

Interview mit Dr. Doris Pfeiffer,
Vorstandsvorsitzende des
GKV-Spitzenverbands, zur GKV
zwischen Gesellschaft und Politik
Seite 18

Ausgabe 2/2013

Heft 20, 6. Jahrgang

Schwerpunktthema:
Wie groß ist das Risiko, wenn kein Eisberg in Sicht ist?

Wenn Krankenhäuser von Krisen überrascht werden

Nicht selten kommt es in Krankenhäusern zu unvorhergesehenen Ereignissen und Zwischenfällen und so mancher Pressebericht lässt ein Krankenhaus wie einen Krisenherd aussehen. Im Schwerpunkt dieser Ausgabe beschäftigen wir uns mit der Frage, ob Krankenhäuser besonders krisenanfällig sind und worin sich Medizin und Luftfahrt unterscheiden. In interessanten Interviews sprechen wir mit der SPIEGEL-ONLINE-Redaktion und dem Leiter der Flugsicherheitsforschung des Lufthansa-Konzerns und wollen wissen, was Krankenhäuser in Krisensituationen besser machen können oder besser lassen sollten.

Schwerpunktartikel und Interviews, Seite 4 bis 13

GASTBEITRAG

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer,
Direktor des Max-Planck-Instituts
für Bildungsforschung in Berlin,
zu Risikokompetenz im Krankenhaus 2

KRANKENHAUS

Vom Haftpflichtdilemma zum
Schadensmanagement 14
Krankenhaus-Management-
nachwuchs – unbekannte Wesen? 16

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Die gesetzliche Krankenversicherung
im Spannungsfeld gesellschaftlicher
Veränderungen und politischer
Ambitionen 18

REHABILITATION

Erfolgreiches Wachstum im
Reha-Markt 20
Werbung in der Physiotherapie 23
Einführung des neuen Psych-
Entgeltsystems 24

LIFE SCIENCES

Herausforderungen und Chancen
im Pharma-Mittelstand 26
Digitale Medizin ersetzt nicht den
direkten Kontakt zwischen Arzt
und Patient 28

PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Moderne Karrierekonzepte
in der Pflege 29
Wirkungsorientierte Steuerung für
Pflegeeinrichtungen 30

INTERNATIONALES

Das Gesundheitssystem von
Griechenland 32

NACHGEFRAGT

Sind unsere Forschungs-
einrichtungen international
wettbewerbsfähig? 34

BENCHMARKING

Kennzahlen vorgestellt:
Datum des Jahresabschlusses 36

NACHRICHTEN

Rechtliches
Honorarkräfte im Krankenhaus 38
Veranstaltungen 39

SERVICE

Fachbeiträge 42
Publikationen 42

EDITORIAL

**Ein Krankenhaus –
ein Krisenherd?**

Liebe Leserinnen, liebe Leser,
fühlen Sie sich sicher? Viele oder
wohl die meisten von Ihnen werden
jetzt antworten: Es kommt darauf
an. Es gibt Menschen unter uns, die
steigen lieber in ein Flugzeug als auf
eine Fähre oder auf ein Kreuzfahrtschiff.
Andere wiederum meiden das
Fahrrad; zu gefährlich. Wir wollen
sicher sein, dass uns nichts schaden
kann – weder finanziell oder beruflich
noch gesundheitlich. Und weil jedem
Menschen die Gesundheit und vor
allem das Leben das Wichtigste ist,
befindet sich die Medizin in einem
dauerhaft sensiblen Fahrwasser und
wird das eine oder andere Mal von
einer handfesten Krise erschüttert.
Darüber berichten wir in unserem
Schwerpunkt.

Wir haben für Sie in dieser Ausgabe,
die erstmals 44 Seiten umfasst,
wieder viele weitere interessante
Themen zusammengestellt – geballtes
Wissen rund um die Gesundheits-
wirtschaft. Ich wünsche Ihnen auch
im Namen aller Autoren und Interview-
partner viel Freude beim Lesen der
aktuellen Ausgabe.

Mit besten Grüßen

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

Risikokompetenz im Krankenhaus – die Medizin steht sich selbst im Weg!

Gastbeitrag von Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Geschäftsführender Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin und Direktor des Harding Zentrums für Risikokompetenz in Berlin

Erinnern Sie sich an den Vulkan- ausbruch auf Island mit seiner Aschewolke? Die Immobilien- krise? Was ist mit dem Rinderwahn- sinn? Jede neue Krise macht uns Sorge, bis wir sie vergessen und uns wegen der nächsten sorgen. Viele von uns saßen in überfüllten Flughäfen fest, sahen sich durch wertlos gewor- dene Pensionsfonds ruiniert oder hatten Angst davor, sich ein saftiges Steak schmecken zu lassen. Wenn etwas schiefgeht, erzählt man uns, künftige Krisen ließen sich durch bes- sere Technik, mehr Gesetze oder auf- wendigere Bürokratie verhindern. Wie können wir uns vor der nächsten Finanzkrise schützen? Strengere Vor- schriften, kleinere Banken und bessere Berater? Wie können wir uns vor der Bedrohung durch den Terrorismus schützen? Größeres Polizeiaufgebot, Ganzkörperscanner, weitere Ein- schränkungen der individuellen Frei- heit? Was können wir gegen die Kos- tenexplosion im Gesundheitswesen tun? Steuererhöhungen, Rationalisie- rung, bessere Genmarker?

Ein Punkt fehlt auf dieser Liste: der risikokompetente Bürger. Das hat einen Grund. Menschen sind fehlbar: faul, dumm, gierig und schwach, verkündete ein Artikel im *The Economist*. Es heißt darin, wir seien irrationale Sklaven unserer Marotten und Begier- den, süchtig nach Sex, Nikotin und elektrischen Spielzeugen. 20-Jährige kleben beim Autofahren an ihren Han- dys, ohne sich klarzumachen, dass sie damit ihre Reaktionszeit auf die eines 70-Jährigen verlangsamen.

Das Problem ist nicht einfach indi- viduelle Dummheit, sondern das Phänomen einer risikoinkompeten- ten Gesellschaft. Risikointelligenz ist eine Grundvoraussetzung, um sich in einer modernen technologischen Gesellschaft zurechtzufinden. Die halsbrecherische Geschwindigkeit der technischen Entwicklung wird die Risikointelligenz im 21. Jahrhundert so

unentbehrlich machen, wie es Lesen und Schreiben in früheren Jahrhunder- ten waren. Ohne sie setzen Sie Ihre Gesundheit und Ihr Geld aufs Spiel oder steigern sich möglicherweise in unrealistische Ängste und Hoffnun- gen hinein. Doch man wird in Schu- len, juristischen und medizinischen Fakultäten und auch sonst vergebens danach suchen. Infolgedessen sind die meisten von uns risikoinkompetent.

Ohne die Bereitschaft, Risiken einzugehen, gäbe es keine Innovati- on mehr, würden Spaß und Mut der Vergangenheit angehören. Risikokom- petent zu sein heißt auch nicht, sich in einen tollkühnen Draufgänger oder Basejumper zu verwandeln, der die Möglichkeit, auf die Nase zu fallen, ausblendet. Ohne ein zuträgliches Maß an Vorsicht gäbe es die Mensch- heit schon lange nicht mehr. Man könnte meinen: Wozu die Mühe, da man sich doch an Fachleute wenden kann? Aber so einfach ist das nicht. Weil die bittere Erfahrung lehrt, dass Expertenrat gefährlich sein kann. Viele Ärzte, Finanzberater und andere Risikoexperten sind selbst nicht in der Lage, Risiken richtig einzuschätzen oder sie anderen verständlich zu ma- chen. Schlimmer noch, nicht wenige befinden sich in Interessenkonflikten oder haben Angst vor rechtlichen Kon- sequenzen, sodass sie ihren Patienten oder Klienten Ratschläge erteilen, die sie ihren eigenen Angehörigen nie geben würden. Sie haben keine Wahl, Sie müssen selbst denken.

Die Risikoscheu ist eng mit der Angst vor Fehlern verknüpft. Wenn Sie im mittleren Management eines Un- ternehmens beschäftigt sind, kreist ihr Leben vermutlich um die Angst, etwas falsch zu machen und dafür gerügt zu werden. Ein solches Klima ist nicht innovationsfreudig, denn Originalität setzt voraus, dass man auf dem Weg dorthin Risiken eingeht und Fehler macht.

Berufe, Unternehmen und Gruppen von Individuen haben Fehlerkulturen. Zwei Beispiele für Berufsgruppen mit gegensätzlichen Fehlerkulturen sind die zivile Luftfahrt und die Medizin. Die Lufthansa und andere internati- onale Fluggesellschaften zeichnen sich durch eine weitgehend positive Fehlerkultur aus, was einer der Gründe dafür ist, dass das Fliegen so sicher geworden ist. Sie machen Fehler transparent, ermutigen zu guten Fehlern und lernen aus schlechten, um eine sicherere Lebenswelt zu schaffen. Sicherheitsmaßnahmen sind ein Aspekt einer Fehlerkultur, das Informieren über tatsächliche Fehler ein anderer. Schwerwiegende Fehler werden von denen berichtet, die sie begangen haben, und von einer Son- dergruppe dokumentiert, die mit den Piloten spricht und die Informationen an die ganze Gemeinschaft weitergibt. Das ermöglicht den Piloten, aus den Fehlern anderer zu lernen. Obwohl der Sicherheitsstandard bereits außer- ordentlich hoch ist, werden ständig Anstrengungen unternommen, die Unfallzahlen weiter zu senken.

In Krankenhäusern gibt es nichts, was auch nur fern an diese Maßnah- men erinnert. Die Fehlerkultur in der Medizin ist überwiegend negativ; institutionalisierte Berichtssysteme zu kritischen Zwischenfällen sind selten. Angesichts drohender Schadenersatz- prozesse ist die Medizin vorwiegend defensiv: Ärzte sehen Patienten als potenzielle Kläger, und Fehler werden in folgedessen oft verheimlicht. Auf nationaler Ebene gibt es kaum syste- matische Auswertungen von Fehlern, anhand derer man lernen könnte – wie in der Luftfahrt. Daher ist die Patien- tensicherheit in Krankenhäusern – an- ders als die Sicherheit der Passagiere in Flugzeugen – ein großes Problem.

Laut WHO-Bericht erleidet jeder zehnte Patient Schaden an seiner Gesundheit, während er in technisch hochgerüsteten Krankenhäusern

behandelt wird. Über die weitaus umfangreichere medizinische Versorgung außerhalb von Krankenhäusern ist wenig bekannt. Eine negative Fehlerkultur führt zu mehr Fehlern, weniger Sicherheit und geringerem Interesse an wirklichen Sicherheitsmaßnahmen. Um den Leiter des Risikomanagements einer internationalen Fluggesellschaft zu zitieren: „Hätten wir die Sicherheitskultur eines Krankenhauses, wir hätten zwei Abstürze pro Tag.“

Die Einführung von Checklisten zum Beispiel hat die Luftfahrt sicherer gemacht. Die Frage stellt sich: Warum verwenden Piloten Checklisten, aber die meisten Ärzte keine? Selbstverständlich sind die Maßnahmen, die auf den Checklisten beschrieben sind, bekannt, nichts davon ist neu; aber sie retten Menschenleben, sowohl in der Luftfahrt als auch im Krankenhaus. Sie sind kostengünstig und beanspruchen keine zusätzliche Technik. Dennoch hält sich die Begeisterung in Grenzen. Checklisten sind in Krankenhäusern nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel.

Warum werden Checklisten in jedem Cockpit, aber nicht auf jeder Intensivstation verwendet? In beiden Fällen sind es Wirtschaftsunternehmen, warum ist es dann so viel sicherer in einem Flugzeug als in einem Krankenhaus? Die Antwort ist in den unterschiedlichen Fehlerkulturen zu suchen. Erstens ist die hierarchische Struktur in Krankenhäusern kein fruchtbarer Boden für Checklisten, bei denen es unter Umständen erforderlich ist, dass eine Krankenschwester, eine weibliche Angestellte, einen Chirurgen, einen männlichen Vorgesetzten, an das Händewaschen erinnert. Zweitens betreffen die Konsequenzen im Flugzeug beide Parteien: Wenn die Passagiere bei einem Absturz sterben, teilen die Piloten ihr Schicksal; wenn Patienten sterben, ist das Leben von Ärzten nicht in Gefahr. Drittens: Wenn ein Flugzeug abstürzt, wird darüber

auf den Titelseiten berichtet und die Fluggesellschaft wird weniger gebucht werden; wenn Patienten an vermeidbaren Kunstfehlern sterben, handelt es sich um Ereignisse, über die zwar gelegentlich berichtet wird, die aber selten in die Schlagzeilen oder ins öffentliche Bewusstsein gelangen. Im Gegensatz zu einer Fluggesellschaft hat ein wirtschaftlich geführtes Krankenhaus also kaum mit finanziellen Konsequenzen zu rechnen.

Die Medizin ist zu sehr zum Geschäft geworden, dadurch ist die optimale Versorgung des Patienten in den Hintergrund gerückt. Das ist eine gefährliche Entwicklung, die die Patienten das Vertrauen in das System verlieren lässt. Die negative Fehlerkultur, in der allen der Mut zu einer Entscheidung fehlt, für die sie möglicherweise verantwortlich gemacht werden könnten, führt auch dazu, keine Entscheidungen zu treffen oder sie hinauszuzögern, um der Verantwortung aus dem Weg zu gehen. Das ist defensives Entscheiden in Reinkultur. Die Furcht vor Prozessen und Haftung hat die defensive Entscheidungsfindung zu einer Kunstform werden lassen. Es ist die moderne Kunst der Selbstverteidigung auf Kosten des Unternehmens, des Steuerzahlers oder des Patienten.

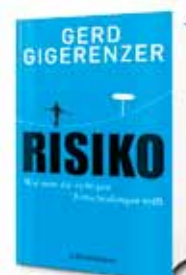
Die Medizin steht sich in vielen Bereichen selbst im Weg. Nahezu undurchdringliche hierarchische Strukturen, defensives Entscheidungsverhalten und nicht zuletzt eine überwiegend negative Fehlerkultur machen die Medizin heute so anfällig für überflüssige und teure Untersuchungen, für vermeidbare Fehler und die daraus resultierenden Haftungsfälle sowie für ein vergiftetes, aber doch so wichtiges Arzt-Patienten-Verhältnis. ■



Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Geschäftsführender Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin sowie Direktor des 2009 in Berlin gegründeten Harding Zentrums für Risikokompetenz, ist habilitierter Psychologe. Seine Forschungsschwerpunkte sind unter anderem Modelle begrenzter Rationalität, soziale Intelligenz, ökologische Rationalität, Risikoverhalten und Entscheidungstheorie. Seine Sachbücher „Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken“ (Berlin 2002) und „Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition“ (München 2007) wurden mehrfach ausgezeichnet und in 18 Sprachen übersetzt. Er trainiert amerikanische Bundesrichter und deutsche Ärzte sowie Manager in der Kunst des Entscheidens und der Risikokommunikation.

Der Gastbeitrag von Prof. Dr. Gerd Gigerenzer beruht in Auszügen auf Inhalten des aktuellen Buches „Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft“, 3. Auflage, München 2013.



Wie groß ist das Risiko, wenn kein Eisberg in Sicht ist? Wenn Krankenhäuser von Krisen überrascht werden

Ein Krebspatient wird in ein Krankenhaus eingeliefert, um ihm wegen eines Tumors den linken Lungenflügel zu entfernen. Tatsächlich operiert ihm der Oberarzt aber die rechte Seite weg. Das Vieraugenprinzip wurde nicht beachtet, Checklisten wurden nicht eingesetzt. Ein einfacher Fehler mit unwiderlichen Folgen. Der Mann stirbt ein Jahr nach der Operation. Leider kein Einzelfall: Mehr als 12.000 medizinische Behandlungsfehler werden jährlich in Deutschland nachgewiesen. Das entspricht rund sechs Behandlungsfehlern je Krankenhaus.

Autoren: Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München; Stefanie Schneuwly, KPMG AG, Zürich

Die Liste der negativen Vorkommnisse in deutschen Krankenhäusern erstreckt sich jedoch nicht nur auf Behandlungsfehler. Von Hygienevorfällen über Unschärfen bei der ambulanten Abrechnung bis hin zu grundlos sedierten Patienten, von Ärzten, die ohne Approbation tätig sind, über Kliniken, die Löhne und Gehälter nicht auszahlen können, bis hin zu ethischen Problemen spielen sich in deutschen Krankenhäusern immer wieder Vorfälle ab, die durch menschliches Fehlverhalten verursacht und durch organisatorische Maßnahmen nicht verhindert werden. Im schlimmsten Fall gelangen sie an die Öffentlichkeit. Dann wird es unangenehm, eine Krise steht vor der Tür.

Haben wir ein Problem oder schon eine Krise?

Wie lässt sich eine Krise beschreiben? Eine Krise stellt eine Situation dar, die weder geplant noch gewollt ist. Sie kann die gesamte Organisation erschüttern und ihre Überlebensfähigkeit in signifikanter Form bedrohen. Wesentliches Merkmal einer Krise ist die extreme Ambivalenz der Entwicklungsmöglichkeiten. Ein kleiner Hygienevorfall kann schnell wieder vergessen sein. Unter Umständen kann er aber auch zu einer ernst zu nehmenden Bedrohung für die Bettenauslastung und damit für die wirtschaftliche

Lage werden, wie insbesondere viele Vorfälle in den letzten Jahren gezeigt haben. Eine Krise hat ein weiteres Merkmal: Der Ausgang lässt sich nur in den wenigsten Fällen im Vorhinein abschätzen.

Das gesundheitsmediale Presseecho vermittelt den Eindruck, dass Krankenhäuser sich hauptsächlich mit Krisen konfrontiert sehen, die durch Hygienemängel, Fehlverhalten bei der Patientenbehandlung oder dolose Handlungen wie Bilanzmanipulation oder Abrechnungsbetrug verursacht werden. Krisen müssen aber nicht nur im Krankenhaus selbst ihren Ursprung haben. Externe Entwicklungen wie Pandemien, Brand oder außergewöhnliche technische Ereignisse können gleichermaßen eine beträchtliche Herausforderung für Krankenhäuser darstellen und sie in eine fundamentale Krise führen. Martin Fritz, Kommunikationsberater und Gründer der Martin Fritz Marketing Kommunikation GmbH kann aus vielen Praxisfällen berichten: „Grundsätzlich kann immer und überall etwas schiefgehen, selbst bei Anwendung aller Sorgfalt und umfangreicher Planung. Jede unternehmerische Tätigkeit ist mit einem bestimmten Maß an Risiko verbunden und kann eine Krise hervorrufen. Die Frage ist jedoch, wie man mit einer Krise umgeht, wenn sie dann tatsächlich eintritt.“

Warum gibt es immer wieder Krisen in der Gesundheitswirtschaft?

Trotzdem entsteht der Eindruck, dass gerade die Gesundheitswirtschaft besonders krisenanfällig ist. Verwunderlich ist das nicht. Mit der Bewältigung eines täglichen Patientenzustroms und -abgangs und einer schier unfassbaren Zahl an operativen oder konservativen Behandlungen tragen Gesundheitseinrichtungen täglich die Verantwortung für viele Menschenleben. Gleichermaßen ist das Gefährdungspotenzial für Menschen hoch. Menschliche Fehlentscheidungen können katastrophale Folgen haben. Tatsache ist, dass jährlich rund 40.000 Vorwürfe wegen mutmaßlicher Behandlungsfehler auf Krankenhäuser einströmen. Nicht alle Beschwerden sind dabei gerechtfertigt. Dennoch ist die Komplexität der Organisation im Krankenhaus sehr hoch. Viele Berufsgruppen müssen miteinander kommunizieren, sodass auch oft fehlgeleitete Kommunikationsströme entstehen. Darüber hinaus sind die Behandlungsprozesse häufig noch traditionell organisiert. Bestehende Hierarchien werden teilweise weitergelebt und verhindern so eine Kultur der Fehlerkommunikation.

Daneben führen Sparzwänge dazu, dass Verwaltungsprozesse wie Fehlerdokumentationen oder das Einführen von Checklisten als arbeitsverlangsamend und damit als nicht wertschöpfend gelten. Oftmals sind es aber auch gerade die einfachen Aufgaben, die große Gefahrenquellen für gravierende Fehleinschätzungen sein können, denn eine eingeschliffene Routine kann schnell in eine sorglose Nachlässigkeit münden. Viele Unglücke ließen sich mit einfachen Vorsichtsmaßnahmen, wie dem Arbeiten mit Checklisten und der Einhaltung des Vieraugenprinzips, verhindern.

Warum einige Krankenhäuser Krisen vermeiden und einige Krisen anziehen

Zur Prävention von Krisen muss sich ein Krankenhaus seiner Risiken bewusst sein und sie systematisch erfassen und auswerten. Nur so können vorausschauend Fehler und Fehlerkonsequenzen erkannt werden. Gerade aber hier besteht teilweise erheblicher Nachholbedarf. Viele deutsche Krankenhäuser betreiben ein rudimentäres Risikomanagement. Auch verfügen lediglich rund ein Drittel der deutschen Krankenhäuser über ein Berichtssystem, das Zwischenfälle sammelt und auswertet. In diesem Bereich laufen andere Länder den hiesigen Krankenhäusern deutlich den Rang ab. In den Vereinigten Staaten beispielsweise bekommen viele Krankenhäuser keinen Versicherungsschutz, wenn sie nicht nachweisen, dass sie ein Risikomanagementsystem implementiert haben. Auch tun sich

amerikanische Krankenhäuser weniger schwer, offen über Unfälle zu berichten. Der Mangel an Transparenz bei deutschen Krankenhäusern erschwert aber den Prozess, aus vergangenen Vorfällen wertvolle Maßnahmen für die zukünftige Fehlervermeidung abzuleiten.

Intransparenz wirkt sich auch negativ auf die Krisenkommunikation aus, von der zu einem wesentlichen Teil der Verlauf der Krisenbewältigung abhängt. Die zentrale Rolle der Medien wird in Krisenfällen oftmals unterschätzt. Im Zeitalter der Boulevardisierung laufen aber Krankenhäuser verstärkt Gefahr, in den Bannkreis der auf Horrormeldungen konzentrierten Presse gezogen zu werden. Soziale Medien fördern diesen Prozess, indem sie Nachrichten schnell über eine große Reichweite verteilen. Vergangene Vorfälle von krisengeplagten Krankenhäusern zeigen, dass viele von der Wucht des medialen Drucks überrascht und überfordert werden.

