Forschung in die Krankenversorgung kommen, um eine stetige Verbesserung der Versorgungsleistung zu gewährleisten. Und es sollen Studierende und junge Nachwuchskräfte qualitativ hochwertig ausgebildet werden, um die Zukunft der Medizin auch personell zu sichern. Meines Erachtens wird dieses traditionelle Bild der Universitätsmedizin als Innovationstreiber auch von einem Großteil der Bevölkerung weiterhin so wahrgenommen. Mit einer komplizierten Erkrankung ist man am besten in einem Universitätsklinikum aufgehoben. Hier kann aus der Sicht unterschiedlichster Fachbereiche und vor dem Hintergrund neuester Entwicklungen abgeklärt werden, was den Symptomen zugrunde liegt, und dann auch die beste Wahl der Behandlung getroffen werden. Grundlegendes Problem ist aber, dass die akademische Medizin mit den vielseitigen Ansprüchen aus Patientenversorgung, Forschung und Lehre im aktuellen Gesundheitssystem weder finanziell noch strukturell noch personell adäquat abgebildet ist. Universitätskliniken müssen sich daher weniger um ihren Ruf bemühen, als vielmehr aktiv an Lösungen für die aktuellen Spannungssituationen im politischen, ökonomischen und regulatorischen Umfeld arbeiten. Gegenüber der Öffentlichkeit und der Politik muss fortwährend betont werden, dass das

traditionelle Bild und die durchaus hohe Erwartungshaltung an die akademische Medizin nur unter adäquaten Rahmenbedingungen erhalten werden können.

Was bedeutet Innovation für Sie und glauben Sie, dass innovativ sein unumgänglich ist für Universitätskliniken in unserer Zeit?

Hier gilt es, Innovation in der akademischen Medizin von Innovation in der Ökonomie der akademischen Medizin zu unterscheiden. Beides ist für die Universitätsmedizin unumgänglich. Die medizinischen Aspekte kann sie jedoch weitgehend selbst steuern, während sie bei den gesundheitsökonomischen Aspekten vom politisch gestalteten System abhängig ist. Auch wenn die Gesundheitsökonomie unseren Alltag immer mehr bestimmt, will ich hier auf mein Verständnis von Innovation in der Medizin eingehen: Innovation ist für die Nuklearmedizin als Querschnittsfach von besonderer Bedeutung. Wirksam wird Innovation, wenn Forschung und Krankenversorgung ineinandergreifen und translational gearbeitet wird. Für unsere Klinik bedeutet das, dass wir im Rahmen von interdisziplinären Forschungsprojekten zusammen mit Partnern aus anderen Abteilungen neue Verfahren entwickeln und diese, wenn sie sich als sinnvoll herausstellen, so schnell wie möglich in der Krankenversorgung einsetzen. Gerade die Nuklearmedizin hat kurze Innovationszyklen, in denen immer wieder neue Kamerasysteme, Radiopharmaka und diagnostische bzw. therapeutische Methoden eingeführt werden, um etablierte Verfahren zu ergänzen oder zu ersetzen.

Sie haben dieses Jahr als Kongresspräsident den 53. Jahrestag der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin eröffnet. „Die Schaffung innovativer Ansätze in bewährten Therapieverfahren bis hin zu neuen

Therapien“ war ein Symposiumsthema. Was bedeutet für Sie Innovation im Bereich der Medizintechnik?

Innovation umfasst zum einen die Entwicklung ganz neuer diagnostischer oder therapeutischer Methoden, zum anderen bedeutet es aber auch, existierende Methoden zu verfeinern. Entsprechend dem Motto unserer Jahrestagung stellen wir die Verbesserung und Präzisierung des Ablaufs für den einzelnen Patienten in den Vordergrund. Mit besseren, präziseren Techniken wollen wir erreichen, dass bei jedem Patienten ein möglichst detailliertes Bild der individuellen Situation erhoben wird, um dann die Entscheidung für eine an dieses Gesamtbild angepasste Therapie fällen zu können. Dies soll im Sinne des Patienten zu einer bestmöglichen Versorgung führen. Die in der Nuklearmedizin angewandten Radiopharmaka haben oft eine hohe Spezifität für molekulare Mechanismen, sodass sie für die beschriebene Vorgehensweise wertvolle Beiträge liefern können. In Ergänzung zur Erhöhung der Genauigkeit zielt die Weiterentwicklung unserer Methoden aber auch auf schonendere und schnellere Prozeduren, um den Komfort für den Patienten zu erhöhen. Hierdurch wird auch eine gesteigerte Kosteneffizienz ermöglicht, weil mehr Untersuchungen innerhalb von kürzerer Zeit abgeschlossen werden können.

Als die MHH im August 2013 die erste Technologiepartnerschaft mit Industriepartnern einging, hieß es, diese Art der Kooperation liege im Trend. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit im Rückblick? Welche Chancen haben sich für die Nuklearmedizinische Klinik ergeben?

Wir haben in zwei diagnostischen Hauptbereichen unserer Klinik Technologiepartnerschaften mit den Kameraherstellern GE Healthcare und Siemens AG etabliert. Hierdurch ist sicherge-

stellt, dass über Jahre hinweg stets Aufnahmesysteme auf neuestem Stand der Technik an unserer Klinik verfügbar sind. Die Etablierung dieser Partnerschaften war ein wichtiger Meilenstein für unsere Klinik. Die Partnerschaften sind bisher als Erfolgsgeschichte und als Win-win-Situation zu werten. Von Anfang an haben beide Seiten sehr stark profitiert. Auf der einen Seite können wir durch innovative Techniken Untersuchungen anbieten, die sehr schnell sehr schonend für den Patienten und sehr genau sind. Auf der anderen Seite profitieren die Hersteller durch Feedback aus unserer Erfahrung, durch Nutzung unserer Klinik als Referenzstelle und durch gemeinsame Weiterentwicklung. Wir stehen in einem kontinuierlichen Dialog mit unseren industriellen Partnern und arbeiten gemeinsam auf die nächste Generation an Systemen hin. Wegen der langfristig angelegten Technologiepartnerschaften werden bei uns zudem zukünftig nicht nur die neu entwickelten Geräte installiert, sondern wir nehmen bereits zuvor an der Entwicklung von kommenden Systemen teil und genießen damit einen Wettbewerbsvorteil.

Seit in der MHH 1976 eines der ersten Zentren für Positronen-Emissions-Tomografie (PET) in Deutschland entstanden ist, hat sich viel getan, um Patientenversorgung auf dem neuesten Stand zu gewährleisten. Sind Technologiepartnerschaften der richtige Weg, um mit der Geschwindigkeit heutiger Entwicklungen mitzuhalten?

Auch wenn es sicher verschiedene Wege gibt, so ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Industrie und akademischer Medizin dennoch für die Zukunft und Innovationskraft des Gesundheitswesens im Allgemeinen sehr wichtig. Die Technologiepartnerschaften helfen uns, weil formale Rahmenbedingungen für diese Zusam-

menarbeit bestehen. Das deutsche System hat nicht nur in der medizinischen Industrie den Ruf, ausgesprochen kompliziert zu sein. Daher ist es wichtig, Abläufe zu beschleunigen und zu deregulieren. Auch werden durch die Technologiepartnerschaften Investitionen, die in unserer Universitätsmedizin dringend notwendig sind, besser planbar. Ob mit Technologiepartnerschaften oder auf anderen Wegen: In jedem Fall ist es von großer Bedeutung – nicht nur für die Nuklearmedizin im Speziellen, sondern auch für die Universitätsmedizin im Allgemeinen –, dass vor dem angespannten ökonomischen Hintergrund Möglichkeiten gefunden werden, wie die notwendigen Großgeräteinvestitionen nachhaltig geplant, finanziert und in adäquaten Zyklen umgesetzt werden können. ■



Prof. Dr. Frank Bengel

Seit 2011 ist Prof. Dr. Frank Bengel Direktor der Klinik für Nuklearmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Vor Aufnahme seiner Tätigkeit an der MHH war er an den Fakultäten der Johns Hopkins University in Baltimore, USA, sowie der Technischen Universität München sowohl in nuklearmedizinischer Forschung als auch in Krankenversorgung und Lehre tätig. Er wurde sowohl in den USA als auch in Deutschland mit Forschungspreisen ausgezeichnet, ist Mitherausgeber mehrerer Fachzeitschriften in der medizinischen Bildung und hat über 250 wissenschaftliche Artikel publiziert. An der MHH leitet Frank Bengel eine der bundesweit größten und renommiertesten Abteilungen seines Fachgebietes, in der neben moderner Patientenversorgung mit diagnostischen und therapeutischen Methoden umfangreich geförderte klinische, aber auch Grundlagenforschung durchgeführt wird.

INTERVIEW

Universitätskliniken in der Notfallversorgung – Entwicklungen und Innovationen

Prof. Dr. Reimer Riessen, Leitender Oberarzt der Internistischen Intensivstation am Universitätsklinikum Tübingen, im Gespräch mit Prof. Dr. Nils Breuer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg

In der Einleitung zu unserem Artikel über Universitätskliniken als Innovationstreiber schreiben wir von einem größer werdenden Spannungsfeld zwischen universitärer Spitzenmedizin, Forschung und Ausbildung und betonen, dass Universitätskliniken an ihrem Ruf als Innovationstreiber arbeiten müssen, um im Wettbewerb zu bestehen. Wie schätzen Sie die aktuelle Situation ein?

Universitätskliniken haben mit ihrem Aufgabenverbund von Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine Sonderstellung im Gesundheitssystem. Dieser Aufgabenverbund erfordert eine komplexe Organisation des Krankenhausalltages eines Universitätsklinikums. Neben der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten müssen sie komplexe Forschungsaufgaben organisieren und die Studierendenausbildung in ihre Arbeitsabläufe integrieren. Sie leisten daher deutlich mehr, werden aber behandelt wie alle anderen Krankenhäuser. In vielen anderen Ländern gibt es eine Zusatzfinanzierung für die Hochschulmedizin, mit der diese Sonderaufgaben auch entsprechend finanziert werden – in Deutschland werden diese außerordentlichen Vorhalte- und Organisationskosten dagegen im DRG-System nicht berücksichtigt.

Der Aufgabenverbund bietet den Unikliniken aber auch Chancen: Durch ihre Forschungskompetenz und ihre breit gefächerte medizinische Leistungskraft treiben sie medizinische Neuentwicklungen voran. Oft stammen Impulse und Ideen für bahnbrechende Verbesserungen direkt aus der Versorgungsrealität am Klinikbett. Die dreifache Kompetenz in Forschung, Lehre und Krankenversorgung macht Unikliniken zu gefragten Forschungspartnern im In- und Ausland.

Innovation kann unterschiedliche Bedeutungen und auch Umset-

zungsstrukturen haben. Es sind allerdings nicht nur Ideen oder Verbesserungsvorschläge. Was bedeutet Innovation für Sie und glauben Sie, dass innovativ zu sein unumgänglich ist für Universitätskliniken in unserer Zeit?

In der Tat gilt: Nicht jede Neuentwicklung ist eine Innovation. Gerade in der Medizin müssen neue Hilfsmittel, Verfahren oder Prozesse zugleich wirksamer, sicherer, einfacher oder zumindest bei gleicher Effektivität preisgünstiger sein als ihre Vorgänger. Dies herauszufinden, erfordert umfangreiche klinische Forschungsarbeiten. Eine entscheidende Rolle hat hierbei die Translation, also die Überführung neuer medizinischer Methoden in die allgemeine Versorgung. Durch Translation werden Substanzen und Verfahren, die sich im Labor als erfolgreich erwiesen haben, für die Diagnose und Therapie von Krankheiten erst wirklich nutzbar. Translation ist dabei immer Teamarbeit. Der medizinische Fortschritt erhält oftmals dadurch den entscheidenden Impuls, dass Experten verschiedener Disziplinen und Forschungseinrichtungen eine Frage aus den ganz unterschiedlichen Perspektiven ihrer jeweiligen Spezialrichtung untersuchen. Mikrobiologie und Genetik zum Beispiel liefern Erkenntnisse für die klinische Forschung. Dabei profitieren sie ihrerseits von Fragen und Erfahrungen aus dem Krankenhausalltag. Diese Interdisziplinarität und Forschungskompetenz ist ein wesentliches Merkmal der Universitätsmedizin. Daher werden Unikliniken immer ein Ort neuer, innovativer und wirksamerer Medizin sein.

Sie haben federführend an einem Positionspapier mitgearbeitet, das Vorschläge zur Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland macht. Nun liegt ein Gesetzesentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausver-

sorgung vor. Inwieweit helfen die Reformvorschläge den Universitätskliniken, die Notfallversorgung zu verbessern? Ergeben sich mit den geplanten Reformen für die Universitätskliniken Spielräume, um neue, innovative Lösungen für die Notfallversorgung zu entwickeln?

In dem Positionspapier haben wir gefordert, dass die Kosten, die in der ambulanten und stationären Notfallversorgung anfallen, im deutschen System der Krankenhausfinanzierung angemessen abgedeckt werden. Bislang entstehen den Kliniken in diesen Bereichen oft erhebliche finanzielle Defizite, die über andere Einnahmen querfinanziert werden müssen. Die Universitätskliniken übernehmen nicht nur eine wichtige Funktion in der Maximalversorgung von Notfallpatienten, sondern spielen je nach regionaler Versorgungsstruktur auch eine bedeutende Rolle in der stationären Grund- und Regelversorgung sowie der ambulanten Behandlung von Notfallpatienten. Leider sieht das neue Gesetz nur marginale Verbesserungen für die ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern vor. Hier wird schlichtweg ignoriert, dass die Krankenhäuser einen wesentlichen Teil der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung leisten. Für den stationären Bereich ist vorgesehen, dass an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser kostendeckende Zuschläge erhalten sollen. In diesem Zusammenhang soll auch ein Stufensystem festgelegt werden, das strukturelle und personelle Unterschiede und Mindestvoraussetzungen sowie den zeitlichen Umfang bei der Vorhaltung von Notfallleistungen in Krankenhäusern abbildet. Die Universitätskliniken werden hier in der höchsten Kategorie angesiedelt sein und an ihren Standorten sicherlich sehr oft eine führende Rolle einnehmen. Wichtig erscheinen mir aber auch eine enge Kooperation mit umliegenden Kliniken und ein Aufbau von

Versorgungsnetzwerken. Das neue Gesetz stellt über einen Strukturfonds auch Mittel in Aussicht, die zur Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten eingesetzt werden sollen und eine Effizienz- und Qualitätssteigerung bewirken sollen. Bei der hier geforderten Versorgungsplanung auf Länderebene sollte den Strukturen der Notfallversorgung ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. Schließlich stellt das Gesetz auch noch einmal klar, dass die Länder im Rahmen der Daseinsvorsorge die nötigen Investitionskosten für die von der Planung umfassten Krankenhauskapazitäten bereitzustellen haben. Die Einrichtung oder der Ausbau von Notfallzentren könnten zum Beispiel über solche Mittel prioritär finanziert werden.

Sie schlagen in Ihrem Positionspapier die Einführung von Notfallzentren vor, in die eine kassenärztliche Notfallpraxis integriert ist, wie es sie schon in einigen Versorgungsbezirken gibt. Welche Rolle spielen Universitätskliniken bei der Bildung solcher Notfallzentren? Können Universitätskliniken ein Vorreiter bei der flächendeckenden Einführung solcher Notfallzentren sein?

Auch an der Schnittstelle zur kassenärztlichen Notfallversorgung sollte der Kooperationsgedanke im Vordergrund stehen. Ein Teil der Patienten, die ambulant die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, kann sehr gut vom kassenärztlichen Notdienst versorgt werden, während viele andere Patienten von den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Krankenhauses profitieren. Über eine qualitativ hochwertige Ersteinschätzung sollten die Patienten im Notfallzentrum dem entsprechenden Bereich zugeordnet werden. Solche Notfallzentren wären auch ein wichtiger Ausbildungsort für die dringend benötigten Hausärzte. Hier könnten zum Beispiel

die an den Universitätskliniken eingerichteten Lehrstühle für Allgemeinmedizin eine koordinierende Rolle in der Ausbildung von Hausärzten in den Notfallzentren übernehmen. Die Universitätskliniken könnten auch Ansprechpartner für regionale und ländliche Notfallzentren sein. Hier wäre beispielsweise eine telemedizinische Anbindung zur konsiliarischen Beurteilung oder Befundung denkbar.

Obwohl es in der Notfallversorgung um Schnelligkeit geht, wird von Patienten, wenn sie Selbsteinweiser sind, auch teilweise eine längere Anfahrt in Kauf genommen. Universitätskliniken haben auch in der Notfallversorgung einen besonders guten Ruf. Unabhängig von den Rahmenbedingungen – wo sehen Sie, speziell in der universitären Notfallversorgung, noch Verbesserungspotenzial und was können Universitätskliniken hier von sich aus tun?

Universitätskliniken spielen natürlich auch eine wichtige Rolle in der elektiven Spitzenmedizin, sodass für die Notfallversorgung letztlich nur begrenzte Kapazitäten zur Verfügung stehen. Um die Kapazitäten in unserem Gesundheitssystem optimal auszunutzen, braucht es eine intelligente Vernetzung von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen, dem kassenärztlichen Bereich sowie dem Notarzt- und Rettungswesen. Aber auch innerhalb der Notfallzentren muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert und organisiert werden. Um dies alles zu leisten, bedarf es durchaus neuer Organisationsformen und Leitungspositionen bzw. Professuren an der Schnittstelle von klinischer Medizin und Public Health Management. Die Universitätskliniken könnten hier eine Vorreiterrolle übernehmen, wenn ihnen für diese gesundheitspolitisch wichtige Aufgabe die nötigen Mittel bereitgestellt werden. ■



Prof. Dr. Reimer Riessen

Nach dem Medizinstudium in Lübeck absolvierte Reimer Riessen seine Facharztzubereitung zum Internisten, Kardiologen und Intensivmediziner am Universitätsklinikum Tübingen. Auf seinem wissenschaftlichen Weg folgte auf die Habilitation im Jahr 2000 die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor 2006. Am Universitätsklinikum Tübingen ist Prof. Dr. Riessen sowohl Leitender Oberarzt der Internistischen Intensivstation am Department für Innere Medizin als auch Lehrbeauftragter in diesem Bereich. Zudem ist er Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIIN).

INTERVIEW

Die Innovationsfähigkeit von Universitätskliniken

Anja Simon, Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Würzburg, im Gespräch mit Prof. Dr. Nils Breuer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg

Ein immer größeres Spannungsfeld zwischen universitärer Spitzenmedizin, Forschung und Ausbildung stellt Universitätskliniken vor die Forderung, an ihrem Ruf als Innovationstreiber zu arbeiten, um im Wettbewerb zu bestehen. Wie schätzen Sie die aktuelle Situation ein?

Vom Grundsatz her ist dies gar kein Spannungsfeld. Vielmehr greifen die genannten universitätsmedizinischen Aufgaben ineinander und bauen aufeinander auf. So ist Spitzenmedizin nur möglich auf Basis exzellenter Forschung und umgekehrt. Dass es dennoch zunehmend schwierig wird, unseren im Uniklinikgesetz festgelegten Bestimmungen zu folgen, liegt im Wesentlichen an Finanzierungsproblemen. Im Zuge der Debatte um die Finanzierung des Gesundheitssystems und die Einführung eines pauschalen Systems ist der besondere gesellschaftliche Auftrag der Unikliniken in den Hintergrund getreten. Unsere Innovationsfähigkeit wird offenbar zum Teil als Selbstverständlichkeit angesehen. Bei vielen unserer europäischen Nachbarn gibt es für die Sonderaufgaben der Universitätskliniken einen pauschalen finanziellen Zuschlag – in Deutschland lehnten dies die Verantwortlichen ab. Die aktuell beschlossenen gesetzlichen Regelungen werden zwar die Finanzsituation der Universitätskliniken verbessern, sie werden auf der anderen Seite aber auch den Verwaltungs- und insbesondere den Dokumentationsaufwand deutlich erhöhen. Bereits jetzt müssen die Ärzte viel zu viel ihrer täglichen Arbeitszeit für Dokumentationen aufwenden. Kostbare Zeit, die ihnen sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Forschung fehlt.

Erschwerend wirkt sich die Finanzknappheit der Länder aus. Sie können häufig weder eine adäquate Ausstattung der Forschung gewährleisten noch die Instandhaltung der Gebäude oder gar Neubauten in erforderlichem

Maß finanzieren. Selbst in vergleichsweise wohlhabenden Bundesländern wie Bayern gibt es da Lücken. Aus meiner Sicht ist es von zentraler Bedeutung, dass Bund und Länder für die offene Frage der Finanzierung des Hochschulbaus eine langfristige und tragfähige Lösung finden. Was wir generell brauchen, ist eine neue Wertschätzung: Universitätskliniken sind gefragte Partner der forschenden Medizintechnik- und Pharmaindustrie. In der Bevölkerung ist dies durchaus verankert, bei Kassenfunktionären oder Politikern derzeit leider nicht im erforderlichen Maß.

Was bedeutet Innovation für Sie und glauben Sie, dass innovativ zu sein unumgänglich ist für Universitätskliniken?

Wie der bekannte Ökonom Joseph Schumpeter sehe ich Innovationen als neue Kombination der zur Verfügung stehenden Dinge und Kräfte. Und natürlich gibt es mehr als genug Felder, auf denen die Innovationsfähigkeit der Universitätskliniken und des deutschen Gesundheitswesens gefordert ist. Neben immer neuen Ideen für eine noch bessere Diagnostik und Therapie brauchen wir zum Beispiel innovative Strukturen für ein hochleistungsfähiges Gesundheitssystem, das auch in strukturschwachen Gebieten mittelfristig eine adäquate Versorgung gewährleistet. Gefragt sind ferner neue strukturelle und vor allem auch finanzielle Konzepte zur Stärkung der ambulanten Strukturen. Das kürzlich verabschiedete Versorgungstärkungsgesetz enthält Ansätze, die Grenzen zwischen den Sektoren ambulant und stationär zu überwinden. Jetzt brauchen wir zwingend Anreize zur Beschleunigung dieser Entwicklung.

Deutschland ist eines der wenigen europäischen Länder, in denen Universitätskliniken keinen Sonderzu-

schlag bekommen, der die aufwendigen Diagnosen und Therapien kostendeckend finanziert. Wo stehen Sie in der Diskussion um das neue Versorgungstärkungsgesetz? Kann man es als innovativen Lösungsansatz betrachten? Was würden Sie anders machen?

Meiner Meinung nach hat das neue Versorgungstärkungsgesetz gute Grundlagen geschaffen, insbesondere für eine bessere Finanzierung der Hochschulambulanzen. So sind wir laut Gesetz nicht nur zur Forschung und Lehre, sondern auch zur sonstigen Leistungserbringung zugelassen. Damit ist die von uns gelebte Realität endlich auch gesetzlich niedergelegt. Ein für Unikliniken weiterer wichtiger Pluspunkt des Gesetzes ist die Verankerung des Zweitmeinungsverfahrens, sodass wir hier in Zukunft vermutlich leichter eine angemessene Vergütung für die entsprechenden Leistungen erwirken können.

Als problematisch sehe ich die Tatsache an, dass die Ausgestaltung vieler Ideen des Gesetzes auf den Gemeinsamen Bundesausschuss verlagert wurde. Da der G-BA eine gemeinsame Einrichtung von allen Leistungsanbietern – also von Krankenkassen, Krankenhäusern und Niedergelassenen – ist, bedarf es vermutlich eines intensiven und vor allem langwierigen Abstimmungsprozesses, um einen Konsens herzustellen. Deshalb glaube ich, dass es lange dauern kann, bis die innovativen Ansätze des Gesetzes auch tatsächlich umgesetzt werden können. Ich hätte es begrüßt, wenn statt des G-BA das Bundesgesundheitsministerium nach Anhörung der einzelnen Leistungsanbieter die Entscheidungen zur Umsetzung der Gesetzesvorgaben trafe.

Das Magazin Health Care Management schrieb im April 2015, Sie hielten es für sinnvoll, „einheitliche Kriterien zu entwickeln, um die Leis-

tungen der HSA zu definieren“. Wie sollten diese Kriterien aussehen und was könnten Ihrer Meinung nach tragfähige Versorgungsinnovationen für die Hochschulambulanzen in unserer sich verändernden Gesellschaft sein?

Natürlich ist die Erarbeitung solcher Kriterien im Detail eine komplexe Aufgabe, weshalb sich übrigens derzeit eine eigene Arbeitsgruppe des Verbands der Universitätsklinik Deutschlands damit beschäftigt. Grundsätzlich lässt sich aber schon jetzt sagen, dass sich Charakteristika der Erkrankung und des Behandlungsangebots sowie die Art des Zugangs für eine Identifikation eignen. Die Hochschulambulanzen, die HSA, sollten sich demnach beispielsweise vorrangig um Patienten kümmern, die aufgrund der Seltenheit ihrer Erkrankung oder einer schwierigen Abklärungsdiagnostik von niedergelassenen Arztpraxen nicht adäquat versorgt werden können. Gleiches gilt für Krankheiten, die ein Abweichen von Standardtherapieschemata erforderlich machen. In puncto Behandlungsangebote sind die HSA unter anderem gekennzeichnet durch Leistungen, die speziell von den an Unikliniken vorhandenen interdisziplinären Zentren vorgehalten werden. Und selbstverständlich sind die Hochschulambulanzen der primäre Anlaufpunkt für Patienten mit aufwendigen medizinischen Interventionen.

Was die Versorgungsinnovationen angeht, so gibt es eine ganze Reihe von technischen und strukturellen Maßnahmen, die Ambulanzbesuche an den Unikliniken helfen können zu reduzieren. Ich denke da beispielsweise an topmoderne Bauchwasserpumpen, die ihren Status per Handytechnologie übermitteln und ein persönliches Erscheinen der Patienten zum Auslesen der Daten in den Krankenhäusern überflüssig machen. Eine strukturelle Lösung mit gleicher Zielrichtung ist die telefonische Nachbetreuung von chro-

nisch kranken Menschen durch spezielle Ambulanzkräfte.

Um den Mangel an ärztlicher Versorgung in peripheren und ländlichen Regionen auszugleichen, sind zudem neue Formen der Zusammenarbeit und Vernetzung gefragt. Eine Idee dazu sind die aus anderen Ländern bekannten Ambulanzzentren, die eine flächenhafte Grundversorgung gewährleisten.

Und bei der Vernetzung lebt der stationäre Bereich schon zielführende Modelle vor, beispielsweise das in Unterfranken erfolgreich installierte Schlaganfallnetzwerk Transit Stroke. Warum sollte es nicht auch im Ambulanzbereich Telekonsile geben, bei denen Niedergelassene ihre Diagnoseergebnisse mit Experten in den großen medizinischen Zentren diskutieren? Voraussetzungen hierfür sind die Bereitschaft aller Beteiligten, aufeinander zuzugehen, und natürlich ein allseits faires Vergütungssystem. ■



Anja Simon

Die Betriebswirtin Anja Simon ist seit 2012 Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Würzburg. Zuvor war sie ab 1999 am Universitätsklinikum Freiburg tätig, wo sie ab 2001 den Geschäftsbereich Finanzen/Controlling führte. Zusätzlich hatte sie dort für zwei Jahre kommissarisch das Amt der Kaufmännischen Direktorin inne. Anja Simon ist seit dem 1. Juli 2015 Mitglied des Vorstands des Verbands der Universitätsklinik Deutschlands e. V. (VUD).