Erweisen sich Krankenhäuser in solchen Situationen als handlungsunfähig, können sie in eine fundamentale Notlage geraten. Vorfälle eskalieren so oftmals erst durch die Medien zu einer eigentlichen Krise. Es gibt aber auch Krankenhäuser, die den Nutzen transparenter Krisenkommunikation erkennen. Das Mainzer Uniklinikum machte jüngst vor, wie durch professionelle Krisenkommunikation Glaubwürdigkeit geschaffen und der gute Ruf bewahrt werden kann. Als verunreinigte Infusionslösungen zum Tod von drei Säuglingen führten, berichtete das Klinikum offen über die aktuelle Situation und trieb die Ursachenaufklärung stetig voran.

Was gegen Krisen unternommen werden kann

Was ist das beste Mittel gegen eine Krise? Erstens muss ein Krankenhaus präventiv vorgehen, um das Auftreten einer Krise möglichst zu vermeiden. Eine klassische Krisenvorsorge ist notwendig. Durch ein Früherkennungssystem lassen sich mögliche Krisenfelder aufdecken und abgrenzen, für die in einem weiteren Schritt aussagekräftige Krisenindikatoren beziehungsweise Toleranzgrenzen zu bestimmen sind. Auf diese Weise können Risiken frühzeitig durch entsprechende Signale identifiziert und durch das Einleiten von Gegensteuerungsmaßnahmen minimiert oder gar beseitigt werden (Abbildung 1). Gerade in diesem Bereich sollte das Krisenmanagement eng mit dem Compliance- und Risikomanagement verbunden und durch eine Wechselwirkung geprägt sein. Nur so können erkannte Risiken wirksam innerhalb des Krankenhauses an die relevanten Entscheidungsträger kommuniziert werden.

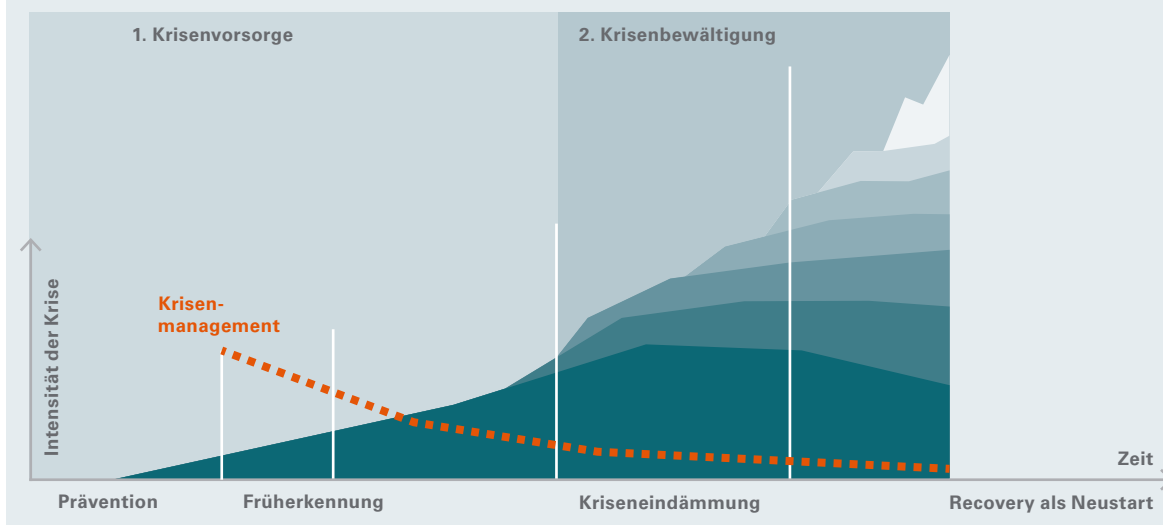
Ein funktionierendes System setzt zudem voraus, dass ausreichende



Abbildung 1

Phasen des Krisenmanagements

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Töpfer, A.: Plötzliche Unternehmenskrisen. Gefahr oder Chance? Neuwied, 1999



Überwachungsmaßnahmen implementiert sind. Neben der Früherkennung besteht das Ziel der Krisenvorsorge auch darin, Vorbereitungen für den Ernstfall zu treffen. Eine erfolgreiche Krisenvorsorge hat so die Erarbeitung eines ausgereiften Konzepts zum Inhalt: den Krisenplan. Er legt fest, wie sich das Krankenhaus im Krisenfall verhalten wird. Er regelt die Verantwortlichkeiten und die inhaltlichen Verfahren, die nach einem Kriseneintritt eingeleitet werden müssen.

Dabei spielt insbesondere der Informationsfluss in der internen und externen Kommunikation eine bedeutende Rolle. Nun verläuft aber jede Krise anders. Das breite Spektrum an möglichen Krisen erfordert einen Plan, der ausreichend differenziert ist und eine gewisse Flexibilität wahrt. Gleichzeitig muss der Krisenplan bereits wesentliche Inhalte in Standards definieren und auch soweit ausführen, dass sofort darauf zurückgegriffen werden kann. Mit der Einführung eines Krisen-

handbuchs allein ist man allerdings noch nicht für den Krisenfall gerüstet. Sind die darin vorgesehenen Abläufe und Verantwortlichkeiten nicht fest in der Praxis verankert, trägt der Krisenplan wenig zur Krisenbewältigung bei. Erfahrungen zeigen, dass ein geordnetes Vorgehen oftmals daran scheitert, dass vorab festgelegte verantwortliche Personen im Ernstfall nicht mehr in der Lage sind zu handeln. Regelmäßig stattfindende Krisenübungen helfen, Abläufe und Aufgabenteilungen zu praktizieren. Zudem ist ein stetiges Fortschreiben des Handlungsplans in der Krise unerlässlich.

Welche Maßnahmen soll ein Krankenhaus aber einleiten, wenn tatsächlich der Ernstfall gilt?

Selbst bei Anwendung aller Sorgfalt und bei umfangreicher Krisenprävention, ein gewisses Restrisiko bleibt immer. Man denke beispielsweise an eine drohende Pandemie oder eine

Überflutung, die zu flächendeckenden Stromausfällen führt. In diesem Fall muss frühzeitig auf Maßnahmen übergegangen werden, die die eigentliche Krisenbewältigung zum Inhalt haben. Die Krisenbewältigung sollte sich darauf fokussieren, organisatorische und insbesondere auch kommunikative Maßnahmen zu ergreifen, die zur schnellen und nachhaltigen Schadensbegrenzung geeignet sind. Konkret heißt das, den zuvor erarbeiteten Krisenplan zu aktivieren, ein Expertenteam zur Krisenaufklärung zu benennen und eine Taskforce zur Krisenbewältigung einzuberufen. Weiter muss ein Verantwortlicher für die Medienarbeit und für die Kommunikationsstrategie festgelegt werden. Langjährige Erfahrungen haben Martin Fritz gezeigt: „Je offener und ehrlicher ein Krankenhaus mit Missständen umgeht, desto höher ist grundsätzlich das Vertrauen, das es gegenüber Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern zu bewahren hat. Ein professionelles

Krisenmanagement sollte sich also insbesondere durch eine wohlüberlegte, transparente Kommunikationsstrategie auszeichnen, die es erlaubt, der medialen Aufmerksamkeit rasch und gezielt zu begegnen und so das Risiko einer Reputationskrise zu entschärfen.“

Während der Bewältigungsphase besteht die Schwierigkeit insbesondere darin, ausreichend Kräfte auf die Schadensbegrenzung zu konzentrieren, aber gleichzeitig das Tagesgeschäft aufrechtzuerhalten. Hier zeigt sich, dass der Umgang mit einer solchen Situation erleichtert wird, wenn im Rahmen der Krisenvorsorge bereits eine entsprechende Vorbereitung erfolgte. Ein gutes Beispiel stellt hierzu die EHEC-Krise dar, bei der zum Beispiel Kliniken, Rettungsdienst und Labore von einer Minute auf die andere eng miteinander kooperieren mussten. Durch die schnelle Aktivierung der organisationseigenen Krisenpläne wurden erst die Voraussetzungen geschaffen, mit dem Patientenansturm und den Risiken umzugehen.

Nicht zuletzt ist für ein funktionierendes Krisenmanagement – neben der Krisenprävention und der eigentlichen Krisenbewältigung – die Rückkoppelung von Bedeutung, das heißt, gemachte Erfahrungen möglichst schnell in konkrete Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Nur so können die wirklichen Ursachen der Defizite identifiziert und beseitigt und die Krisenvorsorge stetig verbessert werden. In dieser Hinsicht können Krankenhäuser von der Luftfahrtsbranche lernen, die angesichts der gleichermaßen großen Verantwortung für Menschenleben viele Gemeinsamkeiten mit der Medizin aufweist. Die Luftfahrt berichtet mit großer Offenheit und Transparenz über Vorfälle. In diesem Zusammenhang spielt die Entwicklung einer Fehlerkultur eine maßgebende

Rolle. Mitarbeiter zur Fehlermeldung zu ermutigen und ihnen gleichzeitig zuzusichern, dass sie keinerlei Nachteile zu befürchten haben, kann helfen, aus einer entstandenen Krise Nutzen zu ziehen und neuen möglichen Krisen vorzubeugen. Im Endeffekt müssen Krisen immer auch als Chancen begriffen werden. Schlussendlich geben sie neue Anstöße, das Bestehende zu überdenken und neue Impulse zu setzen.

Nicht noch mehr Verwaltungskosten – kein Geld für Krisenmanagement?

„Krankenhäuser glauben oft an die Macht ihrer Pressesprecher und PR-Manager, so sie denn vorhanden sind“, konstatiert Martin Fritz. Damit wird Krisenmanagement jedoch personenabhängig und so zum Glücksfall. Die obigen Ausführungen legen nahe, dass die Implementierung einer umfangreichen Krisenvorsorge mit Kosten verbunden ist. Ein professionelles Compliance-, Risiko- und Kommunikationsmanagement steht somit immer in Konflikt zum ökonomischen Druck. Dadurch, dass die Kosten einer Krisenvorsorge sich sofort in den Büchern niederschlagen, die Erträge aber kaum bestimmbar sind, scheuen sich viele Krankenhäuser vor solchen Investitionen. Dass sich entsprechende Investitionen zukunftsgerichtet aber durchaus lohnen, wird spätestens dann erkennbar, wenn der nächste Vorfall in einer Krise mündet. Ihre Bewältigung erfordert in der Regel ein Vielfaches der Krisenvorsorge an Aufwand (monetär und personell), ganz zu schweigen von den Folgekosten, die beispielsweise durch die Behebung von Reputationsverlusten verursacht werden können.

„Der Blick in die Praxis zeigt, dass immer mehr Krankenhäuser über ein



Martin Fritz

Martin Fritz studierte Betriebswirtschaft mit Schwerpunkt Kommunikation. Nach dem Studium war er sechs Jahre auf Agenturenseite und beim internationalen Konzern Nixdorf Computer tätig. Im Jahr 1990 gründete er seine eigene Marketingagentur, die MFMK – Martin Fritz Marketing Kommunikation GmbH, heute mit Standorten in Berlin und Karlsruhe. Seit 1995 berät und begleitet Martin Fritz Kliniken, Gesundheitszentren und -organisationen. Dafür hat die MFMK eine spezielle Form der Marktbefragung – unter Berücksichtigung von Aspekten des Neuromarketings – entwickelt. Auf dieser Grundlage entwickelt und implementiert die Agentur gesundheitsmarktspezifische Marken- und Kommunikationsstrategien.

leistungsfähiges Krisenmanagement nachdenken und bestehende Ansätze immer weiterentwickeln; so auch die Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser eG im Deutschen Städtetag, die ihrerseits ein Krisenmanagementprogramm für Ihre Mitglieder konzipiert. Damit werden aus Vorreitern Vorbilder mit Gemeinwohlverantwortung. Denn wer Sicherheit will, muss das Scheitern proben“, so Martin Fritz abschließend (Abbildung 1). ■

INTERVIEW

Mit Sicherheit Risiken vermeiden. Was haben Mediziner und Piloten gemeinsam?

Flugkapitän Manfred Müller, Leiter Flugsicherheitsforschung des Lufthansa-Konzerns und Dozent für Risikomanagement an der Hochschule Bremen, im Gespräch mit Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Medizin und Luftfahrt sind grundlegend verschiedene Branchen. Dennoch haben Mediziner und Piloten viele Gemeinsamkeiten. Die wohl bedeutendste Gemeinsamkeit ist die tägliche Verantwortung für viele Menschenleben. Welche Gemeinsamkeiten würden Sie den beiden Berufsgruppen noch zurechnen?

In beiden Berufsgruppen müssen unter Zeitdruck in einem Team komplexe Aufgaben, häufig unter Verwendung moderner Technik, gelöst werden. Beide Berufsgruppen zeichnet eine überdurchschnittliche Motivation aus. Mediziner und Flugzeugführer fühlen sich in der Regel mit ganzem Herzen ihrem Beruf verpflichtet.

Sowohl im Cockpit eines Flugzeugs als auch im OP eines Krankenhauses sind hochentwickelte Technologien nicht mehr wegzudenken. Die Entscheidungen trifft jedoch immer noch der Mensch. In manchen Fällen haben menschliche Fehlentscheidungen katastrophale Folgen. Was führt Ihrer Meinung nach dazu, dass es in routinierten Arbeitsumgebungen zu teilweise fatalen Fehleinschätzungen kommt?

Oft spielen Zeitdruck und Überlastung bei der Entstehung katastrophaler Fehler eine wichtige Rolle. Aber auch Überroutine und eine vermeintlich einfache Aufgabe können zu sorgloser Nachlässigkeit und damit gravierenden Fehlern führen. Leider schützt auch große Erfahrung nicht zwangsläufig vor groben Fehlhandlungen. Auch sehr kompetenten Spezialisten unterlaufen immer wieder triviale „Anfängerfehler“. Im Schnitt macht jeder Mensch schon in entspannter Arbeitsatmosphäre alle 30 Minuten einen Fehler. Nimmt der Stress zu, sinkt die sogenannte MTBF (Mean Time Between Failures) sogar auf unter 5 Minuten. Eine möglichst entspannte Arbeitsatmosphäre, die von gegenseitigem Wohlwollen getragen wird, hilft bei

der Fehlervermeidung. Gegenseitige Überwachung und Unterstützung in einem optimalen Hierarchiegefälle sind für die Fehlererkennung und Korrektur unverzichtbar.

In einigen Fällen scheinen es ganz banale Dinge zu sein, die im Krankenhaus falsch laufen können. Das falsche Knie operiert, die Linse im falschen Auge ersetzt oder ein hochresistenter Keim, der aufgrund mangelhafter Hygiene auftaucht. Sind solche – wenn auch nicht so häufigen – Vorfälle Resultate einer überlasteten Krankenhausbelegschaft oder einer „eingeschliffenen“ Routine?

Sowohl Überlastung als auch eingeschlossene Routine können Auslöser gefährlicher Fehlerketten sein. Die Organisation muss dafür Sorge tragen, dass auf der einen Seite die Arbeitsbelastung nicht zu groß wird (Personal-ausstattung, Dienstzeiten etc.) und auf der anderen Seite einer Überroutine durch gut konzipierte Arbeitsanweisungen (Time-out, Checklisten, Vieraugenprinzip etc.) begegnet wird.

Begünstigt der technische Fortschritt den Verlust unserer Instinkte? Verlassen wir uns zu sehr auf die Technologie?

In der Luftfahrt versuchte man über viele Jahre, der menschlichen Fehlerhaftigkeit durch einen erhöhten Automationsgrad zu begegnen. Leider hat sich die Erwartung einer automatisch erhöhten Sicherheit durch mehr Computertechnik nicht erfüllt. Häufig wurde der menschliche Fehler durch einen Softwarefehler ersetzt. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein erhöhter Automationsgrad sogar zu einem Verlust oder zu einer Beeinträchtigung der wichtigen fliegerischen Basisfertigkeiten führen kann. Mittlerweile wird in der Luftfahrt das „fliegerische Gefühl“ wieder vermehrt berücksichtigt und trainiert.

Der gesunde Menschenverstand ist, gerade bei komplexer Technik, für das Überleben in einer modernen Technikwelt unverzichtbar.

Haben wir zu wenig oder zu viel Angst Fehler zu machen?

Weder wenig noch viel Angst hilft: Kletterer nennen es den „Respekt vor dem Berg“. Im Bewusstsein der eigenen Fehlerhaftigkeit sollten im Arbeitsprozess mögliche Gefahrenquellen erkannt und in einem Sicherheitsnetz kompetenter Mitarbeiter ausgeschaltet werden. Der unerfahrene Kollege hat manchmal zu viel Angst, dann kommt unter Umständen eine Phase zu großer Sorglosigkeit durch zunehmende Routine. Sehr erfahrene Kollegen haben gegen Ende ihrer Karriere häufig das richtige Maß an „Angst vor Fehlern“ gefunden.

Der Begriff „Fehler“ impliziert grundsätzlich ja etwas wie persönliches Versagen und vernachlässigt dabei oft die Verkettung von Umständen. Mit einem Fehlermanagement versuchen große Fluggesellschaften aus vergangenen Vorfällen und Risikosituationen systematisch zu lernen. Was können die Mediziner diesbezüglich von den Piloten lernen?

Der Kern unserer Fehlerkultur ist ein Meldesystem, das sich am Beichtgeheimnis der Kirche orientiert: Wir garantieren unseren Flugzeugführern, dass sie keinerlei Nachteile zu befürchten haben, wenn sie an die Flugsicherheitsabteilung einen Fehler melden. Der Disziplinarvorgesetzte erfährt unter keinen Umständen den Namen des meldenden Piloten. Vollkommene Anonymität ist möglich, aber etliche Kollegen kommen direkt zu den Flugsicherheitspezialisten und berichten. Das persönliche Gespräch erlaubt eine detaillierte Analyse des Vorfalls. Das Fundament hierfür ist das Vertrauen der Piloten in die Flugsicherheitsabteilung. Die erhaltenen Meldungen müssen zu Verbesserungen im System führen, sonst erlischt die Meldebereitschaft.

Sie haben zum Beispiel den Begriff „Sicherheitskultur“ geprägt. Was verstehen Sie darunter? Wie sieht sie zum Beispiel in einem Krankenhaus aus?

Sicherheitskultur zeigt die Bedeutung, die Konzepte zur Risikominimierung in einer Arbeitsstruktur (zum Beispiel Fluggesellschaft oder Krankenhaus) haben. Welchen Stellenwert hat die Sicherheit der anvertrauten Menschen? Gilt auch bei ökonomischem Druck: Safety first? Haben die handelnden Personen die Strategien zur Risikominimierung verinnerlicht? Stellt die Organisation ausreichende Ressourcen hierfür zur Verfügung? (Personal, Training etc.) Werden Systemschwachstellen erfasst und konsequent behoben? Man könnte auch formulieren: Sicherheitskultur ist das, was von vollmundigen Versprechen übrig bleibt, wenn kein Außenstehender zusieht. Die erforderlichen Strategien sind häufig aufwendig und teuer. Es besteht somit immer ein Konflikt zwischen Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. Bei einer ausgeprägten Sicherheitskultur wird dieser Konflikt zugunsten einer Risikominimierung entschieden. Sicherheit kostet in der Regel (viel) Geld und ist somit käuflich!

In fast allen Krankenhäusern ist Risikomanagement ein Thema. Je nach Größe und Komplexität der Einrichtung unterscheidet sich auch die entsprechende Ausgestaltung des Risikomanagements. Welche sind die aus Ihrer Erfahrung heraus wichtigsten Punkte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen?

Alle im vorhergehenden Absatz skizzierten Bereiche sind Bestandteil des Risikomanagements. Ein Punkt ist für mich hierbei besonders wichtig. Für Fluggesellschaften mit einer guten Sicherheitskultur hat das Sicherheitsprivileg des Kapitäns eine große Bedeutung: Der Kapitän hat – laut Dienstanweisung – die Verpflichtung an erster Stelle die Sicherheit zu berücksichtigen. Er ist zum Beispiel bei seiner Betankungsentscheidung vollkommen frei und niemandem, nur der Risikominimierung, Rechenschaft schuldig. Sicherheitsrelevante, fachliche Entscheidungen müssen von ökonomischem Druck befreit werden. Selbstverständlich wird kein Flugzeugführer Geld zum Fenster hinauswerfen, aber im Zweifel hat Sicherheit oberste Priorität. Fluggesellschaften, die das Sicherheitsprivileg des Kapitäns aufweichen und ihn – teilweise unter Androhung von Sanktionen –

unter Druck setzen, möglichst ökonomisch zu fliegen, haben eine um den Faktor 10 erhöhte Unfallrate. Vor diesem Hintergrund sind die momentanen Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen kontraproduktiv. Aus dem Blickwinkel der Risikominimierung ist es unverantwortlich, dass heute im Krankenhaus der Gesundheitsökonom das Sagen hat und der Mediziner häufig kein ausgeprägtes und stressresistentes Sicherheitsprivileg mehr besitzt. Im Gegenteil: Es werden sogar Anreizsysteme etabliert, die dem Arzt persönliche Vorteile garantieren, wenn er die Ökonomie in den Vordergrund stellt. Bei dieser Strategie wird – mit sehr großer Wahrscheinlichkeit – die Patientensicherheit in den Hintergrund geraten. ■



Manfred Müller

Flugkapitän Manfred Müller ist seit 1979 bei Lufthansa und Ausbildungskapitän auf den Langstreckenflugzeugen Airbus A330 und A340. Er hat eine Ausbildung zum Flugunfalluntersucher an der University of Southern California absolviert und arbeitet seit über zwanzig Jahren in der Flugsicherheitsabteilung des Lufthansa-Konzerns. Seit vier Jahren leitet Herr Müller den Bereich Flugsicherheitsforschung. Hierbei geht es um eine quantitative Analyse und Bewertung von Flugunfallrisiken. Die aus dieser Forschung gewonnenen Erkenntnisse können auch auf Arbeitsstrukturen außerhalb der Luftfahrt angewendet werden. Manfred Müller ist außerdem als Dozent für Risikomanagement an der Hochschule Bremen tätig.

INTERVIEW

Risiken in die eigene Hand nehmen – wie wappnet man sich für den Fall der Fälle?