Krankenhaus-MVZ im Fokus: Vom vernachlässigten Stiefkind zum wirtschaftlichen Standbein

Seit ihrer Einführung vor knapp zehn Jahren haben sich Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu einem wesentlichen Baustein der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung entwickelt. Auch den rund 2.000 Krankenhäusern im Land bieten MVZ neue Handlungsoptionen, um die Patientenversorgung zu optimieren, sich strategisch weiterzuentwickeln oder Leistungs- und Einzugsbereiche auszubauen. Doch nicht jedes Krankenhaus-MVZ ist ein Erfolgsmodell. Vielfach fehlt es an einer klaren Strategie für Gründung und Betrieb, an konsequenter Steuerung und wirksamem Controlling – auch wenn gerade hier der Schlüssel zum Erfolg liegt.

Autoren: Jannis Max Grenz und Dr. Philipp Männle, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Köln

Medizinische Versorgungszentren liegen im Trend. Seit der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) die Errichtung fachübergreifender, ärztlich geleiteter Einrichtungen ermöglicht hat, haben MVZ einen festen Platz im ambulanten Sektor erobert: Ausgehend von 70 Gründungen im Startjahr 2004 ist die Zahl der Zulassungen mittlerweile auf über 2.000 angestiegen. Quartal für Quartal, so hat der MVZ-Bundesverband (BMVZ) errechnet, werden rund 30 neue MVZ gegrün-

det. Und diese werden immer größer und bedeutsamer: Seit 2004 hat sich die Arbeitsgröße auf nunmehr durchschnittlich 6,4 Ärzte pro MVZ fast verdoppelt. Insgesamt sind mittlerweile rund 9 Prozent der 146.000 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte an einem MVZ tätig. (Abbildung 1)

Auch Krankenhäuser engagieren sich in immer größerem Umfang als MVZ-Gründer und -Träger. Fast 40 Prozent aller MVZ zählen inzwischen ein Krankenhaus zu ihren Trägern. Somit ist es nicht verwunderlich, dass in vielen Krankenhäusern die Frage aufkommt, ob es lohnenswert ist, sich diesem Trend anzuschließen. Bei der Entscheidung über die Gründung oder den Betrieb eines MVZ kommt kein Krankenhaus umhin, sich mit mehreren elementaren Fragestellungen auf der Ebene der medizinischen Strategie und der Managementpraxis zu befassen. Im Kern geht es dabei um die Beantwortung von drei zentralen Fragen:

- Welches Ziel wird mit dem Krankenhaus-MVZ verfolgt?
- Wie gelingt die Umsetzung der formulierten Ziele?

Abbildung 1

Zahlen, Daten und Fakten zur Organisationsform MVZ im Überblick

Quelle: www.kbv.de, www.bundesaerztekammer.de, 2014



- Welche Steuerungsmaßnahmen gibt es, um die Zielerreichung dauerhaft zu gewährleisten?

Strategische Ausrichtung: Welches Ziel wird mit dem Krankenhaus-MVZ verfolgt?

Gerade kleinere Krankenhaus-MVZ sind oft historisch gewachsen oder wurden von einzelnen engagierten Klinikärzten ins Leben gerufen. Häufig stehen Ziele wie die stärkere Patientenbindung, die Schaffung einer ambulanten Tätigkeitsoption für das (ärztliche) Personal oder ausbildungsrechtliche Erwägungen hinter der Gründungsidee. Diese Ziele sind jedoch nicht immer klar definiert und adäquat festgehalten. Rückt das MVZ anschließend, beispielsweise aufgrund negativer Jahresergebnisse, stärker in den Fokus der Krankenhausgeschäftsführung, wird versucht, die Tätigkeiten im MVZ im Sinne eines separat verwalteten Profit Centers einseitig auf die Gewinnerzielungsabsicht auszurichten – mit der Folge, dass das MVZ nicht mehr als Element der strategischen Marktbearbeitung des gesamten Krankenhauses gesehen wird.

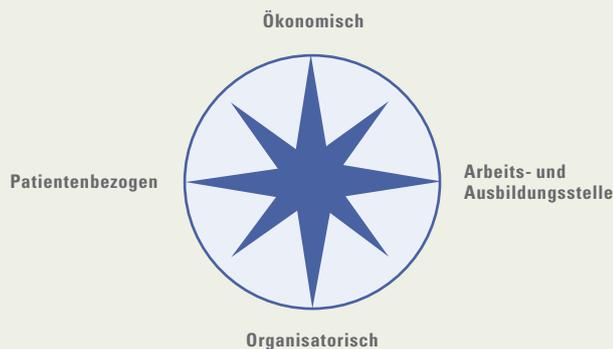
Diese Fokussierung auf das Klinik-MVZ als eine Art „Goldesel“ ist nicht unproblematisch. Eine isolierte gewinnorientierte Betrachtung lässt weitere strategische Ziele, die mit dem MVZ erreicht werden können, außer Acht. Dies wiederum kann der Akzeptanz und der Einbindung des MVZ innerhalb der Klinik schaden. Deshalb ist es unerlässlich, ein strukturiertes Strategiekonzept im Sinne eines Leitbildes aufzustellen und sich mittels eines grundlegenden strategischen Kompasses zu orientieren. Hierbei sind vier Hauptdimensionen zu bedenken (Abbildung 2):

- Welche ökonomische Zielsetzung wird mit dem MVZ verfolgt? Soll das MVZ eigengewinnorientiert arbeiten oder ist es auf andere strategische

Abbildung 2

Strategiekompass exemplarischer strategischer Ziele

Quelle: KPMG, 2015



Ziele ausgerichtet, die eine langfristige Quersubventionierung rechtfertigen?

- Welche Patienten werden angesprochen? Soll das MVZ eine eigene Klientel behandeln und neue Potenziale erschließen und ausschöpfen? Wird das MVZ auf die Krankenhausklientel ausgerichtet und erfüllt seine Funktion innerhalb der Versorgungskette und mit Blick auf mögliche Einweisungen?¹ Oder bildet das MVZ einen Baustein innerhalb einer integrierten Versorgungskette?
- Welche Funktion erfüllt das MVZ als Arbeits- und Ausbildungsstelle? Steigert das MVZ als Schnittstellenanbieter die Attraktivität des Klinikums als Arbeitgeber? Werden durch das MVZ Möglichkeiten zur ärztlichen Weiterbildung gewahrt oder neu hinzugewonnen?
- Wie fügt sich das MVZ organisatorisch in den Krankenhausbetrieb ein? Eröffnet das MVZ zusätzliche oder wirtschaftlichere Abrechnungsmöglichkeiten für ohnehin angebotene Leistungen des Krankenhauses?

Es ist wichtig, diese Fragen und das Leitbild mit den ambulant tätigen Ärzten und den stationären Fachabteilungen des Klinikums, aber auch mit wei-

teren Stakeholdern zu diskutieren und weiter zu schärfen. Dies dient nicht nur dazu, Klarheit über Zielsetzung und Arbeitsauftrag zu erhalten, sondern auch dazu, breite Unterstützung innerhalb des Krankenhauses einzuwerben.

Erfahrungsgemäß können Strategiebildung und Abstimmung nicht einseitig aus den Verwaltungsbüros heraus umgesetzt werden. Erfolgreich bewährt hat sich ein kommunikatives, transparentes Vorgehen, das unter anderem mehrere Strategie-Workshops mit allen relevanten Stakeholdern vorsieht. Die Praxis zeigt, dass gerade dieser Zielbildungsprozess auch dazu beiträgt, mögliche Konflikte um Ressourcen und Mitarbeiterauslastung zwischen MVZ und klinischem Bereich so zu lösen, wie es für den Gesamtkonzern Krankenhaus am sinnvollsten ist.

Ergebniscontrolling: Wie gelingt die Umsetzung der formulierten Ziele?

Ist die strategische Zielsetzung definiert, beginnt der komplexe Prozess der Umsetzung: Die relevanten Ziele müssen operationalisiert, die Zielerreichung muss kontrolliert, Erfolge, aber auch Schwierigkeiten müssen kommuniziert und ausgewertet wer-

den. Hierzu ist es notwendig, einen Fahrplan für die mittelfristige Entwicklung auszuarbeiten und hieran entsprechende Handlungs- und Entscheidungsoptionen zu knüpfen. Erfahrungsgemäß ist dafür ein Zeithorizont zwischen einem und drei Jahren sinnvoll.

Wird ein MVZ mit dem Ziel betrieben, wirtschaftlich tragfähig zu arbeiten, ist es wichtig, klare wirtschaftliche Parameter zu definieren, regelmäßig zu überprüfen und die Zielerreichung nachzuhalten. Stellt sich beispielsweise heraus, dass die Versorgung in bestimmten Fachrichtungen innerhalb eines MVZ nicht wirtschaftlich erfolgen kann, muss der MVZ-Träger entscheiden, wie mit der nicht rentablen Fachrichtung umgegangen werden soll – etwa ob man sich perspektivisch hiervon trennt oder ob die strategische Zielrichtung neu definiert werden soll. Schließlich kann die Aufrechterhaltung des Angebots auch aus Gründen der Einweisertätigkeit oder im Hinblick auf die Medizinstrategie insgesamt (Versorgungskette, Zentrenbildung) sinnvoll sein. Dabei gilt es aber zu prüfen, ob die Aufrechterhaltung einer Fachrichtung im Hinblick auf deren Funktion innerhalb der gesamten Versorgungskette und mit Blick auf Einweisungen in das Klinikum wirtschaftlich sinnvoll ist. Dies ist in der Regel nur dann der Fall, wenn mit den eingewiesenen Fällen auch im Klinikum ein zusätzlicher Deckungsbeitrag erzielt werden kann.

Für die Kommunikation und Überwachung der Zielerreichung erweist sich eine Steuerung mittels passgenauer, abgestimmter Kennzahlen-Cockpits im Vergleich zu reinen Zahlenreports als wesentlich zweckmäßiger – nicht zuletzt, weil die zeitlichen Ressourcen zur Zielplanung von Chef- und Oberärzten oftmals durch die ohnehin schon bestehenden Controlling-Reports (über-)ausgeschöpft werden. Erfolgskritisch ist allerdings in

jedem Fall, dass die Berichte und Auswertungen nicht nur an die Entscheidungsträger verteilt, sondern auch mit diesen diskutiert und als Basis für (Steuerungs-)Entscheidungen herangezogen werden. So empfiehlt es sich beispielsweise, das MVZ-Berichtswesen zum Gegenstand regelmäßiger Jour Fixes innerhalb der Organisation zu machen, um Soll-Ist-Abweichungen gemeinsam zu diskutieren und Gegenmaßnahmen gemeinsam zu planen.

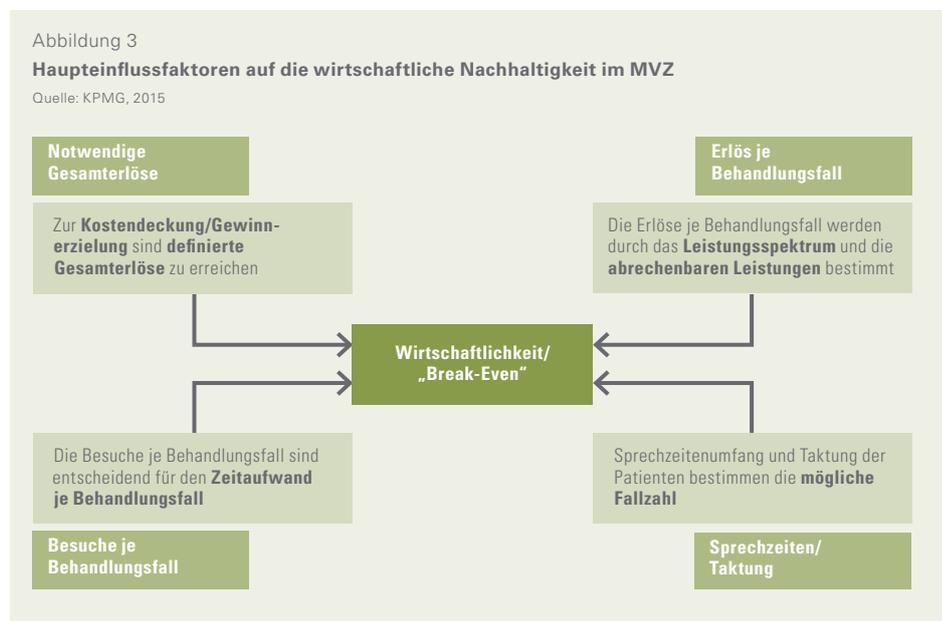
Ableitung von Steuerungsmaßnahmen: Welche Steuerungsmaßnahmen gewährleisten eine dauerhafte Zielerreichung?

MVZ sind in der Regel in die ambulanten Versorgungsstrukturen vor Ort eingebunden. Aufgrund von oft schwierigen Versorgungssituationen vor Ort, von etablierten und gewachsenen Strukturen sowie möglicherweise geschaffenen Kooperationsbeziehungen, aber auch wegen politischer Gegebenheiten ist der Aktionsspielraum für Krankenhäuser in Bezug auf „ihr“ MVZ deutlich begrenzt. Insofern gilt es,

schon frühzeitig strategische Handlungsoptionen für jene Fälle zu erarbeiten und zu diskutieren, in denen der MVZ-Betrieb die formulierten Zielsetzungen nicht mehr erreicht.

Grundsätzlich gilt dies für sämtliche strategischen Dimensionen. Da die wirtschaftliche Nachhaltigkeit aber, wie dargestellt, in aller Regel im Fokus der Steuerungsaktivitäten liegt, soll zunächst verdeutlicht werden, welche vier Haupteinflussfaktoren hier maßgeblich sind – und wie diese als Referenzpunkte für die Steuerung genutzt werden können (Abbildung 3).

Die Faktoren „Notwendige Gesamterlöse“ sowie „Besuche je Behandlungsfall“ sind in der Regel nicht direkt vom MVZ und den MVZ-Verantwortlichen beeinflussbar, da Determinanten wie das Gehaltsgefüge des Personals zumindest mittelfristig vorgegeben oder Fallerlöse von der jeweiligen Patientenklientel abhängig sind. Mit Blick auf die quartalsweise Abrechnungssystematik im ambulanten Bereich (Stichwort „Behandlungsfall“²⁾) ist außerdem der Zeitpunkt, zu dem der Patient vorstellig wird, maß-



© 2015 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, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

geblich für die Anzahl der Besuche im jeweiligen Quartal.

Die Erlöse je Behandlungsfall hängen, ähnlich wie im DRG-Bereich, maßgeblich von einer korrekten Erfassung der Leistungen bzw. Leistungsbestandteile ab. Gleichzeitig lässt sich der Umfang erbrachter bzw. abrechenbarer Leistungen oft steigern, wenn MVZ-Mitarbeiter über Zusatzqualifikationen verfügen oder das MVZ spezifische Schwerpunkte ausgebildet hat. So können durch das Erreichen bestimmter Qualitätskriterien oder Struktur- und Mengenvoraussetzungen Leistungsschwerpunkte etwa im Bereich der Diabetologie ausgebildet werden, mit der Folge, dass sich (oftmals ohnehin erbrachte) diabetologische Leistungen wirtschaftlicher abrechnen lassen. Auch die Gestaltung der zusätzlichen Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist als erlösseitiger Baustein zu berücksichtigen.

Die Sprechstundenzeiten bestimmen, welcher Teil der Arbeitszeit effektiv dem Kontakt zu den Patientinnen und Patienten gewidmet wird. Sie haben deshalb einen unmittelbaren Einfluss auf Zahl der Behandlungsfälle und Besuche. Grundlegende Zielsetzung hierbei muss sein, den administrativen und sonstigen Aufwand des Arztes so zu reduzieren, dass dieser einen möglichst großen Anteil seiner Tätigkeit im MVZ als Sprechstundezeit zur Verfügung stellen kann. Darüber hinaus ist die sogenannte „Taktung“ ein entscheidender Einflussfaktor in Bezug auf die Zahl der Behandlungsfälle. Dahinter verbirgt sich allerdings nicht die Verkürzung der Arzt-Patient-Interaktionszeit. Vielmehr müssen die Prozesse (Aufnahme, Diagnostik, delegierte Leistungen, Administration etc.) effizient ausgestaltet werden, sodass Leerlaufzeiten vermieden werden und sinnvoll auf Arbeitszeitbudgets (insbesondere der Ärzte) zugegriffen wird. Hier sind vielfältige

Ansatzpunkte möglich – angefangen bei der sinnvollen Übertragung delegationsfähiger oder substituierbarer ärztlicher Leistungen auf qualifizierte Unterstützungskräfte über die Organisation von Terminvergabe, Einbestellung, Aufruf und Aus- und Ankleiden der Patienten, die sinnvolle Koordination der diagnostischen Prozesse bis hin zur wirksamen Gestaltung von Dokumentations-, Abrechnungs- und Verwaltungsprozessen.

Fazit

MVZ können für Krankenhäuser ein wichtiger, sinnvoller und auch ökonomisch relevanter Baustein sein. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund der Aufweichung der klassischen Sektorengrenzen sowie angesichts der steigenden Bedeutung von MVZ in der deutschen Versorgungslandschaft. So sieht der Bundesgesetzgeber mit seinen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ausgestalteten Reformen vor, nicht nur die Gründungsmöglichkeiten für MVZ weiterzuentwickeln, sondern auch, die ambulante Rolle von Krankenhäusern weiter zu stärken.³ Außerdem wird – gerade in wenig urbanisierten Regionen – eine flächendeckende hochwertige ambulante Versorgung ohne MVZ kaum zu gewährleisten sein. All dies macht die Auseinandersetzung mit dem Thema MVZ für die Verantwortungsträger im Krankenhaus geradezu unausweichlich. Bedenkt man ferner, dass im ambulanten Geschäft noch erhebliche Effizienzpotenziale zu heben sind, ist jedem Krankenhaus zu raten, sowohl die grundlegende Frage des MVZ-Auf- oder Ausbaus wie auch die Aspekte der systematischen Strategieplanung und der konsequenten MVZ-Steuerung als gewichtige Punkte auf die eigene Agenda zu setzen. ■

- 1 Ausführlich hierzu Hellmann, W. et al. (Hg.): Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln: Qualität steigern, Erträge ausbauen, Zukunft sichern, Berlin 2010
- 2 Nach § 21 Abs. 1 S. 1 Bundesmantelvertrag – Ärzte gilt als Behandlungsfall die gesamte von derselben Arztpraxis (auch MVZ) innerhalb desselben Kalendervierteljahrs an demselben Versicherten ambulant zugelassenen Krankenkasse vorgenommene Behandlung.
- 3 Dem Gesetzentwurf zufolge ist vorgesehen, dass Krankenhäuser in fachärztlich unterversorgten Gebieten für die ambulante Leistungserbringung zugelassen werden müssen, ferner wird die Rolle der Krankenhäuser bei der Notfallversorgung ausgebaut. Der Kreis der zur MVZ-Gründung Berechtigten wird im Übrigen auf kommunale Gebietskörperschaften ausgeweitet, die MVZ als Eigen- oder Regiebetriebe einrichten können. (Bundestagsdrucksache 18/4095 vom 25.02.2015)



Jannis Max Grenz
Gesundheitswirtschaft
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-1647
jgrenz@kpmg.com



Dr. Philipp Männle
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 221 2073-1031
pmaennle@kpmg.com

Erfolgsmodell für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung

In der Sozialstiftung Bamberg feiert die Rechtsform „Stiftung“ eine Renaissance

Xaver Frauenknecht, Vorstandsvorsitzender der Sozialstiftung Bamberg, im Gespräch mit Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Zu Beginn die Frage: Was genau ist die Sozialstiftung Bamberg?

Die Sozialstiftung Bamberg ist eine öffentlich-rechtliche Stiftung. Mit unseren elf Jahren sind wir eine verhältnismäßig junge Stiftung, die sich mittlerweile zu einem integrierten und regionalen Gesundheitskonzern entwickelt hat. Wir sind tätig in den Bereichen der stationären und ambulanten Krankenversorgung und der Altenhilfe, das heißt wir betreiben Krankenhäuser, Pflegeheime, Medizinische Versorgungszentren sowie Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine Zukunftsvision ist uns sehr wichtig, denn unser Bestreben ist, dass es uns auch noch in 100 Jahren geben wird. Aus diesem Grund legen wir einen starken Fokus auf nachhaltiges Wirtschaften. Dies impliziert eine positive Rendite.

Die Sozialstiftung Bamberg ist ein integriertes Gesundheitsunternehmen in der Form einer Stiftung des öffentlichen Rechts. Worin sehen Sie den Unterschied zu anderen Rechtsformstrukturen?

Der direkte Vorteil einer Stiftung ist, dass sie keine Shareholder bzw. Gesellschafter mit Ausschüttungserwartung hat. Damit können wir jeden Cent Gewinn wieder in die Zukunftssicherung unserer Gesellschaften investieren. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass dies eine hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern bewirkt. Denn sie erleben hautnah mit, dass der erwirtschaftete Gewinn direkt wieder in ihre eigene Kompetenzentwicklung, neue Gebäude, Medizintechnik und Ähnliches fließt.

Das Aufsichtsorgan, der Stiftungsrat, stellt sicher, dass die Stiftung nachhaltig agiert. Stiftungen können

sich langfristig keine Defizite leisten, denn sie haben weder einen Defizit- ausgleich noch einen Gewährleistungsträger. Aus diesem Grund müssen Stiftungen genauso nachhaltig wirtschaften wie private Unternehmen. Wir haben das klare Ziel, dass unsere Stiftung eine positive Rendite zwischen 5 und 10 Prozent EBIT erwirtschaftet. Allerdings, und hier findet sich wieder ein Unterschied und Vorteil zu privaten Trägern, nicht pro Jahr, sondern mittelfristig im Fünf- bis Zehnjahreszeitraum. Die Wirkungen unserer Projekte werden dementsprechend mittelfristig in Hinblick auf die genannte EBIT-Marge bewertet.

Wäre es demnach nicht im Sinne der Politik, wenn mehr Stiftungen gegründet würden?

In meinem Berufsweg habe ich vom Regiebetrieb über Kommunalunternehmen bis zur GmbH und zu Aktiengesellschaften viele Unternehmensformen kennengelernt und erlebe derzeit die Stiftung als ein Modell, welches sich hervorragend für eine nachhaltige regionale Gesundheitsversorgung eignet. Ich bin fest überzeugt, dass so, wie das wettbewerbliche Gesundheitssystem aufgebaut ist, auch im Rahmen von Fusions- und Kooperationsmodellen über Gebietskörperschaftsgrenzen hinweg die Stiftung ihre Berechtigung hat. Hierfür sprechen viele erfolgreiche Stiftungsmodelle, die sich im Wettbewerb am Markt behaupten. Daher sollte das Stiftungsmodell seitens der Politik als mögliche Rechtsform mehr mit einbezogen werden.

Die Sozialstiftung verknüpft akute Gesundheitsversorgung, Prävention, ambulante und stationäre

Rehabilitation sowie Wohnen und Leben im Alter sinnvoll miteinander. Sie bezeichnen Ihre Kliniken als Teile eines wachsenden Unternehmens. Wo sehen Sie Wachstumspotenziale und inwieweit wollen Sie diese umsetzen?

Wir haben als integriertes Gesundheitsunternehmen ganz konkrete Wachstumsziele, die 3 Prozent internes Wachstum und ein moderates externes Wachstum beinhalten. Dies wird primär durch Eigenfinanzierung gewährleistet. Ich bin überzeugt, dass der Bereich Gesundheit in den nächsten 30 Jahren einer der größten Wachstumsmärkte sein wird. Aus diesem Grund haben wir unsere Sparten dahingehend ausgerichtet. Dies umfasst zum Beispiel den Bau eines vierten Bettenturms am Standort Klinikum am Bruderwald, welcher zu einer Erweiterung um 123 Planbetten führt. Zudem nehmen wir als Schwerpunktversorger der Region Bamberg neue Fachbereiche mit auf, so die Integrative Medizin, die Kinder- und Jugendpsychosomatik sowie die stationäre neurologische Rehabilitation. Der Bereich der Tageskliniken wird weiter ausgebaut, um dem Trend der Verlagerung vom stationären hin zum ambulanten Bereich Rechnung zu tragen. Und nicht zuletzt wachsen wir natürlich auch mit dem positiven Image der medizinischen und pflegerischen Qualität.

Aktuell planen und konzeptionieren wir den Bau eines Herz- und Hirnzentrums, da in diesen Fachgebieten eine deutliche Komorbidität zwischen den Krankheitsbildern besteht. Das Zentrum ist in dieser Konstellation deutschlandweit einzigartig. Hier setzen wir den medizinischen Fortschritt und neueste Prozesskenntnisse direkt im Unternehmen um. Im Bereich der Altenhilfe implementieren wir aktuell Quartierbüros. Der Fokus wird dabei auf Konzepte gelegt, die Patienten und Bewohner möglichst lange in der

ambulanten Betreuung halten, um auch künftig eine Finanzierbarkeit des Systems zu gewährleisten. Im Sinne unseres integrierten Ansatzes als Gesundheitsunternehmen werden hier ambulante fachärztliche, hausärztliche und therapeutische Versorgung, betreutes Wohnen und der ambulante Pflegedienst an einem Standort positioniert und damit ganze Stadtteile mit 6.000 bis 10.000 Menschen versorgt. Die Relevanz der integrierten Versorgung, vor allem in Anbetracht des demografischen Wandels, wird weiter steigen. So sind wir kontinuierlich damit beschäftigt, die besten Voraussetzungen zu schaffen und unsere Sparten dahingehend stetig zu erweitern, zu optimieren und zu verzahnen. Durch diese permanente Überarbeitung und Erweiterung der Kernkompetenzen, unter anderem durch kontinuierlich angepasste Behandlungskonzepte, erreichen wir in Summe für alle Sparten die angesprochenen Wachstums- und Qualitätsziele.

Wir haben uns viel über die Vorteile einer Stiftung in der Gesundheitswirtschaft unterhalten, wo sehen Sie Risiken?

In der Sozialstiftung sprechen wir nicht von Risiken, sondern von Chancen und Herausforderungen. Diesen Betrachtungswinkel haben wir bewusst so gewählt, da wir eher die Herausforderung als das Risiko sehen. Aktuell sehe ich eine Herausforderung beim Thema Fachkräftemangel. Um dem entgegenzuwirken und weiterhin attraktiv für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu sein, betreiben wir ein eigenes Bildungszentrum; dieses bietet mehr als 320 Ausbildungsplätze und 700 Weiterbildungsplätze pro Jahr. Zudem ermöglichen wir strukturierte Facharztweiterbildungen und investieren seit einigen Jahren intensiv in den Bereich Führungskulturentwicklung. Dieses Thema liegt mir auch persönlich sehr am Herzen. Da wir weiterhin auf Wachstum setzen, müssen wir auch beim Thema Personal wettbewerbsfähig sein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unser höchstes Gut. Ihre permanente persönliche wie fachliche Weiterentwicklung ist entscheidend für die Mitarbeiterbindung und -gewinnung.