Stephan Leonhard, stellvertretender Vorsitzender der Konzerngeschäftsführung und CFO, und Dr. Cornelia Sufke, Leiterin Konzernbereich Versicherungen, von der Asklepios Kliniken GmbH im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Babette Brennecke, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Dresden

Nach dem populären Rückzug einiger der bisher größten Haftpflichtversicherer im Krankenhauswesen, wie zum Beispiel der Axa und der Zurich-Versicherung, war eine gewisse Verunsicherung am Markt zu spüren. Mit etwas Besorgnis schaut man nun auf die rund 250 deutschen Krankenhäuser, die nicht oder nicht mehr haftpflichtversichert sind. Wie schätzen Sie die aktuelle Situation ein? Gibt es Grund zu Beunruhigung?

Stephan Leonhard: Dass im Verlauf der vergangenen Jahre gleich mehrere Krankenhaushaftpflichtversicherer ihr Geschäft aufgegeben haben, zeigt die große Beunruhigung der Versicherungswirtschaft im Hinblick auf Heilwesenschäden. Diese Beunruhigung überträgt sich unweigerlich auf die Krankenhäuser. Der Markt für Krankenhaushaftpflicht hat sich enorm verengt. Nur weil ERGO, Allianz und R+V jetzt ihre Kapazitäten ausgeweitet haben, bleibt die grundsätzliche Problematik nicht verborgen. Wenn der bisher größte Krankenhaushaftpflichtversicherer – die Zurich – aus dem Geschäft aussteigt, geht das nicht spurlos an den Krankenhäusern vorbei. Angesichts der bekanntlich knappen Budgets sind eindeutig die Krankenhäuser die Leidtragenden, da sie mit teilweise sogar über 100 Prozent Prämienzuschlag kalkulieren müssen. Es wird sicherlich Krankenhäuser geben, die sich eine Geburtshilfe zukünftig nicht mehr leisten können. Das kann gesellschaftlich gesehen nicht erwünscht sein.

Als Hauptgrund für den Rückzug wird das gestiegene Schadensniveau in den Einrichtungen angeführt. Wie kommt es Ihrer Meinung nach zu dieser aufgeführten Entwicklung aus Sicht der Versicherer?

Ist es der Schweregrad der Schadensfälle, der im Schnitt höher geworden ist, oder ist es ein Anstieg der Fälle?

Dr. Cornelia Sufke: Das Risiko, als Patient einen Behandlungsfehler zu erleiden, hat sich im vergangenen Jahrzehnt eher zunehmend verringert. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft hat aber deutlich gemacht, dass sich der Schadenaufwand je Einzelfall pro Jahr um rund sieben Prozent verteuert hat und zukünftig weiter steigt. Die Gründe sind neben einer patientennahen Rechtsprechung auch die erhöhten Pflegekosten bei erhöhter Lebenserwartung sowie die steigenden Schadensersatzsummen für Erwerbsschäden. Angesichts des medizinischen Fortschritts stehen heute für den Patienten – zum Glück – weitaus mehr Möglichkeiten im Umgang mit den Schadenfolgen zur Verfügung, die jedoch auch finanziert werden müssen. Ein Grund für den für die Kliniken überraschend jähen Rückzug der Zurich dürfte sein, dass sie über Jahre eine aggressive Preispolitik betrieben hat, von der die Kunden sicher seinerzeit auch profitiert haben. Im Nachhinein wäre es sinnvoller gewesen, wenn die Preissteigerungen über die Jahre für die Krankenhäuser bekömmlicher gestaltet worden wären. Jetzt ist ein vollkommen verzerrtes Bild der Schadenhäufigkeit entstanden, das die Versicherer, zum Teil ungeprüft, schlicht scheuen.

Ist es vielleicht auch denkbar, dass der zunehmend mündiger werdende Patient „klagefreudiger“ geworden ist? Steckt jetzt – überspitzt gefragt – in jedem „schief gewickelten Verband“ oder in einer unsauberen Naht ein rechtliches und sogar finanzielles Risiko?

Dr. Cornelia Sufke: Richtig ist, dass nur die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe, also der vermuteten Fehlbehandlungen gestiegen ist. Zwar scheint es, dass der Patient durchaus klagefreudiger geworden ist – unterstützt durch Rechtsschutzversicherungen und begleitet von einer zunehmenden Zahl von Medizin-Fachanwälten. Die Zahl der bestätigten Behandlungsfehler hat sich im Verhältnis zu den steigenden Fallzahlen hingegen reduziert. Eine erhebliche Veränderung hat sich aber im vergangenen Jahrzehnt im Anspruchsverhalten der Kostenträger gezeigt. Zunehmend machen sowohl Kranken- und Pflegekassen als auch Rentenversicherungen Behandlungskosten und Rentenansprüche geltend, die erhebliche Schadenspositionen ausmachen. Hierin sehen wir ein deutliches Problem, da zwangsläufig die Frage gestellt werden muss, wie die zukünftige Finanzierung erfolgen soll. Die grundsätzlich erfreuliche Entwicklung der Stärkung der Patientenrechte im Rahmen des Patientenrechtegesetzes kann nicht mit einer Gratismoralität einhergehen. Die Kosten lediglich den Einrichtungen zu übertragen, reicht dabei nicht aus.

Asklepios selbst, das ist bekannt, geht mit seinem Konzernbereich Versicherungen einen eigenen Weg. Im Grunde kann man von einer Inhouse-Versicherungsabteilung sprechen. Wie kann man sich die Arbeit Ihrer Abteilung vorstellen? Wie versichert man sich selbst gegen etwaige Haftpflichtschäden?

Dr. Cornelia Sufke: Auch Asklepios ist haftpflichtversichert. Wir haben uns aber angesichts unserer Größe und damit unserer Möglichkeit der erhöhten Risikotragfähigkeit für einen höheren Selbstbehalt entschieden. Innerhalb dieses Selbstbehalts regulieren wir hausintern die Schäden selbst. Im Konzernbereich arbeiten entsprechend Rechtsanwälte, die die überwiegend außergerichtlichen Streitigkeiten übernehmen. Die direkte Nähe zur Ärzteschaft verhilft zu schnelleren Lösungen, die sowohl im Interesse unserer Kliniken als aber gerade auch im Interesse des Patienten liegen. Dem Patienten bleiben jahrelang geführte, häufig gerichtliche Auseinandersetzungen erspart, wenn er sich mit uns auf einen annehmbaren Ver-

gleich einigt. Der Vorteil ist neben den erheblich niedrigeren Kosten (externe Anwälte, Gerichtskosten durch Instanzen, Gutachter usw.) ebenfalls der unmittelbare Einfluss auf das klinische Risikomanagement. Für die Ärzte- und Pflegeschäft ist es überdies wesentlich einsichtiger, von hausinternen Juristen und Risikomanagern beraten zu werden. So verschaffen wir uns mit eigener Kompetenz eine zunehmende Unabhängigkeit vom engen Krankenhaushaftpflichtmarkt.

Mit über 45.000 Mitarbeitern ist Asklepios einer der größten Arbeitgeber in Deutschland. Der Großteil der Mitarbeiter arbeitet direkt am Menschen beziehungsweise am Patienten. Wie überblicken Sie diesen Dschungel an Risiken, aus denen potenzielle Haftpflichtschäden entstehen können? Mit welchen Mitteln versuchen Sie Haftpflichtrisiken zu minimieren und wie sensibilisieren Sie die Mitarbeiter für dieses Thema?

Stephan Leonhard: Asklepios arbeitet seit Jahren verstärkt am Ausbau des klinikweiten Risikomanagementsystems. Dabei wird die komplette Klaviatur des klinischen Risikomanagements bedient. Neben CIRS (Zwischenfallerfassung) werden direkt vor Ort interne Audits durch den Konzernbereich Qualität durchgeführt, um die Anforderungen zur Patientensicherheit zu überprüfen. Als ein Beispiel wurden daher – zunächst unterstützt durch die Gesellschaft für Risikoberatung – sämtliche unserer Gynäkologien und Geburtshilfen auditiert. Gerade diese High-Risk-Disziplin verdient es, engmaschig begleitet zu werden, um Schadenfälle, die sowohl Patienten als auch die Ärzte- und Pflegeschäft nachhaltig belasten, zu vermeiden. Transparenz wird durch die Teilnahme am Krankenhausportal Qualitätskliniken.de geschaffen, das unter anderem Kennzahlen zur Patientensicherheit und Hygiene darstellt. Auch der Konzernbereich Interne Revision trägt dazu bei, dass Risiken im Konzern frühzeitig erkannt werden und ihnen adäquat begegnet werden kann. Die Revision prüft zum Beispiel die Funktionsfähigkeit, Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit des internen Kontrollsystems (IKS) und damit die Abwicklung der Prozesse – auch der medizinischen – im Hinblick

auf Ordnungsmäßigkeit, Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und vorhandene Risiken. Die Risikoprävention ist bei Asklepios gegenüber den Mitarbeitern anschaulich transportierbar, da wir unsere Risiken selbst absichern.

Wie schätzen Sie die Zukunft im Bereich der Arzthaftpflicht ein?

Stephan Leonhard: Die heutige Situation ist ein Ergebnis anscheinend jahrelanger Fehlkalkulationen der Versicherungsbranche. Auch beim bestmöglichen Risikomanagement werden sich aber menschliche Fehler und damit tragische Schicksale nicht ganz verhindern lassen. Medizin ist ein Hochrisikobereich, das besser verstanden werden muss. Im Gegensatz zu anderen Hochrisikobranchen in der Industrie können wir unsere Risikokosten nicht auf den Preis, die Vergütung der Leistung, umlegen. Sie müssen aber angemessene Berücksichtigung finden, sodass zukünftig auch über Lösungen wie Regressverzicht der Kostenträger oder entsprechende Obergrenzen nachgedacht werden muss. Kein Arzt verschuldet einen Fehler absichtlich und der Streit um die Finanzen sollte an dieser Stelle vermieden werden, damit die Ärzte ihre Arbeit am Patienten durchführen können, ohne an die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen denken zu müssen. Wir haben einen medizinischen Fortschritt errungen, der es uns ermöglicht, dass auch schwer geschädigte Patienten heute eine weitaus höhere Lebenserwartung haben. Daher müssen wir uns auch damit auseinandersetzen, wie die Lastenverteilung stattfinden soll. Ansonsten wird es vermutlich darin münden, dass die noch verbliebenen Krankenhaus-Haftpflichtversicherer – angesichts der zunehmend geforderten Kapitalvorhaltung durch Solvency II – sich der Risikozeichnung komplett entziehen. Asklepios ist als großer Träger hier sicherlich im Vorteil, aber das „Haftpflichtdilemma“ betrifft die gesamte Gesundheitswirtschaft. ■



Stephan Leonhard

Steuerberater Diplom-Kaufmann Stephan Leonhard trat 2002 als CFO und Prokurist bei Asklepios ein. Er blickt auf mehr als zwanzig Jahre internationale Finanz- und Controllingenerfahrung zurück. Nach seinem BWL-Studium an der Universität Mannheim war er im Bereich Steuerberatung/Wirtschaftsprüfung bei Arthur Andersen tätig. Er war Finanzdirektor beziehungsweise CFO in verschiedenen anderen renommierten Unternehmen wie ABB oder Deutsche Bahn Immobilien sowie dem Immobilienarm von JPMorgan mit Schwerpunkt Mergers and Acquisitions (M&A), Finanzierungen und Kapitalmarkt. Seit 2007 ist er Mitglied der Konzerngeschäftsführung. Seit 2011 ist er stellvertretender Vorsitzender der Konzerngeschäftsführung bei Asklepios.



Dr. Cornelia Süfke

Dr. Süfke leitet für die Asklepios-Gruppe den Konzernbereich Versicherungen und verantwortet die Bearbeitung der medizinischen Haftpflichtschäden aller Einrichtungen sowie das sonstige Versicherungsgeschäft. Zuvor war sie als juristische Referentin in der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) tätig und für die Betreuung der Heilweschäden der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg zuständig. Ihre Promotion hat sie im Rahmen ihrer Assistententätigkeit am Institut für Wirtschafts-, Steuer- und Umweltschutzstrafrecht an der Universität zu Kiel gefertigt.

INTERVIEW

Was denn nun, Infektion oder Pandemie? Welchen Beitrag eine professionelle Medienarbeit in der Krise leisten kann

Dr. Cinthia Briseño, Redakteurin und Leiterin des Ressorts Gesundheit bei SPIEGEL ONLINE, im Gespräch mit Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Dramatische Schlagzeilen wie „Pflegeskandal“ oder „Hygiene-skandal“ können den Ruf eines einzelnen Krankenhauses schnell zerstören und gleichzeitig das Ansehen einer ganzen Branche in Mitleidenschaft ziehen. Verlieren die Medien in solchen Fällen das Augenmaß für eine faire Berichterstattung?

Was in der Berichterstattung fair ist und was nicht, wird von den Akteuren meistens unterschiedlich wahrgenommen. Eine Klinik, über die wegen eines Missstands berichtet wird, bewertet eine Headline natürlich immer anders als etwa ein betroffener Patient oder Angehöriger. Medien haben der Öffentlichkeit gegenüber eine Aufklärungspflicht. Natürlich ist es immer das Ziel, mit einem Beitrag die größtmögliche Aufmerksamkeit zu erzielen. Reichweite ist ein wichtiges Kapital für Medien – was im Umkehrschluss heißt, dass immer eine gewisse Zuspitzung und Vereinfachung notwendig ist, um möglichst viele Leser zu erreichen. Wenn es darum geht, über Missstände zu berichten, kann es natürlich zu Schlagzeilen wie „Hygiene-skandal“ kommen. Das ist legitim, solange die Journalisten dabei die Grundregeln beachten. Eine der wichtigsten ist: Die Fakten müssen stimmen. Journalisten sollten ihre Headline also auch belegen können. Eine weitere: Man muss den Angeklagten zu den Vorwürfen immer zu Wort kommen lassen.

Fakt ist, dass es immer wieder zu negativen Vorkommnissen in Krankenhäusern kommen wird. Wie erfahren die Medien gegenwärtig von solchen Ereignissen?

Das kann über unterschiedliche Wege geschehen. Allerdings ist es bei Krankenhäusern in der Regel schon so, dass wir solche Vorkommnisse „gesteckt bekommen“. Entweder

wenden sich Patienten an uns, die schlechte Erfahrungen gemacht haben. Manchmal sind es aber auch Ärzte, die manche Dinge mitbekommen und wollen, dass sie an die Öffentlichkeit gelangen. Sie wenden sich dann oft anonym an uns. Auch die sozialen Medien, also Twitter und Facebook, spielen dabei eine immer größere Rolle. Ich habe es bisher noch nicht erlebt, dass mich der Sprecher eines Krankenhauses anrief und sagte: „Wir haben hier derzeit ein Problem, wollen Sie nicht vielleicht darüber schreiben?“.

Wenn Sie die Informationsquellen kategorisieren müssten, die Sie von einem Krankenhaus kennen, welche ist Ihrer Meinung nach a) die schnellste, b) die verlässlichste, c) die glaubwürdigste, d) die langsamste und e) die unglaubwürdigste?

Das lässt sich schwer für alle Krankenhäuser pauschalisieren. Aber grundsätzlich würde ich sagen, dass der schnellste Draht ein persönlicher Kontakt ist, zum Beispiel über einen Arzt, den man bei anderer Gelegenheit schon mal als Experte oder Ähnliches kontaktiert hatte. Die verlässlichste und glaubwürdigste Quelle würde ich unter einen Hut packen: Das sind Klinikmitarbeiter oder Außenstehende, die zwar Experten auf dem Gebiet sind, aber nur indirekt in das Thema involviert sind. Also Experten ohne Interessenskonflikt, die nichts zu verlieren haben. Pressesprecher von Krankenhäusern sind natürlich unverzichtbar, man sollte einen guten Kontakt zu Ihnen pflegen. Allerdings sind sie nicht immer die Schnellsten, was verständlich ist, da sie mitunter Stellungnahmen und dergleichen mit einer Reihe von Leuten erst abstimmen müssen. Am unglaubwürdigsten sind natürlich diejenigen, die versuchen,

Medien vor ihren Karren zu spannen. Aber es ist nicht immer leicht, sie auszufiltern.

Wie beurteilen Sie die PR-Arbeit der Kliniken, mit denen Sie bisher Kontakt hatten? Wie sind die Krankenhäuser diesbezüglich aufgestellt?

Auch das ist je nach Krankenhaus unterschiedlich. Grundsätzlich kann man aber sagen, dass größere Häuser etwas besser verstehen, wie Journalisten ticken und ihre Medienarbeit gezielter ausrichten als kleinere Häuser. Wenn der Kontakt zu einem Pressesprecher gut ist und gegenseitiges Vertrauen vorhanden ist, bekommt man auch mal wichtige Hintergrundinformationen. Eine PR-Abteilung ist dann gut aufgestellt, wenn sie das jeweilige Medium, das sie ansprechen will, auch kennt und versteht. Wer bei uns regelmäßig auf die Seite schaut, kann gut abschätzen, woran wir interessiert sind – und woran nicht. In der Flut der E-Mails, die uns täglich erreichen, geht alles unter, was breit gestreut ist, aber nicht zu SPIEGEL ONLINE passt. Viele PR-Abteilungen von Kliniken arbeiten aber leider genau so.

Gibt es einen „richtigen“ Zeitpunkt, um mit Problemen an die Öffentlichkeit zu gehen? Wann sollten es Krankenhäuser besser unterlassen, die Medien zu informieren?

Aus Sicht der Medien natürlich so früh wie möglich. Nehmen wir das Beispiel des Klinikums Bremen-Mitte, wo vermutlich ein Mitarbeiter Frühchen mit Darmbakterien angesteckt hat und manche daran gestorben sind. Erfährt ein Medium das über andere Kanäle, wird der Journalist vieles daran setzen, alle Details erst zu recherchieren, bevor er das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert. In der Regel haben die Verantwortlichen dann nicht viel Zeit, eine zufriedenstellende Stellungnahme abzugeben. Je früher und vor allem je transparenter ein Krankenhaus mit Missständen umgeht, desto höher ist die Glaubwürdigkeit, die es sich bewahren kann. Natürlich kann aus Problemen unnötige Panikmache entstehen. Seriöse Medien verstehen aber meiner Meinung nach meistens sehr gut, wie sie die Fallhöhe einordnen müssen.

Schwere Fehler gelangen ohnehin irgendwann an die Öffentlichkeit. Je offener eine Klinik mit einem Problem umgeht, desto weniger Angriffsfläche kann sie auch bieten – und desto mehr kann sie die Kontrolle über die Kommunikation in der Öffentlichkeit wahren. Ein gutes Beispiel ist der Umgang des Universitätsklinikums Mainz, das offen und offensiv die betroffenen Eltern und die Öffentlichkeit informierte, nachdem drei Frühchen gestorben waren. Die Klinik und besonders der ärztliche Direktor wurden anschließend für ihr Krisenmanagement gelobt.

Ab welchem Zeitpunkt oder ab welcher Tragweite ist es zum Beispiel für den SPIEGEL überhaupt interessant und begründbar, eine Krise in einem Krankenhaus zu thematisieren und in die Berichterstattung einzusteigen?

Für uns bei SPIEGEL ONLINE wird ein Thema dann interessant und relevant, wenn es ein breiteres Publikum betreffen könnte, wie beispielsweise bei der EHEC-Krise oder beim Organspendeskandal. Natürlich sind auch jene Missstände von Bedeutung, die zwar vielleicht nicht unbedingt viele Patienten treffen – deren Folgen aber besonders dramatisch sind. Wie etwa bei den Frühchenfällen in Bremen. Uns erreichen auch immer wieder Leserbriefe, in denen es um Einzelschicksale geht. In solchen Fällen müssen wir gründlich abwägen. Das kann mitunter tragisch sein, aber längst nicht jeder Behandlungsfehler kann für uns automatisch ein Thema sein.

Was erwarten Sie dann von einem Krankenhaus in dieser Situation?

Am meisten natürlich Transparenz. In vielen Fällen – man nehme beispielsweise den Organspendeskandal – dürfte aber der Wunsch Vater des Gedankens bleiben. Mit der Transparenz wird es umso schwieriger, je mehr Interessenskonflikte es gibt und je mehr Menschen darin verstrickt sind. Ansonsten ist aber auch Aufklärungsarbeit wichtig. Es ist sehr hilfreich, Experten genannt zu bekommen, die das Thema nicht nur selbst hervorragend verstehen, sondern die es auch gut erklären können. Wir haben zwar in unserer Redaktion alle einen medizinischen oder naturwissenschaftlichen

Hintergrund, aber wir stecken natürlich nicht in jedem Thema gut drin. Richtiges Expertenwissen ist für uns sehr kostbar – aber nicht immer so leicht zu bekommen, denn es gibt oft vermeintliche Experten.

Wenn Sie die PR-Arbeit von Gesundheitsunternehmen mit der PR-Arbeit von Unternehmen anderer Branchen in Krisensituationen vergleichen würden, wie schätzen Sie sie dann ein? Gibt es Unterschiede?

Es ist erstaunlich, wie wenig sich Krankenhäuser bei ihrer Kommunikation als Unternehmen mit einem enorm hohen Risikopotenzial verstehen. Kliniken sind vergleichbar mit dem Betrieb einer Flugzeugflotte oder einer Bohrinsel – allerdings mit einem höheren Risiko: Sie bieten ein Produkt an, bei dem die Gesundheit der Patienten immer auf dem Spiel steht. Statistisch gesehen kann man darauf warten, dass etwas schiefgeht, da muss man noch nicht einmal schlampen. Dennoch bin ich mir unsicher, wie viele Kliniken sich im Alltag mit der Risiko- und Krisenkommunikation beschäftigen. Und wie viele wissen, wer im Falle eines Skandals wie kommuniziert. Wenn man zu Beginn einer Krise zum ersten Mal über die Kommunikation nachdenkt, ist es zu spät. Das machen andere Unternehmen wie Fluggesellschaften, Automobilhersteller, Atomkraftwerksbetreiber anders.

Haben Sie noch einen letzten Tipp, den Krankenhäuser in einer öffentlichkeitswirksamen Krisensituation noch beherzigen sollten?

Grundsätzlich halte ich ein proaktives Verhalten von Krankenhäusern für wesentlich effektiver als ein beschwichtigendes. An dieser Stelle kann ich nur für SPIEGEL ONLINE Werbung machen: Wir sind ein seriöses Medium, das stets versucht, das Gleichgewicht zu wahren, Pro- und Kontra-Argumente zu hören und transparent Aufklärung zu leisten. Wo es Missstände gibt, berichten wir natürlich darüber. Auch wenn wir gerne zuspitzen: Wir sind nicht bestrebt, möglichst die reißerischste aller Headlines zu produzieren. Und bisher haben uns unsere Quellen auch einen seriösen Umgang bescheinigt. Man kann also durchaus darauf vertrauen, dass wir sorgfältig mit Informationen umgehen. ■



Dr. Cinthia Briseño

Dr. Cinthia Briseño studierte Biochemie an der Privatuniversität Witten/Herdecke und promovierte 2006 am Helmholtz Zentrum München im Fachbereich Virologie. Anschließend nahm sie am Mentoring-Programm der Bertelsmann Stiftung für Wissenschaftsjournalismus teil und kam über diesen Weg zur Medienwelt. Im Jahr 2007 begann sie als Redakteurin bei der Stuttgarter Zeitung und stuttgarter-zeitung.de. Sie wechselte 2009 in das Wissenschaftsressort von SPIEGEL ONLINE und wurde dort 2010 stellvertretende Ressortleiterin. Seit Anfang 2012 leitet sie das Ressort Gesundheit, das im Juni 2012 an den Start ging.

Vom Haftpflichtdilemma zum Schadensmanagement – Chancen aus einer prekären Situation der Krankenhäuser

Der ohnehin schon immense Kostendruck, der auf den deutschen Kliniken lastet, vergrößert sich gerade durch einen explosionsartigen Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien. Verdopplungen der Prämien sind keine Seltenheit. Zudem stehen einige Krankenhäuser gänzlich ohne Haftpflichtversicherer da, da sich viele Anbieter aus dem Krankenhausmarkt zurückgezogen haben. Was ist zu tun? Der Beitrag zeigt auf, welche Möglichkeiten die Krankenhäuser haben, ihre prekäre Situation zu verbessern, und welche Chancen darin sogar liegen.

Autoren: Prof. Dr. Volker Penter, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin, und Dr. Nicolas Krämer, Kaufmännischer Direktor des Marienkrankenhauses Soest und Lehrbeauftragter der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Essen

Viele Versicherungen haben sich in der Folge aus dem Klinikgeschäft zurückgezogen. Insbesondere die Absicherung von Schwerstrisiken, wie sie in Universitätskliniken, in der Geburtshilfe sowie in der Humangenetik gar nicht zu vermeiden sind, ist für die Versicherer unattraktiv geworden.

Konsequenzen für die Krankenhäuser

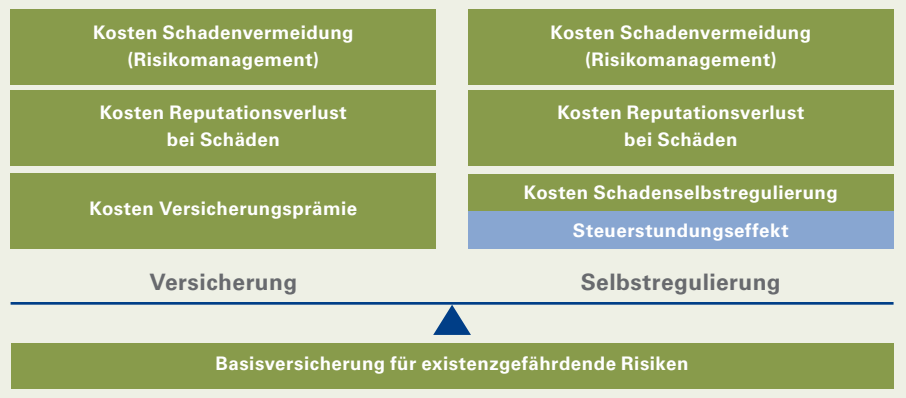
Während sich viele Versicherer aus wirtschaftlichen Gründen aus dem Markt zurückgezogen haben, kommt ein Rückzugsszenario für Krankenhäuser aufgrund ihres Versorgungsauftrags nicht ohne Weiteres infrage. Die Lage ist allerdings misslich. Zum Jahreswechsel 2012/2013 stiegen viele Haftpflichtprämien zwischen 12 und 40 Prozent an, in einigen Fällen sogar um über 100 Prozent. Eine Patentlösung gibt es derzeit nicht. Eines ist sicher: Die Vollkaskoversicherung für Behandlungsfehler ist bald nicht mehr bezahlbar. Krankenhäuser sollten jetzt ihr Versicherungsmodell grundlegend überdenken. Die folgende Abbildung zeigt, um was es dabei geht. (Abbildung 2)

Seit 1998 fallen die Schadenaufwendungen für die Versicherer regelmäßig höher aus als die Prämien, die die Krankenhäuser zahlen. Zu diesem Ergebnis gelangt eine Untersuchung des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), die in den Jahren 1998 bis 2007 eine jährliche Steigerung der Schadenaufwände zwischen 7 und 8,5 Prozent feststellt. Die besondere Problematik der Schadensituation ergibt sich vor allem aus einigen besonders schweren Personenschäden, der stark erhöhten Lebenserwartung auch schwerstgeschädigter Patienten sowie den gestiegenen Pflegeaufwendungen.

Abbildung 2

Versicherung versus Selbstregulierung als betriebswirtschaftliche Optimierungsaufgabe

Quelle: KPMG



Zunächst benötigt jedes Krankenhaus eine Basisversicherung für Haftpflichtrisiken, die existenzgefährdend sind. Sie sind je nach Größe und Risikolage des einzelnen Krankenhauses unterschiedlich. Regelmäßig geht es hier aber um Schadenereignisse, die im Einzelfall den Betrag von ein bis zwei Prozent eines Jahresumsatzes erreichen beziehungsweise überschreiten. Darüber hinaus geht es bei den nicht existenziellen Risiken um eine betriebswirtschaftliche Abwägung zwischen den Kosten der Versicherungsprämie auf der einen Seite und den Kosten der eigenen Schadenregulierung auf der anderen. Zu berücksichtigen ist dabei der Steuerstundungseffekt bei der Bildung von Rückstellungen für Schadenersatzrisiken. Weiter ist zu überlegen, wie hoch die Zusatzkosten eines besseren Risikomanagements sind. Dabei ist zu bedenken, dass ein ausgereiftes Risikomanagement zu niedrigeren Schäden und infolgedessen zu einem geringeren Risiko des Reputationsverlusts führen kann. Im Ergebnis solcher Überlegungen übernehmen die Krankenhäuser eine höhere Eigenverantwortung. Es ergeben sich also auch zahlreiche Chancen: Die Haftpflichtprämien können wieder gesenkt werden, das Schadenrisiko kann durch ein gezieltes Risikomanagement reduziert werden, die stärkere Selbstregulierung bietet Krankenhäusern den Vorteil des direkten und schnellen Kontaktes mit dem Patienten, die Folgen von Schäden werden im Krankenhaus transparent gemacht, es entwickelt sich eine Schadenvermeidungskultur und so weiter.

Rückstellung für Schadenersatzverpflichtungen aus Behandlungsfehlern – ein bilanzpolitisches Instrument

Sobald Schäden nicht sicher und nicht vollständig von der Versicherung übernommen werden, stellt sich die Frage

der Bildung von Rückstellungen. Da hinsichtlich Eintrittswahrscheinlichkeit und Höhe von Schadenersatzverpflichtungen oft große Unsicherheit besteht, sind erhebliche Ermessensspielräume und damit bilanzpolitische Spielräume gegeben.

Für gesetzliche oder vertragliche Schadenersatzverpflichtungen sind gemäß § 249 Abs. 1 Satz 1 HGB Rückstellungen zu bilden, wenn die Inanspruchnahme des Bilanzierenden wahrscheinlich ist. Für Behandlungsfehler, die bis zum jeweiligen Bilanzierungstichtag verursacht wurden und für die voraussichtlich Schadenersatz zu leisten ist, muss daher eine Rückstellung gebildet werden, soweit die daraus resultierenden Schadenersatzverpflichtungen vom Krankenhaus zu tragen sind.

Systematisch betrachtet ergeben sich aus der Sicht des bilanzierenden Krankenhauses folgende Fälle von Behandlungsfehlern:

1. Behandlungsfehler, die dem Bilanzierenden bekannt sind, die vom Geschädigten geltend gemacht wurden und über deren Höhe man einig ist
2. Behandlungsfehler, die dem Bilanzierenden bekannt sind, die vom Geschädigten geltend gemacht wurden und über deren Höhe man sich nicht einig ist
3. Behandlungsfehler, die dem Bilanzierenden bekannt sind, die vom Geschädigten noch nicht geltend gemacht wurden
4. Behandlungsfehler, die dem Bilanzierenden unbekannt sind

Gemäß § 253 Abs. 1 Satz 2 HGB sind Rückstellungen mit dem nach kaufmännischer Beurteilung notwendi-

gen Erfüllungsbetrag anzusetzen. In den Fällen 1 bis 3 ist die Betrachtung jedes einzelnen Behandlungsfehlers erforderlich. Auch hierbei ergeben sich zumindest in den Fällen 2 und 3 nicht unerhebliche Ermessensspielräume.

Im besonders interessanten Fall 4 sind zur Bewertung aktuarielle Hochrechnungen über die zu erwartenden zukünftigen Schadenszahlungen auf der Grundlage vergangener Schadenszahlungen vorzunehmen. Regelmäßig werden vom Bilanzierenden hier Gutachten von Versicherungsmathematikern ähnlich wie bei der Ermittlung von Pensions- oder Altersteilzeitrückstellungen eingeholt werden müssen. Bei diesen Gutachten müssen die Versicherungsmathematiker mit umfangreichen Annahmen und unternehmensindividuellen Gegebenheiten arbeiten. Zudem handhaben sie diese Art von Gutachten, die relativ neu ist, noch sehr uneinheitlich, sodass sich hier insgesamt große Ermessensspielräume für den Bilanzierenden ergeben.

Fazit

Krankenhäuser sollten die gegenwärtig schwierige Situation auf dem Haftpflichtmarkt nutzen, um ihr Versicherungskonzept grundlegend zu überdenken. Dabei gilt es Vor- und Nachteile von Selbstregulierung rechtlich und betriebswirtschaftlich abzuwägen. Am Ende kann ein gutes Konzept helfen, Kosten zu sparen und die Abhängigkeit von wenigen Haftpflichtversicherern zu reduzieren. ■

INTERVIEW

Krankenhaus-Management-nachwuchs – unbekannte Wesen?

Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers, Studiendekan Health Economics, Studiendekan Management im Gesundheitswesen und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München, im Gespräch mit Stefan Friedrich und Julia Kaub, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und München

Der demografische Wandel wird sich in den nächsten Jahren auch auf die potenzielle Anzahl der Absolventen eines Medizinstudiums auswirken. Die Ressource Fachpersonal wird immer knapper, gleichzeitig steigt der wirtschaftliche Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern. Wie können in diesen Zeiten die Krankenhäuser als Arbeitgeber für den Managementnachwuchs attraktiv bleiben?

Der demografische Wandel ist Fakt. Die Anforderungsprofile in den Krankenhäusern werden sich daher ändern müssen. Die Fallkostenpauschalen führen langfristig dazu, dass nur noch schwerer erkrankte Patienten für längere Zeit in Krankenhäusern verweilen müssen. Auch die Finanzierungssituation wird sich nicht ausreichend verbessern, sodass sich der Druck auf die Einrichtungen noch weiter erhöhen wird. Dieser Druck, der nur schwer durch anderweitige Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt abgebaut werden kann, muss sowohl durch ökonomisches Handeln als auch durch personelle Ressourcen bewältigt werden. Das ist bei knapper werdenden Personalressourcen eine schwierige Kombination, da die Ressource Personal mit zunehmender Knappheit kostenintensiver wird. Daher müssen die Krankenhäuser langfristig mit steigenden Personalkosten und in der Folge mit einer schwieriger werdenden Finanzierungslage rechnen. Dies wird dazu führen, dass Personalbindung und Personalgewinnung relevanter werden. Heute können wir feststellen, dass Ärztinnen und Ärzte in städtischen Gebieten noch relativ leicht zu finden sind, während in ländlichen Gebieten der pflegerische Bereich erfolgreicher rekrutieren kann. Während sich das Berufsbild bei den Ärztinnen und Ärzten in den letzten Jahren bereits grundlegend verändert hat, steht dieser Prozess

in der Pflege noch am Anfang. Eine 60-Stunden-Woche ist heute für die wenigsten zu bewältigen, da die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie über alle Bereiche hinweg einen immer größer werdenden Stellenwert einnimmt. Damit werden neue Arbeitszeitmodelle zum Erhalt des Personalstamms und neue Recruiting-Modelle zur Gewinnung neuer Mitarbeiter, wie zum Beispiel aus dem europäischen Ausland, erforderlich.

Die Attraktivität für einen Berufsanfang muss sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Bewerber gegeben sein. Oft werden möglichen Angestellten jedoch wenig Perspektiven, Trainings- oder Weiterbildungsmöglichkeiten geboten. Warum sind viele Berufsfelder immer noch so unattraktiv?

Die Diskussion um attraktive Arbeitsplätze und eine attraktive Ausgestaltung von Berufsfeldern ist in industriellen Branchen bereits längst abgeschlossen. In der Gesundheitswirtschaft wird dieser Frage zu spät sowie über einen viel längeren Zeitraum nachgegangen. Ich glaube nach wie vor, dass Angebot und Nachfrage auch in einem hochregulierten Markt funktionieren können und sich die Unternehmen langfristig darauf einstellen müssen. Im Rahmen einer gedeckelten Gesamtbudgetierung ist das jedoch leider nicht so einfach. Insbesondere die Bindung an Tarifverträge und die Schwierigkeiten leistungsgerechte Zulagen zu zahlen machen die Situation zusätzlich komplexer. Wo die Reise hingehen muss, macht uns eigentlich die Gesundheitsindustrie vor. Stiftungen, die Stipendiaten auswählen und frühzeitig Mentoringprogramme auflegen, gibt es fast ausschließlich im Bereich der Gesundheitsindustrie. Krankenhäuser machen dort momentan noch zu wenig. Fai-

erweise muss man auch sagen, dass solche Programme in dieser Art durch Krankenhäuser nur aufgelegt werden können, wenn sie in einer Konzernstruktur integriert sind. „Stand-alone“-Häuser, die die Attraktivität nicht haben, bekommen dahingehend Schwierigkeiten. Langfristig werden große Gesundheitskonzerne entstehen, die speziell in Personalentwicklung investieren und diese Projekte entwickeln.

Wie wird in Zukunft eine Führungskraft aussehen, die sowohl medizinisches als auch kaufmännisches Fachwissen mitbringt?

Ich bin der Meinung, dass sich die Entwicklung zurzeit verändert. Vor zehn Jahren lag die Priorität darin, dass Chefarzte vor allem als betriebswirtschaftliche Manager arbeiten. Zwar sind ökonomisches Verständnis wie auch ökonomisches Handeln in einer derartigen Position nach wie vor eine wichtige Grundvoraussetzung, doch viele, gerade auch private Krankenhauskonzerne sind der Ansicht, dass auch ein Chefarzt in erster Linie Arzt sein soll, dem für die Ökonomie die passenden Leute an die Seite gestellt werden. Es gibt also unterschiedliche Entwicklungen. In unseren Studiengängen ist es beispielsweise so, dass wir sowohl die ökonomische Seite als auch die theoretische Medizin und spezifische Krankheitslehre unterrichten und die Gesundheitsökonomien damit auch mit der Terminologie der Medizin vertraut sind. Ein gewisser Anteil der Ärzte wird sich immer auch für ökonomische Details und Einzelheiten interessieren. Aber ein guter Arzt will Medizin machen, sonst hätte er sich nicht für diesen Beruf entschieden. Er will Abläufe nachvollziehen können und muss auch ein ökonomisches Verständnis besitzen, das er durchaus auch mit einer Zusatzqualifikation erwerben kann. Aber die Attraktivität für den Arzt liegt – so simpel es auch klingt – darin, dass er Medizin machen darf. Dieser Punkt ist sehr wichtig bei der Gewinnung von jungen Fachkräften.

Was muss ein Unternehmen, das auf der Suche nach Führungskräften und Nachwuchs ist, bieten? Was wollen ihre Studierenden?

Die Hochschulen müssen die Aufgabe übernehmen, den Studierenden realistische Rahmen und Vorstellungen von dem zu geben, was sie im Berufsleben erwartet. Studierende wollen sich in einem Unternehmen später entwickeln können und Verantwortung übernehmen. Ich glaube, dass diese Generation Y akzeptiert hat, dass das Lernen nicht mit Beendigung der Hochschule endet und wir uns in einem lebenslangen Lernprozess befinden. Die Absolventen wissen also, dass dieser Prozess weiterläuft und suchen sich solche Unternehmen, die ihnen die Möglichkeiten dafür bieten. Trotzdem ist es für viele Studierende wichtig, dass ihnen langfristig eine Perspektive durch die Unternehmen geboten wird, mit der sich Familie und Beruf vereinbaren lassen.

Wie ist die Einstellung bei Ihren Studierenden? Sind immer noch „preußische Tugenden“ und Disziplin gefragt? Oder stellt sich heute eher die Frage nach dem, was man tun muss, und ob das, was man gerade macht, zu den späteren Zukunftsplänen passt? Was sind die positiven Eigenschaften der Generation Y?

Ich glaube nach wie vor, dass die Frage der Leistungsbereitschaft eine Frage der Erziehung zu Hause ist und ein Mittel der Persönlichkeit. Es gibt immer leistungsstarke Studierende, egal an welcher Einrichtung. Die hat es immer gegeben und wird es auch immer geben. Die Generation Y und wir leben in einem ständigen „Information Overload“. Zusätzlich ist die Generation Y viel stärker dem Einfluss der sozialen Medien ausgesetzt. Diese Entwicklungen und die sich ständig ändernde Technik werden weiter vorschreiten. Die Frage ist, wie man die dafür verwendeten Energien in positive Energien umwandeln kann. Sicher wird da oft effiziente Energie unnötig verschwendet. Trotzdem kann der ständig andauernde „Information Overload“ in der Tat zu einem Problem werden. Dies fängt schon bei den Vorlesungen an den Hochschulen an, wo zu Zeiten von PowerPoint-Präsentation viel mehr an Informationen von den Studierenden bewältigt werden muss. Klar ist, dass der Student dann viel weniger aufnehmen kann, anders lernt und anders studiert als früher. Aber die Generation ist durchaus sehr lernbe-

reit und auch bereit, unkonventionelle Wege zu gehen. Aber die Bereitschaft, 30 Jahre in der gleichen Firma zu bleiben, haben heute nur noch wenige junge Menschen. Diese Voraussetzung schaffen allerdings auch nur noch die wenigsten Unternehmen. Bei der Mitarbeiterbindung sind viele Probleme von den Unternehmen hausgemacht. Ich denke, hier ist zwischen dem jungen Berufseinsteiger und dem Unternehmen eine gegenseitige Übereinkunft gefragt.

Wie sieht Ihrer Meinung nach das idealtypische Anforderungsprofil einer klinischen Führungskraft aus?

Zum einen müssen Führungskräfte über ein gutes Wissen über die Zusammenhänge und Spezifika des komplexen Marktes verfügen. Zwangsläufig muss klar sein, wie die Kostenträger funktionieren und was sie bewegt. Führungskräfte müssen eine Empathie für die wichtigste Ressource Personal und betriebswirtschaftliches Handwerkzeug mitbringen. Von hoher Bedeutung und eine wichtige Voraussetzung ist, dass sie ebenso Respekt mitbringen vor dem, was im Krankenhaus passiert. Das Gesundheitssystem ist kein Selbstzweck. Es ist ein riesiger Wirtschaftszweig, aber man darf nie vergessen, wofür im Kern gearbeitet wird. Viele fragen mich, ob das, was ich als Gesundheitsökonom tue, überhaupt ethisch ist. Meine Antwort darauf ist immer gleich: Ökonomie ist die Wissenschaft der Bewirtschaftung knapper Ressourcen. In diesem Sinne ist der effiziente Einsatz von Ressourcen, besonders wenn diese knapp sind, immer ethisch.

Zusammenfassend mit dem Blick auf die Gesundheitswirtschaft: Was wären Ihre Tipps für Personalleiter, um an gute Nachwuchskräfte zu kommen?

Mit Hochschulen zusammenarbeiten. Darüber hinaus bieten die Kontaktbörsen, auf denen man junge Leute kennenlernen kann, Praktika und Kontakte über andere Absolventen die Chance, sich einen eigenen „Hausnachwuchs“ aufzubauen. Selbst bei großer Fluktuation bieten Alumninetzwerke die Möglichkeit, mit ehemaligen Mitarbeitern Kontakt zu halten und zu verfolgen, wie sie sich entwickelt haben. Zusätzlich müssen die Vorteile des Gesund-



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers

Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers leitet als Studiendekan den Bachelorstudiengang Health Economics an der Hochschule Fresenius in München, wo er auch als Studiendekan „Management im Gesundheitswesen und Gesundheitsökonomie“ und Vertrauensdozent tätig ist. Nach einem Studium der Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München begann er seine Laufbahn als wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Dr. Günter Neubauer am Institut für Gesundheitsökonomik (IfG). Zudem war er als projektbezogener Seniorberater bei der Unternehmensberatung Dr. Wieselhuber & Partner GmbH im Geschäftsbereich Pharma & Health Care tätig. Nach seiner Tätigkeit als Bereichsleiter für stationäre Versorgung am IfG wechselte er an die Hochschule Fresenius. Im Jahr 2011 wurde er vom Hessischen Kultusministerium zum Professor berufen. Zusätzlich hat er einen Lehrauftrag an der Technischen Universität München inne und ist Mitglied des Editorial Boards des Krankenhausreports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.

heitswesens als attraktiver Arbeitsmarkt stärker herausgestellt werden. Trotz aller Herausforderungen ist der Gesundheitsmarkt ein sehr sicherer Arbeitsmarkt, der weniger von den Effekten der Globalisierung gefährdet ist als andere. Natürlich ist auch der Punkt Entlohnung wichtig. Generell glaube ich aber, dass für die Generation Y monetäre Anreize nicht die höchste Priorität einnehmen. Dieser Generation ist Flexibilität und Spaß an der Arbeit wichtiger. ■

INTERVIEW

Die gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld gesellschaftlicher Veränderungen und politischer Ambitionen

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Axel Bindewalt, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Düsseldorf

Vor der Bundestagswahl plädiert die CDU für den Erhalt des Status quo, die FDP will mehr Wettbewerb zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). SPD und Grüne sind für eine einheitliche Bürgerversicherung, die Ärzteschaft will das duale System beibehalten und den Arbeitgeberbeitrag bei der GKV einfrieren. Welche Reformen wären aus Ihrer Sicht zukunftsweisend für die anstehenden Herausforderungen der nächsten Jahre?