Ein weiterer wesentlicher Punkt, der mich sehr beschäftigt, ist das

Thema der Bürokratisierung im Gesundheitswesen, gelenkt durch die Krankenkassen, den GBA und den MDK. Wenn wir zusätzliches Personal, beispielsweise einen Biometriker zur Aufbereitung der Qualitätsdaten, einstellen müssen, frage ich mich, ob solche Maßnahmen tatsächlich zu einer Verbesserung der Qualität führen und ob dieser Kostenfaktor in der Form notwendig ist. Qualität per se hat höchste Priorität, das steht außer Zweifel, allerdings muss es eine Grenze bei der Erbringung von Leistungsnachweisen geben. Das Problem ist, dass wir zuweilen die Mitarbeiter mehr mit Dokumentation beschäftigen müssen, als dass sie sich tatsächlich um das Wohl der Patienten kümmern können. Diese Zeit fehlt in der Patientenversorgung. Hier sehe ich insbesondere das Problem der Demotivation von Personal und das Risiko von Erlösverlusten durch überbordende Bürokratisierung.

Apropos Bürokratisierung: Haben Sie einen Vorschlag, wie man diesen Kreislauf durchbrechen könnte?

Man muss erst einmal den Graubereich zwischen angemessen und unangemessen definieren. Um Kosten zu sparen, bleibt den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen wenig Freiraum, und so kommt es bedauerlicherweise zu nicht angemessenem Kostendruck und der Nichterstattung von erbrachten Leistungen, was letztendlich zulasten der Patientenversorgung geht. Hier muss man gezielt über andere Methoden nachdenken. Prüfung nach Aktenlage ist bei einem standardisierten Produkt möglich, hier haben wir es jedoch mit einer Dienstleistung am Menschen zu tun. Diese ist immer individuell und nicht standardisierbar. Bei jedem Patienten kann letztlich die Korrektheit der Rechnungsstellung nur im Dialog zwischen dem MDK-Mediziner und dem behandelnden Arzt bewertet werden. Ein Quantensprung in der Entbürokratisierung wäre sicher die Aufhebung der Budgetgrenzen zwischen stationärer (Krankenkassen) und ambulanter (kassenärztliche Vereinigung) Patientenversorgung. Eine sektorenübergreifende, einheitliche Vergütungssystematik kann die Patientenversorgung enorm entbürokratisieren.



Xavier Frauenknecht

Der gelernte Gesundheits- und Krankenpfleger Xavier Frauenknecht ist Diplom-Betriebswirt und verfügt zudem über einen MBA in International Health Care Management. Nach seiner Tätigkeit als Pflegedirektor und Ressortleiter für Pflege- und Hoteldienste am Klinikum Nürnberg übernahm Xavier Frauenknecht die Profit-Center-Geschäftsführung in der Medical Park AG. Seit 2004 ist Xavier Frauenknecht Vorstandsvorsitzender der Sozialstiftung Bamberg.

Sie haben einen Handlungsrahmen für ethische und moralische Werte in Ihren Einrichtungen entworfen. Dieser besagt unter anderem, dass ein offener und respektvoller Umgang mit anderen Mitarbeitern erwartet wird. Wie wird dieses Thema aktiv im Unternehmen umgesetzt?

Das Thema Ethik und Kulturentwicklung ist ein Bereich, der parallel zur Stiftungsgründung entwickelt wurde. Dies war ein wichtiger Schritt, um eine eigene Unternehmenskultur zu schaffen. Hierbei gehen klare Regeln und weiche Faktoren parallel. Hierzu haben wir eine Ethikorganisation aufgebaut, geleitet von einem interdisziplinären Ethikboard. Kernaufgabe ist, die Medizin-, Organisations- und Führungsethik miteinander zu verbinden. Behandelt werden unterschiedlichste Mitarbeiteranfragen, vorgebrachte Anschuldigungen und Kommunikationsprobleme, aber auch Patienten Anliegen. Des Weiteren haben wir einen Ombudsrat, besetzt mit externen Mitgliedern. Dieser bietet den Vorteil des Schutzes der Anonymität für Betroffene. Hauptaufgabe ist die Einhaltung von ethischen Regeln. Wir sind aber überzeugt, dass wir in unserem Unternehmen, in dem eine Vielzahl von unterschiedlichen Berufsgruppen und Menschen täglich zusammenarbeiten, die Beziehungs- und die Kulturebene kontinuierlich und aufmerksam gestalten und weiterentwickeln müssen. ■

Strategie für die Zukunft – Herausforderungen und Chancen im Krankenhausmanagement

Martin Menger, Vorsitzender der Geschäftsführung der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (UKGM), im Gespräch mit Dr. Thorsten Helm, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mannheim

Im Jahr 2005 hat die Hessische Landesregierung die Entscheidung getroffen, die Universitätskliniken zu privatisieren. Nach Überführung in eine GmbH und die Zusammenlegung der beiden Universitätskliniken waren die Voraussetzungen für die Privatisierung geschaffen. Seit dem 1. Januar 2006 ist die RHÖN-KLINIKUM AG Träger der Universitätskliniken Gießen und Marburg.

Vor zehn Jahren wurde das UKGM als erstes deutsches Universitätsklinikum privatisiert. Wie beurteilen Sie die Entwicklung?

Hier möchte ich zunächst auf die Zeit vor der Privatisierung verweisen. Für beide Universitätskliniken bestand ein erheblicher Investitionsstau und auch wirtschaftlich war es um beide nicht gut bestellt. Das Land hat sich seinerzeit die Frage gestellt, ob zwei Universitätskliniken in unmittelbarer Nachbarschaft eine Zukunft haben und inwieweit alternative Finanzierungs- und Betreibermodelle ein Zukunftsmodell darstellen können. Heute – zehn Jahre nach der Privatisierung – kann man ein durchaus positives Fazit ziehen. Durch erhebliche Investitionsmittel des Trägers in Höhe von über 570 Millionen Euro wurden bauphysikalisch und medizintechnisch Voraussetzungen geschaffen, die in der Universitätsszene ihresgleichen suchen. Auch haben sich die Universitätskliniken wirtschaftlich sehr positiv entwickelt. Allerdings sehen wir hier noch Optimierungsbedarf – aber auch Optimierungspotenzial; eine selbstzufriedene Nabelschau ist nicht indiziert.

Welche Chancen sehen Sie im Schritt der Privatisierung, ist es ein Erfolgsmodell?

Mit gewissen Einschränkungen lässt sich das so sagen; es ist aber nicht immer leicht, diese Erkenntnis zu vermitteln. Objektive Tatsachen sind das eine, ideologische Grabenkämpfe das andere. Seit zehn Jahren sind am UKGM – geregelt durch umfangreiche Verträge zwischen dem Land Hessen, der RHÖN-KLINIKUM AG und den beiden Universitäten – Forschung und Lehre in staatlicher Hoheit und die Krankenversorgung in privatwirtschaftlicher Verantwortung organisiert, während das wissenschaftliche Personal weiterhin beim Land Hessen beschäftigt ist. Dies ist einmalig in der bundesdeutschen Universitätsmedizin. Eine komplexe Struktur, die allerdings auch komplexe Herausforderungen mit sich bringt.

Das UKGM hatte insoweit eine schwierige Startphase; inzwischen hat sich die Lage deutlich beruhigt. Wir sind aber noch lange nicht am Ziel. Es lohnt sich also, auf die erreichten Erfolge zurückzuschauen. Aber viel wichtiger ist es, nach vorne zu blicken und die notwendigen Zukunftsprojekte umzusetzen. Die Krankenversorgung des drittgrößten Universitätsklinikums in Deutschland durch ein Privatunternehmen betreiben zu lassen, hat vor zehn Jahren nicht nur Jubel ausgelöst. Unser Unternehmen musste viel Kritik einstecken und sieht sich auch heute immer wieder mit den alten Vorurteilen konfrontiert. Vor allem tun sich gern die als Kritiker hervor, die keine wirklich gangbaren Alternativen benennen können.

Ein wenig ermüdend ist auch die Geringschätzung, die dem Engagement der RHÖN-KLINIKUM AG gern entgegengebracht wird; schließlich hat das Unternehmen seit 2006 mit Eigeninvestitionen von bisher immer-

hin über 570 Millionen Euro den Medizinstandort Mittelhessen modernisiert, profiliert und für Patienten und Mitarbeiter gleichermaßen attraktiv gemacht. Und das Engagement geht ja weiter: Als jüngstes Beispiel ist die Partikeltherapie in Marburg zu nennen, eine Investition, die das Angebot der Krebsbehandlung am UKGM stark erweitert. Unter dem Dach des UKGM sind und bleiben zwei Universitätskliniken der Maximalversorgung, die exzellente Forschung betreiben und jeweils ein Refugium für beste Medizin und Pflege darstellen. Daran besteht kein Zweifel. Und daran arbeiten jeden Tag auch alle Beschäftigtengruppen gemeinsam zum Wohle der Patienten.

Bis 2014 wollten Sie den Haushalt des UKGM konsolidieren, was Ihnen auch gelungen ist. Was ist Ihrer Meinung nach die neue große Herausforderung des UKGM?

In den Jahren 2011/2012 machte das UKGM mit erheblichen Defiziten Schlagzeilen. Wir haben damals einen Sechsstufenplan erarbeitet, mit dem Ziel, spätestens im Jahr 2014 (nach Kapitaldienst) eine sogenannte „schwarze Null“ zu erreichen. Dies ist uns auch gelungen!

Die Frage nach der größten Herausforderung für das UKGM lässt sich nicht mit einem Satz beantworten. Die beiden Universitätskliniken bleiben eine ständige Herausforderung. Derzeit konzentrieren wir unsere Kräfte auf Marburg; Gießen hat deutlich Boden gutgemacht; jetzt müssen wir mit Marburg den Anschluss finden. Viel versprechen wir uns von einer stärkeren Orientierung an unserem Campuskonzept, das speziell für Marburg eine hohe Relevanz besitzt. Daneben ringen wir mit den übrigen Generalthemen: Wie gestalten wir ein zukunftsfähiges Versorgungsmodell? Fallen uns Antworten auf die demografische Entwicklung ein? Lassen sich die immer restriktiveren Vorgaben

der Gesundheitspolitik beherrschen? Bekommen wir die Unterstützung für die Universitätsmedizin, die wir brauchen? Wie straffen und optimieren wir die Prozessorganisation weiter? Gelingt es, mit beiden Standorten weiter in einer Weise zusammenzuwachsen, die jedem Klinikum auch seine individuellen Stärken und seinen Entwicklungsehrgeiz belassen?

Sind wirtschaftlicher Erfolg und medizinisch-wissenschaftlicher Erfolg miteinander vereinbar?

Das eine bedingt das andere. Ohne medizinisch-wissenschaftliche Exzellenz bleibt der wirtschaftliche Erfolg auf der Strecke. Ohne wirtschaftlichen Erfolg wird man sich weniger Hochleistungsmedizin leisten können. Das ist – man kann es noch so oft bejammern – eine leider gültige Formel; sie gilt selbst dann, wenn etwaige Subventionen ins theoretisch Unendliche wachsen würden.

Welche Maßnahmen wollen Sie für die Stärkung des UKGM als Forschungseinrichtung ergreifen?

Das UKGM investiert jährlich mindestens zwei Millionen Euro in patientennahe Forschung an den Standorten Gießen und Marburg. Aktuell hat die RHÖN-KLINIKUM AG in diesem Jahr zudem ihr Forschungsbudget mit dem Schwerpunkt Behandlungsinnovationen und Hochleistungsmedizin erhöht, um die Wettbewerbsposition auszubauen. Das stärkt unmittelbar auch die Forschungsprojekte in Gießen und Marburg. Alleine am UKGM werden 42 Projekte mit dieser zusätzlichen Förderung unterstützt. Die RHÖN-KLINIKUM AG unterstreicht damit auch ihr Interesse an der Universitätsmedizin und die strategische Bedeutung des UKGM für das Unternehmen. Neben dieser Forschungsförderung gibt es noch die Unterstützung der Emil von Behring-Röntgen-Stiftung, einer vom Land Hessen auf der Grund-

lage des Kaufpreises ins Leben gerufenen Stiftung, die aus den Erträgen junge Nachwuchswissenschaftler fördert.

Die politischen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Wie müssen Kliniken strategisch mit gesellschaftspolitischen und gesundheitspolitischen Trends wie Fallpauschalen und Mehrleistungsabschlägen umgehen?

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen engen die Kliniken und insbesondere auch die Universitätskliniken stark ein. Auch wenn die Bundesregierung gelegentlich auf den Druck reagiert und für bestimmte Maßnahmen zusätzliche Mittel zur Verfügung stellt, sind diese doch bei Weitem nicht ausreichend und werden durch gegenläufige Effekte in der Regel sehr schnell aufgezehrt. Zusätzliche Finanzmittel für mehr Pflegekräfte sind beispielsweise durchaus anzuerkennen. Wenn aber im Gegenzug Mehrleistungen bestraft werden, hat der Spaß schnell ein Ende. Die Krankenhäuser haben dann einfach keine Möglichkeit mehr, ihre Wirtschaftlichkeit durch Mehreinnahmen zu verbessern. Das ist schon ein wenig absurd. Aber was hilft es: Wir müssen uns auf die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Trends einstellen, die auch neue Versorgungsangebote kreieren und die Prozessabläufe in komplexen Klinikstrukturen optimieren werden.

Risikomanagement ist in fast allen großen Krankenhäusern ein Thema. Welche Problemstellungen werden Ihrer Meinung nach in den kommenden Jahren eine besondere Rolle spielen und wie begegnen Sie diesen in Ihrer Organisation?

Im Rahmen unserer Leistungen übernehmen wir regelmäßig eine besondere Verantwortung für Leib und Leben unserer Patienten, das sind höchste

Güter und Rechte. Das bringt äußerst komplexe Risiken mit sich. Wir sind zudem umzingelt von rigiden ordnungspolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen; wir müssen einen permanent zunehmenden Kosten-, Wettbewerbs- und Konsolidierungsdruck meistern, die Ansprüche der Patienten steigen. Im klassischen Managementjargon werden solche Probleme gern als Chancen beschrieben, faktisch bergen sie aber erhebliche Risiken.

Meine Prognose ist: Bereits jetzt, aber auch künftig erfordert der medizinische Anspruch, Patienten als Ganzes und nicht nur partikulär zu diagnostizieren und zu therapieren, eine Organisation mit immer stärker interdisziplinär-arbeitsteiligen Prozessen. Das bedeutet Kooperation und Netzwerkarbeit auf hohem Niveau, auch im Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung. Störungen in diesem Ablauf bergen Risiken. Wir orientieren unseren Ansatz daher klar an Behandlungsqualität durch qualifizierte und geschulte Mitarbeiter, leitliniengerechtes Vorgehen in betriebssicheren und hygienegerechten Krankenhausbauwerken und so weiter.

Nehmen wir ein Beispiel – das zunehmende Problem der Übertragung resistenter Keime im Krankenhaus. An diesem Beispiel lässt sich die Bedeutung eines etablierten Risikomanagement gut verdeutlichen: Die Zahl der Patienten mit multiresistenten Erregern oder solchen, die ein relevantes Risiko für diese Infektion haben, nimmt zu. Durch eine Vielzahl an Maßnahmen kann die Zahl an krankenhaussassoziierten Infektionen aber gesenkt werden.

Ein wesentlicher Baustein hierzu ist das bei uns bereits seit mehreren Jahren vorhandene risikoadaptierte MRSA- und MRE-Screening, welches nach festgelegten Kriterien gefährdete Patienten identifiziert. Bei diesen wird möglichst vor der stationären Aufnahme eine genau definierte Testung vorgenommen, die Sicherheit über



den Infektionsstatus des Patienten erbringt und so alle weiteren notwendigen hygienischen Maßnahmen festlegt. Unsere Krankenhaushygiene hat den RKI (Robert-Koch-Institut)-Richtlinien entsprechende Verfahrens- und Arbeitsanweisungen entwickelt und in Kraft setzen lassen. Für alle relevanten krankenhaushygienischen Fragestellungen und Erregergruppen sind entsprechende Dokumente für Mitarbeiter und zum Teil auch mehrsprachig für Angehörige, Patienten und Besucher verfügbar. Weiterhin werden unsere Stationen und Funktionsbereiche nach einem festgelegten Plan regelmäßig begangen.

Kommt es zu einem vermehrten Auftreten von Infektionen, haben wir ein von der Krankenhaushygiene geführtes frühzeitiges und stringentes Ausbruchmanagement, das in regelmäßigen Pflichtfortbildungen „trainiert“ wird. In den Kliniken sind speziell ausgebildete Ärzte eingesetzt, welche die Funktion des hygienebeauftragten Arztes übernehmen und so auch vor Ort in Hygienefragen aktiv werden.

Es ist im Übrigen bekannt, dass bei der Infektionsprophylaxe die Hände-

desinfektion eine entscheidende Rolle spielt. Das UKGM beteiligt sich daher seit Jahren intensiv an der bundesweiten Aktion „Saubere Hände“.

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat unter dem Namen der „neuen Rhön“ eine strategische Neuorientierung vorgenommen. Weshalb war diese so wichtig und wie kommt sie dem UKGM zugute?

Den Begriff der „neuen Rhön“ gebrauchen wir heute deutlich seltener; er hat damals geholfen, den Prozess unserer strategischen Neuaufstellung plakativ und ein wenig schlagwortartig zu beschreiben. Inzwischen sind wir deutlich weiter. Das Unternehmen hat sich stark verändert und wird sich auch weiter verändern. Aber zugleich stehen wir auch zu unserer Geschichte, unseren Traditionen – und allem, was die „alte Rhön“ stark gemacht hat.

Flexibilität und vorausschauendes Handeln waren immer schon ein wichtiger Bestandteil unseres Handelns. Daran hat sich nichts geändert. Die inzwischen stärkere Orientierung auf Innovation und Behandlungsexzellenz folgt dem Anspruch, unsere Patienten auf der Basis neuester, wissenschaft-

lich fundierter Diagnostik- und Therapieverfahren sowie modernster Medizintechnologie zu behandeln. Dazu haben wir bereits im vergangenen Jahr unser Medical Board geründet. Es versammelt hochqualifizierte Ärzte aller Standorte unseres Unternehmens in enger Verbindung mit unserem Konzernbereich Medizin. Zu den zentralen Aufgaben des Gremiums gehört es, die medizinische Strategie der RHÖN-KLINIKUM AG weiterzuentwickeln und voranzutreiben. Als Zentrum universitärer Spitzenmedizin kommt dabei dem UKGM eine herausragende Rolle zu.

Was sind Ihrer Meinung nach Themen, deren Potenziale Krankenhäuser noch nicht wahrgenommen haben und die in Zukunft auf diesen Sektor im Gesundheitswesen zukommen werden?

Die Krankenhäuser werden sich auch in Zukunft mit weiter steigenden Patientenzahlen im ambulanten Bereich konfrontiert sehen. Dies wird nicht nur die Notfallaufnahmen, sondern auch die Krankenhausambulanzen betreffen. Hauptgrund dafür ist der absehbare Wegfall flächendeckender Facharztstrukturen, sodass dem demografisch bedingten Anstieg der Patientenzahlen immer weniger Facharztpraxen gegenüberstehen.

Für die Krankenhäuser und die Krankenkassen bedeutet dies: An den Krankenhäusern müssen Strukturen geschaffen werden, die ermöglichen, dass große Zahlen ambulanter Patienten mithilfe modernster Medizin- und Labortechnik in kurzer Zeit umfassend untersucht werden können, um diejenigen, die einer stationären Behandlung bedürfen, einem Krankenhaus der entsprechenden Versorgungsstufe zuweisen zu können. Wir als RHÖN-KLINIKUM AG wollen uns mit unserem Konzept eines „Gesundheitscampus“ dieser Herausforderung stellen und gleichzeitig dazu beitragen, dass

an unseren Kliniken mit ihren universitäts- und maximalmedizinischen Versorgungsstrukturen die Menschen behandelt werden, die diese Art der Versorgung auch tatsächlich benötigen.

Deshalb arbeiten wir mit Hochdruck an der Realisierung unserer Campuskonzeption, unter anderem für unseren „Gesundheitscampus Bad Neustadt“ und unseren „Gesundheitscampus Marburg“. Wir wollen zeigen, wie in enger Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und mit unseren stationären Einrichtungen in bedarfsorientierten ambulanten Versorgungsstrukturen diese Herausforderung für ein Gesundheitswesen der Zukunft gemeistert werden kann.

Inwiefern bestehen seitens des UKGM Kooperationsbestrebungen und Absichten für regionale Netzwerkbildung, um von Synergieeffekten zu profitieren, zum Beispiel bei der Versorgungsqualität?

Die Netzwerkmedizin stellt eine wichtige strategische Vision für die weitere Optimierung der Patientenversorgung über die einzelnen Trägergesellschaften hinaus dar. Wir arbeiten an unseren beiden Standorten bereits intensiv in zahlreichen fachspezifischen Netzwerken. So zum Beispiel im Rahmen des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums Mittelhessen. Die verschiedenen Leistungsanbieter des Universitätsklinikums wurden hier zu einer abteilungsübergreifenden Einheit zusammengeführt. Das bedeutet konkret: Jeder Patientenfall wird individuell in einer interdisziplinären Tumorkonferenz mit allen Daten, Befunden und Bildmaterialien vorgestellt und von den Experten aus allen Teilbereichen diskutiert. Das interdisziplinär erarbeitete Behandlungskonzept wird dokumentiert und dem Patienten ebenso wie dem Hausarzt vorgestellt. In Marburg gibt es außerdem eine bundesweit einmalige Kooperation mit einem Verbund

niedergelassener Ärzte zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit besonders schweren Erkrankungen, die lange Wege, bürokratische Hürden und Mehrfachuntersuchungen obsolet macht. Die Liste solcher Netzwerkaktivitäten unserer Häuser ist lang; wir werden auf diesem Gebiet auch künftig weiter aktiv sein.

Welche Unterstützung für Universitätskliniken erwarten Sie von der Politik?

Der VUD – der Interessenverband der Universitätsklinik Deutschland – fordert seit Jahren, bestimmte Versorgungsleistungen der Universitätsmedizin, beispielsweise die hohe Anzahl von Notfallpatienten, besonders teure Fälle oder die Finanzierung der Hochschulambulanzen, extrabudgetär zu finanzieren. Die Politik hat diese Notwendigkeit verstanden; bisher ist es jedoch nicht gelungen, entsprechende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Was heißt das praktisch? Nun – ich plädiere durchaus für eine pauschale Zulage von zehn Euro pro stationären Fall, um die wirtschaftliche Situation der Universitätskliniken angemessener auszugestalten, damit universitäre Spitzenmedizin auch einigermaßen kostendeckend erbracht werden kann. Über den Daumen könnte eine solche Lösung pro Universitätsklinikum zusätzliche Einnahmen in Höhe von durchschnittlich sechs bis zehn Millionen Euro ermöglichen. Dies wäre auf jeden Fall ein Ansatz, den Anforderungen zumindest einigermaßen gerecht zu werden.

Was ist Ihr Wunsch an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe?

Mir ist schon klar, dass Gesundheitspolitik kein Wunschkonzert ist. Aber die Einführung des Versorgungszuschlages für Universitätskliniken wäre ein richtiger Akzent. Zumal damit ein Zeichen gesetzt würde, dass der Staat entsprechend seiner verfassungsge-



Martin Menger

Nach seinem Studium der Gesundheitsökonomie ist Martin Menger nunmehr seit 30 Jahren im Gesundheitswesen tätig. Nach leitenden Funktionen bei den Krankenkassen und den Paracelsus-Kliniken Deutschland ist Herr Menger seit 2001 bei der RHÖN-KLINIKUM AG tätig. Im Rahmen seiner Regionalfunktion war er darüber hinaus Geschäftsführer in den Kliniken Hildesheim, Salzgitter und Nienburg. Im Januar 2011 wurde er zum Operativen Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG berufen und bekleidet seit April 2012 das Amt des Vorsitzenden der Geschäftsführung der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH. Ab Januar 2016 übernimmt Herr Menger im Rahmen seiner operativen Vorstandstätigkeit neue Aufgaben im Konzern, unter anderem den Bereich Materialwirtschaft, Service und Logistik und Post-Merger-Integration.

mäßen Bestimmung für die Universitätsmedizin, für Spitzenforschung, für Wissenschaft und internationale Wettbewerbsfähigkeit entsteht. ■

Psychiatrie in Bewegung

Prof. Dr. Meinolf Noeker, Krankenhausdezernent des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, im Gespräch mit Ralph Fischer und Frank Nordhoff, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dortmund

Sie sind Krankenhausdezernent des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen und spezialisiert auf die Schnittstellen zwischen Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie. Wie sehen Sie die fachliche Weiterentwicklung der Psychiatrie in den nächsten zehn Jahren?

Die psychiatrische Grundlagenforschung ist in den vergangenen Jahren erheblich vorangeschritten. Im Zuge der „Dekade des Gehirns“ hat uns die neurobiologische Grundlagenforschung viele neue Erkenntnisse vermittelt. Neurobiologische Erkenntnisse halten übrigens auch in die Betriebswirtschaftslehre verstärkt Einzug, etwa bei der Analyse von Kaufentscheidungen. Unsere heutigen Methoden der Bildgebung liefern uns einen faszinierenden Einblick ins menschliche Gehirn und die biologischen Mechanismen bei bestimmten psychischen Erkrankungen. Zur Wahrheit gehört jedoch leider auch, dass diese Fortschritte noch nicht genutzt werden konnten, um wirklich neue Generationen von Medikamenten bei den häufigsten psychischen Störungen abzuleiten. Hier stagniert leider aktuell die Entwicklung.

Dennoch haben die Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Psychiatrie des vorigen Jahrhunderts enorm profitiert. Die Psychiatrie heute hat nichts mehr mit ihrem althergebrachten Ruf zu tun, da liegen Welten dazwischen. Die Psychotherapie und psychosoziale Therapien haben einen enormen Aufschwung genommen. Neben den etablierten medikamentösen Verfahren wirken sie bei Depressionen, Suchterkrankungen, Anpassungsstörungen, Traumatisierungen bis hin zu Psychosen enorm stabilisierend. Die durchschnittliche Verweil-

dauer liegt in den Kliniken des LWL PsychiatrieVerbundes bei knapp über drei Wochen, das ist revolutionär im Vergleich zu den Langzeitaufenthalten der vergangenen Jahrzehnte, die häufig noch das Image der Psychiatrie in der Bevölkerung prägen.

Unser Therapieziel ist heute nicht nur die Befreiung von belastenden Krankheitssymptomen, wie Antriebsmangel, quälende Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit bei der Depression, sondern ebenso die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, also der Wiedergewinn von Teilhabe am familiären, sozialen und beruflichen Alltagsleben. Daher binden wir bei der Therapie das soziale Umfeld, die Angehörigen oder – auf Wunsch des Patienten – den Arbeitgeber ein.

Unsere Therapieplanung integriert biologische, psychische und soziale Störungsursachen und setzt korrespondierend dazu medikamentöse, psychotherapeutische, pflegerische und sozialarbeiterische Therapiestrategien ein. Wir folgen einer Evidenzorientierung. Das heißt, dass wir für die Therapieplanung auf das beste wissenschaftlich verfügbare Wissen zurückgreifen und uns davon leiten lassen. Unser Ziel ist eine wissenschaftlich optimierte Behandlung, die sich an Leitlinien und Behandlungsempfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften ausrichtet. Gleichrangig tritt daneben die Kooperation, Abstimmung und Vertrauensbildung zwischen Therapeuten und Patienten. Dies wird gelebt durch eine gemeinsame Vereinbarung der Therapieziele und des therapeutischen Vorgehens auf Augenhöhe mit dem Patienten, die sogenannte „partizipative Entscheidungsfindung“.