Wir haben schon in der Vergangenheit kritisiert, dass sich die Gesundheitspolitiker in erster Linie mit Finanzierungsfragen beschäftigen. Aus unserer Sicht muss es vorrangig um die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung aus Sicht der Patienten gehen. Das heißt: stärkere Orientierung am patientenrelevanten Nutzen, Überwindung von Schnittstellenproblemen, vor allem zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und Rehabilitation, sowie um die stärkere Einbeziehung von Versorgungsqualität bei Verträgen und Vergütungen. Gleichzeitig muss natürlich auch die Wirtschaftlichkeit im Auge behalten werden.

Welche Maßnahmen erwarten Sie und welche erhoffen Sie sich von einer neuen beziehungsweise einer wiedergewählten Bundesregierung?

Für die kommende Legislaturperiode haben wir gerade ein umfangreiches Positionspapier beschlossen. Aus den verschiedenen Punkten möchte ich hier nur einige herausgreifen.

Alle Versicherten müssen auch in Zukunft Zugang zu einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung haben, egal, ob sie in Ballungszentren oder in

ländlichen Regionen leben. Da darf es keine Abstriche geben. Gesetzgeberrisch muss das Problem der Fehlverteilung der Ärzte – in Ballungszentren zu viele und auf dem flachen Land zu wenige – endlich gelöst werden. Die Instrumente hierfür reichen vom verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen durch Kassenärztliche Vereinigungen über zeitlich befristete Zulassungen bis hin zu Vergütungsabschlägen in überversorgten Gebieten.

Ganz oben auf der Agenda einer neuen Bundesregierung muss eine Reform der Krankenhauslandschaft stehen. Bisher werden hier bundesweit völlig überalterte und unwirtschaftliche Krankenhausstrukturen manifestiert. Einfach nach dem Gießkannenprinzip mehr Geld an alle Kliniken auszuschütten, löst die Probleme nicht.

Wichtig ist für uns auch die Patientensicherheit. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen und Schaden unklar sind, sollten nach unserer Auffassung nur noch im Rahmen klinischer Studien eingesetzt werden. Bisher muss der patientenrelevante Nutzen neuer Verfahren vor einer flächendeckenden Einführung nicht belegt werden. Die Patientensicherheit bleibt so hintangestellt. Das muss sich ändern.

Auch bei Patientenrechten ist noch einiges zu tun. Das gerade beschlossene Patientenrechtegesetz ist zwar eine gute Grundlage. Insbesondere bei Behandlungsfehlern gibt es jedoch weiterhin Defizite. Zentrales Problem für die Opfer bleibt die Beweislast. Nach unserer Auffassung sollten Patienten nur noch beweisen müssen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und sie einen Schaden erlitten haben.

Belegen, dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Schaden war, sollte der betroffene Arzt oder das Krankenhaus.

In Sachen Wettbewerb machen wir uns nach wie vor für Einzelverträge der Kassen stark. Die Qualität muss neben dem Preis als entscheidender Indikator in die Vertragsgestaltung einziehen. Der Kontrahierungszwang im Krankenhaus, zumindest bei planbaren Operationen, sollte gelockert und so neuer Spielraum eröffnet werden.

Unverzichtbar sind für uns verlässliche Finanzzusagen des Bundes zur Kompensation der versicherungsfremden Leistungen. Diese Leistungen sollten in der nächsten Legislaturperiode präzise definiert und mit einer sachgerechten Dynamisierung versehen aus Steuermitteln finanziert werden.

„Aus meiner Sicht wird sich das System PKV auf Dauer nicht tragen“ – lautete eine Aussage von Ihnen vom September letzten Jahres. Wäre denn die zuletzt so kontrovers diskutierte Einheitskasse oder Bürgerversicherung eine realistische und vorteilhafte Lösung?

Gegenfrage: Wieso gehen Sie davon aus, dass es auf eine Einheitskasse hinausläuft? Schließlich gibt es unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit über 100 Krankenkassen, die untereinander in einem intensiven Wettbewerb stehen.

Aber zurück zur eigentlichen Frage. Zu meiner Aussage vom letzten Jahr stehe ich nach wie vor. Das Problem ist das Geschäftsmodell der PKV: Wenn man jungen Versicherten niedrige Prämien mit einem scheinbar unbegrenzten Leistungsangebot offeriert, kann das auf Dauer nicht funktionieren. Das wird im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt, mit Kostensteigerungen und demografischer Entwicklung zunehmend als Problem deutlich. Bemerkenswert ist doch, dass die PKV selbst immer wieder nach Unterstützung ruft und die Strukturen der GKV übernehmen oder davon profitieren will. So zum Beispiel bei den Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie oder bei der Forderung nach einer sogenannten „Öffnungsklausel“ für die privatärztlichen Gebührenordnungen, das heißt, sie strebt letztlich ein Vertragssystem wie in der gesetzlichen Krankenversicherung an.

Schon heute ist die PKV Nutznießer des gesetzlichen Systems: zum Beispiel durch Preissenkungen für Arzneimittel aufgrund der 1989 eingeführten Festbeträge, durch das einheitliche Vergütungssystem im Krankenhaus oder die Sicherstellung der Versorgung, die nur ein System mit 90 Prozent Marktanteil flächendeckend organisieren kann. Hier wirkt sich das PKV-System sogar negativ aus, weil es Ärzte in überversorgten Ballungsregionen hält, während in eher ländlichen Regionen Ärzte fehlen.

Deutschlands Kliniken sollen mehr Geld und finanzielle Hilfen bekommen. Sie sprachen sich bereits vor Jahren dagegen aus, einfach nur „Geld ins System zu pumpen“ und dabei wichtige Aspekte der Wirtschaftlichkeit zu vernachlässigen. Wie sähe Ihr Ansatz aus?

Wir setzen auf Strukturveränderungen und Einzelverträge. Die heutige Klinikstruktur stammt aus dem vergangenen Jahrhundert. Sie entspricht damit in Teilen den Planungen und Versorgungsnotwendigkeiten der Vergangenheit. Heute brauchen wir aber eine Krankenhauslandschaft, die eine flächendeckende Akutversorgung sicherstellt und gleichzeitig in spezialisierten Kliniken weitergehende, planbare Behandlungen ermöglicht. Das heißt zum Beispiel, dass es nicht in jedem Stadtteil ein Krankenhaus geben muss, das neben der Akutversorgung auch noch künstliche Herzklappen einsetzt.

Es ist kein Geheimnis und die OECD hat in einer Studie bestätigt: In Deutschland gibt es mehr Klinikbetten, als für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Gerade in den Ballungszentren sind erhebliche Überkapazitäten vorhanden. Es kann doch wohl nicht Aufgabe der Beitragszahler sein, Kapazitäten zu finanzieren, die für die Versorgung nicht notwendig sind. Doch für die Patientinnen und Patienten liegt das Kernproblem woanders. Die Überkapazitäten sind ein starker Anreiz für die Kliniken, Operationen oder aufwendige und oftmals nicht risikolose Untersuchungen durchzuführen, die medizinisch nicht notwendig oder zumindest fragwürdig sind. Prominente Beispiele dafür sind Wirbelsäulenoperationen und Herzkatheter-Untersuchungen.

Künftig muss es den Krankenkassen für bestimmte planbare Operationen möglich sein, mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen, die hohe Qualitätsstandards zu vernünftigen Preisen festschreiben. In der nächsten Legislaturperiode brauchen wir einen Pakt für die Modernisierung der Klinikstrukturen in Deutschland, damit die Versorgung besser wird und auch in Zukunft bezahlbar bleibt.

Seit dem Jahr 2010 entwickelt sich die Finanzlage der GKV positiv. Das hat zu historisch nie dagewesenen Rücklagen in Milliardenhöhe geführt. Werden damit nicht Preismoratorien und Zwangsabschläge überflüssig? Warum sollte die GKV weiter darauf bestehen?

Ja, der gesetzlichen Krankenversicherung ging es finanziell noch nie so gut wie im Jahr 2012. Dabei sollte jedoch nicht vergessen werden, wem wir das zu verdanken haben: den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung, die diese Überschüsse insbesondere mit der Beitragssatzerhöhung zum 1. Januar 2011 finanziert haben. Die sprudelnden Einnahmen überdecken jedoch, dass es nach wie vor eine systematische Schere zwischen den nur leicht steigenden Einnahmen und den deutlich stärker steigenden Ausgaben gibt. Im langjährigen Mittel wachsen die Ausgaben der Krankenkassen um rund 3,5 Prozent pro Jahr, während die beitragspflichtigen Einnahmen lediglich um rund 1,5 Prozent pro Jahr zunehmen.

Deshalb muss auch in Zukunft konsequent der Blick auf die Ausgaben-seite gerichtet werden. Leider hat die Bundesregierung die historisch gute Finanzsituation nicht genutzt, um Strukturreformen in den Versorgungsbereichen durchzuführen. Genau dies muss in der kommenden Legislaturperiode geschehen. Wer die Qualität der Versorgung verbessern und sie gleichzeitig wirtschaftlich weiterentwickeln will, kommt an grundlegenden Reformen nicht vorbei.

Nach über fünf Jahren GKV-Spitzenverband sei ein Blick in die Zukunft gestattet. Was erwartet die GKV in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren?

Ich bin überzeugt, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch mittel- und



Dr. Doris Pfeiffer

Dr. Doris Pfeiffer studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln, wo sie anschließend auch promovierte. Nach dem Studium war sie unter anderem als Referentin für den AOK-Bundesverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft tätig, bevor sie zum Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und zum AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. wechselte. Dort begann sie ihre Karriere zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin, 2003 wurde sie zur Vorstandsvorsitzenden ernannt. Seit dem 1. Juli 2007 ist Dr. Pfeiffer Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands in Berlin.

langfristig eine verlässliche Größe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellen wird. Welche Instrumente und Strukturen dann konkret zur Verfügung stehen, dürfte angesichts der von Ihnen angesprochenen Zeitschiene und den wechselnden gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern schwer einzuschätzen sein. Wichtig ist mir, dass Versicherte auch in Zukunft eine echte Wahloption haben, es also verschiedene Krankenkassen mit eigenen Versorgungsakzenten gibt. Inhaltlich halte ich das ebenfalls für unabdingbar, denn die Kassen sollten als solide finanzierte Akteure um die beste und zugleich wirtschaftlichste Versorgung wetteifern. In der Diskussion um die Sinnhaftigkeit des heutigen dualen Systems wird mit der Zeit sicherlich deutlich werden, dass die Zukunft einem solidarischen, selbstverwalteten Versicherungssystem mit Sachleistung gehört. ■

INTERVIEW

Erfolgreiches Wachstum im Rehamarkt

Dr. André M. Schmidt, Vorsitzender der Geschäftsführung der RHM Klinik- und Altenheimbetriebe GmbH & Co. KG, Deidesheim und Dr. Carsten Rahlfs, Associate Principal des Finanzinvestors Waterland Private Equity GmbH, Düsseldorf, im Gespräch mit Philipp von Hammerstein, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main

Waterland hat im deutschsprachigen Raum inzwischen verschiedene Investitionen im Gesundheitssektor getätigt. Was reizt Sie an diesem Bereich?

Dr. Carsten Rahlfs Für uns basiert die Attraktivität von Investitionen im Gesundheitssektor auf drei Hauptaspekten: Zum einen ist der Gesundheitssektor im Vergleich zu anderen Industriesektoren besonders stabil und keinen zyklischen Schwankungen unterworfen. Hinzu kommt, dass er in vielen Bereichen vom fortschreitenden demografischen Wandel profitiert.

Zweitens ist die Versorgungslandschaft in vielen Bereichen stark fragmentiert und regional organisiert. Wir sehen daher erhebliches Konsolidierungspotenzial. Dieses Potenzial realisieren wir, indem wir unseren Portfoliounternehmen Wachstumskapital zur Verfügung stellen. Dabei ist es unser Ziel, unsere Unternehmen zu Marktführern in ihren Segmenten zu entwickeln.

Zuletzt sind wir davon überzeugt, durch unsere Investitionen nicht nur erfolgreiche Unternehmen zu schaffen, sondern auch das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln, indem wir beispielsweise Investitionen ermöglichen und die medizinische Qualität fördern.

Momentan umfasst unser Portfolio im deutschsprachigen Raum drei Unternehmen aus der Gesundheitsbranche. Wir besitzen Anteile am Marktführer für Pflegeheime in der Schweiz, an einem Betreiber von Kinderwunschzentren in Deutschland und natürlich an der Reha- und Pflegeheimgruppe RHM – unserer größten Beteiligung im Gesundheitswesen.

Finanzinvestoren wird in der öffentlichen Wahrnehmung häufig vorgeworfen, dass sie Unternehmen auf

Ertrag trimmen und dass dies nicht mit einem Engagement im Gesundheitswesen zu verbinden sei. Was entgegnen Sie diesen Kritikern?

Dr. Carsten Rahlfs Aus meiner Sicht ist es wichtig, an dieser Stelle zwischen verschiedenen Arten von Finanzinvestoren und ihren Strategien zu unterscheiden. Waterland investiert in Unternehmen mit großem Wachstumspotenzial, die in fragmentierten Märkten agieren. Wir unterstützen unsere Portfoliounternehmen dabei finanziell, aber auch operativ, diese Potenziale durch Expansion oder auch durch Zukäufe zu realisieren. Anders als bei anderen Investoren liegt unser Augenmerk nicht auf Kosteneinsparungen oder Effizienzprogrammen. Wir sind ein Wachstumsinvestor.

Natürlich wollen wir unsere Beteiligungen irgendwann möglichst gewinnbringend veräußern. Hierfür ist aus unserer Sicht insbesondere eine hervorragende Positionierung des Unternehmens im Markt wichtig. Deshalb achten wir als Investor beispielsweise bei RHM nicht nur auf die Finanzzahlen, sondern insbesondere auch auf eine exzellente medizinische und Betreuungsqualität und sind stolz auf eine ausgezeichnete Qualität unserer Immobilien.

Dr. André M. Schmidt Aus meiner Erfahrung – auch aus meinen vorherigen Tätigkeiten – kann ich die Unterschiede zwischen den einzelnen Strategien von verschiedenen Finanzinvestoren nur bestätigen; im Übrigen haben sie darüber hinaus auch sehr unterschiedliche Fähigkeiten. Ich erlebe Waterland als einen Investor, der Gewinne erzielt, indem er in seine Unternehmen investiert.

Die Geschäftsführung und Waterland haben die gleichen ambitionierten Ziele für die weitere Entwicklung von

RHM. An der Realisierung dieser Ziele arbeiten wir gemeinsam – im Sinne des Unternehmens und auch im Sinne seiner Mitarbeiter.

Als Geschäftsführer von RHM bietet mir Waterland einmalige Chancen, ein Unternehmen zu formen, das Maßstäbe in Hinblick auf messbaren medizinischen Erfolg, Service- und Immobilienqualität setzt.

Aufbauend auf der Plattform RHM, an der sich Waterland 2011 beteiligt hat, haben wir die Unternehmenskapazität bereits von 1.900 auf rund 2.800 Betten ausgebaut. Alle Standorte auf einen einheitlich hohen medizinischen und baulichen Standard zu bringen, könnten wir als Management sicherlich auch ohne die Unterstützung von Waterland leisten. Die für das Wachstum notwendigen Transaktionen hätten wir als Unternehmen allerdings nicht ohne die zusätzlichen Ressourcen von Waterland realisieren können. Nicht nur die notwendigen finanziellen Mittel hätten wir als allein stehendes Unternehmen nicht stemmen können, wir hätten auch in keinem Fall so schnell die notwendigen personellen Kapazitäten und das notwendige Know-how aufbauen können. Wir haben uns seit dem Einstieg von Waterland mit mehr als 50 möglichen Übernahmezielen konkret beschäftigt und werden bis Ende dieses Jahres wenigstens fünf Übernahmen getätigt haben.

Waterland ist 2011 bei RHM eingestiegen. Was hat sie maßgeblich zum Einstieg bewogen und wie konnten Sie das Unternehmen seitdem weiterentwickeln?

Dr. Carsten Rahlfs Wir analysieren immer zunächst sehr gründlich die jeweiligen Märkte, bevor wir uns für eine Investition in ein Unternehmen entscheiden. Der Markt für Rehabilitation stellte sich dabei auf Basis unserer Analyse als sehr interessant heraus. Zunächst sind Rehakliniken für die effiziente Gestaltung unseres Gesundheitssystems ein wichtiger Baustein. Eine hochqualitative Versorgung durch Rehakliniken im Bereich der post-akuten Versorgung bietet für den Patienten und die Gesellschaft gleichermaßen medizinische wie ökonomische Vorteile. In diesen Bereichen ist Reha wichtig und hat unserer Meinung nach großes Zukunftspotenzial.

Für uns als Investor wird der Markt insbesondere dadurch interessant, dass er nicht nur insgesamt Wachstumspotenzial bietet, sondern zum jetzigen Zeitpunkt auch noch stark fragmentiert ist. Eine sehr große Anzahl der Kliniken in Deutschland ist bisher nicht Teil einer größeren Gruppe. Das bietet die Möglichkeit, durch Zukäufe und durch Integration weiterer Kliniken schnell und wertgenerierend zu wachsen.

Im Hinblick auf unser Engagement bei RHM war die herausragende Positionierung der Gruppe ausschlaggebend. Neben dem Fokus auf zukunftsfähige Indikationen und Behandlungsformen überzeugte uns die sehr gute Qualität der Immobilien. Darüber hinaus hatte RHM die notwendige Größe, um als Plattform für weitere Akquisitionen zu dienen. Aus diesen Gründen war und ist RHM für uns die ideale strategische Plattform für den Reha-Markt.

Dr. André M. Schmidt Seit der „Krise“ 1997 hat Reha kein gutes Ansehen in der Gesundheitswirtschaft genossen. Reha wurde mit Kuren gleichgesetzt und wurde als hochgradig bedrohter Markt angesehen, in dem Urlaub auf Staatskosten abgewickelt wird. Die deutschen Rehakliniken bieten allerdings schon seit vielen Jahren deutlich mehr als Kuren.

Rehakliniken haben zum einen Leistungen von Akutkliniken übernommen, die früher in Zeiten deutlich längerer Verweildauern noch im Krankenhaus erbracht wurden. Zum anderen gibt es stark wachsende Indikationsfelder in der Psychosomatik, die früher in diesem Maße gar nicht behandelt wurden.

Die Anzahl an Operationen und psychosomatischen Krankheiten steigt durch die demografische Entwicklung, durch soziale Veränderungen und auch durch die Leistungsfähigkeit der Akutmedizin selbst. In all diesen Feldern übernimmt die Rehabilitation eine wichtige Rolle. Man schaue sich nur die neurologische Früh-Rehabilitation an, die in den meisten Bundesländern zur Akutversorgung gehört, aber an Rehakliniken mit Beatmungsstationen von zwanzig und mehr Plätzen stattfindet. Natürlich gibt es aber auch sterbende Indikationen im Rehamarkt, die aus der Zeit der alten „Kurkliniken“ stammen und in Bereichen, die durch ambulante Behandlungen substituiert werden.

Als Management ist es unsere Aufgabe, RHM auf die wachstumsstarken Bereiche auszurichten, in denen es auch in der Zukunft einen wachsenden medizinischen Bedarf geben wird. Wir sehen insbesondere die Bereiche Orthopädie, Psychosomatik, Neurologie und Innere Medizin als unsere Hauptwachstumsfelder und haben RHM entsprechend darauf ausgerichtet.

Neben der Rolle in der medizinischen Versorgungskette leisten die Rehakliniken in Deutschland auch einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitserhaltung der Erwerbsbevölkerung. Wir haben hierzulande einen akuten und sich perspektivisch verschärfenden Mangel an Fachkräften. Dementsprechend werden uns bis 2020 Hunderttausende Arbeitskräfte fehlen. Aus diesem Grund wird die Bedeutung einer wirkungsvollen Rehabilitation immer wichtiger. Die Rehabilitation erlaubt den meisten Menschen länger zu arbeiten – was für die überwiegende Mehrheit, entgegen mancher

wollen die RHM-Gruppe weiter vergrößern. Was sind für Sie die Bereiche im Rehabilitationsmarkt, in denen Sie wachsen wollen?

Dr. André M. Schmidt Ich habe die Vision, dass RHM bis 2020 mit je einer großen Rehaklinik oder einem großen ambulanten Rehabilitationsangebot in der Nähe jedes deutschen Ballungszentrums präsent ist.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen und werden wir weitere Akquisitionen durchführen. Wir werden uns hierbei auf die eben genannten Zielindikationen fokussieren, in denen wir Wachstumspotenzial sehen. Außerdem werden wir uns, wie auch bisher, auf große Rehakliniken mit mindestens 200 Betten fokussieren. Nur in hinreichend großen Kliniken ist eine effiziente Leistungserbringung möglich und nur in effizienten Strukturen können wir unseren hohen Qualitätsstandard zu wirtschaftlichen Preisen anbieten. In jeder unserer Kliniken streben wir höchste bauliche Standards auf 4-Ster-



politischen Aussage, auch wichtig ist – und versorgt so die Wirtschaft, je nach Studie, mit jährlich über 100.000 Facharbeitskräften, die ohne Reha in den Vorruhestand gegangen wären.

Sie sind weiter auf der Suche nach geeigneten Übernahmezielen und

ne-Hotelniveau an. Daher suchen wir Einrichtungen, die diesen Standards genügen oder wenigstens die notwendige Substanz aufweisen, sie durch weitere Investitionen zu erreichen. Ein solcher Standard wird zum einen von der aktuellen Generation von Patienten erwartet, zum anderen – und das

ist noch wichtiger – hat es einen signifikanten Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung, wenn Patienten sich in ihrer Umgebung wohlfühlen.

Bei Akquisitionen setzen wir meistens auf etablierte Einrichtungen, die auch heute bereits solide wirtschaften. Wir haben aber auch schon eine Einrichtung aus der Insolvenz gekauft und anschließend mehrere Millionen Euro investiert, weil wir von dem Potenzial dieser Einrichtung überzeugt waren und sind. Das wird aber eher die Ausnahme bleiben.

Viele Anbieter sehen Chancen in der Verknüpfung von Leistungen über Sektorengrenzen hinweg – also beispielsweise durch Kombination von Akutversorgung und Rehabilitation oder von speziellen Pflegeangeboten und Rehabilitation. In welchen Bereichen sehen Sie sinnvolle Schnittmengen und wohin wollen Sie RHM diesbezüglich entwickeln?

Dr. André M. Schmidt Wir betreiben neben Rehakliniken auch Pflegeheime, Akutkliniken, Wiedereingliederungseinrichtungen und eine Behinderteneinrichtung. Im Kern sind wir jedoch ein Betreiber von Rehakliniken und wollen insbesondere in diesem Bereich weiter wachsen.

Dort, wo sich sinnvolle Verknüpfungen ergeben, wollen wir punktuell unser Leistungsangebot erweitern. Schnittstellen ergeben sich beispielsweise zwischen Psychosomatik (Reha), Akutpsychiatrie, Wiedereingliederung oder auch auf Demenz spezialisierten Pflegeleistungen. Diese Leistungsbereiche bieten wir beispielsweise bereits heute alle an unserem Stammsitz in Bad Dürkheim an. Dieses erprobte Konzept auf weitere Standorte zu übertragen, streben wir an. Aber auch die Integration von spezialisierten orthopädischen Akutkliniken kann vor dem Hintergrund unserer starken Kompetenz in der orthopädischen Rehabilitation synergetisch sein. In diese Richtung denken wir ebenfalls.

Eine solche Vernetzung der Leistungsangebote bietet Vorteile für den Patienten, da die Behandlung dann aus einer planerischen Hand erfolgt. Jedes dieser denkbaren Konzepte ist jedoch auch kritisch zu hinterfragen. So ist beispielsweise in der Psychosomatik eine wohnortentfernte Behandlung

häufig empfehlenswert und angezeigt. Dem kann eine regional hoch integrierte Versorgungskette natürlich im Wege stehen.

Die Plädoyers für die Erbringung von Leistungen aus einer Hand haben häufig eine mechanische und systemorientierte Argumentationslinie, die sicherlich in Teilen ihre Berechtigung findet. Mir ist jedoch wichtig, dass eine solche Planung von Versorgungskonzepten immer gesamthafte die Bedürfnisse des Patienten umfasst. Rehabilitation ist mehr als die Durchführung einer spezifischen medizinischen Prozedur. Sie dient dem Ziel, den Menschen in seiner gesamthafte Betrachtung wieder gesund zu machen.

Daher wird es aus meiner Sicht immer eine Berechtigung für leistungsstarke, auf Rehakliniken fokussierte Anbieter geben. Wir werden daher nur dort unser Angebot erweitern, wo wir uns davon klare Vorteile für den Patienten versprechen. ■



Dr. André M. Schmidt

Dr. André M. Schmidt studierte von 1989 bis 1994 Biochemie und theoretische Chemie an der Universität Hannover und promovierte 1998 an der technischen Universität Darmstadt. Von 1994 bis 2001 führte er ein eigenes Beratungsgeschäft für mobiles Computing in München und war daneben 1998 und erneut 2003 als Unternehmensberater für McKinsey & Company in München tätig. Nach seinen anschließenden Anstellungen bei den Schön Kliniken, Bad Staffelstein, und der CASA REHA Holding GmbH, Oberursel, wurde er im Jahre 2010 COO des McKinsey Hospital Instituts, Frankfurt. Seit 2011 ist Dr. André M. Schmidt Geschäftsführer der RHM Kliniken und Pflegeheime in Deidesheim, einem der größten Betreiber von Rehakliniken in Deutschland, der in den vergangenen Jahren durch mehrere Zukäufe stark gewachsen ist.



Dr. Carsten Rahlfs

Dr. Carsten Rahlfs ist Associate Principal bei Waterland Private Equity in Düsseldorf. Zuvor war er nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre und seiner Promotion im Bereich Strategisches Management und Finanztheorie bei McKinsey, Tchibo, Zwilling J. A. Henckels und der französischen Groupe Staub tätig. Waterland hat in den letzten Jahren eine Vielzahl von Investments und Zukäufen in Deutschland getätigt.

Werbung in der Physiotherapie

Ein Vergleich der Kundenreaktion auf Werbemittel von Praxen auf dem Land und in der Stadt

Werbung war nicht immer ein präsenes Thema in der Physiotherapie. Diese Nische hat sich erst in den letzten Jahren geöffnet und immer mehr Berufe der Gesundheitsbranche machen sich gezielte Werbung zunutze. Das liegt auch daran, dass die Konkurrenz in diesen Bereichen immer weiter zunimmt und den Kunden eine größere Auswahl an Praxen zur Verfügung steht. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Praxisinhaber ihre Praxis für Kunden interessant und attraktiv machen.

Autorin: Kerstin Weihs, Bachelor of Science in Therapie-, Präventions-, Rehabilitationswissenschaften; Physiotherapeutin

Zwei Arten von Werbung gibt es in der Gesundheitsbranche, die es zu beachten gilt. Zum einen ist die produkt- und leistungsbezogene Absatzwerbung zu nennen, die Physiotherapeuten allerdings untersagt ist, da sie den Vorschriften des Heilmittelwerbegesetzes unterliegt, dass die Werbung mit Leistungen oder heilenden Produkten verbietet. Zum anderen gibt es die Unternehmens- oder Imagewerbung, die lediglich der Werbung für die Praxis an sich dient und den Therapeuten wiederum erlaubt ist.

Es bleibt aber die Frage, welches der vielen angebotenen Werbemittel wirklich gut beim Kunden ankommt und ob alle Praxisinhaber auf dasselbe Werbeformat setzen sollten. Reagieren die Kunden einer Stadtpraxis auf dieselben Werbemittel wie Kunden einer Praxis auf dem Land?

Um das herauszufinden, wurde ein Fragebogen erstellt, der aufzeigen sollte, durch welches Werbemittel die Kunden vor dem ersten Besuch auf ihre Physiotherapiepraxis aufmerksam geworden sind. Zudem wollte man von den Befragten wissen, ob sie Werbung in dieser Branche als wichtig empfinden und welches Werbemittel sie bevorzugen würden.

Auswertung der Befragung

An der Befragung nahmen 184 Patienten im Alter von 40 bis 49 Jahren teil, darunter 54,9 Prozent Frauen und 45,1 Prozent Männer. Mehr als die Hälfte der Befragten (58,6 Prozent)

wohnte innerhalb eines Umkreises von fünf Kilometern um die Praxis. Die verbleibenden 41,4 Prozent nahmen eine Anfahrt von sechs und mehr Kilometern auf sich, um dorthin zu gelangen. Von den Patienten waren 36,4 Prozent zum ersten Mal in einer der untersuchten Praxen.

Persönliche Empfehlung von größter Bedeutung

Auf eine der wichtigsten Fragen, wie die Patienten auf die Praxis aufmerksam geworden sind, antworteten 50 Prozent der Kunden einer Stadtpraxis, dass sie der Empfehlung ihres Arztes gefolgt seien. Kunden einer Praxis auf dem Land vertrauen zu 64,3 Prozent auf Empfehlungen von Freunden oder Bekannten. Für die Praxiswahl auf dem Land spielt das Internet noch eine untergeordnete Rolle. Hier scheinen die Stadtpraxen im Vorteil zu sein. Drei Viertel der Patienten in ländlichen Regionen empfinden Werbeflyer als wichtig bis sehr wichtig. Eine Homepage würden sogar 79,6 Prozent begrüßen. In der Stadt empfinden dagegen nur zwei Drittel der Befragten (66,2 Prozent) Flyer als wichtig bis sehr wichtig. Eine deutliche Mehrheit von 86 Prozent hält eine Homepage dagegen für besonders bedeutsam. Die persönliche Empfehlung ist dagegen mit 98,9 Prozent für fast alle befragten Patienten unverzichtbar. Die Nutzung sozialer Medien wie Facebook oder Twitter und Smartphone-Applikationen ist nur für ein Drittel der

befragten Patienten wichtig. Auf Giveaways legen 78,2 Prozent der Befragten in beiden Regionen keinen Wert.

Die Befragung ergab auch, dass sich Patienten in der städtischen Region intensiver im Internet über das Praxisangebot und die Praxen im Einzelnen informieren, als es Patienten auf dem Land tun. Weitere Gründe für die Praxiswahl der Stadtbewohner sind die Nähe zum Arbeitsplatz beziehungsweise zum Arbeitsweg und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Im ländlichen Raum soll die Anfahrt zur Praxis möglichst kurz sein, die Suche nach weiter entfernten Alternativen rückt dadurch in den Hintergrund.

Fazit

Die mündliche Praxisempfehlung ist für Patienten von größter Bedeutung. Praxisinhaber in der Stadt können sich zudem mit einer eigenen Homepage gut auf suchende Patienten einstellen und zusätzlich besser auf sich aufmerksam machen, wohingegen im ländlichen Raum mit Werbeflyern eine höhere Aufmerksamkeit bei den Patienten gewonnen werden kann. Letztlich ist es für den Praktiker wichtig zu wissen, woher die Patienten kommen und wie sie auf die Praxis aufmerksam geworden sind. Nur dann können die für die individuelle Praxis richtigen Werbemittel eingesetzt werden. ■

INTERVIEW

Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems – Chancen und Risiken in der Praxis

Matthias Müller, Prokurist und Leiter Finanz- und Rechnungswesen am Standort Haina, und Frank Losert, Geschäftsbereichsleiter Finanzen der Vitos GmbH, im Gespräch mit Dr. Bernd Siefert und Thorsten Schrum, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mainz

Mit der Einführung des neuen § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde zum 1. Januar 2013 ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Einrichtungen) eingeführt. Zuvor erfolgte eine sogenannte Pre-Test-Phase. Für die Jahre 2013 und 2014 bestehen Optionsmöglichkeiten zur Anwendung des neuen Entgeltkatalogs, ab 2015 ist die Anwendung verpflichtend. Kern dieser Reform ist es, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Entgeltsystem (PEPP) auf Basis von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Es erfolgte somit die Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems, ähnlich dem in der Somatik.

Was sind Ihre Erfahrungswerte aus den Pre-Test-Häusern?

Matthias Müller Wir hatten insgesamt zwei Häuser in der Pre-Test-Phase: Haina und Lahnhöhe. Für uns war es komplettes Neuland, bei dem wir viel gelernt haben. Die Häuser waren stark engagiert. Zusätzlich haben wir uns eines externen Dienstleisters bedient. Zum Zeitpunkt des Starts war keine Software zur Abbildung der Kostenträgerrechnung vorhanden, eine Leistungserfassung musste implementiert werden. Zum Teil erfolgte hier aufgrund der Anforderungen der Aufbau einer Parallelwelt, um die Vorgaben umzusetzen. Hierbei wurden ebenfalls Teile der Umlage-schlüssel neu aufgesetzt.

Wurden Ihre Erfahrungen in das neue Entgeltsystem eingebracht?

Frank Losert Nein, das ist auch unser Hauptkritikpunkt am derzeit bestehenden PEPP, dass unsere Erfahrungen nicht in das neue Entgeltsystem implementiert wurden. So sind die

Ergebnisse der Kostenträgerrechnung im Rahmen der Kalkulation unseres Erachtens nur unzureichend in das neue Entgeltsystem eingeflossen. Man kann sich hier die Frage stellen, ob das überhaupt Ziel des Kalkulationsverfahrens war. Auf die Kritik der Krankenhäuser hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) reagiert und einen Beirat ins Leben gerufen. Vitos ist in ihm ebenfalls vertreten. Es bleibt zu hoffen, dass es hier zu einer besseren Zusammenarbeit kommen wird.

Wie viele Häuser haben bereits optiert beziehungsweise wie ist Ihr Fahrplan für Vitos?

Frank Losert Für 2013 hat beziehungsweise wird kein Vitos-Haus optieren. Für 2014 ist noch keine abschließende Konzernentscheidung gefallen. Vorge-sehen ist 2014 mit ein oder zwei Häusern zu optieren. An erster Stelle werden es wohl die Kalkulationshäuser sein.

Welche Investitionen wurden durchgeführt, um die Vitos-Gruppe für das neue Entgeltsystem „fit“ zu machen?

Matthias Müller Wir haben konzernweit in unsere IT-Infrastruktur investiert. So erfolgt die konzernweite Einführung eines einheitlichen Krankenhausinformationssystems (KIS). Hierbei wurde die Leistungserfassung implementiert und in einigen Einrichtungen eine Kostenträgerrechnung eingeführt. Parallel wurde ein Medizincontrolling aufgebaut.

Welche Rolle spielt hierbei die IT und die Infrastruktur?

Matthias Müller Eine gewichtige und große Rolle, was Sie zum Beispiel an den Themen Leistungserfassung, Kodierung, Grouping feststellen können. Hinzu kommen auch Investi-

tionen in die Infrastruktur an unseren Standorten, um Prozesse optimaler zu gestalten.

Welche Veränderungen haben sich in der Aufbauorganisation ergeben?

Matthias Müller Durch interne Stellenbesetzung haben wir ein Medizincontrolling aufgebaut und mit dem Finanzcontrolling verzahnt. Zusätzlich testen wir in Haina gerade den Einsatz von Kodierassistenten. Keine Anpassungen erfolgten in der medizinischen/pflegerischen Aufbauorganisation (Gruppengröße, Dauer), jedoch haben wir im nicht patientennahen Bereich Optimierungen vorgenommen.

Welche Veränderungen haben sich in der Ablauforganisation ergeben?

Wurden oder werden Prozesse und Strukturen angepasst und optimiert? Wenn ja, wie sehen diese Veränderungen aus?

Matthias Müller Faktisch sind in den Prozessen, bis auf die IT-Prozesse, bisher keine Veränderungen vorgenommen worden. Wir haben intern eine Arbeitsgruppe „Entgeltsystem“ gebildet, um den Umstieg auf das neue Entgeltsystem optimal vorzubereiten. Bei den Strukturen haben wir während der Pre-Test- und Kalkulationsteilnahme im Bereich der Leistungs-/Aufwandsge-wichtungsmodellierung Anpassungen vorgenommen.

Welche Veränderungen haben sich in der Kostenrechnung ergeben?

Matthias Müller Wir waren in der Kostenrechnung schon vor der Teilnahme als Kalkulationshaus gut aufgestellt. Durch die Einführung des Kalkulationshandbuchs waren für die Kostenrechnung Aus- und Umgliederungen sowie Anpassungen der Umlagen nötig, um dem vorgegebenen Kalkulationsschema Rechnung zu tragen. Derzeit wird eine optimierte Kostenträgerrechnung aufgebaut.

Wurden oder werden entsprechende Case-Manager implementiert und wie wurden sie auf Ihre Rolle vorbereitet?

Frank Losert Bereits im Rahmen der integrierten Versorgung haben wir Case-Manager eingeführt mit dem Vorteil der Verbesserung der Ergebnisqualität. Gleiche Überlegungen werden von uns im Bereich neues Entgeltsystem gerade angestellt. Eine abschließende Entscheidung hierüber steht noch aus.

Wie sind die bisherigen Kodierverfahren sowohl intern, durch die Kodierkräfte, als auch extern, Stichwort Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen?

Matthias Müller Aufgrund der Teilnahme am Pre-Test und der Kalkulation sind wir gut vorbereitet. Es ist jedoch intern für alle Beteiligten ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand aufgrund der Dokumentationsanforderungen. Arbeitserleichternd ist hier das eingeführte Krankenhausinformationssystem zu nennen. Vor diesem Hintergrund sind auch unsere Überlegungen zum Einsatz von Kodierassistenten zu sehen. Beim Kodieren besteht noch Optimierungsbedarf, da es an Erfahrungswerten fehlt. Auf Hessen bezogen haben wir bisher keine externen Erfahrungen sammeln können.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat durch Rechtsverordnung den PEPP-Katalog erlassen. Was sind Ihre größten Kritikpunkte?

Frank Losert Derzeit sehen wir uns als Verlierer des neuen Entgeltsystems, sofern keine Anpassungen erfolgen. Das möchte ich gerne an folgenden Punkten festmachen:

Die Hauptdiagnose als primäres Merkmal der Klassifikationslogik ist kein belastbarer Kostentrenner, eher ein Hilfskonstrukt. Die tatsächlichen Behandlungsleistungen müssen stärker in den Fokus gerückt werden.

Der Differenzierungsgrad ist zu gering, da der unterschiedlich hohe Aufwand nicht ausreichend abgebildet werden kann. Folgen sind hier, dass derzeit die Behandlung „leichter Erkrankungsfälle“ eher wirtschaftlich attraktiver ist und dass die psychiatrisch Schwerstkranken nach kurzer „Krisenintervention“ entlassen werden. Außerdem erfolgt keine ausreichende differenzierte Abbildung von Suchterkrankungen. So ist die Behandlungsdauer von zum Beispiel Opiatsabhängigen im Schnitt länger als bei reinen Alkoholabhängigen. Die verweildauerabhängige Vergütung, die einen degressiven Kostenverlauf unterstellt, entspricht nicht unseren Kalkulationserfahrungen.

Führt das PEPP zu einem korrekt allozierten Ressourcenverbrauch oder führt es zu Fehlinterpretationen und wie sehen diese aus?

Matthias Müller Aktuell erfassen wir für die Kostenträgerrechnung die tat-

sächlichen Aufwendungen und werden sie mit den Grouping-Ergebnissen abgleichen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir derzeit den tatsächlichen Ressourcenverbrauch weitestgehend an der Vergütung orientieren können, was auch die eben genannten Kritikpunkte schon aussagen.

Wird durch die Einführung des PEPP die Ergebnisqualität der Behandlungen verbessert?

Frank Losert Die Ergebnisqualität war während der Kalkulation nie Thema, weder direkt noch indirekt. Insofern kann das neue Vergütungssystem keinen positiven Einfluss auf die Ergebnisqualität haben. Der Druck auf die Verweildauern wird zunehmen. Insgesamt wurde die Wirtschaftlichkeit als wichtigster Indikator in der Entgeltfindung berücksichtigt.

Führt die Einführung des PEPP nicht auch dazu, die vorhandenen Strukturen zu überdenken, neue Wege zu gehen und effizienter mit den vorhandenen Ressourcen umzugehen?

Matthias Müller Die Ankündigung des neuen Entgeltsystems hat dazu geführt, dass sich die Vitos-Häuser noch intensiver mit Ihrem Leistungsgeschehen beschäftigen. Die Teilnahme am Pre-Test und der Kalkulation hat hier zu einer erheblichen Verbesserung der Datenbasis geführt. Sie belegt zwar, dass das neue Entgeltsystem in vielen Punkten noch verbesserungsfähig ist, hat aber in der Konsequenz dazu geführt, dass bei Vitos bestimmte strukturelle Themen an Fahrt gewonnen haben. Jedoch waren die Häuser auch bisher aufgrund der nicht kostendeckenden Erlössteigerungen über einen sehr langen Zeitraum darauf angewiesen, mit den vorhandenen Ressourcen effizient umzugehen.

Trotz aller Kritik, welche Chancen sehen Sie aufgrund Ihrer bisherigen Erfahrungen für Ihre Häuser?

Frank Losert Die wesentlichste Chance sehen wir in dem bereits gebildeten InEK-Beirat, um von allen Seiten geforderte notwendige Anpassungen vorzunehmen, sodass auch hochaufwendige Patienten im Entgeltsystem besser abgebildet werden. Zusätzlich erhoffen wir uns, dass das Thema „Regionale Versorgung“ eventuell über Zuschläge berücksichtigt wird. Fakt ist jedoch, dass wesentliche Veränderungen des derzeit bestehenden Entgeltsystems erforderlich sind. ■



Matthias Müller

Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Gießen-Friedberg, mit den Schwerpunkten Rechnungswesen, EDV und Organisation, war Matthias Müller sieben Jahre im Bereich der System- und Organisationsberatung für die DATEV eG tätig. Seit 1999 ist er für die Vitos Haina gemeinnützige GmbH (und Vorgängerorganisation) als Leiter Finanz- und Rechnungswesen tätig und seit der GmbH-Gründung Prokurist. In leitender Funktion verantwortete er verschiedene Projektarbeiten in den Bereichen Prozessoptimierung und Organisation des Rechnungswesens.



Frank Losert

Frank Losert absolvierte zunächst eine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der AOK Hessen und anschließend ein Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Gießen-Friedberg mit den Schwerpunkten Wirtschaftliches Gesundheitswesen und Personalwesen. Bei der AOK Hessen war er über zwölf Jahre als Team- und Abteilungsleiter Krankenhausmanagement erfolgreich, bevor er 2009 als Geschäftsbereichsleiter Finanzen bei der Vitos GmbH tätig wurde.

Vitos Gruppe

Die Vitos-Gruppe ist in Hessen der größte Anbieter für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in psychiatrischen, psychosomatischen und forensisch-psychiatrischen Kliniken ist Kernaufgabe des Konzerns.

INTERVIEW

Aktuelle Herausforderungen und Chancen im Pharma-Mittelstand

Henriette Starke, Geschäftsführerin und Gesellschafterin der APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dresden, im Gespräch mit Antje Strom und Jörg Schulze, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Leipzig und Berlin

Ohne kontinuierlich optimierte oder neue Produkte kann kein Unternehmen dauerhaft wettbewerbsfähig sein. Forschung und Entwicklung ist jedoch ein hoher Kostenfaktor, vor allem für Mittelständler. Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen bei APOGEPHA?

Wir begegnen dieser Herausforderung in verschiedener Hinsicht. Der erste Punkt ist Konzentration. Als pharmazeutisches Unternehmen haben wir uns zu fast 100 Prozent auf den Bereich Urologie konzentriert und erreichen dadurch gute Synergieeffekte zwischen den einzelnen Produkten. In der Forschung und Entwicklung (F&E) konzentrieren wir uns auf die späten und marktnahen Entwicklungsphasen, das heißt auf die pharmazeutische und klinische Weiterentwicklung bekannter Wirkstoffe mit dem Ziel der Optimierung für den Patienten. Grundlagenforschung betreiben wir nicht. Der zweite Punkt ist die Ergänzung des Produktnachschubs aus Eigenentwicklung durch Einlizenzierungen und Vertriebspartnerschaften sowie durch Projekte, die eine Kombination aus Einlizenzierung und eigener Weiterentwicklung sind. Ein dritter Punkt ist, durch sehr sorgfältige Vorbereitung von Projekten bei der Durchführung geringere Streuverluste zu haben. Darüber hinaus sind Kooperationen von hoher Bedeutung, auch über F&E hinaus. Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Entwicklung in Deutschland muss ich allerdings sagen, dass das Thema F&E insgesamt, aber vor allem für den pharmazeutischen Mittelstand, mit einem Fragezeichen versehen werden muss. Schritttinnovationen, aus denen eine Entwicklung besteht, werden durch die Gesundheitspolitik im Grunde derzeit vollständig negiert, wenngleich sie

aus Sicht des Patienten unverändert von Relevanz sind. Wir müssen uns deshalb immer wieder sehr kritisch fragen, ob die Weiterentwicklung eines Wirkstoffes überhaupt noch sinnvoll ist, weil sie durch die aktuellen Rahmenbedingungen oft nicht anerkannt wird und damit auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit für uns als Mittelständler meist nicht mehr gegeben ist.