Wird die aktuelle Qualitätsoffensive in der Gesundheitswirtschaft auch in der Psychiatrie ankommen und wie kann Qualität gemessen werden?

Die Qualitätsdebatte dominiert aktuell die Gesundheitspolitik. Natürlich sind alle Beteiligten – Politik, Kostenträger, Patientenvertreter und auch Krankenhausträger und vor allem die im Krankenhaus arbeitenden Therapeuten – in höchstem Maße an einer sehr hohen Qualität interessiert. Helfende Berufe beziehen in ihrer Arbeit den Stolz aus der Gewissheit, das Beste für die ihnen anvertrauten Patienten geleistet zu haben. Dies mag für die Psychiatrie in besonderer Weise gelten, da hier die Patienten ihr Leiden, ihre Überforderung und ihre Abhängigkeit von professioneller Unterstützung eindrücklich zum Ausdruck bringen. So zentral also Qualität für die Erbringung von psychiatrischen Gesundheitsleistungen ist, so schwer bzw. unmöglich ist es nach meiner klaren Auffassung, sie verursachungsgerecht zu messen.

Erstes Beispiel sektorübergreifende Qualitätsmessung: Viele psychische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen. Stationäre Leistungen der Krankenhäuser, ambulante Leistungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie vieler anderer Beratungsstellen und Dienstleister greifen kontinuierlich ineinander. Wie sollen die einzelnen Wirkungsanteile von unterschiedlichen Behandlungen methodisch gegeneinander abgegrenzt werden? Und wie soll es rechtssicher gelingen, Verlaufsverbesserungen einer bestimmten klinischen Intervention zuzuschreiben (und dann ein höheres Entgelt zu bemessen) bzw. Verlaufsverschlechterungen einer bestimmten therapeutischen Unterlassung. Methodisch sauber einfach unmöglich! Psychische Erkrankungen haben eine ausgeprägte Eigengesetzlichkeit. Also: Auch bei bester Therapie können sich Verlaufsverschlechterungen ergeben

und umgekehrt: Auch bei „falscher“ Therapie kann es zu vorübergehenden Spontanremissionen kommen.

Zweites Beispiel: Fehlanreiz zu Risikoselektion. Die meisten psychischen Erkrankungsgruppen umfassen ein extrem breites Spektrum an individuell völlig unterschiedlichen Prognosen. Eine Depression kann sich beim einen Patienten auf eine einzige, zeitlich umschriebene Episode begrenzen mit dem Ergebnis einer vollständigen Genesung. Bei einem anderen Patienten kann es sich um eine chronische (rezidivierende) Verlaufsform handeln, die möglicherweise trotz richtiger Therapie über Jahrzehnte schwierig verläuft. Eine Entgeltfinanzierung, die sich an der Ergebnisqualität bemisst, erzeugt den Fehlanreiz, dass Krankenhäuser bevorzugt diejenigen Patienten selektieren könnten, die die individuell beste Prognose versprechen, und umgekehrt die schwierigen Verläufe weiterschicken. Dies würde zu einer Unterversorgung schwer erkrankter Patienten führen. Die Krankenhäuser mit den leichtesten Fällen würden aufgrund der besseren Ergebnisqualität bei Entlassung sogar noch am besten bezahlt. Statistiker antworten hier, dass man Methoden der sogenannten Risikoadjustierung einbringen müsse. Diese sind aber bis heute nicht einmal ansatzweise erkennbar, und wenn sie erkennbar werden sollten, werden sie mit einer gigantischen Bürokratie behaftet sein.

Wir als Landschaftsverband Westfalen-Lippe fühlen uns als Kommunalverband in besonderer Weise den Gesundheitsbedürfnissen in der Bevölkerung und den schwer erkrankten Patienten stark verpflichtet. Als Pflichtversorger können und wollen wir uns die Patienten nicht aussuchen. Wir dürfen aus vermeintlicher Qualitätsorientierung kein Entgeltsystem schaffen, das einen Wettbewerb um die leichten Fälle erzeugt mit dem Ergebnis, dass die besonders bedürftigen Menschen unversorgt auf der Strecke bleiben. Das kann politisch, volkswirtschaftlich, fachlich und humanitär nicht gewollt sein.

Das pauschalierende Entgeltsystem PEPP bietet nach Meinung von Kritikern wenig Anreiz zu fachlichen Innovationen. Wie kann man das System optimieren?

Vorschläge der psychiatrischen Fachverbände sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Alternativen zum PEPP liegen bereits auf dem Tisch. Dabei gibt es einerseits Vorschläge mit einer vollständig anderen Grundanlage, zum Beispiel in Form von Regionalbudgets, und andererseits Vorschläge zu einer systemimmanenten PEPP-Reform. Wir selbst haben in unserer LWL-Universitätsklinik Bochum ein Modellprogramm nach § 64b aufgelegt, das auf eine deutliche Intensivierung ambulanter, komplexer Leistungen zielt, um so stationäre Leistungen möglichst entbehrlich zu machen. Dies ergibt eine Win-win-Situation zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und nicht zuletzt den Patienten.

Im vorliegenden PEPP-Entwurf definiert im Wesentlichen die individuelle Diagnose das Entgelt. Mindestens ebenso wichtig sind jedoch der Schweregrad, die Betreuungsintensität und der pflegerische und therapeutische Aufwand im individuellen Fall, um die gesetzlich geforderte Leistungsgerechtigkeit tatsächlich abzubilden. Ebenso muss ein PEPP-System Strukturmerkmale der jeweiligen Klinik abbilden. Pflichtversorger haben einen hohen Aufwand im Bereich patientenunabhängiger Vorhaltekosten (unter anderem Nacht- und Wochenendbereitschaften), die finanziert werden müssen. Dies muss abgebildet werden, wenn die Notfallversorgung nicht – wie in der Somatik – erodieren soll.

Was muss verändert werden, um den Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten und zugleich wirtschaftlich zu agieren?

Dezentrale Tageskliniken mit angeschlossenen Institutsambulanzen können uns helfen, die Patienten nicht aus ihrem normalen Lebensalltag zu reißen und das Einbeziehen von Angehörigen zu erleichtern. Wir müssen raus in die Fläche. Viele kleine Einheiten sind natürlich aufwendiger als ein großer Krankenhauskomplex. Auch dies wird über das PEPP-System bisher nicht abgebildet, auch wenn es uns bei der fachlichen Weiterentwicklung der Psychiatrie einen großen Schritt voranbringen würde. Berücksichtigt man solche zunächst patientenunabhängigen Strukturkosten nicht, werden verhäng-

nisvolle Fehlentwicklungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft die Folge sein.

In den 1970er-Jahren wurde ein umfassender Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland veröffentlicht. Er offenbarte schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker; insbesondere stationäre Einrichtungen wurden kritisch hinterfragt. Was hat sich seither bei der Versorgungspflicht und Behandlungskontinuität getan?

Behandlungskontinuität ist ein zentrales Merkmal, das am Ende den Erfolg ausmacht. Jede Übergabe des Patienten von einem an einen anderen Behandler bringt vielfältige Reibungsverluste. Das Wissen um die Lebens-, Krankheits- und Behandlungsgeschichte und das aufgebaute Vertrauensverhältnis können nicht leichtgänglich weitergereicht werden. Dabei hängt der Behandlungserfolg etwa zur Hälfte von der Stabilität und dem Vertrauen des Patienten in seinen Arzt oder Therapeuten ab. Dies müssen wir strukturell unterstützen und im Behandlungssystem organisieren. Ideal wäre ein „Kümmerer“, der den Patienten langfristig begleitet, und zwar unabhängig davon, ob dieser gerade vollstationär, teilstationär oder ambulant behandelt wird.

Sehen Sie Unterschiede in der Trägerschaft der Behandlungszentren?

Bei allem Respekt vor den Häusern in anderer Trägerschaft vertreten wir im LWL mit Überzeugung und Leidenschaft die kommunale Organisation und Verankerung unserer Kliniken und Einrichtungen. Keine Disziplin der Medizin ist so eng verwoben mit der allgemeinen gesundheitsbezogenen und sozialen Daseinsfürsorge in der Kommune wie die Psychiatrie. Entsprechend eng und langjährig vertrauensvoll etabliert ist unsere Vernetzung mit den örtlichen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Dies ist ein echter Mehrwert für die Patienten.

§ 140a SGB V beschreibt die integrierte Versorgung als die Förderung einer stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren. Dies soll helfen die Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten

zu senken. Durch das neue E-Health-Gesetz wird dies noch transparenter gestaltet, da den verschiedenen Akteuren der Gesundheitswirtschaft Einsicht in die Gesundheitsmappe des Patienten gewährt werden soll. Sehen Sie eine Stärkung der Datendurchlässigkeit im Falle von psychisch kranken Patienten als angemessen?

Eine sektorübergreifende Versorgung des Patienten durch die ambulanten und stationären Einrichtungen sowie die niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten war und bleibt eines unserer großen Ziele. Kontraproduktiv sind hier sicherlich die getrennten und voneinander abweichenden Entgeltsysteme PEPP, GOÄ und Sozialhilfe sowie deren Verankerung in den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern mit jeweils eigenen Trägern und Leistungsangeboten. Etwas ernüchtert muss man mittlerweile feststellen, dass in der Psychiatrie weder die IV-Verträge noch die Einrichtung von MVZ einen Durchbruch bei einer sektorübergreifenden Versorgung erzielen konnten.

Der nächste Schritt dürfte eine Verbesserung der Durchlässigkeit innerhalb des Aufgabenbereichs der verschiedenen Akteure sein. Wir als Krankenhäuser müssen noch stärker diese Durchlässigkeit und die Behandlungskontinuität beim Wechsel zwischen vollstationärer, teilstationärer und institutsambulanter Behandlung sicherstellen. Die niedergelassenen Kollegen sind gefordert, die Kooperation zwischen den auch in der Psychiatrie so wichtigen Hausärzten und den Fachärzten sowie den Psychotherapeuten je nach individuellem Bedarf und medizinischer Indikation zu klären und zu ordnen. Die Eingliederungshilfe muss die Übergänge zwischen ambulant betreutem Wohnen und stationärer Wohnversorgung unter anderem im Rahmen eines neues Bundesteilhabegesetzes glätten. Die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren erfordert optimiertes Entlassmanagement, gemeinsame Hilfeplanung, konzise Arztbriefe und – bei Einverständnis des Patienten – den häufigeren Griff zum Telefon zwischen Kollegen, um sich abzustimmen, wer welche nächsten Schritte unternimmt.

Auch die elektronische Akte kann hier einen Beitrag leisten und ist durch-

aus zu begrüßen. Im Bereich der Psychiatrie sind die Anforderungen an Patientenbeteiligung, Einverständnis und Datenschutz natürlich besonders hoch, da es um sehr sensible Patientenangaben mit dem Risiko der Stigmatisierung geht. Wir müssen daher vorsichtig vorgehen. Dennoch dürfen im Patienteninteresse auch die Chancen nicht unterschätzt werden.

Die Perspektive einer Stärkung der Institutsambulanzen forciert eine Ambulantisierung der Patientenversorgung. Sind auch hochfrequente Therapien in Institutsambulanzen kostendeckend möglich? Gibt es eine weitere fachliche Ausdifferenzierung, zum Beispiel durch eine Störungsspezifität oder durch Gruppenangebote?

Das große Problem bei den Institutsambulanzen sind wie bei den niedergelassenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Kollegen die langen Wartelisten. Außerdem gibt es kein monetäres Anreizsystem, das auch Schwerkranke in die ambulante Behandlung aufwandsgerecht einbezieht. Es ist deshalb eine nächste Generation der Institutsambulanzen erforderlich. Wir brauchen hochspezialisierte Schwerpunktambulanzen mit ausgezeichneter Expertise für die jeweiligen psychiatrischen Störungsbilder. Das muss ein Teil unserer Qualitätsoffensive sein. Hier haben Politik, Steuerzahler, Sozialversicherer, Einrichtungsträger und natürlich der Patient doch ein gemeinsames Interesse! Wie immer stellt sich aber auch hier die Frage nach einem leistungsgerechten Finanzierungsmodell, das die medizinisch richtigen Anreize setzt. Neben der Ambulantisierung muss es auch eine Weiterentwicklung der Therapie im häuslichen Umfeld geben (Home Treatment). Dafür brauchen wir mobile Teams, die den Patienten dort betreuen, wo er sich geborgen fühlt, wo man die Therapie mit Angehörigen abstimmen kann und wo sie vor allem frühzeitig einsetzen kann – bevor eine Krise so eskaliert, dass sie eine erneute Krankenhausaufnahme erzwingt. ■



Prof. Dr. Meinolf Noeker

Der approbierte Psychotherapeut und habilitierte Psychologe Prof. Dr. Meinolf Noeker war 1984 bis 2004 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses beim Landschaftsverband Rheinland in Köln. Als solcher war er maßgeblich beteiligt an der Umsetzung der Psychiatriereform mit der Dezentralisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und dem komplementären Aufbau von ambulanten sozial- und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. Seit 2012 ist er Dezernent für Krankenhäuser und Gesundheitswesen beim PsychiatrieVerbund des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster. Ihm obliegt die Steuerungsverantwortung für 15 Kliniken der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Rehabilitations- und Pflegezentren und Wohnheime. 2015 wurde Meinolf Noeker von der Ruhr-Universität Bochum zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Das Energiedienstleistungsgesetz und die Verpflichtung zu regelmäßigen Energieaudits

Die europäische Rechtsprechung beeinflusst wieder einmal die deutsche Gesundheitswirtschaft. Infolge der Novellierung des Energiedienstleistungsgesetzes haben einige Gesundheitsunternehmen weniger als drei Monate Zeit, ein Energieaudit durchzuführen oder ein Energiemanagementsystem einzuführen. Bei Versäumnis drohen empfindlichen Strafen. Es ergeben sich aus der Umsetzung der europäischen Energieeffizienzrichtlinie allerdings auch Chancen auf attraktive Fördermittel.

Autoren: Tim Reinicke, Stefan Friedrich und Andrea Vlad, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dresden und München

Hintergrund und Folgen der Non-Compliance

Mit der Novellierung des Energiedienstleistungsgesetzes (EDL-G) wurde die europäische Energieeffizienzrichtlinie (2012/27/EU) am 15. April 2015 in deutsches Recht überführt. Damit werden deutsche Unternehmen zur erstmaligen Durchführung von Energieaudits bis zum 5. Dezember 2015 verpflichtet. Danach sind Energieaudits alle vier Jahre durchzuführen. Die Nichteinhaltung vorgegebener Fristen oder des ordnungsgemäßen Nachweises über die Durchführung wird mit einer Geldbuße von bis zu 50.000 Euro sanktioniert. Damit setzt die Bundesregierung auf ein wesentliches Instrument zur Steigerung der Energieeffizienz in Unternehmen mit dem Ziel, den Primärverbrauch bis 2050 zu halbieren. Für viele Gesundheitsunternehmen stellt sich dennoch die Frage, ob sich das Energieaudit tatsächlich lohnt.

Was passiert in einem Energieaudit?

Die europäische Norm DIN EN 16247-1, die den methodischen Rahmen des Energieaudits bildet, ermöglicht es auch Gesundheitsunternehmen, ihren Energieeinsatz und -verbrauch systematisch zu bewerten, und zwar auf Basis der periodisch erstellten Energiebilanz. In der Energiebilanz werden die aktuelle energetische Situation, für die Energieleistungskennzahlen zu erstellen sind, sowie die Energieeinflüsse abgebildet. Mittels Bewertung der Energiebilanz

können Gesundheitsunternehmen Energieeinsparpotenziale identifizieren und analysieren und daraus Maßnahmen zur Optimierung des Energieverbrauchs entwickeln. Die Europäische Union sieht für Unternehmen mögliche Einsparungen von bis zu 20 Prozent durch das Energieaudit. Bei großen Krankenhäusern würde das massive Einsparpotenziale bedeuten, doch ist das Energieaudit für Gesundheitsunternehmen jeder Größe relevant, die ihre Energieeffizienz verbessern, den Verbrauch verringern und dadurch Kosten reduzieren möchten. Der Aufwand für ein Energieaudit sollte jedoch den zu erwartenden Einsparungen gegenübergestellt werden, um anschließend Maßnahmen zu priorisieren. Ebenfalls kann ein Ener-

gieaudit vor der Implementierung eines komplexen Energiemanagementsystems für Gesundheitsunternehmen von Vorteil sein. Auf Grundlage gewonnener Daten aus verbrauchter Energie und eingesetztem Energieträger ist die Weiterentwicklung eines Energieaudits zum Energiemanagementsystem nach DIN EN ISO 50001 möglich. (Abbildung 4, Seite 28)

Demnach erweist sich die Durchführung des Energieaudits als Mehrwert für das Gesundheitsunternehmen, das nicht nur hohe Bußgelder vermeidet, sondern mit der Einhaltung des Energiedienstleistungsgesetzes auch die Compliance-Anforderungen erfüllt. Darüber hinaus werden die Gesundheitsunternehmen auf Basis der Ergebnisse eines durchgeführten Energieaudits in die Lage versetzt, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Energieeffizienz anzugehen und auf diese Weise zukünftig Kosten einzusparen.

Betroffene Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft

Von der Energieauditpflicht sind alle Unternehmen betroffen, die keine kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) sind. Als Nicht-KMU gelten alle Gesundheitsunternehmen, die

- 250 oder mehr Personen beschäftigen oder
- mehr als 50 Millionen Euro Jahresumsatz und mehr als 43 Millionen Euro Jahresbilanzsumme ausweisen oder
- in der Kalkulation mit einem Partner- oder Verbundunternehmen oberhalb dieser Schwelle liegen oder
- deren Eigentümer Kommunen mit mehr als 5.000 Einwohnern sind.

Ausgenommen von der Auditpflicht sind Unternehmen, die bis zum 5. Dezember 2015 die Einführung eines Energiemanagementsystems nach DIN EN ISO 50001 bzw. EMAS schriftlich nachweisen können oder



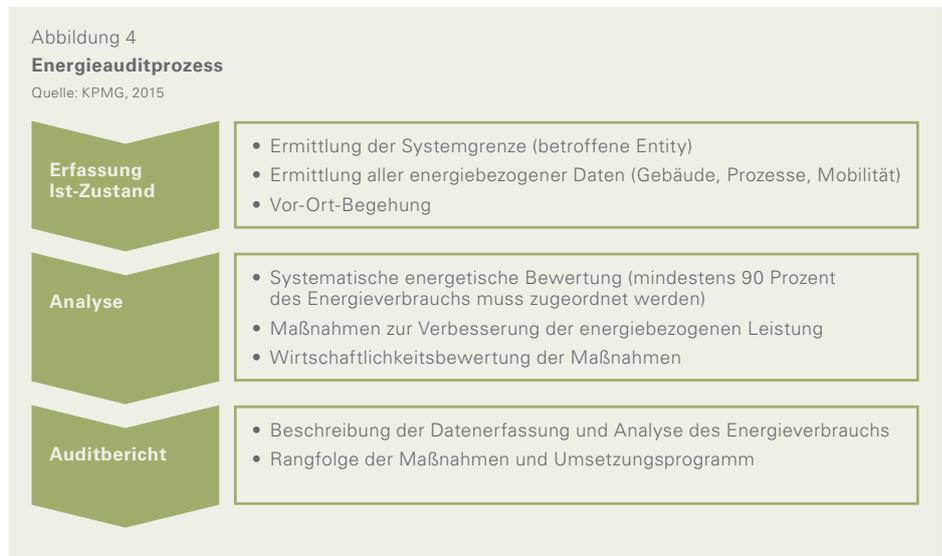
sich zur Einführung schriftlich verpflichten. Die vollständige Implementierung eines Energiemanagementsystems muss bis spätestens 31. Dezember 2016 erfolgt sein (§ 8c Nachweisführung, EDL-G).

Fördermittel erhalten – aber wie?

Gesundheitsunternehmen, die von der gesetzlichen Verpflichtung gemäß dem Energiedienstleistungsgesetz ausgenommen sind und ein Energiemanagementsystem nach DIN EN ISO 50001 einführen möchten, werden staatlich gefördert. Laut der am 18. März 2015 geänderten Richtlinie kann ein Gesundheitsunternehmen in einem Zeitraum von 36 Monaten Zuwendungen in Höhe von bis zu 20.000 Euro für mehrere Maßnahmen erhalten. Diese werden als nicht rückzahlbarer Zuschuss gewährt. Gefördert werden neben Maßnahmen für den Erwerb von Messtechnik und Software für Energiemanagementsysteme auch die Erstzertifizierung nach DIN EN ISO 50001 sowie eines alternativen Systems. Demzufolge werden auch für kleine und mittlere Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft Anreize geschaffen, sich mit dem eigenen Energieverbrauch auseinanderzusetzen, ihre Energieeffizienz zu optimieren und einen Beitrag zur Energiewende zu leisten.

Fazit

Die Durchführung eines Energieaudits rentiert sich für Gesundheitsunternehmen jeder Größe, die einen detaillierten Überblick über den eigenen Energieverbrauch erlangen und Einsparpotenziale dargestellt haben möchten. Darüber hinaus kann ein Energieaudit zum Erhalt der Reputation beitragen und hohe Bußgelder abwenden. Vor der Beauftragung des Energieaudits sollten Gesundheitsunternehmen aber ihre Chancen auf



staatliche Zuwendungen prüfen und die Ausgaben den zu erwartenden Einsparungen gegenüberstellen, um so die unternehmenseigene Rentabilität der Maßnahme zu prüfen. Neben der Vermeidung von Bußgeldern besteht der größte Mehrwert der Energieaudits darin, dass die Gesundheitsunternehmen auf Basis der Ergebnisse der durchgeführten Energieaudits die Möglichkeit bekommen, zukünftig Energie und somit Kosten einzusparen. Die hierdurch frei werdenden Budgets können dann für andere wichtige Investitionen wie beispielsweise in Geräteausstattung oder Gebäude genutzt werden. ■



Stefan Friedrich
Senior Manager,
Gesundheitswirtschaft,
Governance & Assurance
Services, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 89 9282-1942
sfriedrich@kpmg.com



Tim Reinicke
Manager, Governance &
Assurance Services,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 341 5660-676
treinicke@kpmg.com



Andrea Vlad
Public Sector, Audit,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 89 9282-1265
andreavlad@kpmg.com

Der Kunde im Fokus: Service-Innovationen als Chance

Autoren: Prof. Dr. Nils Breuer, Uwe Meyer, Tino Schulz, Sven Sandberg, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg, Düsseldorf und Berlin

Die Medizintechnikbranche in Deutschland steht unter hohem Druck

Der Investitions- und Modernisierungstau in deutschen Krankenhäusern sowie der daraus resultierende Preisdruck durch die Marktmacht der Einkaufskooperationen zwingt Medizintechnikunternehmen dazu, ihr Angebotsportfolio zu überdenken. Zudem haben sich die Anforderungen des medizinischen Fachpersonals und der Patienten hinsichtlich der Bedienbarkeit und Kommunikationsfähigkeit von medizintechnischen Geräten erhöht. Den veränderten Marktbedingungen können Medizintechnikunternehmen nur dann erfolgreich begegnen, wenn sie ihre Rolle als klassischer Techniklieferant verlassen und sich in Zukunft als ganzheitlicher Dienstleister auf dem Marktpositionieren. Dieser Veränderungsprozess hat bereits begonnen und wird sich in den kommenden Jahren weiter intensivieren, denn die Anschaffung innovativer Medizintechnik wird für Krankenhäuser, auch aus wettbewerblichen Gründen, immer wichtiger.

In diesem Zusammenhang fällt häufig das Stichwort Technologiepartnerschaften. Diese Partnerschaften zwischen Krankenhaus und Medizintechnikunternehmen können vom Leasinggeschäft über leistungsabhängige Finanzierung (Pay-per-Use) bis hin zur vollständigen Ausgliederung von Krankenhausprozessen reichen. Nicht selten sind diese Angebote jedoch nicht weitreichend genug bzw. entsprechen nicht den Vorstellungen der Kliniken. Es ist daher umso wichtiger für Medizintechnikunternehmen, Konzepte für ihre Produkte und Dienstleistungen stärker auf die Kundenbedürfnisse auszurichten.

Wie sich diese medizintechnischen Dienstleistungen und Produkte optimal in die Kern- und Unterstützungsprozesse aus Sicht der Kliniken integrieren lassen, wurde in der KPMG-Studie „Der Kunde im Fokus: Service-Innovationen als Chance“ untersucht. Hierzu wurden im Rahmen eines Experteninterviews 24 Kliniken mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von 608 interviewt.

Vor allem in den Kernprozessen sehen Kliniken Potenzial für eine Kooperation mit Medizintechnikunternehmen

Die Studie ergab, dass in der Prozesslandschaft von Kliniken bisher hauptsächlich die Unterstützungsprozesse, wie beispielsweise die Wäscherei, das Catering oder das Facility Management, ausgelagert werden. Krankenhäuser sehen mittel- und langfristige insbesondere in den Kernprozessen Kardiologie und Radiologie sowie bei Großgeräten und im Katheterlabor Möglichkeiten für intensivere Kooperationen mit Medizintechnikunternehmen. In diesen Bereichen sehen Krankenhäuser auch das größte Potenzial für weiteres Outsourcing. (Abbildung 5)

Vorteile, die Krankenhäuser mit dem Angebot von Komplettlösungen durch Medizintechnikanbieter verbinden, sind zum einen die Steigerung der Prozesseffizienz und die geringeren Kosten. Zum anderen wird der Zugang zu Expertise durch die Kooperation mit Technologieanbietern als elementarer Vorteil betrachtet. (Abbildung 6, Seite 30)

Als problematisch für eine intensivere Zusammenarbeit mit Medizintechnikunternehmen wurden die Abstimmungs- und Schnittstellenproblematik, der Know-how-Verlust und die Abgabe von Kontrolle genannt. Die Sorge um Kompetenzverlust hat eine hohe Bedeutung.

Kritisch bemerkten die Kliniken zudem, dass bei den bisher bestehenden Serviceangeboten der Medizintechnikunternehmen die Management-Skills, das Kooperations-Know-how und das Marketing unzureichend sind. Hier wird seitens der Medizintechnikhersteller noch erhebliches Optimierungspotenzial gesehen. (Abbildung 7, Seite 30)

Abbildung 5

Outsourcing-Prozesse im Krankenhaus

Anteil der Kliniken, die hier Kooperationsmöglichkeiten sehen; Mehrfachnennungen möglich

Quelle: KPMG, 2015

Welche Prozesse werden in Ihrem Haus bereits outsourct?



Ebenfalls genannt:



Welche Prozesse können künftig outsourct werden?



Abbildung 6

Vorteile für Krankenhäuser bei einer Zusammenarbeit mit Medizintechnikunternehmen

Anteil der Kliniken, die diesen Punkt nennen; Mehrfachnennungen möglich

Quelle: KPMG, 2015

Welche Vorteile ergeben sich aus der Zusammenarbeit mit Medizintechnikunternehmen?