Eine bedeutende Rolle bei der Forschung spielt auch die Unterstützung durch öffentliche Fördergelder. Wie relevant sind öffentliche Förderungen für Ihr Unternehmen?

Sie sind sogar sehr relevant. Tatsächlich können wir sie aber fast nur im Bereich der materiellen Investitionen nutzen, da marktnahe Entwicklungsphasen der F&E quasi nicht gefördert werden. Dort, wo es geht, nutzen wir öffentliche Fördergelder. In Relation zum Gesamtpaket F&E sind die Mittel aber leider sehr gering. Aus meiner Sicht wären auch die marktnahen Entwicklungsphasen ein Punkt, der gefördert werden sollte. Das ist jedoch im Moment noch nicht absehbar. Wir unterstützen deshalb auch sehr das Thema steuerliche Forschungsförderung, die aktuell von der Bundesregierung wieder auf den Plan gerufen wird. Sie geht in die richtige Richtung, vor allem für den Mittelstand.

Was halten Sie von dem Vorschlag, sich mehr auf unternehmensübergreifende Forschung oder gemeinschaftliche Forschungs- und Entwicklungsprojekte zu fokussieren? Welche Vorteile bieten in diesem Zusammenhang strategische Partnerschaften?

Prinzipiell halte ich sehr viel davon, gemeinsam zu arbeiten. Die Vorteile sind ganz klar: Es lassen sich Ressour-

cen bündeln und es ergeben sich Synergieeffekte. Sie bieten sich bei vielen Themen an. Bei uns bestehen Kooperationen im F&E-Bereich eher mit Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen. Die Kooperation im Mittelstand, die in der Tat sehr gewinnbringend wäre, ist in der Realität oft schwierig, gerade mit familiengeführten Unternehmen. Hier müssen viele Interessen übereingebracht werden. Für uns sind Kooperationen mit anderen Unternehmen immer interessant, im F&E-Bereich und darüber hinaus. So sehen wir zum Beispiel auch in der Herstellung verschiedene Möglichkeiten dafür.

Das Pharmageschäft ist trotz Finanz- und Wirtschaftskrise anhaltend stabil. Trotz geringen Wachstums bleiben die Umsatz- und Beschäftigungszahlen weitgehend konstant. Dabei spielt nach Angaben des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI) vor allem der Export eine große Rolle. Welche Bedeutung haben der Weltmarkt und internationale Geschäftsaktivitäten für Ihr Unternehmen? Wo liegen noch unentdeckte Potenziale?

Die Bedeutung ist sehr groß und nimmt weiter zu. In unserem Unternehmen nehmen der Export und die weitere Internationalisierung eine große strategische Rolle ein. Momentan machen wir circa 30 Prozent unseres Umsatzes im internationalen Umfeld. Langfristig wollen wir mindestens 50 Prozent erreichen oder idealerweise das bestehende Verhältnis umkehren. Einerseits bietet der Weltmarkt im Verhältnis zu Deutschland natürlich große Potenziale. Andererseits ist auch der Aspekt der Risikominimierung wichtig. Gerade in unserer Branche, die sehr von der Gesundheitspolitik und ihren steuernden Maßnahmen, die es in jedem Land gibt, beeinflusst wird, ist es schwierig, wenn man zu stark von einem Markt abhängig ist. Daher ist es sinnvoll, die Umsatzerlöse marktseitig weiter zu verteilen.

Wie interessant sind in diesem Zusammenhang die Länder Indien und China als globale Wachstumsmärkte für Sie?

Die wachstumsstarken Länder haben wir als Märkte natürlich im Blick. Die Konzentration auf etablierte Märkte

wie die USA bleibt aber gleichzeitig bestehen. In China bemühen wir uns um eine Zulassung, Indien ist noch kein großes Thema, bleibt aber unter Beobachtung. Kurzfristig ist auch Osteuropa für uns sehr interessant, da wir dort aktuell – mit Ausnahme der Slowakei und Tschechien – sehr wenig vertreten sind. Das liegt allerdings auch an den inzwischen hohen Zugangshürden in diesen Ländern.

Momentan ist der sogenannte „Patent Cliff“ eine große Herausforderung für die produzierenden Pharmaunternehmen. Zahlreiche Patente von Medikamenten laufen aus und den Mitbewerbern steht es anschließend frei, Generika herzustellen. Was bedeutet das für mittelständische Pharmaunternehmen wie APOGEPHA? Ist diese Entwicklung eher eine Chance oder birgt sie ein hohes unternehmerisches Risiko, da sich dieses Phänomen direkt auf den Umsatz niederschlägt?

Diese Situation ist für unser Unternehmen sowohl eine Chance als auch ein Risiko: ein Risiko, da wir selbst patentgeschützte Produkte haben, und eine Chance, da freiwerdende Produkte uns die Möglichkeit bieten, neue Erzeugnisse in die Palette aufzunehmen. So können wir durch die Entwicklung neuer Darreichungsformen oder Indikationen freiwerdende Wirkstoffe nutzen, um weitere interessante Produkte in unser Portfolio aufzunehmen. Ein einfaches Generikum aufzunehmen, wie wir es in der Vergangenheit zur Ergänzung unseres urologischen Angebotes immer wieder gemacht haben, ist für uns unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen allerdings kein zukunftssträchtiges Thema mehr. In Zeiten von Ausschreibungen ganzer Wirkstoffmärkte, ist es kaum noch vertretbar, solche Generika als Palettenergänzung aufzunehmen, da Krankenkassen heute in der Regel nur einem Unternehmen den Zuschlag für einen Wirkstoff geben. Dieses Unternehmen deckt dann den deutschlandweiten Bedarf dieser Kasse. Als Mittelständler hat man im Vergleich zu großen internationalen Unternehmen schon aufgrund der geringeren Bedarfsmengen kaum Chancen finanziell mitzubieten. Wenn man darüber hinaus – wie wir – in Deutschland produziert, fehlen außer-

dem die Kostenvorteile, die andere in Asien und anderswo haben. Die Kosten im Gesundheitssystem zu begrenzen ist unbedingt richtig. Momentan werden aber aus meiner Sicht Risiken in Kauf genommen, die ich aus gesamtgesellschaftlicher Sicht für kritisch halte. Zum einen reduziert sich durch die geringe Zahl der Zuschläge bei den Ausschreibungen die Zahl der anbietenden Unternehmen. Schon heute gibt es klare Tendenzen der Oligopolisierung, die künftig zu Kostensteigerungen führen können, weil es einfach nicht mehr genug Wettbewerb bei diesen Wirkstoffen gibt. Zum anderen sehe ich Gefahren, wenn für viele Produkte die gesamte Wertschöpfungskette nur noch im entfernten Ausland stattfindet. Deutschland verliert damit den direkten Zugang zur Versorgung mit wichtigen Arzneimitteln. Vor diesem Hintergrund ist der „Patent Cliff“ derzeit eher ein Risiko.

Fachkräfte sind die Voraussetzung und der Motor für Entwicklungen und Innovationen – auch im Pharmabereich. Nach einer DIHK-Befragung aus dem letzten Jahr fehlen der Chemie- und Pharmabranche bis zum Jahr 2030 in Deutschland bis zu 30.000 Fachkräfte. Wie begegnen Sie dieser Herausforderung? Und welche personalpolitischen Möglichkeiten bieten Sie Ihren Fachkräften, um vorhandene Potenziale optimal zu nutzen?

Wir legen Wert auf gute Arbeitsbedingungen und einen fairen Umgang miteinander. Unseren Mitarbeitern soll die Arbeit bei uns Freude machen und Erfüllung bieten. Vor allem die Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf ist für uns schon lange ein Anliegen. So haben wir flexible Arbeitszeitmodelle, die Lösungen für viele familiäre Themen bieten, auch für die Pflege eines Elternteils, wir betreiben eine kleine Kita und leisten betriebliche Gesundheitsvorsorge. Dieses Paket haben wir schon seit einiger Zeit und entwickeln es kontinuierlich weiter. Zusätzlich investieren wir intensiv in die persönliche und fachliche Weiterbildung unserer Mitarbeiter und in die Ausbildung. ■



Henriette Starke

Henriette Starke entschied sich nach dem erfolgreichen Abschluss eines Sprachstudiums an der Universität Leipzig, in das elterliche Unternehmen APOGEPHA Arzneimittel GmbH einzutreten. Das war 1992. Sie absolvierte parallel ein Studium der Betriebswirtschaftslehre in Dresden und verschiedene Praktika in renommierten pharmazeutischen Unternehmen. Nach erfolgreichem Studienabschluss leitete sie ab 1996 den Bereich Materialwirtschaft/Logistik der APOGEPHA. Anfang des Jahres 2000 übernahm sie die Geschäftsführung von ihrem Vater und führt seitdem erfolgreich die Geschicke der APOGEPHA Arzneimittel GmbH in dritter Generation. Seit Anfang 2012 ist sie zudem Gesellschafterin des Unternehmens.

APOGEPHA Arzneimittel GmbH

Die APOGEPHA Arzneimittel GmbH ist ein mittelständisches Familienunternehmen, das sich auf Entwicklung, Herstellung und Vertrieb urologischer Arzneimittel spezialisiert hat. Sie wurde 1882 in Dresden gegründet und hat dort bis heute ihren Sitz. Seit 1932 wird das Unternehmen durch die Familie Starke geführt, mit Unterbrechung durch die Verstaatlichung während der DDR-Zeit (1972–1991). Mit 176 Mitarbeitern erwirtschaftete die APOGEPHA im Jahr 2012 einen Umsatz von 31 Millionen Euro, davon 30 Prozent im Ausland.

INTERVIEW

Digitale Medizin ersetzt nicht den direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient

Vir Lakshman, Head of Chemicals & Pharmaceuticals, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf, und Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin, im Gespräch mit Katharina Ashauer, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Essen

Wie in allen Industrien macht das veränderte Patientenverhalten auch nicht Halt vor der Pharma- und Gesundheitsbranche. Worauf müssen sich Unternehmen einstellen?

Vir Lakshman Die Patienten sind heutzutage viel besser informiert und entsprechend wählerisch – sowohl bei der Medikamentenauswahl als auch bei der Behandlung. Die Branche muss darauf reagieren und die Entwicklung aufnehmen. Dafür muss sie aus eigenem Antrieb deutlich aktiver kommunizieren und eine umfassende Betreuung zu allen Bereichen der Patientenbedürfnisse leisten.

In der Öffentlichkeit wird der Veränderungsprozess oft auf die Formel verkürzt, die Branchen müssten eine „bessere Versorgung zu geringeren Kosten“ liefern. Ist diese Forderung sinnvoll?

Vir Lakshman Auf den ersten Blick klingt diese Aussage paradox. Aufgrund der präventiven Vorsorge und stärker fokussierter Behandlungen gibt es aber tatsächlich die Möglichkeit, die Gesamtkosten zu senken. Oft leiden die Patienten an mehreren Krankheiten, sodass die Behandlungen abgestimmt werden müssen.

Big Data ist ein weiterer Trend, den die Branchen aufgreifen. Wie stark wird er den Pharmasektor in Zukunft beeinflussen?

Vir Lakshman Big Data ist in der Tat eine enorme Herausforderung für die Unternehmen. Gleichzeitig stellt es eine große Möglichkeit dar, Behandlungswege zu verbessern. Zum Beispiel können die Ergebnisse aus klinischen Studien leichter analysiert, verglichen und verbreitet werden. Das hilft, um Medikamente schneller und effizienter auf den Markt zu bringen.

Gilt diese Entwicklung für die gesamte Gesundheitsbranche?

Prof. Dr. Volker Penter Unsere Zeit ist von Vernetzung und hoher Informationsdynamik geprägt. Das macht natürlich vor dem Gesundheitswesen nicht halt. Da wir es aber in der Gesundheitsbranche zu allererst mit Menschen und dann erst mit Technologie zu tun haben, gibt es eine Reihe sehr spezifischer Herausforderungen. Nehmen wir das Beispiel Gesundheitskarte: Bereits heute wären wir theoretisch in der Lage, sämtliche Patientendaten zu erfassen und für niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Apotheken, Krankenkassen nutzbar zu machen. Aus der Sicht des Behandlungsprozesses ist das ein Traumzustand. Es gäbe weniger Doppeluntersuchungen, keine Zeitverzögerungen bei Notfällen, keine unnötigen Medikamentenverschreibungen etc. Genauso wichtig ist nach Datenschutzgesichtspunkten aber, dass Patientendaten nur diejenigen Personen in die Hand bekommen, für die sie gedacht sind. Damit muss ein solches System wie die Gesundheitskarte extrem hohen Sicherheitsanforderungen genügen.

Die digitale Medizin rückt immer mehr in den Fokus. Ist es vorstellbar, digital mit dem Arzt verbunden zu sein?

Prof. Dr. Volker Penter Bereits heute gibt es viele gute Beispiele für die Anwendung der digitalen Medizin. Großflächige Länder wie Norwegen sind hier führend in Forschung und Anwendung. Sie sind aufgrund ihrer Infrastruktur und Geografie darauf angewiesen, Alternativen für den Arzt vor Ort zu finden. Andererseits ist es bekannt, dass das Arzt-Patienten-Gespräch

wichtig ist, damit die Patienten zügig gesund werden. Es geht dabei nicht nur darum, eine Diagnose zu stellen und die Form der Behandlung festzulegen, sondern auch darum, Vertrauen zu schaffen. Das klappt nur, wenn man sich in die Augen schaut. Die Anforderungen der Patienten an die Kommunikation mit ihrem Arzt steigen gerade deutlich. Digitale Medizin ist dabei ein hilfreiches Instrument. Sie wird aber den direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient nicht ersetzen. ■



Die Studie von KPMG International „More than medicine“ diskutiert Veränderungen im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die Pharmabranche. Der Fokus des Gesundheitswesens verschiebt sich hin zum Patienten. Das Ziel ist klar: bessere Behandlungsergebnisse für Patienten zu geringeren Kosten. Das bedeutet mehr Partnerschaften bei der Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten sowie eine flexiblere Preispolitik, die eine Bezahlung im Einklang mit der effektiven Behandlung der Krankheit vorsieht.

Für einen kostenlosen Download der Studie bitte den folgenden QR-Code scannen oder das PDF herunterladen unter www.kpmg.de/morethanmedicine



GASTKOMMENTAR

Moderne Karrierekonzepte in der Pflege

Von Claudia Ohlert und Torsten Seelig, Geschäftsführung von competence & more Personaldienstleistungen GmbH

In der Pflegebranche, die durch Fachkräftemangel geprägt ist, gewinnt ein modernes und mitarbeiterorientiertes Personalmanagement im Wettbewerb um die qualifiziertesten Mitarbeiter immer mehr an Bedeutung. Während die Kernkompetenz von Pflegeeinrichtungen in der Pflege kranker, älterer oder hilfsbedürftiger Menschen liegt, gehört die Weiterentwicklung von Personalmanagementstrategien zu den Kernkompetenzen von Personaldienstleistungsunternehmen. Durch die Entwicklung innovativer Maßnahmen erleben wir nicht nur den Wettbewerb, sondern agieren auch als Innovationsstreiber und Impulsgeber für Pflegeeinrichtungen, die an der Weiterentwicklung eigener Maßnahmen arbeiten.

Für Pflegekräfte ist der Arbeitsalltag zeitweilig sehr kräftezehrend. Eine längere berufliche Auszeit kann zur Erhaltung der Gesundheit beitragen und einem eventuellen Burn-out vorbeugen. In der Praxis haben jedoch nur wenige Pflegekräfte die Möglichkeit, eine Auszeit vom Beruf zu nehmen. Das Modell der Zeitwertkonten, das im Zusammenhang mit Vorruhestandsregelungen und Altersteilzeit bereits bekannt ist, haben wir neuartig weiterentwickelt. Es dient als Grundlage für ein Sabbatical-Modell, das allen Mitarbeitern berufliche Auszeiten von bis zu sechs Monaten ermöglicht. Das ununterbrochene Beschäftigungsverhältnis und die durchgehende Lohnfortzahlung während der Auszeit machen ein solches Modell für Mitarbeiter attraktiv. Ermöglicht wird die Lohnfortzahlung durch eine der Freistellung vorangehende Phase, in der Bestandteile des Lohns vom Mitarbeiter auf einem Zeitwertkonto angespart werden.

Das Potenzial von Zeitwertkonten im Rahmen des Personalmanagements ist groß. Auch für neuartige Karrierekonzepte bilden sie die Grundlage. In stark spezialisierten Bereichen, wie dem Operationsdienst oder der Intensivpflege, sind Fachweiterbildungen

von großer Bedeutung. Mitarbeitern die Teilnahme an umfangreichen Fachweiterbildungen zu ermöglichen und eine Lohnfortzahlung auch während des theoretischen Unterrichts zu garantieren, sind wesentliche Bestandteile eines solchen Karrierekonzepts. Eine Fachweiterbildung bedeutet für eine Pflegekraft einen enormen Karrieresprung. Das Anbieten von Qualifizierungsmaßnahmen ist daher eine erfolgreiche Methode, um Mitarbeiter zu gewinnen und langfristig zu binden. Die Qualifizierung von Fachpersonal kommt zudem der gesamten Branche zugute.

Ein weiterer Aspekt eines erfolgreichen Personalmanagements sind individuell abgestimmte Arbeitszeitmodelle. In einer Zeit, in der Fachkräfte händeringend gesucht werden, müssen sich Arbeitgeber auf die Bedürfnisse der Bewerber einstellen. Beispielsweise geben wir unseren Mitarbeitern die Möglichkeit, ihren Dienstplan weitestgehend selbst zu bestimmen. Alleinerziehende Eltern können zum Beispiel Nacht- und Wochenenddienste aussparen. Für Wiedereinsteiger und Berufsanfänger gibt es individuell vereinbarte Einsatz- und Vertragsmodelle. So kann ein Vertragsangebot für Wiedereinsteiger, sofern gewünscht, einen geringeren Stundenumfang beinhalten. Die Einsatzorte können so gewählt werden, dass die Mitarbeiter ihre berufliche Entwicklung in ihrem individuellen Tempo voranbringen können.

Diese Maßnahmen tragen dazu bei, das eigene Unternehmen im Wettbewerb um die besten Mitarbeiter zu positionieren, Mitarbeiter langfristig zu binden und die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Aufgrund der Wettbewerbssituation wird es auch für Einrichtungen in der Pflege immer wichtiger, ein modernes Personalmanagement zu etablieren und attraktive Anreize für Pflegekräfte zu schaffen. ■



Claudia Ohlert

Claudia Ohlert, Diplom-Skandinavistin, verfügt über langjährige Berufserfahrung in unterschiedlichen Branchen. Sie arbeitete zunächst als Redakteurin im Verlagswesen, danach als Dolmetscherin und Übersetzerin für dänische Bauunternehmen. Im Jahr 2000 wechselte sie zu einem mittelständischen Personaldienstleister. Als Geschäftsführerin von competence & more verantwortet sie die Bereiche Personalsachbearbeitung, Human Resources (HR) und Marketing/Kommunikation.



Torsten Seelig

Torsten Seelig ist ausgebildeter Marineoffizier und seit 14 Jahren als Führungskraft in der Personaldienstleistung tätig. Als Geschäftsführer bei competence & more verantwortet er das operative Geschäft, den Vertrieb sowie die Rekrutierung und Bindung der Mitarbeiter im Kundeneinsatz.

competence & more

competence & more ist ein auf Medizin und Pflege spezialisierter Personaldienstleister in Berlin. Das Kerngeschäft des Unternehmens umfasst die Überlassung und Vermittlung von Kranken- und Pflegepersonal und weiteren medizinischen Fachkräften. Zu den Kunden gehören Kliniken, Seniorenzentren, Praxen und Rehabilitationszentren. competence & more ist seit September 2011 am Markt tätig und hat mehr als 180 Mitarbeiter im Kundeneinsatz unter Vertrag.

Wirkungsorientierte Steuerung für Pflegeeinrichtungen

Neue Studie untersucht, wie soziale Dienstleister ihre Organisationssteuerung am gesellschaftlichen Nutzen ausrichten

Die eigenen Zielgruppen erreichen und ihnen effektiv helfen, gesellschaftlich einen Unterschied machen – mit einem Wort: wirksam sein –, das ist das Lebenselixier jeder gemeinnützigen Einrichtung. Auch die vielen gemeinnützigen Pflegeeinrichtungen in Deutschland¹ haben den Anspruch, die Bedürfnisse ihrer Zielgruppen möglichst optimal zu befriedigen und so einen sozialen und gesellschaftlichen Mehrwert zu schaffen. Allerdings: Lediglich ein Drittel der großen sozialen Dienstleistungsorganisationen in Deutschland steuert bislang „stark wirkungsorientiert“. Ein weiteres Drittel zeigt gute Ansätze und bei einem Drittel wird die Organisationssteuerung insgesamt als nur „wenig wirkungsorientiert“ eingestuft.

Autor: Michael Plazek, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Institut für den öffentlichen Sektor e. V., Berlin

Zu diesem Ergebnis gelangt die Studie „Wirkungsorientierte Steuerung von Non-Profit-Organisationen“, die in Kooperation zwischen dem Institut für den öffentlichen Sektor e. V., KPMG und der gemeinnützigen PHINEO AG entstand. Befragt wurden 83 mittlere und große deutsche Non-Profit-Organisationen (NPOs), vorwiegend aus dem Sozialsektor, mit Gesamtjahreseinnahmen von rund neun Milliarden Euro. Viele der befragten Organisationen sind dabei auch Träger stationärer und/oder ambulanter Pflegeeinrichtungen. Was zeigt die Studie im Einzelnen und welche Implikationen ergeben sich aus den Studienergebnissen für gemeinnützige Pflegeeinrichtungen?