Abbildung 7

Hinderungsgründe und bestehende Lücken bei der Zusammenarbeit mit Medizintechnikunternehmen

Quelle: KPMG, 2015

Welche Hinderungsgründe gibt es für eine Zusammenarbeit mit Medizintechnikunternehmen?



Welche Lücken bestehen im Serviceangebot der Medizintechnikunternehmen?

Anteil der Kliniken, die diesen Punkt nennen; Mehrfachnennungen möglich



Hersteller von Medizintechnik müssen sich noch mehr als Serviceanbieter ausrichten

Die Studie zeigt, dass die Bereitschaft der Kliniken steigt, weitere Bereiche und Prozesse auszugliedern und entsprechende Service- und Betreiberangebote der Medizintechnikunternehmen zu nutzen. Der Wunsch nach mehr Kooperation bis hin zum kompletten Auslagern von Kernprozessen gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Insbesondere bei Service- und Betreibermodellen für Kernprozesse müssen Medizintechnikunternehmen daher ihr Produktportfolio überarbeiten und gegebenenfalls neu priorisieren. Auch im Hinblick auf den zunehmenden Kostendruck für Krankenhäuser werden solche innovativen Angebote immer interessanter und die Hemmschwelle zur Nutzung dieser Angebote wird immer niedriger. Jedoch müssen die Medizintechnikanbieter ihre bereits vorhandenen Serviceangebote kritisch hinterfragen und überarbeiten. Nur so kann der Wandel vom reinen

Techniklieferanten zum ganzheitlichen Dienstleister vollzogen werden und die Kundenzufriedenheit wie auch die Kundenbindung nachhaltig gesteigert werden. ■



Prof. Dr. Nils Breuer
Senior Manager,
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 40 32015-5387
nilsbreuer@kpmg.com



Tino Schulz
Manager, Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-1589
tinoschulz@kpmg.com



Uwe Meyer
Senior Manager,
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 211 475-6157
uwemeyer@kpmg.com



Sven Sandberg
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 40 32015-5169
svensandberg@kpmg.com

© 2015 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, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

Die Pflegewirtschaft im Umbruch – Herausforderungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Rainer Brüderle, Vorsitzender des bpa Arbeitgeberverbands für die private Pflegewirtschaft, im Gespräch mit Dr. Bernd Siefert und Heike Schmidt-Fuhr, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mainz

Was war Ihre Motivation, das Amt des Präsidenten des bpa Arbeitgeberverbandes anzunehmen?

Das Interesse an marktwirtschaftlichen, privatwirtschaftlichen Lösungen. Dies gilt auch für den Sektor der Pflege. Es sind meist auch die günstigeren Lösungen. Die Herausforderungen sind sehr groß: Die Zahl der Pflegefälle wird sich in den nächsten 15 Jahren verdoppeln.

Welche Herausforderungen sehen Sie im Bereich der privaten, staatlichen und kommunalen Pflegewirtschaft?

Die große Herausforderung stellt die Sicherung der Zukunftsfähigkeit der Einrichtungen dar. Heute wird etwa ein Marktanteil von 40 Prozent durch private Anbieter abgedeckt. Dieser Marktanteil wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen und benötigt darüber hinaus Investitionen, um die Anforderung der Verdopplung der Nachfrage innerhalb der nächsten 15 Jahre abdecken zu können. Ähnlich gibt es im Schulwesen, in dem der staatliche Anteil wesentlich höher ist als in der Pflege, eben auch Privatschulen, kirchliche Schulen, Waldorfschulen und andere. Es gilt Innovationsprozesse in Gang zu setzen und Fantasieeffizienzsteigerungen mit hinzubringen. Daneben gilt es eine Chancengleichheit gegenüber staatlichen, kommunalen oder auch gesellschaftlichen Einrichtungen, etwa der Diakonie, Caritas oder der Arbeiterwohlfahrt, zu ermöglichen. Das sind die wesentlichen Herausforderungen, vor denen man steht.

Wie beurteilen Sie die Erweiterung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade in Bezug auf die Qualität der Pflegeleistungen?

Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade hat zunächst keine direkte Auswirkung auf die Qualität der Pflegeleistungen. In erster Linie wird nicht mehr vorrangig nur die körperliche Beeinträchtigung erfasst und der Aufwand in Zeit gemessen. Neu ist, dass im Begutachtungsverfahren auch die geistigen Fähigkeiten berücksichtigt werden. So ist zum Beispiel wichtig, ob der Mensch noch selbst erkennen kann, ob und wie er sich waschen sollte. Bei den Pflegegraden geht es um die Zuordnung des Leistungsumfangs: Wie viele Leistungen bekommt ein Pflegebedürftiger angesichts seines Hilfebedarfs? Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist dabei nicht mehr defizitorientiert, sondern fragt nach dem Grad der Selbstständigkeit. Außerdem ist er umfassender als der bisherige, sodass mehr Versicherte Leistungen der Pflegeversicherung erhalten werden. Im Zuge der Einfüh-

rung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gibt es zudem neue Regelungen zur Qualität der Pflegeleistungen; dabei wird die bisherige Selbstverwaltung weitgehend entmachtet und das Bundesgesundheitsministerium hat in vielen Fällen das letzte Wort.

Welche Verbesserungen bringt Ihrer Ansicht nach das Pflegegestärkungsgesetz I (PSG I)?

Das PSG I ist ein sehr wichtiger Meilenstein für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, bei der verbesserten Berücksichtigung von kognitiven Beeinträchtigungen, wie sie regelmäßig bei Demenzerkrankungen auftreten. Zu den wichtigsten Verbesserungen zählt die Dynamisierung der Leistungen, auch wenn das Gesetz den Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre nicht vollständig ausgleicht. Von der Flexibilisierung und Ausweitung der Leistungen bei der Verhinderungspflege, der Tagespflege, der Kurzzeitpflege sowie von der Verbesserung des Betreuungsschlüssels für die zusätzlichen Betreuungsleistungen für alle profitieren die Pflegebedürfti-



gen und die pflegenden Angehörigen unmittelbar und die Pflegefachkräfte werden entlastet. Entscheidend ist, dass diese Leistungsverbesserungen auch dauerhaft für die Versicherten erhalten bleiben, die künftig Pflegeleistungen beantragen. Das muss im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II gewährleistet werden.

Welche weiteren Anforderungen sehen Sie an die Politik? Sind die vorliegenden Gesetzesentwürfe ausreichend oder gibt es weiteren Optimierungsbedarf?

Die Politik hat tatsächlich wichtige Weichen grundsätzlich richtig gestellt. Gleichwohl gibt es weiteren dringenden Handlungsbedarf. Angesichts des demografischen Wandels brauchen wir zukünftig mehr Pflegeeinrichtungen. Um die begrenzten Ressourcen in der Sozialversicherung bestmöglich einzusetzen, brauchen wir deshalb mehr Markt und Wettbewerb in der Pflege – aber keine zusätzliche Reglementierung und auch keine (Re-)Kommunalisierung. Die Unternehmen, die sich in der Pflege engagieren, brauchen verlässliche Rahmenbedingungen. Besonderen Handlungsbedarf sehe ich beim Thema Wagnis und Gewinn. Wer in die Pflege investiert, dem muss es auch erlaubt sein, im angemessenen Umfang einen Gewinn zu erzielen. Zudem benötigen wir in den meisten Bundesländern dringend eine Verbesserung des Personalschlüssels und es muss ein Personalbemessungssystem eingeführt werden. Es bleibt also weiterhin genug zu tun.

Welches sind aus Ihrer Sicht die Kernpunkte einer modernen Personalentwicklung sowie einer leistungsgerechten Vergütung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels?

Eine moderne Personalpolitik in der Pflege ist ohne eine verlässliche Re-

finanzierung nicht möglich. Das müssen endlich auch die Kostenträger und die Politik begreifen. Für die Pflegeeinrichtungen hängt der Erfolg ihrer Arbeit entscheidend vom Personal ab. Deswegen bieten viele Pflegeeinrichtungen ihren Mitarbeitern nicht nur ein attraktives Gehalt, sondern gehen bei den Themen wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitszeiten, Fortbildungen oder Nutzung von Dienstwagen für den privaten Gebrauch auf die Wünsche ein. Die Mitarbeiter sind das Rückgrat jeder Pflegeeinrichtung – daran muss man sich bei einer modernen Personalpolitik orientieren. Das wird in den nächsten Jahren noch wichtiger werden. Der demografische Wandel wird den Fachkräftemangel weiter verschärfen. Es wird immer weniger Menschen im arbeitsfähigen Alter und immer mehr Pflegebedürftige geben. Die Pflege befindet sich dabei im Konkurrenzkampf mit anderen Branchen um qualifizierte und motivierte Kräfte. Die Pflege muss sich dabei nicht verstecken, denn Pflege ist ein attraktives Arbeitsfeld, das wohnortnah und flächendeckend zukunftssichere Jobs bietet.

Welche Vorteile haben aus Ihrer Sicht private Pflegeeinrichtungen gegenüber kommunalen?

Private Pflegeeinrichtungen sind meistens inhabergeführt. Im „Pflegeheim Peter Müller“ kümmert sich Peter Müller darum, dass die Bewohner gut versorgt sind, genauso wie bei „Anja ambulante Altenpflege“ sich die Inhaberin Anja Müller um Patienten, Personal, Abläufe kümmert – um es mal an Beispielen deutlich zu machen. Die privaten Pflegeeinrichtungen stehen mit ihrem Namen für ihr Unternehmen ein, sie investieren ihr eigenes Kapital und engagieren sich mit vollem Herzen für ihren Betrieb. Zudem sind private Pflegeeinrichtungen häufig flexibler als Einrichtungen anderer Träger. Als Inhaber können sie selbst die Ent-



Rainer Brüderle

Nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre mit den Nebenfächern Rechtswissenschaft, Publizistik und Politikwissenschaft an der Universität Mainz trat Rainer Brüderle 1983 sein erstes politisches Amt als FDP-Landesvorsitzender in Rheinland-Pfalz an. Dieses behielt er bis zum Jahr 2011 inne. 1987 bis 1998 bekleidete er das Amt des Wirtschaftsministers in Rheinland-Pfalz und übernahm im Anschluss den stellvertretenden Vorsitz der FDP-Bundestagsfraktion. 1995 wurde er von den FDP-Mitgliedern zum stellvertretenden Bundesvorsitzenden gewählt. Von 2009 bis 2011 war er Bundesminister für Wirtschaft und Technologie im Kabinett Merkel II. Danach bekleidete er bis Oktober 2013 das Amt des Vorsitzenden der FDP-Bundestagsfraktion. Seit Juni 2015 ist Rainer Brüderle Vorsitzender des bpa Arbeitgeberverbandes für die private Pflegewirtschaft.

scheidungen treffen und sind nicht in Bürokratien eingebunden. Viele private Pflegeeinrichtungen zeichnen sich daher durch ihre innovativen Projekte und ihr Engagement aus. Ich kann deswegen private Pflegeeinrichtungen wärmstens empfehlen. ■

Spezialisierung und Erschließung von Nischenangeboten als Erfolgsfaktor in der Altenheimbranche

Thomas Kupczik, Geschäftsführer der Alloheim Senioren-Residenzen GmbH, im Gespräch mit Udo Banke, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dortmund

Mit aktuell 74 Standorten und rund 6.800 Beschäftigten ist die Alloheim-Unternehmensgruppe der fünftgrößte private Betreiber von Seniorenresidenzen, ambulanten Pflegediensten und betreuten Wohneinheiten in Deutschland. Wie haben Sie es geschafft, mit dem stetig wachsenden Qualitäts- und Kostendruck umzugehen?

Wir legen in unseren Einrichtungen sehr hohe Qualitätsmaßstäbe in den unterschiedlichen Bereichen an. Das Spektrum reicht dabei von der klassischen Essensversorgung über die pflegerische und medizinische Betreuung bis hin zu umfassenden Fortbildungsangeboten für unsere Mitarbeiter. Unser Leitsatz lautet: „Wir dienen Ihrer Lebensqualität.“

Wir haben schon frühzeitig erhebliche Investitionen in den Auf- und Ausbau unserer IT-Systeme getätigt, verbunden mit einer Verbesserung unserer Prozessabläufe im gesam-

ten Unternehmen. Heute arbeiten mehr als 70 Prozent aller Mitarbeiter IT-unterstützt. Damit haben wir die Voraussetzungen für gruppenweite Prozessstandards geschaffen. Dies ermöglicht uns, Prozesse effizient zu gestalten und den steigenden Anforderungen durch gesetzliche Veränderungen wie bei der Pflegedokumentation oder bei Hygiene- und Lebensmittelvorschriften gerecht zu werden.

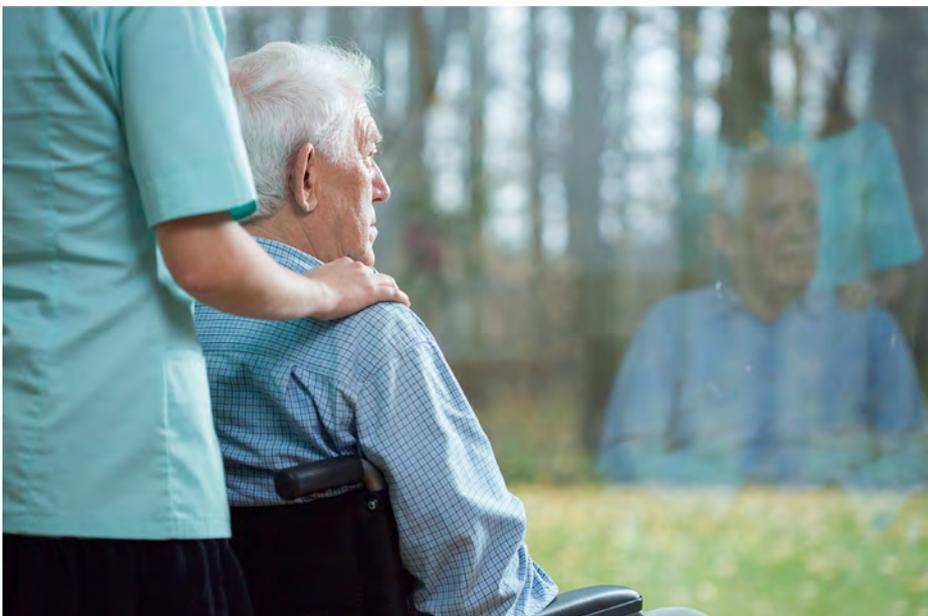
Mit exakt arbeitenden Controlling-Tools, der richtigen Planung im Einkauf und vor allem dem regelmäßigen Austausch mit den Teams der einzelnen Einrichtungen, aber auch mit den Partnerunternehmen haben wir einen sehr genauen Überblick. Wir wissen tagesaktuell, wo die einzelnen Häuser stehen. Die Herausforderung besteht darin, dieses Qualitätsniveau zu halten, auch wenn – bedingt durch das Gesundheitssystem – gerade bei der Pflege meiner Ansicht nach oft zu enge Klammern gesetzt werden.

Diesem Kostendruck können Sie nur begegnen, wenn die entsprechenden internen Abläufe optimal abgestimmt sind und man jederzeit weiß, wo man steht.

Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft haben oftmals Schwierigkeiten, qualitativ hochwertige Dienstleistungen mit dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren. Was ist der Schlüssel zur Profitabilität im Gesundheitswesen?

Wer heute Qualitätsprobleme hat oder aber eigene strukturelle Fehler nicht rechtzeitig erkennt, der wird in jeder Sparte und vor allem im Gesundheitswesen scheitern. Wir haben mittlerweile eine Unternehmensgröße erreicht, die uns zu einem interessanten Kunden für Lieferanten macht. Auch darum sind unsere Partner genauso stark wie wir selbst daran interessiert, unsere hohen Qualitätsanforderungen dauerhaft zu erfüllen. Ein weiterer Punkt ist der Wille, langfristig zu denken, zu investieren und entsprechend zu kalkulieren. Wir haben mit Menschen zu tun, die uns anvertraut sind und für deren Wohlergehen und deren Lebensqualität wir in ihrem letzten Lebensabschnitt verantwortlich sind. Das sind unsere Kunden! Eine Profitabilität erlangen Sie also nur, wenn Sie auch hier die Messlatte ganz oben anlegen und durch entsprechende Investitionen dazu bereit sind, dauerhaft eine Topleistung zu erbringen und von Standards abzuweichen. Wir bieten in vielen Häusern spezielle, innovative Dienstleistungen an. Ich denke da beispielsweise an den Bereich „Junge Pflege“, die Versorgung von Wachkomapatienten oder auch die Pflege von extrem übergewichtigen Menschen. Das sind Bereiche, an die sich nur wenige herantrauen.

Deshalb ist die Spezialisierung und die Erschließung von Nischenangeboten ein Teil unserer Unterneh-



mensstrategie. Eine Wettbewerbsdifferenzierung gelingt immer weniger ausschließlich durch die Pflege. Die Kundenanforderungen werden sich in den nächsten Jahren dramatisch verändern, da die „Kriegsgeneration“ ausstirbt. Der Trend zu individuellen Leistungen wird sich erheblich verstärken. Dieser Trend betrifft nicht nur die Leistungsangebote, sondern auch immer mehr die Gestaltung des Interieurs der Pflegeeinrichtungen. Der Kunde wird zukünftig die Gestaltung und das damit einhergehende Wohlfühlen mit zum wesentlichen Entscheidungskriterium machen, denn er bringt in diesem Umfeld seinen letzten Lebensabschnitt. Weitere Anforderungen ergeben sich durch immer älter werdende Kunden, die mehr ärztliche und therapeutische Leistungen benötigen werden. Die damit einhergehende Leistungserbringung wird sich immer mehr in die Pflegeeinrichtungen verlagern. Dies macht unter anderem den Ausbau von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten oder auch mit Krankenhäusern erforderlich.

Wie steht es um die Investitionsfinanzierung in der Pflegebranche? Wie beurteilen Sie hier die zukünftigen Entwicklungen?

Die Investitionsfinanzierung in der Pflegebranche erfolgt bisher ausschließlich über den sogenannten Investitionskostensatz (I-Kosten) als Bestandteil des Gesamtpflegesatzes. Dieser stellt ausschließlich auf die Refinanzierung der Immobilieninvestition ab. Wie gesagt: Die Pflegebranche wurde in den letzten Jahren mit erheblichen gesetzlichen Anforderungen konfrontiert. Die damit einhergehenden notwendigen Investitionen in IT-Systeme, aber auch in die Qualifizierung der Mitarbeiter werden in keiner Weise über die Pflegesätze abgebildet. Dazu kommen aus unserer Sicht überholte gesetzliche Anforderungen, zum Beispiel Personalstellenschlüssel,

die nur sehr bedingt Effizienzsteigerungen durch Prozessweiterentwicklungen zulassen.

Ein Widerspruch in sich: auf der einen Seite steigende gesetzliche Anforderungen, auf der anderen Seite nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung. Dabei hat der deutsche Gesetzgeber doch beispielsweise in den 1990er-Jahren mit den „Seehofer-Reformen“ insbesondere in der Rehabilitationsbranche bewiesen, dass Qualität für den Kunden und Effizienzsteigerungen keinen Widerspruch darstellen.

Zurzeit sehen wir bei der Gesetzesentwicklung eine immer stärkere Divergenz zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Investitionsfinanzierung. Diese Gesetzesentwicklungen stellen aber nur auf unterschiedliche Modelle zur Immobilienfinanzierung ab.

Sollten hier zukünftig keine wirklichen Reformen zur Investitionsfinanzierung eingeleitet werden, leiden hierunter vor allem kleine Pflegeheimbetreiber. Sie können dann die erforderlichen Investitionen – hauptsächlich in IT-Systeme und qualifizierte Mitarbeiter – nicht mehr leisten.

Die Alloheim Senioren-Residenzen orientiert sich bei der Auswahl der Häuser an hohen Qualitätsstandards hinsichtlich der Architektur der Immobilie, der Lage und des Leistungsprofils des Hauses. Es ist auffällig, dass Sie in Süddeutschland deutlich weniger Pflegeheime als in der übrigen Bundesrepublik haben. Wo sehen Sie zentrale Unterschiede im Pflegebereich zwischen einzelnen Bundesländern?

Die Frage, die wir uns bei der Akquisition oder beim Bau einer Einrichtung stellen, ist immer dieselbe: „Würde ich selbst hier wohnen wollen?“ Wenn Sie an diesem Punkt Ihre Überlegungen beginnen, kommt eins zum anderen. Die zentralen Unterschiede im Pflege-



Thomas Kupczik

Nach seinem Studium des Maschinenbaus war Thomas Kupczik unter anderem in der Unternehmensberatung sowie im Krankenhausbereich als Finanzvorstand in den Bereichen Akut und Rehabilitation der Damp AG sowie als Vorstandsvorsitzender in den Bereichen Akut und Rehabilitation der Wittgensteiner Kliniken AG tätig. Seit 2006 ist er mit dem Aufbau der Pflegeheimgruppe Alloheim Senioren-Residenzen GmbH betraut.

bereich zwischen den einzelnen Bundesländern lassen sich auf drei Fragen reduzieren: Wie gestaltet sich die Altersstruktur der Bevölkerung, wie entwickelt sich die regionale Wettbewerbssituation und gibt es qualifizierte Mitarbeiter, die unseren Ansprüchen gerecht werden? Wenn diese Eckfaktoren stimmen, spielt das Bundesland überhaupt keine Rolle. Da unsere Unternehmensgruppe in den letzten Jahren stark gewachsen ist, werden wir auch in Süddeutschland ein stärkeres Wachstum als bisher haben. ■

© 2015 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, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

Auf der Suche nach dem perfekten Gesundheitssystem: Medical Savings Accounts

Autoren: Christopher Karwetzky, Katharina Pflügner und Kevin Li, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Köln

Die Beschränkung der Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen ist seit Jahren Kernbestandteil einer Vielzahl von Gesundheitsreformen. Hierbei bildet Deutschland keine Ausnahme im internationalen Vergleich.

Einer der Gründe für hohe Ausgaben in Systemen mit umfassendem Versicherungsschutz wird von Gesundheitsökonomern mit dem Begriff „Moral Hazard“ umschrieben. Damit ist die „moralische Versuchung“ gemeint, sich unter dem finanziellen Schutz einer Versicherung

1. leichtsinnig zu verhalten, da man für die Kosten des Verhaltens (Rauchen, Extremsport etc.) nicht selbst finanziell aufkommen muss, und
2. mehr und möglicherweise unnütze Gesundheitsleistungen nachzufragen, als man dies unter Effizienzabwägungen bei eigener Kostenbeteiligung täte.

Selbstbeteiligungen im Rahmen von Wahltarifen oder die gerade wieder abgeschaffte Praxisgebühr sind Beispiele für den Versuch, Moral Hazards zu begegnen. Ein Blick ins Ausland zeigt eine augenscheinlich sehr interessante und in Deutschland weitgehend unbekannt Form der Kostenreduktion: sogenannte Medical Savings Accounts (MSAs).

Kosten- und Qualitätsbewusstsein bei Patienten schaffen

Medical Savings Accounts sind eine Form der Selbstfinanzierung von Gesundheitsdienstleistungen und wurden erstmals 1984 in Singapur eingeführt. In den darauffolgenden Jahren etablierten sie sich schrittweise auch in Südafrika, China und den USA.

Die Idee hinter MSAs ist, dass Versicherte regelmäßig einen festgesetz-

ten Betrag auf eine Art Sparkonto einzahlen. Auf dieses können sie dann im Krankheitsfall zurückgreifen. Besonders attraktiv werden die Sparkonten durch staatliche Subventionierung, zum Beispiel in Form von steuerlicher Absetzbarkeit der Einzahlungen.

MSAs sollen Moral Hazards verhindern, indem sie das Kostenbewusstsein der Patienten stärken und deren Eigenverantwortung fördern. Sie basieren auf der Grundannahme, dass Patienten bei erhöhter Kostenbeteiligung bewusstere Entscheidungen über den Bezug von Gesundheitsleistungen treffen und in der Folge insgesamt weniger Leistungen nachgefragt werden. Diese Annahme konnte schon 1970 im Rahmen des RAND Health Insurance Experiments grundsätzlich empirisch belegt werden.¹ Patienten, die selbst ihr „Gesundheitsbudget“ verwalten, vergleichen demnach Leistungen, Preise und Qualität kritischer als jene, die kein eigenes Kostenrisiko tragen. Voraussetzung sei jedoch, dass Preis- und Qualitätsinformationen für jeden transparent gemacht werden. Weiterhin führe die direkte Abrechnung zwischen Patienten und Leistungserbringern zu einer besseren Kontrolle der abgerechneten Leistungen und einer Reduktion des administrativen Aufwands für die Kostenträger.

Doch was passiert bei besonders kostenintensiven Behandlungen, deren Kosten über die angesparten Beträge hinausgehen?

In der Regel werden MSAs für diesen Fall mit einer zusätzlichen Versicherung für besonders kostenintensive Krankheiten (sogenannte Catastrophic Diseases) kombiniert. Diese Zusatzversicherung deckt das finanzielle Risiko der Bevölkerung ab und ist in

der Regel steuerfinanziert (zum Beispiel „MediShield“ in Singapur).

MSA ist nicht gleich MSA

In der Praxis lassen sich drei Formen von MSAs unterscheiden:

1. In Singapur und Teilen von China wurde ein verpflichtendes, öffentlich finanziertes MSA-System mit einkommensabhängigen Beiträgen und zusätzlicher freiwilliger Krankenversicherung für Krankheiten mit hohem finanziellem Risiko eingeführt.
2. In den USA finden sich MSAs als freiwillige Ergänzung zur bereits existierenden privaten Krankenversicherung in Kombination mit einer kalkulierten Hochrisikoversicherung.
3. Eine besondere Form von MSAs besteht in Südafrika, wo Besitzer von MSAs beispielsweise für den Einkauf von gesunden Nahrungsmitteln Geld auf ihrem Sparkonto gutgeschrieben und beim Einkauf ungesunder Nahrungsmittel Geld von ihrem Account abgebogen bekommen. Voraussetzung ist die Bezahlung per Kreditkarte.

Welche Erfahrungen machen Länder mit MSAs in der Praxis?

Empirische Evidenz zu MSAs in Singapur

In Singapur kam es nach der Einführung von MSAs im Zuge des Medi-save-Programms zu einem Rückgang der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Gleichzeitig war jedoch eine Explosion der Preise zu beobachten, sodass die Gesamtausgaben zunächst nicht reduziert werden konnten.²

Insgesamt stiegen die Gesundheitsausgaben pro Kopf schneller an als vor der Implementierung der MSA-Einführung. So betrug die Wachstumsrate der realen Gesundheitsausgaben pro Kopf 1991 mit 13 Prozent

per annum 2 Prozent mehr als im Jahr 1983.³ Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt weist mit 3,0 Prozent im Jahr 1983 und 3,6 Prozent in 1991 ebenfalls einen steigenden Trend auf.⁴

Welche Gründe waren ursächlich für den Anstieg der Preise in Singapur? Da der Bevölkerung Singapurs die Qualität der Gesundheitsleistungen wichtiger war als deren Preise, entwickelte sich auf dem Gesundheitsmarkt ein ausgeprägter Qualitätswettbewerb. Gesundheitsdienstleistungen wurden teurer durch das Bestreben, die bestmögliche Qualität, neueste Technologien, hochwertige Ausstattungen und höheren Komfort zu bieten.⁵

Kosteneinsparungen wurden erst festgestellt, nachdem die Regierung zusätzliche Regelungen und Reformen umgesetzt hatte. Sie können daher nur bedingt auf die Einführung von MSAs zurückgeführt werden.^{6,7} Auch wurde der ärmeren, sehr jungen und sehr alten Bevölkerung, welche nicht genügend Guthaben auf ihren Sparkonten ansammeln konnte, erst nach der Einführung weiterer Reformen (unter anderem Medifund, MediShield) Zugang zu einer ausreichenden Gesundheitsversorgung ermöglicht.⁸

Nach verschiedenen Anpassungen und Ergänzungen scheint das Gesundheitssystem Singapurs mittlerweile gut aufgestellt zu sein: Es werden 3,7 Prozent des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewendet (USA: 15,4 Prozent), wovon lediglich ein Viertel vom Staat durch Steuereinnahmen finanziert wird, während drei Viertel von Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern getragen werden.⁹ Die Lebenserwartung der Bevölkerung Singapurs befindet sich mit 81 Jahren für Männer und 85 Jahren für Frauen deutlich über der anderer Länder der Region. Zudem gibt es Evidenz, dass die Krankenhäuser produktiver und effektiver geworden sind und die Patienten mit der Qualität der Leistungen zufrieden sind.¹⁰

Empirische Evidenz zu MSAs in Südafrika

In Südafrika zeigten sich nach der Einführung von MSAs mittlere Erfolge bei dem Versuch, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu reduzieren und damit Gesundheitskosten zu kontrollieren.

Nach der erstmaligen Einführung von MSAs im Jahr 1994 sanken die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 1.875 Rand im Jahr 1995 auf 1.520 Rand im Jahr 2000.¹¹ Nicht empirisch geklärt ist, welcher Anteil dieser Einsparungen der Einführung von MSAs oder anderen, parallelen Reformen zuzurechnen ist.¹² Auch sind MSAs in Südafrika nicht flächendeckend etabliert und können nur bedingt Einfluss auf wesentliche Kostentreiber des Landes wie HIV-Infektionen nehmen.¹³

Empirische Evidenz zu MSAs in China

Die Ergebnisse zur Effektivität von MSAs in China sind sehr gemischt. Das Pilotprojekt in Zhenjiang zeigte von 1994 bis 1995 eine Abnahme der realen Gesundheitsausgaben pro Begünstigtem um 27 Prozent. In zwei benachbarten Städten, welche das bestehende Gesundheitssystem beibehielten, setzte sich der bisherige Anstieg fort.¹⁴ Die Resultate weisen zudem auf eine Verschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich hin.

Neben dem Rückgang an teuren und zugleich unnötigen Leistungen legen Ergebnisse nahe, dass auch notwendige Behandlungen, insbesondere Präventionsleistungen, weggelassen wurden.¹⁵ Dies scheint ein allgemeines Risiko von Kostenbeteiligungen zu sein, da Patienten notwendige von unnötigen Gesundheitsleistungen nur schwer unterscheiden können.¹⁶

Empirische Evidenz zu MSAs in den USA

Aussagen über den Erfolg von MSAs in den USA lassen sich kaum treffen, da es nur sehr wenige umfangreiche Untersuchungen, insbesondere zu Kosteneffekten, gibt.¹⁷

Hauptsächlich handelt es sich bei MSAs in den USA, ähnlich wie in China, lediglich um vereinzelte Pilotprojekte, welche

1. in Verbindung mit anderen Finanzierungsmodellen eingeführt wurden (zum Beispiel Health Maintenance Organizations) und
2. nur einen geringen Anteil an den Gesamtausgaben des US-amerikanischen Systems haben.

Fazit und Anwendbarkeit in Deutschland

Insgesamt zeigen die veröffentlichten Studien bezüglich der Wirksamkeit von MSAs ein gemischtes Bild. Oftmals handelt es sich um kleinere Pilotprojekte, in deren Rahmen MSAs in Verbindung mit anderen Modellen eingeführt wurden und für die keine Studien über einen längeren Zeitraum vorliegen. Ein Großteil der veröffentlichten Mehrjahresstudien untersucht MSA am Beispiel von Singapur. Jedoch sind auch dort diverse Anpassungen des ursprünglichen Systems vorgenommen worden und die Erfolge nicht eindeutig.

Weiterhin ist zu untersuchen, inwieweit die Erfahrung des Kleinststaates Singapur mit hohem Durchschnittseinkommen und einer ausgeprägten Sparkultur anwendbar ist auf größere Volkswirtschaften wie die Bundesrepublik Deutschland. Eine diskussionswürdige Ergänzung zum aktuellen System erscheinen Medical Savings Accounts jedoch allemal. ■

1 Brook, R. H. et al.: „The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate“, RAND Corporation brief series, 2006, www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html, letzter Aufruf am 23.10.2015
 2 Hsu, J.: Medical Savings Accounts: What is at risk? World Health Report, 2010, Background Paper, S. 17
 3 Hsiao, W.: Peer Review: Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore. Health Affairs, 2/1995, S. 14
 4 Hanvoravongchai, P.: Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience. World Health Organization Geneva, Discussion Paper, 3/2002
 5 Hsiao, W. (siehe Fußnote 3)
 6 Hanvoravongchai, P. (siehe Fußnote 4)
 7 Hsu, J. (siehe Fußnote 2)
 8 Dixon, A.: Are medical savings accounts a viable option for funding health care?, Croatian Medical Journal, 43/2002, S. 408–416
 9 The Singapore Model, The American, May/June 2008, S. 48–53
 10 Borda, M.: Medical savings accounts – in search of an alternative method of health care financing in European countries. BEH – Business and Economic Horizons, 6/2011, S. 54–65
 11 Inflationsbereinigt, Basisjahr 1999; Matisonn, S.: Medical Savings Accounts in South Africa. NCPA Policy Report, 234/2000
 12 Hanvoravongchai, P. (siehe Fußnote 4)
 13 Hsu, J. (siehe Fußnote 2)
 14 Yip, W./Hsiao, W.: Medical savings accounts: lessons from China. Health Affairs, 16, Nr. 6/1997
 15 Borda, M. (siehe Fußnote 10)
 16 Brook, R. H. et al. (siehe Fußnote 1)
 17 Hanvoravongchai, P. (siehe Fußnote 4)



Christopher Karwetzky
 Manager, Gesundheitswirtschaft, Governance & Assurance Services,
 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 T +49 30 2068-1667
ckarwetzky@kpmg.com

Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung – das agrarsoziale Sicherungssystem

Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) vereint die landwirtschaftliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung sowie die Alterssicherung der Landwirte. Die Vereinigung der vier Sozialversicherungszweige gemäß dem selbstgewählten Leitmotiv „Sicher und gesund aus einer Hand“ ist bundesweit einmalig: Die Versicherten erhalten eine ganzheitliche soziale Absicherung in den verschiedenen Lebenslagen. Wie die anderen Sozialversicherungsträger auch, steht die LSV vor großen Herausforderungen; hinzu kommt in besonderem Maße der strukturelle Wandel in der Landwirtschaft. Vor diesem Hintergrund hat die LSV zum 1. Januar 2013 die größte Strukturreform ihrer über 100-jährigen Geschichte vollzogen: Aus der Fusion von neun eigenständigen regionalen Trägern sowie dem übergeordneten Spitzenverband ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) entstanden.

Autoren: Stefan Maaßen und Ulrich Lindner, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg und Stuttgart

Neben der Knappschaft Bahn See nimmt die SVLFG eine Sonderrolle in der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland ein: Das Aufgabengebiet und der Leistungsbereich sind speziell auf Unternehmen in den Bereichen Landwirtschaft, Gartenbau und Forstwirtschaft ausgerichtet. Innerhalb dieser berufsständischen Versicherung besteht eine an bestimmten Kriterien ausgerichtete Versicherungspflicht; die Spannweite der Unternehmen reicht vom familiengeführten Kleinbetrieb, wie etwa dem „Bauernhof von nebenan“ oder dem örtlichen Imker, bis hin zu den großen Agrarbetrieben mit mehreren Hundert Hektar bewirtschafteter Fläche oder entsprechend großer Tierhaltung. Die SVLFG, konstituiert in der Rechtsform einer bundesunmittelbaren Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Durch ihre Sonderstellung mit größtenteils pflichtversicherten Mitgliedern steht sie insoweit außerhalb des direkten Wettbewerbs. Andererseits wird aber auch sie an wirtschaftlichen Kriterien gemessen und sieht sich regelmäßig mit Diskussionen hinsichtlich ihrer Daseinsberechtigung konfrontiert.

Die historische Entwicklung der SVLFG

Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung ist als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung noch relativ jung und Resultat mehrerer Entwicklungsstufen und Restrukturierungen. In Anlehnung an die bestehende allgemeine Unfallversicherung wurde die landwirtschaftliche Unfallversicherung zunächst als Arbeitnehmerversicherung gegründet und mit dem 5. Unfallversicherungsgesetz 1939 in eine Unternehmerversicherung überführt. Im Rahmen der Integration der deutschen Landwirtschaft in den europäischen Agrarmarkt wurde zweitens 1957 die Alterssicherung der Landwirte als berufsständisch geprägtes System umgesetzt. Während zunächst auf dem Wege der Teilabsicherung – neben dem sogenannten Altenteil und der Eigenvorsorge – all jene landwirtschaftlichen Unternehmer abgesichert wurden, deren Unternehmen eine auf Bodenbewirtschaftung beruhende Existenzgrundlage bildeten, wurde 1972, als dritter Zweig, die Krankenversicherung der Landwirte begründet. Vervollständigt wurde das soziale Sicherungssystem viertens durch die Einführung der sozialen Pflegeversi-

cherung mit der Errichtung der landwirtschaftlichen Pflegekasse zum 1. Januar 1995. In den neuen Bundesländern wurde die landwirtschaftliche Sozialversicherung zum 1. Januar 1991 (Unfall- und Krankenversicherung) bzw. zum 1. Januar 1995 (Alterssicherung der Landwirte) eingeführt.

Von Anfang an wurde die landwirtschaftliche Sozialversicherung als eigenständiges System aufgebaut und stetig weiterentwickelt. Die zahlreichen Reformen sind nicht nur eine Reaktion auf den Strukturwandel in der Landwirtschaft, sondern sollen diesen auch aktiv steuern: So war die LSV in Deutschland bis zum Jahr 2003 in 20 regionalen Trägern, zwischen 2003 und 2013 dann in neun regionalen Trägern organisiert. Auf übergeordneter Ebene existierten bis Ende 2008 drei Spitzenverbände: der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA), der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB) sowie der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK). Die drei Spitzenverbände wurden im Jahr 2009 zum Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung fusioniert. All diese Fusionen auf Verbandsebene waren die Vorboten der größten Strukturreform in der Geschichte der landwirtschaftlichen Sozialversicherung: Mit Wirkung vom 1. Januar 2013 wurde durch das Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-NOG) die vollständige Fusion der regionalen Träger und des Spitzenverbandes zur SVLFG vollzogen.

Der Bundesträger SVLFG

Mit der Fusion zum Bundesträger (Hauptsitz Kassel) hat der Gesetzgeber auf die allgemeinen Entwicklungen in der Sozialversicherung sowie auf den Strukturwandel in der Landwirtschaft reagiert. Durch eine Konzentration

der Aufgaben an einer zentralen Stelle soll ein stabiles Fundament geschaffen werden, welches die landwirtschaftliche Sozialversicherung langfristig und leistungsfähig trägt. Die noch anhaltende Restrukturierung der Organisationsstruktur soll neben einer Steigerung von Effektivität und Effizienz gleichzeitig auch eine verbesserte Betreuung der Versicherten nach sich ziehen.

Ein weiteres Ziel der Fusion zum Bundesträger ist eine Vereinheitlichung der Beitragslasten für ähnliche Unternehmen. Zwischen den ehemaligen regionalen Trägern bestanden für ähnlich strukturierte Unternehmen teilweise erhebliche Unterschiede in den zu entrichtenden Beiträgen, da diese regional berechnet wurden. Durch die Errichtung des Bundesträgers soll die Beitragsbelastung deutschlandweit unter Beachtung der jeweiligen Charakteristika der versicherten Unternehmen harmonisiert und somit gerechter werden.

Die einzelnen Versicherungszweige im Überblick

Landwirtschaftliche Unfallversicherung (LUV)

Träger der Unfallversicherung für die Landwirte und Unternehmen mit Bezug zur Landwirtschaft ist die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft. Gemäß SGB VII übernimmt sie die regulären Aufgaben einer Unfallversicherung für Unternehmen im Bereich der Land- und Forstwirtschaft, des

Garten- und Weinbaus, der Binnenfischerei sowie für weitere in diesen Branchen tätige Unternehmen. Eine der Hauptaufgaben ist neben der Auszahlung von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Präventionsarbeit zur Vermeidung von Arbeitsunfällen sowie Berufskrankheiten. Zu dem Zweck leisten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des technischen Aufsichtsdienstes Präventionsarbeit in den Unternehmen vor Ort.

Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Die Alterssicherung der Landwirte übernimmt die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung auf Grundlage des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG). Sie ist als Teilsicherung ausgestaltet, was bedeutet, dass diejenigen Versicherten, welche während ihres Erwerbslebens eine nicht unerhebliche Vermögenssubstanz aufgebaut haben, diese im Rentenalter zusätzlich zur AdL (zum Beispiel durch Verkauf oder Verpachtung) einbringen können. Ein viel diskutiertes Beispiel ist die sogenannte Hofabgabeklausel, nach der die Abgabe bzw. Veräußerung des Hofes in der Regel Voraussetzung für den Bezug einer Altersrente ist.

Kriterien für die Pflichtmitgliedschaft in der AdL sind unter anderem der Beruf sowie eine bestimmte Mindestgröße an Grundbesitz. Die größte Versichertengruppe bilden Landwirte, deren Ehegatten und mitarbeitende Familienangehörige. Neben den klas-

sischen Leistungen einer Rentenversicherung wie der Zahlung von Altersrenten oder Rehabilitationsmaßnahmen bietet die AdL besondere Leistungen, wie etwa die Berufs- und Haushaltshilfe, die bei Arbeitsausfall des Versicherten dessen Arbeiten vorübergehend weiterführt.

Landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV)

Die LKV basiert auf dem zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLFG) aus dem Jahr 1989. Der versicherte Personenkreis orientiert sich an dem der AdL, ist jedoch nicht identisch. Der Leistungskatalog ist weitgehend deckungsgleich mit jenem der allgemeinen Krankenversicherung. Dennoch gibt es auch hier Besonderheiten: So wird die Zahlung von Krankengeld nur in Ausnahmefällen geleistet. Der Arbeitsausfall des Versicherten wird durch eine Betriebs- und Haushaltshilfe abgedeckt, welche wie bei der AdL für die Weiterführung des Betriebs zuständig ist. Die Mitglieder der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) sind ebenfalls bei der SVLFG pflichtversichert. Daher ist die LKK keine Wettbewerbskrankenkasse und nimmt auch nicht am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich teil.

Landwirtschaftliche Pflegeversicherung (LPV)

Die landwirtschaftliche Pflegeversicherung unterscheidet sich nicht von der allgemeinen gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Leistungsansprüche ergeben sich aus dem SGB XI und der versicherte Personenkreis ist grundsätzlich identisch mit jenem der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. (Abbildung 8)

Finanzierung

Die Finanzierung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung steht grundsätzlich auf zwei Säulen: Einerseits finanziert sich die LSV aus den Beiträgen der Versicherten, andererseits erhält sie Zuschüsse aus Steuermitteln. Je nach Versicherungszweig zeigt sich dabei sowohl hinsichtlich der Beitragsverteilung als auch in Bezug auf das Volumen der Steuermittel ein differentes Bild: So sind beispielsweise die Beiträge für die Unfallversiche-

Abbildung 8

Daten und Fakten zur Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Stand 2014

Mitarbeiter: ca. 5.300

Quelle: SVLFG

LUV		AdL		LKV	
Mitgliedsunternehmen	1.512.343	Versicherte	223.997	Mitglieder	530.865
Versicherungsfälle	169.786	Renteneempfänger	602.748	Versicherte	721.997
Rentenfälle	89.618	BHH-Fälle	5.540	BHH-Fälle	22.748
BHH-Fälle	17.325				

	LUV	AdL	LKV
Einnahmen (in Millionen Euro)	911,33	2.776,8	2.528,23
davon Beitrag	786,33	602,3	917,97
davon Bundesmittel	125,00	2.174,5	1.306,78
Ausgaben (in Millionen Euro)	911,33	2.772,2	2.503,68
davon Verwaltung	100,71	86,2	122,06
davon Betriebs- und Haushaltshilfe	24,38	11,3	146,56

zung ausschließlich arbeitgeberseitig zu entrichten. Zusätzlich fließen hier aber auch Steuermittel ein, welche im Kontext des Strukturwandels und der Branchenspezifika zu betrachten sind. So wurden 2014 die Beiträge der landwirtschaftlichen Unternehmer zur LUV durch einen pauschalen Steuerzuschuss von 125 Millionen Euro unterstützt.

Im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung stammen die Einnahmen der AdL nur zu einem geringeren Teil aus Beiträgen, wobei der zu entrichtende Beitragssatz einheitlich ist. Der überwiegende Teil der Einnahmen der AdL stammt aus Bundesmitteln. Da die Höhe der Rentenbeiträge nicht am Einkommen bemessen wird, erhalten Landwirte, deren Einkommen eine festgelegte Grenze nicht übersteigt, einen Zuschuss zur Alterssicherung; 2014 betraf dies etwa 15 Prozent der Versicherten. Darüber hinaus sichert der Steuerzuschuss die Leistungsfähigkeit der Alterssicherung, da aufgrund der strukturellen Änderungen in der Landwirtschaft die Rentenzahlungen allein durch die Beträge der Versicherten nicht mehr zu tragen wären.

Die Einnahmen der LKV stammen zu gleichen Teilen aus Beiträgen der Versicherten und aus Steuermitteln. Die Beiträge errechnen sich für die Mitglieder nicht aus dem erwirtschafteten Einkommen, sondern beruhen auf dem korrigierten Flächenwert. Grundlage dabei ist, allgemein gesagt, die Größe der bewirtschafteten Fläche sowie die Art deren Nutzung. Die Steuermittel decken jenen Anteil der Ausgaben der Altenteiler ab, die nicht durch deren Beitragseinnahmen gedeckt sind. So soll für die beitragszahlenden Mitglieder ein tragbarer Beitragssatz gewährleistet werden.

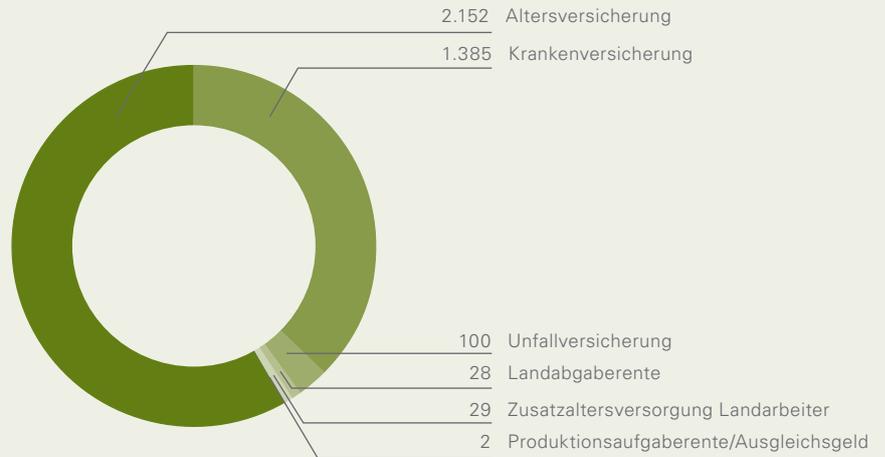
In Summe wurden im Jahr 2014 über alle Sozialversicherungszweige hinweg mehr als 50 Prozent der Ausgaben durch Steuermittel gedeckt, was sich insbesondere auch im Haushalt des zuständigen Ministeriums niederschlägt. Denn die Ausgaben für die landwirtschaftliche Sozialversicherung machten im Jahr 2014 circa zwei Drittel des Haushaltsvolumens des Ministeriums für Ernährung und Landwirtschaft aus. (Abbildung 9)

Abbildung 9

Bundeszuschüsse zum agrarsozialen Sicherungssystem 2015

Angaben in Millionen Euro; Gesamtsoll: 3.696 Millionen Euro

Quelle: BMEL, Januar 2015



Aktuelle und zukünftige Herausforderungen

Die zukünftigen Herausforderungen der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung weisen deutliche Parallelen zu den übrigen Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung auf: Die SVLFG steht zwar im Bereich der Krankenversicherung nicht im direkten Wettbewerb. Doch die gesellschaftliche Entwicklung mit Auswirkungen auf Morbidität und Demografie sowie die Anspruchshaltung der Mitglieder an die gesundheitliche Versorgung und die entsprechenden Kosten hierfür sind Rahmenbedingungen, mit denen sich auch die SVLFG auseinandersetzen muss.

Eine zusätzliche Herausforderung für die SVLFG ist dabei die Heterogenität der Versichertenklientel und der entsprechenden Leistungen. Der allgemeine demografische Wandel wird in der Landwirtschaft noch durch den Strukturwandel verstärkt. Einer rückläufigen Anzahl an Mitgliedern und Versicherten steht eine personal- und ausgabenintensivere Betreuung der bestehenden Mitglieder und Versicherten gegenüber, welche zu steigenden Ausgaben im Leistungs- und Verwaltungsbereich führen. Hinzu kommen weitere Aufgaben, etwa der Ausbau eines serviceorientierten Kundenbeziehungsmanagements oder die Gestaltung eines gerechten einheitlichen Beitragsmaßstabs.

Ferner sieht sich die SVLFG damit konfrontiert, gesetzlich festgelegte Sparrufen hinsichtlich der Verwaltungskosten einzuhalten. Vor dem Hintergrund zunehmend knapper Kassen gilt es – einerseits durch ein hohes Maß an Effizienz und Effektivität, andererseits mit einem passgenauen Zuschnitt der Leistungen auf die Bedürfnisse der heterogenen Versichertenklientel – den besonderen Status der SVLFG in der deutschen Sozialversicherung nachhaltig zu festigen. Getreu dem Leitsatz „Sicher und gesund aus einer Hand“ wird die SVLFG dann weiterhin als zentraler Baustein des agrarsozialen Sicherungssystems für ihre Versicherten zur Absicherung gegen die elementaren Lebensrisiken da sein. ■



Stefan Maaßen
 Manager, Gesundheitswirtschaft, Consulting, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 T +49 40 32015-4104
 smaassen@kpmg.com



Ulrich Lindner
 Gesundheitswirtschaft, Consulting, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 T +49 711 9060-41286
 ulindner@kpmg.com

© 2015 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, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

Erfolgsfaktoren eines Sonderträgers der Sozialversicherung

Martin Empl, alternierender Vorstandsvorsitzender der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), im Gespräch mit Axel Bindewalt und Stefan Maaßen, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf und Hamburg

Sie sind einer von drei alternierenden Vorstandsvorsitzenden der SVLFG, einem Sondersozialversicherungsträger, dessen Versicherte in den Bereichen Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau tätig sind. Was sind Ihre wesentlichen Aufgaben als ehrenamtliches Mitglied des Vorstands?

Die SVLFG ist ein besonderes Unternehmen, nämlich eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Das bedeutet, dass die Mitglieder und die Versicherten zwar nicht Eigentümer des Unternehmens sind, aber über Sozialwahlen eine besondere Verantwortung übernehmen. Nach dem Sozialgesetzbuch verwaltet und vertritt der gewählte ehrenamtliche Vorstand der SVLFG den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich. Der Gesetzgeber hat die Geschicke der berufsständischen Sozialversicherung damit in die Hände derjenigen gelegt, für die die Sozialversicherung da ist. Die wesentlichen Aufgaben des ehrenamtlichen Vorstandes liegen im politisch-gestalterischen und im wirtschaftlichen Bereich. Für das laufende Geschäft ist unsere Verwaltung zuständig.

Die SVLFG vereint die vier Versicherungszweige Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung. Worin sehen Sie die entscheidenden Vorteile für die Versicherten?

Unser Slogan lautet „Sicher und gesund aus einer Hand“. Wer bei der SVLFG versichert ist, kann grundsätzlich in einem Haus Antworten auf alle Fragen zu seiner Sozialversicherung bekommen – sei es zum Beispiel zu seinem Unfallversicherungsbeitrag,

zur Berechnung seiner Altersrente, zur Übernahme seiner Heilmittelkosten oder zur Inanspruchnahme der Pflegeberatung. Die Bereiche sind gut vernetzt, sodass die Sachbearbeitung Hand in Hand erfolgen kann.

Mit welchen Argumenten überzeugen Sie die Politik, dass dieser Sonderstatus in der deutschen Sozialversicherung ein nachhaltiges Erfolgsmodell ist?

Die landwirtschaftliche Sozialversicherung ist im Wesentlichen eine Unternehmensversicherung. Während die allgemeine Sozialversicherung für Arbeitnehmer und ihre Familien konzipiert wurde, haben wir eine berufsständische Versicherung mit einem besonderen Unternehmensbezug. Mit einer sachgerechten, solidarischen Beitragsgestaltung sowie mit einem bedarfsgerechten innovativen Ser-

vice- und Leistungsangebot wollen wir nicht nur die uns unterstützende Politik überzeugen, sondern vor allem unsere Versicherten. Dies geschieht unter anderem durch ein effizientes System der Betriebs- und Haushaltshilfe, welches zum Beispiel im Falle der Erkrankung eines Unternehmers oder Familienangehörigen einspringt und den Betrieb am Laufen hält. Weiter bietet die SVLFG mit ihren Gesundheitsangeboten maßgeschneiderte versicherungszweigübergreifende Leistungen an, wie es nur einem Verbundträger möglich ist.

Zum 1. Januar 2013 wurden die neun ehemaligen regionalen Träger zu einem Bundesträger fusioniert. Was waren hierfür die zentralen Gründe?

Im Kern waren das ökonomische und Gleichbehandlungsgründe sowie der demografische Wandel. 36 landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger mit unterschiedlichen Beitragsmaßstäben und unterschiedlichen Verwaltungspraktiken erschienen der Politik und dem Berufsstand nicht mehr zeitgemäß. Mit der neuen Struktur sind



die Voraussetzungen für eine positive langfristige Entwicklung geschaffen worden. Wichtig ist, dass die gesamtgesellschaftliche Solidarität, von der die landwirtschaftliche Sozialversicherung traditionell getragen wird, gestärkt werden konnte.

Welche Vorteile konnten und können durch die Fusion realisiert werden und wie profitieren die Versicherten davon?

Mittel- und langfristig wird sich die Fusion positiv auf die Verwaltungskosten auswirken. Bundesweit werden bis Ende 2015 über 600 Vollzeitbeschäftigte sozialverträglich, das heißt im gegenseitigen Einvernehmen, das Unternehmen verlassen. Wir haben die Beitragsmaßstäbe vereinheitlicht. Zukünftig werden bei gleichen betriebswirtschaftlichen Bedingungen gleich hohe Beiträge gezahlt werden. Wir wollen Verwaltungsstrukturen und Prozesse optimieren. All das kommt den Versicherten – als Beitragszahler und als Kunden – zugute.

Was können andere Sozialversicherungsträger von der SVLFG lernen?

Zunächst haben wir den Ehrgeiz, selbst zu lernen. Die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen führen ein Unternehmen, bringen also ihre umfassenden Erfahrungen vor allem im unternehmerischen Bereich in die SVLFG ein. Zusätzlich nutzen wir den engen Kontakt zu den Bundesministerien, dem Bundesversicherungsamt sowie die Erfahrung externer Unternehmen. Die SVLFG will nicht besser sein als andere Sozialversicherungsträger, aber der bestmögliche Sozialversicherungsträger für den Berufsstand. Wir arbeiten daran, die Chancen des Systems zu erkennen und bestmöglich zu nutzen.

Vor dem Hintergrund zahlreicher sich wandelnder Rahmenbedingungen, zum Beispiel dem demografi-

schen Wandel und dem technischen Fortschritt: Wo sehen Sie die zukünftigen Herausforderungen für die SVLFG?

Der demografische Wandel stellt nicht nur die SVLFG vor große Herausforderungen. Hier sind wir im Übrigen Vorreiter: Durch den seit Jahrzehnten anhaltenden Strukturwandel in der Landwirtschaft werden die Auswirkungen des demografischen Wandels praktisch zeitlich vorweggenommen. Damit stellen sich für die SVLFG manche Fragen früher und drängender. Wie gehen wir mit der zunehmenden Zahl älterer Menschen und ihren Bedürfnissen um? Wie können wir die jüngeren Menschen besser unterstützen? Wie kann Generationensolidarität gestärkt werden? Wir werden unsere Leistungsangebote für ältere Menschen ausweiten und gleichzeitig denjenigen unter die Arme greifen, die sie betreuen.

Der technische Fortschritt wirkt sich insbesondere auf unsere Präventionsarbeit aus. Technischer Fortschritt sollte immer auch ein Fortschritt für Gesundheit und Arbeitssicherheit sein. Hierauf achten wir, indem wir Einfluss auf die Normungsarbeit von Maschinen nehmen und indem wir unsere Beratungstätigkeit an den aktuellen Erfordernissen ausrichten.

Was sind die zentralen Erfolgsfaktoren der SVLFG, damit sie den zukünftigen Herausforderungen begegnen kann?

Als Sozialversicherungsträger sind wir nicht nur Versorger mit Leistungen der vier Zweige Unfall-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung, sondern wir sichern den Fortbestand von Unternehmen in kritischen Situationen, helfen bei Betriebsübergaben, stärken Familien und sind zusammen mit Partnern Akteur im und für den ländlichen Raum. Dafür sind wir auf eine moderne Logistik und ein umfangreiches Fachwissen angewiesen. Ent-



Martin Empl

Der selbstständige Unternehmer Martin Empl ist im Bereich der Landwirtschaft tätig und seit dem 1. Januar 2013 alternierender Vorstandsvorsitzender der SVLFG. Dort vertritt er die Interessen der Arbeitgeber. Davor war Martin Empl Mitglied des Vorstands und ab 2011 alternierender Vorstandsvorsitzender des LSV-Spitzenverbands. Neben seinen Funktionen in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung ist Martin Empl unter anderem Präsident des Gesamtverbands der Land- und Forstwirtschaftlichen Arbeitgeberverbände (GLFA) sowie Mitglied im Präsidium der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA).

scheidend bleibt dabei: Bei uns arbeiten Menschen für Menschen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wollen durch Beratung Unfälle und Krankheiten verhindern, ihre Arbeitsfähigkeit erhalten und wiederherstellen, Lebensrisiken so gut und so weit absichern, wie dies möglich ist.

Mit unseren Gesundheitsangeboten haben wir eine wichtige Weiche in Richtung Zukunft gestellt: Wir bieten pflegenden Angehörigen eine Trainings- und Erholungswoche an, wirken mit qualitätsgesicherten Kursen Stolper- und Sturzunfällen im Alter entgegen und bereiten Unternehmerinnen und Unternehmer auf die Hofübergabe vor. ■

Das Gesundheitssystem Norwegens – kollektive Verantwortung für die Bevölkerung und deren Gesundheit

Das norwegische Gesundheitssystem wird fast vollständig durch den öffentlichen Sektor finanziert, organisiert und verwaltet. Die Anzahl privater Akteure ist klein. Mit einem HDI (Index für menschliche Entwicklung) von 0,95 steht Norwegen seit dem Jahr 2009 auf Platz eins der am weitesten entwickelten Länder dieser Welt. Dem größtenteils staatlich geregelten Leistungssystem liegt das Solidaritätsprinzip zugrunde.

Autor: Alexandra M. Rüger, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hannover

Zuständigkeit und Lenkung – ein staatlich verwaltetes System

Die Struktur des norwegischen Gesundheitssystems lässt eine klare administrative Unterscheidung zwischen der medizinischen Grundversorgung, der Administration von Krankenhäusern und den spezialisierten Dienstleistungen erkennen. Das norwegische Ministerium für Gesundheit und Soziales stellt die zentrale staatliche Institution dar. Ihr obliegt die nationale Verantwortung für den Gesundheitssektor. Die 2002 eingeführte Krankenhausreform zog im norwegischen Gesundheitssystem eine schwerpunktmäßig öffentliche Verwaltung nach sich. Im Zuge dieses Umbruchs wurde die Bereitstellungs- und Finanzierungsverantwortung der Krankenhäuser und ambulanten Dienste – bis dahin von den Landkreisen verantwortet – an die regionalen Gesundheitsregionen (Nord, Mitte, West und Süd-Ost) übergeben. Zur Ergänzung der staatlichen Einrichtungen wurde in den letzten Jahren vermehrt eine Reihe von privaten Krankenhäusern und Gesundheitsinstitutionen gegründet. Die privaten Akteure sind über Kooperationsverträge mit den Gesundheitsregionen großteils in das öffentliche Netz eingebunden. Die Neuetablierung wird zudem durch eine restriktive Handhabung beschränkt, um ein Überangebot an Arbeitskräften in urbanen Gegenden zu begrenzen.¹

Aufbau und Organisation – ein stark kommunal geprägtes Gefüge

Die 434 Gemeinden sind in ihrem Wirkungskreis wenig an die regulatorischen Vorgaben der zentralen Staatsverwaltung gebunden und agieren größtenteils eigenständig. Bereits in den 1970er-Jahren verfolgten norwegische Allgemeinärzte den Gedanken der Einführung eines Listensystems für Patienten, das in Großbritannien schon seit 1948 existierte. Im Jahr 2001 wurde dieser Gedanke in Form eines Hausarzt systems in die Praxis umgesetzt: Jeder Hausarzt bekommt seitdem die Verantwortung für einen festen Patientenstamm, dessen Umfang variieren kann, jedoch eine Grenze nach oben hat. Im Jahr 2013 kamen im Durchschnitt 1.150 Patienten auf einen Arzt.² Wie viele davon pro Jahr tatsächlich Kontakt zu ihrem jeweiligen Arzt aufnehmen, ist nicht vorhersehbar. Für das Jahr 2013 wurden 4,2 Arztkonsultationen pro Einwohner gezählt.³ Hausärzte können sowohl direkt bei der Gemeinde angestellt als auch privat praktizierend sein. In letzterem Fall schließen sie mit der jeweiligen Gemeinde individuelle Vereinbarungen hinsichtlich der Patientenversorgung. Außerhalb der Sprechzeiten von Haus- und Fachärzten gibt es, anders als in Deutschland, eine separate kommunal betriebene Akutambulanz. Ist der Zustand eines Patienten nicht lebensbedrohlich, fungiert diese als erster Anlaufpunkt.⁴

Gesetzliche Finanzierung

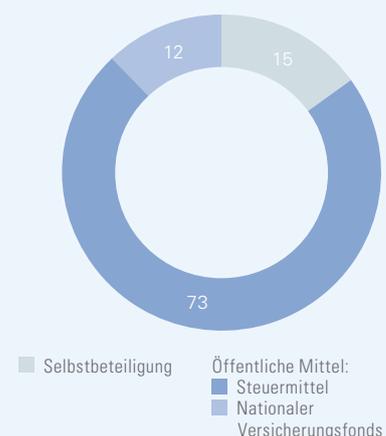
Das norwegische Gesundheitssystem finanziert sich im Allgemeinen aus zwei Quellen (Abbildung 10).

- Die Gesundheitsausgaben werden zu 85 Prozent öffentlich finanziert. Circa 73 Prozent stammen aus Steuermitteln der Gemeinden, Landkreise und des norwegischen Staates. Die verbleibenden 12 Prozent kommen aus dem 1967 eingeführten nationalen Versicherungsfonds. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung wird auch die Sozialversicherung über diesen Fonds finanziert. Unabhängig vom Einkommen sind alle Arbeitgeber und -nehmer, Selbstständige und Rentner gesetzlich verpflichtet in diesen Fonds einzuzahlen. Der Beitrag berechnet sich prozentual vom Bruttoeinkommen.⁵
- Rund 15 Prozent der Gesundheitsausgaben sind Selbstbeteiligungen der Bürgerinnen und Bürger. Diese Selbstbeteiligung ist subsidiär und beispielsweise im Fall von nichtstationären Leistungen zu zahlen. Die leistungsindividuelle Höhe wird durch den norwegischen Staat festgelegt, stellt jedoch alle medizinischen Leistungen nach einer jährlichen Selbstbeteiligung von 200 Euro frei.

Abbildung 10

Nationaler Versicherungsfonds

Quelle: KPMG, 2014



Die Verteilung der Finanzmittel an die Leistungserbringer

Das Gesundheitsministerium steht in der Verantwortung, die zur Verfügung gestellten Budgetmittel an die Gesundheitsregionen, Gemeinden und Landkreise zu verteilen. Diese tragen dafür Sorge, dass diese Mittel den öffentlich finanzierten Leistungserbringern zugeteilt werden. Neben Leistungserbringern wie Krankenhäusern, Akutambulanzen und Hausärzten werden an dieser Stelle auch Privatinstitutionen, die Vertragsabkommen mit den regionalen Gesundheitsbehörden haben, berücksichtigt.

Die Finanzierung der somatisch-fachärztlichen Versorgung ist im Wesentlichen zweigeteilt. Sie besteht zu 60 Prozent aus einem Basisanteil und zu 40 Prozent aus einem leistungsorientierten Anteil, der sogenannten „Innsatsstyrkt finansiering“ (ISF).⁶ Letztere ist die wichtigste tätigkeitsbezogene Finanzierung für stationäre Behandlungen, ambulante Chirurgie und einige tagesklinische Behandlungen in Krankenhäusern. Poliklinische Behandlungen werden durch die Selbstbeteiligung des Patienten mitgetragen.⁷ Die nichtsomatische fachärztliche Versorgung wird über ein separates öffentliches Budget finanziert.

Die Finanzierung der kommunalen Leistungserbringer wie der Akutambulanz, der ambulanten Krankenpflege oder auch der privat praktizierenden Hausärzte wird durch die Gemeinden sichergestellt. Der Festanteil, den die Gemeinden vom Gesundheitsministerium erhalten, ist anhand unterschiedlicher Faktoren gewichtet. Eine gerechte Verteilung der Mittel und ein Ausgleich lokaler Unterschiede sollen somit gewährleistet werden. Patienten kommen anteilig für die erbrachten Leistungen auf, wohingegen Gesundheitsleistungen wie beispielsweise die ambulante Krankenpflege frei von Selbstbeteiligungszuschüssen sind. Privat praktizierende Hausärzte erhalten ein Basisfestgehalt von der Gemeinde. Dieser Anteil macht 30 Prozent des Gesamteinkommens aus. Das übrige Einkommen erzielen Hausärzte durch Patientenselbstbehalte und Einzelleistungsvergütungen.

Kommerzielle Versorgungsinstitutionen werden von den Patienten privat finanziert. Private Krankenversicherungen wie in Deutschland gibt es

Abbildung 11

Gesundheitspolitische Fakten

Quelle: OECD Health Statistics 2014

	Norwegen		Deutschland	
	2014	2009	2014	2009
Bevölkerung (in Millionen)	5,1	–	80,8	–
Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)	81,5	81,0	81,0	80,3
Ärztendichte (pro 1.000 Einwohner)	4,2	4,1	4,0	3,6
Ärzt konsultationen pro Jahr (pro Einwohner)	4,4	4,0	9,7	9,2
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	4,5	4,6	9,2	9,7
Krankenhausbetten (pro 1.000 Einwohner)	4,0	4,5	8,3	8,2
Ausgaben für das Gesundheitswesen (in Prozent vom Brutto sozialprodukt)	9,2	9,1	11,1	11,1
Ausgaben aus öffentlichen Quellen an Gesundheitsausgaben total (in Prozent)	85,2	84,4	76,6	75,8
Selbstbeteiligung (OOP) an Gesundheitsausgaben	15,3	14,4	13,5	13,9

nicht. Neben der gesetzlichen Pflichtversicherung können Bürgerinnen und Bürger jedoch private Zusatzversicherungen abschließen, die beispielsweise auf das Verkürzen von Wartezeiten bei elektiven Eingriffen und Behandlungen abzielt.

Herausforderungen

Im Hinblick auf gesundheitspolitische Fakten wie Lebenserwartung, Ausgaben für das Gesundheitswesen und Anzahl der Ärzte pro Einwohner ist Norwegen bekannt als erfolgreiches Gesundheitssystem (Abbildung 11). Die immer komplexeren Herausforderungen, mit denen auch dieses System konfrontiert ist, werden hierbei gerne übersehen. Der innenpolitische Fokus richtete sich im letzten Jahrzehnt verstärkt auf die fachärztliche Versorgung im Krankenhaus. In vielen Fällen resultieren aus der staatlichen Kontrolle begrenzte Behandlungskapazitäten. Beispielsweise führt die Regelung von Facharztterminen oder elektiven Eingriffen über Wartelisten häufig zu sehr langen Karenzen. Im Bemühen, seine Gesundheitsressourcen effektiver zu verteilen, versucht Norwegen eine Reduktion der Krankenhausbetten und eine Umverteilung von stationären Patienten auf ambulante Versorgungszentren.

Der verstärkte Abbau trägt zur Abwanderung der Gesundheitsinstitutionen in Ballungsgebiete bei. Die räumlich immer konzentriertere Versorgungsstruktur erschwert insbesondere der ländlichen Bevölkerung den Zugang zu fachärztlicher Gesundheitsversorgung. Der norwegische Staat

hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte innenpolitisch sehr stark für die Entwicklung des Gesundheitssystems eingesetzt. Das Primärärztsystem wurde eingeführt, eine Reduktion der direkten Patientenvorstellungen im Krankenhaus wurde erreicht, staatliche Vertragskooperationen mit privatwirtschaftlichen Institutionen wurden eingegangen und eine „Wartezeitgarantie“ wurde gesetzlich festgelegt. Nichtsdestotrotz bleibt der Leitgedanke „gleicher Zugang für alle“ eine gesundheitspolitische Herausforderung für die Zukunft. ■

- Sæter T./Heimly V. (1996): „En kort beskrivelse av helsevesenet i Norge“. www.kith.no/upload/2154/R13-96HelsevesenetNorge.pdf, letzter Aufruf am 06.06.2015
- Norwegisches Gesundheitsministerium: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastleggestatistikk/fastleggestatistikk%20%202013%20Omtale.pdf>, letzter Aufruf am 01.06.2015
- OECD Health Statistics (2014): „Frequently Requested Data“, www.oecd.org/berlin/themen/gesundheit.htm, letzter Aufruf am 15.07.2015
- Karsch-Völk, M. et al. (2010): „Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärärztsystem aus ärztlicher Sicht“, www.online-zfa.de/media/article/2010/12/3BF5E3F0-EB9B-42E6-8582-B50747A626CC/3BF5E3F0EB9B42E68582B50747A626CC_primaerarzt-norwegen-jbr_1_original.pdf, letzter Aufruf am 15.07.2015
- European Observatory on Health Systems and Policies (2013): „Health Systems in Transition“, www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/norway-hit-2013, letzter Aufruf am 06.06.2015
- European Observatory on Health Systems and Policies: „Health Systems in Transition“, www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/norway-hit-2013, letzter Aufruf am 06.06.2015
- www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal/id534086/, letzter Aufruf am 15.07.2015



Alexandra M. Rüger
Gesundheitswirtschaft,
Consulting, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 511 8509-5372
arueger@kpmg.com

MediNetS – ein Netzwerk zur flächendeckenden Qualitätsmedizin in Sachsen

Frank Yuji Ohi, Vorstand der Elblandkliniken, Meißen, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Mit dem Medizin-Netzwerk-Sachsen, kurz genannt MediNetS, starten die Elblandkliniken Stiftung & Co. KG und das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden ein Netzwerk, um Patienten auch zukünftig ungeachtet ihres Wohnorts sicher und qualitativ hochwertig versorgen zu können. Aber was genau steckt hinter diesem Konzept? Wie wird die Qualitätssicherung gehandhabt? Und welche Voraussetzungen müssen für einen reibungslosen Ablauf erfüllt werden? KPMG hat bei Frank Yuji Ohi, Vorstand der Elblandkliniken, nachgefragt.

Was genau verbirgt sich hinter dem Konzept MediNetS? Was sind die Ziele? Und wie werden Sie diese zukünftig umsetzen?

MediNetS steht für „Medizin-Netzwerk-Sachsen“. Das ist der Name des Netzwerks, unter welchem bisher die Universitätsklinik Dresden, die Elblandkliniken sowie zukünftig Kostenträger Verträge zum Zweck der Qualitätssicherung miteinander schließen. Wesentliche Elemente dieser offenen Zusammenarbeit sind der fachliche Austausch von Experten, eine telemedizinische, spezialisierte Patientenversorgung sowie Leistungen in den Bereichen Labordiagnostik, Medikamente oder Logistik. Außerdem soll eine Vereinbarung mit den Krankenkassen hinzukommen, in der sich die Mitgliedskrankenhäuser dazu verpflichten, zusätzliche Qualitätsstandards einzuhalten. Der erste Vertrag mit der AOK ist gerade in der Finalisierung. Das Netzwerk ist aber natürlich auch für weitere sächsische Krankenhäuser und Kostenträger offen. Wie es sich dann weiterentwickelt, bleibt abzuwarten und ist zudem abhängig vom Interesse anderer Häuser und Kassen. Aus MediNetS wird sicherlich

keine Organisation werden. Vielmehr soll es Leistungserbringer und Kostenträger, durchaus auch in unterschiedlichen Konstellationen, miteinander vereinen. Dadurch zeigen wir, dass der Gedanke der Bundesregierung, nämlich in den Regionen gemeinsam Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen, gelebt wird.

Für welche Leistungserbringer ist der Einstieg in MediNetS aus betriebswirtschaftlicher Sicht sinnvoll?

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht lassen sich die Auswirkungen noch nicht genau vorhersagen. Man weiß jedoch aus der Vergangenheit, dass aufgerufene Themen aus der Gesetzgebung, die im Unternehmen selbst oder durch Externe gelöst werden mussten, oftmals zu hohen Kosten geführt haben. Darum haben wir uns gerade in Bezug auf die Qualität für einen proaktiven Ansatz entschieden. In der Darstellung von Struktur- und Behandlungsqualität wollen wir Pionierarbeit leisten. Das bedeutet betriebswirtschaftlich natürlich zunächst einen Mehraufwand. Ob dieser für jeden Leistungserbringer sinnvoll ist, muss von Fall zu Fall entschieden werden.

Aktuell stellt in der Gesundheitsversorgung in Deutschland gerade die Schnittstelle zwischen einzelnen Sektoren wie Akutbehandlung, Physio, Reha, aber auch Pflege ein großes Problem dar. Wie gehen Sie dieses Problem mit Ihrem Konzept der Vernetzung genau an?

Wir bringen den ambulanten und stationären Sektor zusammen. Mit der Universitätsklinik Dresden haben wir MediNetS gegründet. Auf diese Weise können wir Patienten an den Elblandkliniken die gleiche Struktur bieten

und es entsteht ein Austausch bei den Fachspezialisten. Ein wichtiger Punkt hierbei ist das sogenannte Monitoring in Bezug auf die Behandlungsqualität in Verbindung mit den Krankenkassen bzw. Kostenträgern: Patienten werden nach der stationären Behandlung weiterbehandelt, um die Entwicklung ihrer Krankheit empirisch und wissenschaftlich weiterzuverfolgen. Das ist vor allem im onkologischen Bereich sehr wichtig. Der Ansatz verfolgt also die Sicherstellung von Qualität sowie eine einheitliche Vorgehensweise, die primär dem Patienten zugutekommen soll.

Aus volkswirtschaftlicher sowie medizinischer Sicht klingt es durchaus sinnvoll, Patienten nicht nur akut zu behandeln, sondern ihre Krankheit mithilfe des MediNetS weiterzuverfolgen. Wie sieht es aber gerade in Bezug auf die Patientendatenspeicherung mit den rechtlichen Voraussetzungen aus?

Aus datenrechtlicher Sicht ist der Netzwerkgedanke natürlich hochbrisant. Zum Glück bestehen mit der Universitätsklinik Dresden aktuell schon Kooperationsmodelle wie zum Beispiel das Tumor-Board. Das bedeutet, dass hier bereits ein Austausch stattfinden kann. Des Weiteren muss mit dem Patienten noch vertraglich vereinbart werden, dass er zu wissenschaftlichen Zwecken „gemonitort“ wird und sich in der Nachsorge nochmals vorstellt. Der Patient muss dafür natürlich erst seine Zustimmung geben. Wie man den Patienten über diese Möglichkeit in Zukunft durch die Kostenträger informieren wird, muss allerdings noch ausgearbeitet werden.

Es existieren ja bereits einige Qualitätsinitiativen wie zum Beispiel BQS¹ und IQM². Inwieweit nutzen Sie diese für MediNetS und wo grenzen Sie sich von ihnen ab?

Zu den BQS-Daten stellen wir keinen Vergleich an, da wir zur Offenlegung dieser ja gesetzlich selbst verpflichtet sind. Bei der IQM sind wir Partner. Da unser Ziel aber nicht das Aufstellen einer zweiten Qualitätsschiene ist, werden diese bestehenden Initiativen keinesfalls durch MediNetS ersetzt. Unser Ziel ist vielmehr die Darstellung von Qualität aus Leistungserbringer-sicht in direkter vertraglicher Verbindung mit den Kostenträgern, unabhängig von den Gebilden, die es schon gibt.

Um beim Stichwort „Qualität“ zu bleiben: Wie wird die Patientenzufriedenheit in den Elblandkliniken gemessen? Gibt es bei Ihnen am Ende der Behandlung standardmäßig einen Patientenbefragungsbogen oder existiert ein Meldesystem im Falle von Beschwerden?

Die Messung der Patientenzufriedenheit ist nicht trivial. Es gibt hier ganz unterschiedliche Mittel, die abwechselnd angewendet werden sollten. Von Zeit zu Zeit kann es sinnvoll sein, die Zufriedenheit von Externen und auf eher wissenschaftliche Weise messen zu lassen. Aber auch interne Meinungskärtchen sind sehr hilfreich. Diese können sehr gut genutzt werden, um ganz gezielt Schwachstellen auszumachen oder zu hinterfragen, ob umgesetzte Projekte auch wirklich sinnvoll waren. Ein standardisiertes Abfragen ist aus meiner Sicht nicht sinnvoll, da am Ende des Tages erfasste Daten auch ausgewertet werden müssen. Daher plädiere ich dafür, die unterschiedlichen Befragungsmethoden gezielt und vor allem an interessanten Stellen wie zum Beispiel bei Umstellungen einzusetzen. Außerdem spielt beim Thema Patientenzufriedenheit insbesondere der Mitarbeiter eine wichtige Rolle: Er muss sich Gedanken um den Service machen. So muss im Falle einer Patientenbeschwerde diese aufgenommen und anschließend weitergegeben werden.

Neben der Kundenzufriedenheit sprechen Sie auf Ihrer Website noch weitere Unternehmensziele wie Innovation, Wachstum, Personalentwicklung und Wirtschaftlichkeit an. Wie bewältigt man eine so große Agenda?

Nur in Summe können die genannten Aspekte letztlich zum Erfolg führen. Die Wirtschaftlichkeit spielt natürlich eine große Rolle. Jedoch ist die Zufriedenheit nicht nur beim Patienten, sondern auch intern in der Verwaltung oder extern bei Geschäftspartnern wie Laborgesellschaften oder Essenslieferanten nicht minder wichtig. Nur die Mischung aus all den genannten Punkten, welche mal mehr und mal weniger ins Gewicht fallen, hilft uns bei der Weiterentwicklung.

Wie passen diese Ziele und damit die langfristige Steuerung des Unternehmens mit der Kurzfristigkeit heutzutage, bedingt durch Gesetzesänderungen und Geschäftsführerwechsel auch auf Seiten der Träger, zusammen?

Strategien brauchen natürlich Zeit in ihrer Umsetzung. Man sagt, eine gute Strategie benötige mindestens drei bis fünf Jahre. Das ist auch in Krankenhäusern nicht anders. Ein Wechsel in der Geschäftsführung ist eine schwierige Angelegenheit. Beständigkeit ist insbesondere für Krankenhäuser ein wichtiges Thema, da hier der Aufbau von Vertrauen auch im Hinblick auf wirtschaftliche Aspekte wie zum Beispiel Kosteneinsparungen essenziell ist. Bei einem ständigen Wechsel der Führungsspitze kann das dafür benötigte Vertrauen nicht aufgebaut werden. Außerdem sollten Krankenhäuser auch darauf achten, ihre Leistungserbringung richtig darzustellen und abzurechnen und die Kodierung dafür sauber umzusetzen. An dieser Stelle sollten sich Krankenhäuser in Zukunft noch besser aufstellen.

Noch eine Frage zum Thema Vertrauen: Im Jahr 2013 haben Sie die Geburtshilfe in Ihrem Haus geschlossen – ein Konfliktthema für viele Menschen. Haben Sie einen Tipp, wie man mit solchen unpopulären, aber oftmals notwendigen Entscheidungen umgeht?

Man sollte mit offenem Visier an die Sache herangehen und klar darlegen, warum man eine bestimmte wirtschaftliche Maßnahme vorsieht. Nicht jede Geburtshilfe mit schlechten Zahlen muss deshalb gleich schließen. Die Frage ist, ob durch die Schließung ein Versorgungsengpass in der Region entsteht. Das war bei uns nicht



Frank Yuji Ohi

Nach seinem Studium der Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Gesundheitsmanagement und Controlling blieb Frank Yuji Ohi zunächst in Heidelberg und begann als Controller im privaten Klinik-konzern SRH. Dort übernahm er auch die Verantwortung als Geschäftsführer für zwei Krankenhäuser. 2009 wechselte er zum Elblandklinikum Meißen und ist seit dem Jahr 2013 alleiniger Vorstand der Elblandkliniken Stiftung & Co. KG.

der Fall. Wir konnten nachweisen, dass es viele andere Geburtskliniken in der Region gibt. Auch gegenüber dem Gesellschafter muss dargestellt werden, welchen Effekt eine solche Maßnahme hat. Ein Tipp von mir: Mit Augenmaß an die Situation herangehen und alle Beteiligten mit ins Boot nehmen. Der Fakt, dass wir nach den negativen Ergebnissen in den letzten Jahren nun wieder auf einem positiven Weg sind – im Jahr 2014 haben wir ein positives Ergebnis von fast zwei Millionen Euro erwirtschaftet –, bestätigt unsere Entscheidung.

Letzte Frage: Sehen Sie die Zukunft für Krankenhäuser eher positiv oder negativ?

Grundsätzlich positiv, da in diesem Bereich sehr viele Menschen mit Idealismus und großer Motivation arbeiten. Ich bin mir sicher, dass wir jede Hürde nehmen, auch wenn der Weg schwierig sein wird. ▀

1 2001–2009: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, BQS; seit 2010 BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH

2 Initiative Qualitätsmedizin

Die Branche der roten Zahlen?

Eine differenzierte Betrachtung ist von zentraler Bedeutung

Immer wieder ist in der Presse zu lesen, dass laut Umfragen jedes zweite Krankenhaus in Deutschland Verluste schreibt. Untersucht man die realen Jahresabschlüsse deutscher Krankenhäuser, ergibt sich ein völlig anderes Bild.

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

Analysiert wurde, wie viele Krankenhäuser auf der Grundlage der veröffentlichten Jahresabschlüsse im aktuellen Datenjahr¹ tatsächlich Verluste erwirtschaftet haben und wie hoch die tatsächliche Umsatzrentabilität ist. Nicht betrachtet wurden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Umsatzrentabilität ist das Verhältnis des im jeweiligen Jahresabschlusses

ausgewiesenen Jahresergebnisses zu den entsprechenden Umsatzerlösen.

Von den ausgewerteten Krankenhäusern schreiben im aktuellen Datenjahr knapp 31 Prozent Verluste; 69 Prozent weisen positive Jahresergebnisse aus. Von den Krankenhäusern in privater Trägerschaft erwirtschaftet über ein Viertel Verluste, bei den Öffentlichen sind es 32 Prozent und bei den Frei-Gemeinnützigen 31,5 Prozent.

Auffällig ist der Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern: Im Westen weist mehr als jedes dritte Krankenhaus negative Jahresergebnisse aus, im Osten (einschließlich

Abbildung 12

Anteil der deutschen Krankenhäuser, die Verluste erwirtschaften

Gesamt, nach Trägerschaften und Regionen (Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG Datenbank Krankenhaus 300®, Stand September 2015

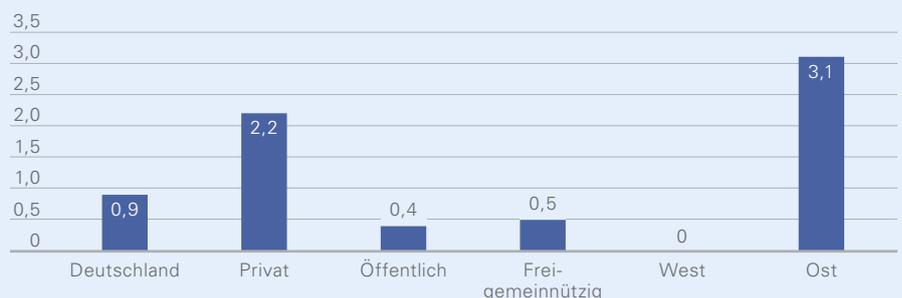


Abbildung 13

Durchschnittliche Umsatzrentabilität deutscher Krankenhäuser

Gesamt, nach Trägerschaften und Regionen (Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG Datenbank Krankenhaus 300®, Stand September 2015



Berlin) sind es nur 17,2 Prozent. (Abbildung 12, Seite 46)

Die Umsatzrentabilität im aktuellen Datenjahr beträgt über alle betrachteten deutschen Krankenhäuser im Durchschnitt 0,9 Prozent. Die privaten Krankenhäuser erwirtschaften gegenüber frei-gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern in der Tendenz eine deutlich höhere Umsatzrentabilität. Bei den privaten Krankenhäusern beträgt der Mittelwert der Umsatzrentabilität 2,2 Prozent, bei den frei-gemeinnützigen 0,5 Prozent und bei den öffentlichen 0,4 Prozent. (Abbildung 13, Seite 46)

Vergleicht man die aktuellen Werte der Umsatzrentabilität mit jenen von vor zwei Jahren², so zeigt sich eine deutliche Verschlechterung der Situation aller deutschen Krankenhäuser. Damals betrug die durchschnittliche Umsatzrentabilität 2,2 Prozent, die der privaten Krankenhäuser 4,1 Prozent, der frei-gemeinnützigen 1,8 Prozent und der öffentlichen 1,3 Prozent.

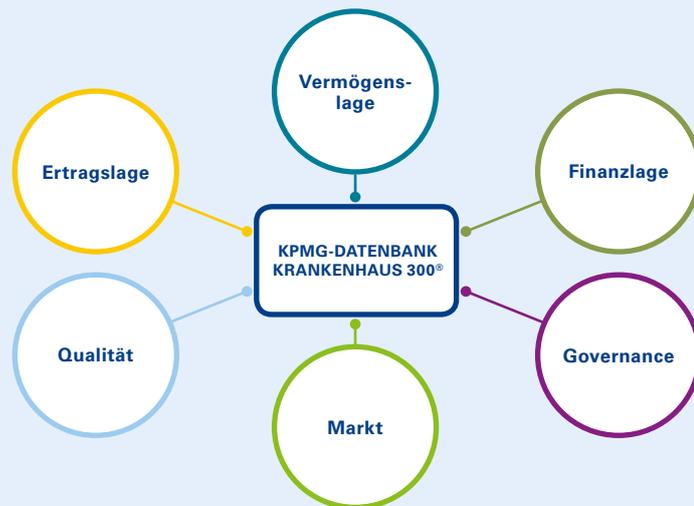
Der Ländervergleich in Bezug auf die Umsatzrentabilität offenbart im Durchschnitt der untersuchten Einrichtungen ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern: Im Osten beträgt die durchschnittliche Umsatzrentabilität 3,1 Prozent, im Westen 0 Prozent. Auch hier zeigt sich insgesamt eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zu vor zwei Jahren: Damals wurde im Osten eine Umsatzrentabilität von 4,9 Prozent erwirtschaftet und im Westen eine von 1,1 Prozent. Das ist in beiden Regionen eine Verschlechterung um mehr als einen Prozentpunkt.

Die Auswertungen wurden mithilfe der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300[®] erstellt (Abbildung 14). Entsprechend den Angaben des Statistischen Bundesamtes gibt es in Deutschland ungefähr 2.000 Krankenhäuser, von denen circa 300 in die Analyse eingegangen sind. Alle

Abbildung 14

Verknüpfung von Finanz-, Struktur- und Qualitätsdaten in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300[®]

Quelle: KPMG, 2015



verwendeten Jahresabschlussdaten stammen aus dem Bundesanzeiger. Das Bundesministerium der Justiz veröffentlicht im Bundesanzeiger sowohl die Jahresabschlüsse als auch die Konzernabschlüsse vieler Unternehmen. Diese Abschlüsse enthalten die relevanten Finanzdaten wie Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anlagenspiegel pro Geschäftsjahr. Die Daten stehen für die Öffentlichkeit frei zur Verfügung und können online abgerufen werden. ■

1 Aktuell sind im Bundesanzeiger die Jahresabschlüsse 2013 verfügbar.
2 Datenjahr 2011



Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Leiter
Gesundheitswirtschaft,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com

Neues aus dem Gesundheitswesen

GESETZE

Gesundheitsökonomische Stellungnahme zu den Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSg) auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die Bundesregierung hat mit der Vorlage des Entwurfs zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) einen wesentlichen Teil der Koalitionsvereinbarung umgesetzt. In einem fundierten Beratungsprozess haben Bund und Länder seit 2014 die Grundlagen einer qualitätsorientierten Krankenhausreform gelegt. Angesichts einer ungelösten Mengenproblematik, einer teilweise veralteten, nicht bedarfsgerechten sektorenspezifischen Notfallversorgungsstruktur und einer in manchen Bundesländern vorherrschenden retrospektiven, standortbasierten Krankenhausplanung war dies eine politische Notwendigkeit, um Fehlentwicklungen wie das zunehmend auftretende Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung zu bekämpfen.

Um die qualitätsorientierte Strukturreform der stationären Versorgung zu realisieren, werden die Ausgaben der Kostenträger für die Krankenhäuser ab 2016 sukzessive erhöht und entsprechend die Beitragszahler belastet. Finanzielle Kürzungen sind über das Gesamtsystem hinweg betrachtet nicht vorgesehen. Qualitätsstandards wie Zentrenbildung, Mindestmengen und eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung wirken ausgabensteigernd, haben aber das Potenzial, zu besseren Behandlungsergebnissen zu führen. Das gelingt aber nur, wenn die zusätzlichen Mittel zielgenau und zweckgerichtet an die richtigen Kliniken und nicht pauschal an alle Krankenhäuser verteilt werden. Ziel des Gesetzentwurfes ist nicht, Behandlungskapazitäten in toto abzubauen, sondern durch eine zielgerichtete Strukturreform an diejenigen Leistungserbringer, welche die im Gesetzentwurf geforderten Kriterien erfüllen, neu zu allokieren.

1. Ausgangslage: Status quo zur wirtschaftlichen Lage im deutschen Krankenhausmarkt

Nicht zuletzt aufgrund der gegenwärtig vorherrschenden Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft ist die finanzielle Situation für viele Krankenhäuser in Deutschland eine große Herausforderung, bei der nicht alle wirtschaftlich rentabel arbeiten können. Laut aktueller Pressemitteilung des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) schreibt ein Drittel der Krankenhäuser rote Zahlen und „neun von zehn Kliniken sind nicht mehr in der Lage, die für eine sichere Zukunft notwendigen Überschüsse zu erwirtschaften“¹. Andere wissenschaftliche Untersuchungen beschreiben die aktuelle Lage ähnlich. Laut dem Krankenhaus Rating Report erwirtschafteten auch 30 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2013 auf Konzernebene einen Jahresverlust. Bei näherem Hinschauen zeigt sich jedoch ein differenziertes Bild. Einigen Krankenhäusern gelingt es, etwa durch Spezialisierung oder die Integration in einen Klinikverbund, wirtschaftlich besser dazustehen. Eine aktuelle Untersuchung der Ergebniskennzahlen deutscher Krankenhäuser durch die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft bestätigt das. Hierzu wurden mithilfe der repräsentativen KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® die Jahresabschlüsse von rund 300 Krankenhäusern ausgewertet.²

2. Notwendige Strukturreformen

Für die wirtschaftlich schlechte Lage einiger Krankenhäuser ist zumindest teilweise die in vielen Regionen ungünstige Versorgungsstruktur verantwortlich zu machen (zu viele

kleine Einheiten, zu hohe Krankenhausedichte, zu wenig Spezialisierung). Hinzu kommt die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder – mit einer jährlichen Lücke in Höhe von rund 3 Milliarden Euro³ und einer kumulierten Investitionslücke zwischen 25 und 50 Milliarden Euro⁴. Neben der finanziell schlechten Lage vieler Krankenhäuser kommt vielfach eine – teilweise strukturell bedingte – Personalnot hinzu, da es bereits heute an medizinischen und pflegerischen Fachkräften für die Gesamtzahl der Krankenhäuser mangelt. Dies wird sich in Zukunft weiter verstärken.⁵ Zusätzlich führt die Alterung der Gesellschaft zu einem steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und einer zunehmenden Anzahl an Krankenhauspatienten, deren Nachfrage sich auch aufgrund der von (Sub-)Urbanisierung geprägten Binnenmigration lokal verändert (sogenannter geodemografischer Wandel). Bei gleichzeitig sinkender Bevölkerungszahl könnten sich die Rekrutierung von qualifiziertem Fachpersonal und perspektivisch auch die Finanzierung des Bedarfs schwieriger gestalten.

3. Gesundheitsökonomische Bewertung des KHSg: Wichtige Strukturreform statt Spargesetz

Die angemessene flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, das dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 I GG) entspringt. In dem Sinne muss für die Bereitstellung von Krankenhausleistungen die Bedarfsgerechtigkeit das entscheidende Kriterium sein und somit in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf

der Versicherten bzw. der Bürger entsprechen⁶. In dieser Hinsicht geht das KHSG in die richtige Richtung, da mit ihm ein qualitätsorientierter Umstrukturierungsprozess der Krankenhauslandschaft in Gang gebracht wird. Viele Details der Umsetzung sind allerdings noch unklar, da das Gesetz die Konkretisierung einer Reihe an Maßnahmen an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Selbstverwaltungspartner überträgt. Auch können die Länder in vielen relevanten Aspekten Abweichendes vereinbaren, was zu einer weiteren Heterogenität der Versorgungslandschaft führen kann. Ein qualitätsorientierter Wettbewerb der Krankenhäuser bei Elektivpatienten, bei gleichzeitiger Sicherstellung einer erreichbarkeitsorientierten, qualitativ hochwertigen Notfallversorgung, ist wünschenswert und wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unter anderem durch finanzielle Vorgaben gefördert. Dies geschieht nicht nur durch den neu zu schaffenden Strukturfonds, dessen Wirksamkeit auch von der Mittelbereitstellung der Länder abhängig sein wird, sondern auch durch qualitätsabhängige Zu- und Abschläge bei der Vergütung.

Insgesamt weist das KHSG in seiner aktuellen Entwurfsvorlage aus gesundheitsökonomischer Sicht zwar noch einzelne Schwachpunkte in der Umsetzbarkeit und Anreizwirkung für die Krankenhäuser auf. Es ist entgegen der vehementen Kritik aber kein beabsichtigtes Spardiktat für die Krankenhäuser. Vielmehr werden durch das KHSG nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit insgesamt bis zum Jahr 2020 rund 6,2 Milliarden Euro an zusätzlichen Mitteln⁷ für den dringend notwendigen Reformbedarf des deutschen Krankenhausmarkts bereitgestellt.

Diese zusätzlichen Mittel stehen perspektivisch den Krankenhäusern zielgerichtet, kriterienbasiert und zweckgebunden zur Verfügung,

um diejenigen Krankenhäuser finanziell zu belohnen, die die Anforderungen erfüllen. Dass aus einem Prozess der strukturellen Anpassung der Krankenhauslandschaft an die zukünftigen Herausforderungen nicht alle Krankenhäuser als wirtschaftliche Gewinner hervorgehen werden, ist leider unabdingbar. Dies kann dazu führen, dass einzelne medizinische Abteilungen, Leistungsbereiche oder Häuser bei unzureichendem Leistungsniveau und Unterschreitung der Mindestanforderungen sowie zunehmender Unterfinanzierung ihre Strukturen und Kapazitäten anpassen müssen oder im Extremfall aus dem Markt ausscheiden werden. Ziel ist nicht, Behandlungskapazitäten in toto abzubauen, sondern an diejenigen Leistungserbringer, welche die geforderten Kriterien erfüllen, neu zu allokkieren. Wichtig ist aber dabei, dass dies für die im KHSG angestrebte gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in Deutschland keinen Nachteil bedeutet. Denn der Abbau von ineffizienten, nicht bedarfsgerechten und qualitativ unzureichenden Versorgungsüberangeboten ist nicht nur aus gesundheitsökonomischer Sicht durchaus wünschenswert. Im Sinne der Bürgerinnen und Bürger (sprich Beitragszahler wie Patienten) muss erklärtes Ziel aller Beteiligten sein, unsere exzellente Krankenhausversorgung rechtzeitig an die Bedürfnisse und Herausforderungen der Zukunft anzupassen, die sich aufgrund vielfältiger exogener Einflussfaktoren ergeben, ganz nach dem Motto von Heraklit von Ephesos (circa 540 bis 480 vor Christus): „Nichts ist so beständig wie der Wandel.“

Die **ausführliche Fassung der Stellungnahme** ist online abrufbar. ■

- 1 Pressemitteilung des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), 2015
- 2 Alle in der Untersuchung verwendeten Jahresabschlussdaten von rund 300 Krankenhäusern (Zusammensetzung repräsentativ bezüglich ihrer Trägerschaft) stammen aus dem vom Bundesministerium der Justiz veröffentlichten Bundesanzeiger. Sowohl die Jahresabschlüsse als auch die Konzernabschlüsse enthalten die relevanten Finanzdaten wie Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anlagenspiegel pro Geschäftsjahr. Die Daten stehen für die Öffentlichkeit frei zur Verfügung und können online abgerufen werden. Aktuell sind im Bundesanzeiger die Jahresabschlüsse 2013 verfügbar.
- 3 Augurzyk, B./Krolow, S./Hentscher, C./Pilny, A./Schmidt, Ch. M.: Krankenhaus Rating Report 2015. Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür?, Heidelberg 2015
- 4 Penter, V./Arnold, C./Friedrich, S./Eichhorst, S.: Zukunft Deutsches Krankenhaus 2020 – Thesen, Analysen, Potenziale, Kulmbach 2014
- 5 Penter, V./Augurzyk, B.: Gesundheitswesen für Praktiker – System, Akteure, Perspektiven, Wiesbaden 2014
- 6 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014
- 7 Gesetzentwurf, Bundestagsdrucksache 18/5372, Seite 40



Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Leiter
Gesundheitswirtschaft,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com



Prof. Dr. rer. pol.
Andreas Beivers
Studiendekan, Hochschule Fresenius für
Management, Wirtschaft
und Medien GmbH
T +49 89 2000373-46
beivers@hs-fresenius.de

STEUERN

Steueränderungsgesetz 2015 – Auswirkungen unter anderem auf Übertragung von Grundbesitz im Gesundheitsbereich

Sachverhalt

Die Grunderwerbsteuerliche Bemessungsgrundlage bemisst sich im Regelfall nach der Gegenleistung. In bestimmten Ausnahmefällen kommt jedoch eine Ersatzbemessungsgrundlage zur Anwendung. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seinen Urteilen mit Aktenzeichen 1 BvL 13/11 und 1 BvL 14/11 die Regelung über die Ersatzbemessungsgrundlage im Grunderwerbsteuerrecht (§ 8 Abs. 2 GrEStG in Verbindung mit §§ 138 ff. BewG) für verfassungswidrig erklärt.

Das Gericht begründet dies damit, dass die Anwendung der Ersatzbemessungsgrundlage zu Ergebnissen führt, die erheblich vom gemeinen Wert abweichen und somit nicht dem grundgesetzlich verankerten Gleichheitsgrundsatz entsprechen. Es hat dem Gesetzgeber auferlegt, rückwirkend zum 1. Januar 2009 eine Neuregelung hinsichtlich der Grundbesitzbewertung für Grunderwerbsteuerliche Zwecke anhand der Ersatzbemessungsgrundlage zu treffen.

Gesetzliche Neuregelung

Den oben dargestellten gerichtlichen Vorgaben hat der Gesetzgeber nunmehr mit Verkündung des Steueränderungsgesetzes 2015 (vormals Gesetz zur Umsetzung der Protokollerklärung zum Zollkodex-Anpassungsgesetz) am 5. November 2015 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I 2015, S. 1834) entsprochen.

Im Rahmen dieses Gesetzes wird § 8 Abs. 2 Grunderwerbsteuergesetz (GrEStG) in dem Sinne neu gefasst, dass nunmehr zur Bewertung auf das Vergleichs-, Ertrags- oder Sachwertverfahren (§ 176 ff. BewG) abzustellen ist. Damit soll eine Annäherung der als Ersatzbemessungsgrundlage ermittelten Werte an den gemeinen Wert erreicht werden.

Die Neuregelungen sind rückwirkend auf alle Erwerbsvorgänge anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2008 verwirklicht werden (§ 23 Abs. 14 Satz 1 GrEStG). Einer rückwirkenden Anwendung der Neuregelungen kann allerdings verfahrensrechtlich § 176 AO

entgegenstehen, der das Vertrauen des Steuerpflichtigen in die Gültigkeit einer Rechtsnorm schützt und es verbietet, dass Steuerfestsetzungen zuungunsten des Steuerpflichtigen geändert oder aufgehoben werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll eine rückwirkende Anwendung daher nur in folgenden Fällen möglich sein:

- Es liegt noch überhaupt keine Steuerfestsetzung oder gesonderte Feststellung vor.
- Eine erstmalige Steuerfestsetzung oder erstmalige gesonderte Feststellung wurde mit Einspruch angefochten und es ist noch keine Unanfechtbarkeit eingetreten.
- Eine bereits vorgenommene erstmalige Steuerfestsetzung oder erstmalige gesonderte Feststellung wurde gerichtlich angefochten und es ist noch keine Unanfechtbarkeit eingetreten.

Auswirkung auf Krankenhäuser und Kliniken

Auf Krankenhäuser und Kliniken kann die Gesetzesänderung dann Auswirkungen haben, wenn sondergenutzte Grundstücke/Gebäude zum Beispiel

- im Rahmen von Umwandlungen oder Einbringungen,
- unentgeltlich oder zu einem symbolischen Kaufpreis oder
- auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage übertragen wurden bzw. übertragen werden sollen.

In diesen Fällen war bisher die einschlägige Ersatzbemessungsgrundlage in der Regel niedriger als der gemeine Wert, da diese Ersatzbemessungsgrundlage aus der Summe von

- dem um 30 Prozent geminderten Bodenrichtwert und
- dem Steuerbilanzwert des Gebäudes (in der Regel handelsbilanzieller Wert abzüglich des fortgeschriebenen Sonderpostens aus Fördermitteln nach KHG)

gebildet wurde.

Für sondergenutzte Grundstücke/Gebäude ist nunmehr (gegebenenfalls rückwirkend) das Sachwertverfahren

als Bemessungsgrundlage anzuwenden. In der Regel dürfte davon auszugehen sein, dass der zu ermittelnde Wert höher als die frühere Ersatzbemessungsgrundlage sein wird.

Folgen für die Praxis

Wir raten dringend, sofern ab 2009 entsprechende Übertragungen stattgefunden haben, mit dem steuerlichen Berater Kontakt aufzunehmen und mögliche Handlungsoptionen abzuwägen, um Vertrauensschutz zu erreichen und somit sicherzustellen, dass die alten, in der Regel günstigeren Regelungen Anwendung finden. Für künftige Übertragungen sollte die Gesetzesänderung ebenfalls berücksichtigt und mit dem steuerlichen Berater sollten mögliche Gestaltungsoptionen abgestimmt werden. ■



Dr. Thorsten Helm
Partner, Gesundheitswirtschaft, Tax,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 621 4267-427
thelm@kpmg.com



Eike Senz
Senior Manager, Gesundheitswirtschaft, Tax,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 711 9060-41687
esenz@kpmg.com



Arne Hildebrandt
Senior Manager, Gesundheitswirtschaft, Tax,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 69 9587-4350
ahildebrandt@kpmg.com

Service

VERANSTALTUNGEN MIT KPMG-BETEILIGUNG

17. Münchner Klinik Seminar – Verpatzte Klinikreform? Worauf es jetzt ankommt!

18./19. Februar 2016, München

Das Münchner Klinik Seminar ist eine Informationsveranstaltung von führenden Klinikern und Entscheidern in der Gesundheitswirtschaft für das Topmanagement der Health Care-Industrie. Manager, Mediziner und Apotheker sowie Krankenkassen- und Regierungsvertreter berichten über aktuell anstehende Herausforderungen wie auch über erfolgreiche Problemlösungen im Klinikmarkt. Als Schwerpunkte sind vorgesehen: das Krankenhausstrukturgesetz inklusive für notwendig erachteter Ergänzungen, die Krankenhausapotheke mit Themen wie Arzneimitteltherapiesicherheit, Fälschungen, Lieferunfähigkeit der Industrie, Update des Klinikeinkaufs 2016 und Perspektive 2022 mit Beiträgen von Beschaffungs- und Einkaufsgemeinschaften und einem großen Zentraleinkauf. Prof. Dr. Volker Pentler, Head of Health Care bei KPMG, wird zum Thema „Das Krankenhausstrukturgesetz aus Sicht der Gesundheitswirtschaft“ einen Vortrag halten.

Sozialwirtschaftliche Managementtagung 2016 – Herausforderungen und Perspektiven der Sozialwirtschaft

02. März 2016, Mainz

Seit zwei Jahrzehnten beleuchtet die Sozialwirtschaftliche Managementtagung ausgesuchte Fragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Zentrale Aspekte der alltäglichen Arbeit der Einrichtungen sowie deren Träger werden kritisch betrachtet. Expertinnen und Experten diskutieren die komplexen betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Themen dieses Jahres – und stehen während der gesamten Veranstaltung Rede und Antwort. Vorträge, Diskussionsrunden und Workshops bilden die Informationsgrundlage für Gespräche zum Umgang mit den Herausforderungen und Perspektiven der Sozialwirtschaft. Dr. Bernd Siefert, Partner, KPMG, hält zum Thema „Moderate Steuerung sozialwirtschaftlicher Komplexunternehmen“ einen Vortrag.

Weitere Informationen zu den genannten Veranstaltungen:
Clara Kozak
T +49 89 9282-1319
ckozak@kpmg.com

PUBLIKATIONEN

Jetzt im Handel: Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen

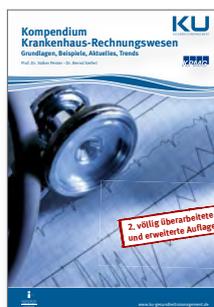
Prof. Dr. Volker Pentler, Dr. Bernd Siefert,
2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Kulmbach 2015,
ISBN 978-3-944002-92-7

Das erstmals im Jahr 2010 erschienene Fachbuch Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen liegt in der zweiten, vollständig überarbeiteten, aktualisierten und erweiterten Auflage vor. Darin stellen die Herausgeber, Prof. Dr. Volker Pentler und Dr. Bernd Siefert, beide in leitender Funktion im Bereich Gesundheitswirtschaft bei der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, erneut aktuelle und praxisnahe Informationen zu den Besonderheiten der externen Rechnungslegung im Krankenhaus in den Mittelpunkt.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage im Jahr 2010 ist in der deutschen Krankenhauslandschaft einiges passiert. Stichworte sind Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), Investitionspauschalen, alternative Finanzierungsquellen und mehr. Bei vielen dieser Themen geht es auch um Rechnungslegung. Jede Veränderung des Finanzierungssystems erfordert eine Anpassung von Rechnungslegungsroutinen.

Immer komplizierter werdende rechtliche Voraussetzungen fordern das Rechnungswesen enorm. Abschlüsse sollen immer schneller erstellt, geprüft und veröffentlicht werden. Ganz neue Einrichtungen interessieren sich für Krankenhausabschlüsse, darunter zum Beispiel Banken und Private Equity-Gesellschaften.

In der zweiten Auflage des Buches Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen werden neben einer Aktualisierung aller Inhalte der ersten Auflage wichtige neue Themen adressiert. Genannt seien die zusätzlich eingefügten Kapitel Bilanzpolitik und Bilanzanalyse, Aufsichtsrat im Krankenhaus, Krisenmanagement und Krisenkommunikation, Ziele und Grundlagen des Beihilferechts sowie die deutlich erweiterten Ausführungen zu Risiko- und Compliance Management, Interner Revision und Drittmittelförderung.



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.

Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin

Redaktion



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



Clara Kozak
Sector Manager, Gesundheitswirtschaft
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

ISSN (Print) 2364-3145
ISSN (Online) 2364-3153

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. Die Ansichten und Meinungen in Gastbeiträgen sind die des Interviewten bzw. Verfassers und entsprechen nicht unbedingt den Ansichten und Meinungen von KPMG in Deutschland.

© 2015 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.