Themenrelevanz und Wirkungsorientierung im Steuerungskreislauf

Grundsätzlich konstatieren die befragten NPOs eine hohe Relevanz von Wirkungsfragen. Gut 94 Prozent glauben, dass die Bedeutung des Themas weiter zunehmen wird, und rund 78 Prozent sind der Ansicht, dass diese Entwicklung auch zu einem Qualitätszuwachs im Dritten Sektor führen wird.

Den Stand der Wirkungserfassung in ihren eigenen Organisationen beurteilen sie jedoch durchaus selbstkritisch und differenziert. Um zu sehen, wie sich Wirkungsorientierung in der

eigenen Organisationssteuerung niederschlägt, wurde daher der gesamte Steuerungszyklus einer Organisation in die vier Schritte Zielsetzung, Strategieumsetzung, Wirkungsanalyse und Lernen unterteilt und hinsichtlich der Relevanz von Wirkungsorientierung in den einzelnen Phasen durchleuchtet.

Phase 1: Zielsetzung und Strategie

Wirkungsorientierte Steuerung erfordert langfristige Ziele in Form einer Vision beziehungsweise Mission sowie eine Strategie, die angibt, wie diese übergeordneten Ziele erreicht werden sollen. Die überwiegende Mehrheit der befragten NPOs gibt an, sowohl über eine Vision der eigenen Arbeit (86 Prozent) als auch über klare Wirkungsziele (79 Prozent) und eine übergeordnete Strategie (75 Prozent) zu verfügen.

Da Wirkungsorientierung bedeutet, strategisch auf die Erreichung von Wirkungszielen ausgerichtet zu sein, sollten NPOs ihren Gesamterfolg auch anhand von Wirkungsindikatoren festmachen. Erfreulich: Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass für die Mehrheit der NPOs die Erreichung von Qualitäts- und Wirkungszielen eine entscheidende Rolle spielt. Reine Finanzkennzahlen wie das Jahresergebnis oder die Umsatzentwicklung werden deutlich seltener als entscheidende Erfolgsparameter genannt.

Phase 2: Strategieumsetzung und Steuerungsinstrumente

Wirkungsorientierte Steuerung erfordert zudem, dass sich die Umsetzung konkreter Maßnahmen an den festgelegten strategischen Zielsetzungen orientiert. Rund 80 Prozent der Organisationen geben explizit an, dass dies bei ihnen der Fall ist. Allerdings werden die erreichten Erfolge nur von 54 Prozent mittels quantitativer und qualitativer Erhebungen überprüft, knapp der Hälfte der Organisationen fehlen entsprechende Verfahren. Zwei Drittel der befragten NPOs sehen demzufolge auch einen mittleren bis sehr hohen Bedarf ihrer Organisation an zusätzlichen strategischen Steuerungsinstrumenten beziehungsweise an einer besseren Verknüpfung bereits vorhandener Instrumente.

Phase 3: Wirkungsanalyse

Wirkungen treten infolge von Leistungen auf und sind im Gegensatz zu diesen häufig deutlich schwieriger zu beziffern. Stattdessen müssen sie oft anhand unterschiedlicher Indikatoren ermittelt werden. Eine Pflegeeinrichtung verfügt dabei über verschiedene Zielgruppen beziehungsweise Stakeholder, die unterschiedliche Wirkungswünsche an sie herantragen². Neben den Pflegebedürftigen, denen neben einer bestmöglichen medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Unterstützung zu größtmöglicher Selbstständigkeit häufig auch eine möglichst geringe Eigenkostenbeteiligung wichtig ist, artikulieren auch Angehörige (zum Beispiel Mitsprachemöglichkeiten), Kostenträger und Politik (zum Beispiel geringe Kosten und „Vorzeigeprojekte“), Aufsichtsbehörden und Justiz (zum Beispiel Einhaltung von rechtlichen Vorgaben), Trägerorganisationen (zum Beispiel Beitrag zur Erfüllung der Trägermission), Krankenhäuser (zum Beispiel schnelle Platzverfügbarkeit im Bedarfsfall) sowie Mitarbeitervertretungen (zum Beispiel gute Arbeitsbedingungen) ihre Vorstellungen bezüglich entscheidender Erfolgskriterien, die von der Pflegeeinrichtung zu verfolgen sind. Ein insgesamt also alles andere als einfaches Unterfangen.

So gibt auch die Mehrheit der befragten NPOs zwar an, qualitative Verfahren zur Erfassung der erreichten Veränderungen bei den Zielgruppen einzusetzen. Beschwerdeanaly-

sen und Selbstevaluationen mittels Befragungsverfahren werden dabei am häufigsten genutzt. Die genutzten Instrumente werden dabei aber nur äußerst selten konzeptionell gesteuert: Weniger als ein Viertel der NPOs verfügt über ein klares Konzept darüber, welche Wirkungen wie erhoben werden sollen. Gerade auch bei Pflegeeinrichtungen mit ihren verschiedenen Zielgruppen und damit verbundenen Wirkungszielen scheint die Ausarbeitung eines solchen Konzepts zur Wirkungserhebung allerdings dringend angeraten. Zusätzlich zeigen sich bei den befragten Organisationen deutliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung: Lediglich 13 Prozent geben an, dass ihnen die Erfassung von Wirkungen keine Probleme bereitet.

Phase 4: Lernen und Reporting

Damit Wirkungsinformationen für die Steuerung nutzbar gemacht werden können, müssen sie nicht nur erhoben, sondern auch an Führungskräfte kommuniziert werden, die auf dieser Basis Entscheidungen treffen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der NPOs intern durchaus über Wirkungsinformationen berichtet. Allerdings: Häufig wird nur unregelmäßig oder punktuell über die Entwicklung der am bedeutsamsten eingestuften Erfolgskriterien (zum Beispiel Zufriedenheit der Zielgruppen) berichtet. Zudem wird der Informationsbedarf der Berichtsempfänger oft nicht systematisch erhoben.

Status quo der Wirkungsorientierung und Einflussfaktoren

Wo stehen die befragten Organisationen also im Hinblick auf die Wirkungsorientierung? Bei einer Eingruppierung der befragten NPOs hinsichtlich ihrer Wirkungsorientierung zeigen sich auf Basis der Umfrageergebnisse starke Unterschiede in den einzelnen Steuerungsphasen. Bei der Zielsetzung erreichen über zwei Drittel der Organisationen Höchstwerte. Die Anzahl der NPOs mit einer stark wirkungsorientierten Strategie sinkt auf etwas mehr als die Hälfte der Befragten ab. In den Phasen Analyse und Lernen wurden hingegen mehr als 40 Prozent als „wenig wirkungsorientiert“ eingestuft.

Betrachtet man die Ergebnisse der befragten NPOs nach Haupttätigkeits-

feldern, fällt auf, dass Organisationen, die vorrangig im Bildungsbereich aktiv sind, überdurchschnittlich gute Werte erreichen – im Unterschied zu den Organisationen im Bereich Soziales/ Gesundheit wie beispielsweise Träger von Pflegeeinrichtungen. Eine Ursache könnte die bereits längere Tradition von Wirkungsevaluationen im Bildungsbereich und die Nachfrage nach der Effektivität von Bildungsprogrammen durch Politik und Wirtschaft sein. Zusätzlich bietet die im Sozial- und Gesundheitsbereich zumeist dominierende Finanzierung über Leistungsentgelte erfahrungsgemäß wenige Spielräume für umfassendere Erhebungen von Wirkungsinformationen. Organisationen, die dennoch über einen eigenen Arbeitsbereich für Wirkungsfragen verfügen, erzielen allerdings deutlich überdurchschnittliche Ergebnisse.

Resümee und Ausblick

Die Studienergebnisse zeigen: Wirkungsorientierung wird in großen sozialen Dienstleistungsorganisationen überwiegend als bedeutsam und wichtig eingeschätzt. Allerdings gilt es, die Umsetzung einer wirkungsorientierten Steuerung zukünftig weiter zu stärken. Eine zentrale Herausforderung besteht für viele Organisationen darin, eigene Indikatoren und Methoden zu entwickeln, mit denen sich die Zielerreichung überprüfen lässt. Damit dies künftig besser gelingt, wünschen sich die Studienteilnehmer eine gemeinsame Entwicklung von Wirkungskriterien mit anderen themennahen Organisationen aus dem Sektor und eine Unterstützung durch die öffentliche Hand als wichtigstem Geldgeber.

Auch Pflegeeinrichtungen sei angeraten, sich systematisch damit auseinanderzusetzen, welche Wirkungen sie erreichen wollen, welche sie mit besonderer Priorität verfolgen möchten und auf welchem Weg sie die erreichten Wirkungen jeweils am besten analysieren können. Wichtig dabei: Bei der bloßen Erhebung von Wirkungsinformationen darf es nicht bleiben. Entscheidend ist es, mit den erhobenen Informationen dann auch zu arbeiten, das heißt, sie innerhalb der Organisation und mit Mittelgebern offen und systematisch zu diskutieren. Erst hierdurch können kontinuierliche

Lernprozesse angestoßen und langfristige Qualitätssteigerungen erreicht werden. ▀



Der Studienbericht steht kostenlos zum Download bereit unter www.kpmg.de/stiftungen und www.publicgovernance.de.



- 1 Mehr als 54 Prozent der insgesamt 12.354 Pflegeheime in Deutschland hatten im Jahr 2011 einen freigemeinnützigen Träger. Zusätzlich werden fast 50 Prozent der 576.000 Pflegebedürftigen, die professionell ambulant gepflegt werden, durch einen freigemeinnützigen Pflegedienst betreut (vergleiche Statistisches Bundesamt).
- 2 Vergleiche Bono, Maria Laura: Ursachen-Wirkungsketten in der sozialen Arbeit: Ein umstrittenes Thema, Präsentation anlässlich des INAS-Fachkongresses, Linz, Februar 2011.

Das Gesundheitssystem von Griechenland – Reformdruck führt zu Unterversorgung

Von allen öffentlichen Trägern in Griechenland hatten die Versicherungskassen und Krankenhäuser Ende 2012 die höchsten fälligen Verbindlichkeiten gegenüber dem privaten Sektor. Die Kosten in der pharmazeutischen Versorgung sind weiterhin zu hoch und der nationale Gesundheitsträger in Griechenland EOPYY ist de facto schon seit seiner Gründung zahlungsunfähig. Der Gesundheitsetat Griechenlands wurde in den letzten drei Jahren um ein Drittel gekürzt. Knapp ein Drittel der griechischen Bevölkerung sieht sich einer teilweisen Unterversorgung ausgesetzt, während viele Ärzte und Pflegekräfte ins Ausland abwandern. Neue innovative und vielversprechende Konzepte, wie etwa der staatlich geförderte Gesundheitstourismus, benötigen jedoch ein funktionierendes Gesundheitssystem, um international wettbewerbsfähig zu sein.

Autor: Andreas Frädrich, Medizijnjournalist und Autor, Schwerpunkt Krisenkommunikation und Reputationsmanagement im Gesundheitswesen, Berlin

Seit 1983 gibt es in Griechenland den nationalen Gesundheitsdienst ESY, der die Gesundheitsdienste verschiedener nationaler Sozialversicherungsträger umfasst sowie zusätzliche Gesundheitsleistungen erbringt. Eine Grundidee des Systems war es, die Leistungen für Versicherte und ihre Familienangehörige kostenlos zu erbringen. Im Zuge der Reformbemühungen in Griechenland wurden die Gesundheitszweige der unterschiedlichen gesetzlichen Versicherungsträger dann vor zwei Jahren in der Organisation EOPYY (Nationaler Organismus für die Erbringung von Gesundheitsleistungen) zusammengefasst – den größten Anteil steuerte die Sozialversicherungsanstalt für Arbeitnehmer IKA bei. EOPYY agiert seitdem als einheitlicher Kostenträger und Erbringer für Gesundheitsleistungen in Griechenland. Seit dem 1. September 2011 unterliegt der neu geschaffene Krankenversicherungsträger als juristische Person des öffentlichen Rechts der Aufsicht des griechischen Ministeriums für Arbeit, Sozialversicherung, Gesundheit und soziale Solidarität (YYKA).

In Griechenland wurden 2009 landesweit 313 Krankenhäuser mit 54.704 Betten gezählt.¹ Bei einer Zahl von 11,3 Millionen (2011) Einwohnern kamen 2012 auf 10.000 Einwohner

48 Krankenhausbetten², in Deutschland waren es zum Vergleich im selben Zeitraum 82 Betten pro 10.000 Einwohner.

Griechenland befindet sich seit dem Jahr 2008 in einer Rezession und hat mittlerweile etwa 15 Prozent seiner Wirtschaftskraft verloren. Der Staatshaushalt weist strukturell eine krisenhaft hohe jährliche Nettoneuverschuldung auf. Im Rahmen der von der Troika (Europäische Kommission, Europäische Zentralbank und Internationaler Währungsfonds) auferlegten Sparmaßnahmen wurden mittlerweile zahlreiche Einrichtungen geschlossen sowie Personal eingespart oder mit Zeitverträgen limitiert. Dies kostete neben den Einbrüchen in der Gesundheitsversorgung zusätzlich viele Tausend Arbeitsplätze. Vermehrte Überstunden und andauernde Lohnkürzungen begünstigten die Abwanderung Tausender griechischer Ärzte und Pflegekräfte in den privaten Bereich oder ins Ausland.

Beispielsweise blieben in vielen Intensivstationen voll ausgerüstete, betriebsbereite und vom Steuerzahler finanzierte Betten hauptsächlich wegen des fehlenden Personals ungenutzt, sodass im Notfallzentrum (EKAB) Wartelisten für Notfallpatienten entstanden. Etliche Notaufnahmen griechischer Krankenhäuser haben –

um Ausgaben zu sparen – nicht täglich geöffnet.

Zahlungsunfähigkeit des nationalen Krankenversicherungsträgers

Nach den aktuellen Vorgaben der Troika dürfen die Gesundheitsausgaben Griechenlands nicht mehr als 6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts betragen. Zum Vergleich: In der Bundesrepublik Deutschland lagen die Gesundheitsausgaben 2011 bei 11,3 Prozent. Die offiziellen Daten der staatlichen griechischen Rechnungszentrale aus dem vergangenen Jahr belegen, dass der größte Teil der insgesamt fälligen 9,3 Milliarden Euro Verbindlichkeiten der Zentralregierung gegenüber dem privaten Sektor von den gesetzlichen Versicherungsträgern geschuldet wurde (4,5 Milliarden Euro, Stand September 2012) und allein die Verpflichtungen der öffentlichen Krankenhäuser gegenüber ihren Lieferanten sich auf 1,8 Milliarden Euro beliefen. Dabei hatten sich bereits die Gesamtgesundheitsausgaben in Griechenland von 14 Milliarden Euro 2009 auf rund 9,5 Milliarden Euro im Jahr 2012 reduziert. Damit wurde der Gesundheitsetat des Landes in drei Jahren um ein Drittel gekürzt – und soll laut Vorgaben der Troika dieses Jahr noch weiter gesenkt werden. Auch EOPYY erhält damit weniger Geld.

Dabei war der nationale Gesundheitsversorger bereits drei Wochen nach seiner Gründung zahlungsunfähig. Laut staatlicher Rechnungszentrale betragen Ende September 2012 die Verbindlichkeiten des EOPYY rund 2,2 Milliarden Euro und die der Sozialkasse der öffentlichen Bediensteten rund 1,4 Milliarden Euro. Während Aufwendungen für Klinikärzte 1,8 Prozent und für paraklinische Leistungen 4,2 Prozent (jährlich 187 Millionen Euro) ausmachten, schnellten die Aufwendungen für die pharmazeutische Versorgung von ursprünglich ange-

setzten 33 Prozent des Etats auf inzwischen 62 Prozent hoch.

Die Diskussion der Troika mit dem griechischen Gesundheitsministerium – mit dem Ziel, den kontinuierlich anschwellenden Defiziten des nationalen Krankenversicherungsträgers für Gesundheitsdienstleistungen entgegenzuwirken und im griechischen Gesundheitssektor eine effektivere Kostensteuerung und auch wettbewerbliche Elemente durchzusetzen – wurde in der zweiten Jahreshälfte 2013 neu entfacht.

Verstärkung der Gesundheitsreformbemühungen

Im Juli 2013 trat die Initiative „Gesundheit in Aktion“ in Kraft, die das griechische Gesundheitsreformprogramm für die Jahre 2013 bis 2015 unterstützen soll. Vereinbart wurde sie zwischen dem griechischen Gesundheitsministerium und der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die vom Bundesministerium für Gesundheit in seiner Funktion als Domain Leader koordiniert und begleitet wird. Vorgegangen war im April 2012 ein Memorandum of Understanding (MoU), das auf Wunsch der griechischen Regierung auf verschiedene Aktionsfelder der Zusammenarbeit erweitert wurde:

- Beratung bei der Einführung eines flächendeckenden Abrechnungssystems im stationären Bereich (DRG: Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen³)
- Reformmaßnahmen im Bereich Krankenhausmanagement
- Beratung bei der Preisgestaltung und Kostenerstattung von Arzneimitteln
- Erweiterung des Bereichs elektronische Verschreibung von Arzneimitteln auf das umfassende Aktionsfeld elektronische Gesundheitsversorgung („E-Health“)
- Neustrukturierung des Nationalen Krankenversicherungsträgers für Gesundheitsdienstleistungen „EOPYY“ und damit verbundene strukturelle Maßnahmen zur Neuorganisation im Bereich Krankenversicherung
- primäre Gesundheitsversorgung
- öffentliche Gesundheit
- Gesundheitstourismus

Vor einem Jahr wurden dazu bereits neun Arbeitsgruppen (Subcommit-

tees) sowie ein Lenkungsausschuss (Health Reform Steering Committee) eingerichtet, der sich für die effiziente und wirksame Umsetzung der geplanten Reformmaßnahmen verantwortlich zeigt.

Der nach der Regierungsumbildung am 25. Juni 2013 neu gewählte griechische Gesundheitsminister Adonis Georgiadis kündigte im Zuge seiner Reformbemühungen desweiteren die Einführung von „Clinical Audits“ in öffentlichen und privaten Krankenhäusern an. Ziel ist es, die Aufwendungen des Versicherungssystems um 25 bis 30 Prozent zu senken. Eingriffe und Behandlungen in den öffentlichen Krankenhäusern werden zukünftig von privaten Kontrollärzten bzw. beauftragten Unternehmen vorab geprüft, um zu beurteilen, ob EOPYY-versicherte Patienten in öffentlichen Krankenhäusern die richtige Therapie erhalten und um zu empfehlen, ob und für wie viele Tage der Patient im Krankenhaus verbleiben muss beziehungsweise welche Operation erforderlich ist. Ziel ist es auch, die vielfach verbreitete Korruption dadurch besser zu bewältigen. Schmiergeldzahlungen („Fakelaki“) zuungunsten der Abrechnung mit EOPYY sollen damit verhindert werden.

Fazit

Eine steigende Zahl von Griechen, die von der Wirtschaftskrise besonders betroffen sind, haben ihren Krankenversicherungsschutz bei EOPYY verloren und müssen anfallende Behandlungskosten selbst tragen oder zuzahlen. Infolge des Anstiegs der Arbeitslosigkeit von 8 auf 27 Prozent (in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen suchen zurzeit etwa 58 Prozent nach Arbeit) und infolge von Lohnsenkungen beziehungsweise der damit einhergehenden Beitragsverluste der gesetzlichen Krankenkassen droht EOPYY tiefer in die roten Zahlen zu geraten. Szenarien wie steigende Suizidraten, die zunehmende Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Grippe, HIV, Malaria, Tuberkulose, West-Nil- oder Dengue-Fieber sowie höhere Kindersterblichkeit und erhebliche Benachteiligung chronisch Kranker lassen sich in Ermangelung fundierter Zahlen jedoch nicht verifizieren. Die zukünftigen Herausforderungen liegen darin, nicht nur die vorhande-

nen öffentlichen Krankenhäuser des Landes in den Ballungsgebieten zu erhalten und zu modernisieren, sondern beispielsweise auch ihre medizintechnische Ausstattung besser zu koordinieren und Ärzten Anreize für eine Niederlassung in der Provinz und auf den Inseln zu geben. Dies käme auch dem Image des Gesundheitssystems und den staatlichen Bemühungen um eine Verbesserung der Qualität und der Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitstourismus zugute. Denn in der Medizin der griechischen Antike wurzelt die heute weltweit verbreitete westliche Medizin. Hier bestehen große Chancen zur Entwicklung eines neuen Gesundheitstourismus, beispielsweise im Hinblick auf die hohe Lebenserwartung der Griechen im europäischen Vergleich, das unvergleichbare kulturelle Angebot, die klimatische Vielfalt des Landes und die Vorzüge der griechischen Mittelmeerküche.

Ein notwendiger weiterer Schwerpunkt besteht darin, Anreize zu schaffen, damit hochqualifizierte griechische Ärzte oder Krankenpflegekräfte nicht weiter ins Ausland abwandern und später dem griechischen Gesundheitssystem fehlen. ■

¹ Hellenic Statistical Authority

² WHO 2013

³ Die Einführung der Fallpauschalen orientiert sich dabei am deutschen Vorbild.

Sind unsere Forschungseinrichtungen international wettbewerbsfähig?

Prof. Dr. Rosenthal, Stiftungsvorstand und Wissenschaftlicher Vorstand des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch, im Gespräch mit Frank Wiethoff und Prof. Dr. Volker Pentz, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Im Juni dieses Jahres wurde das Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIG) von den beiden Partnern Charité – Universitätsmedizin und Max-Delbrück-Zentrum für Molekulare Medizin (MDC) gegründet. Sie selbst vergleichen die Fusion mit dem Mauerfall. Worin genau besteht der epochale Charakter dieser Gründung?

Es gibt in Deutschland seit einigen Jahren die Zentren der Gesundheitsforschung, aber die sind an einzelnen Krankheitsbildern orientiert wie Krebs, neurodegenerative Erkrankungen oder Diabetes. Das BIG versteht sich komplementär dazu. Wir wollen hier erstmals in Deutschland translationale Medizin im großen Stil und krankheitsübergreifend machen. Das heißt, wir wollen Ergebnisse aus der Grundlagenforschung möglichst rasch in die klinische Forschung und medizinische Versorgung überführen. Umgekehrt wollen wir Fragen, die sich aus der ärztlichen Praxis ergeben, mit unseren Werkzeugen der Grundlagenforschung klären. Im Englischen heißt der Weg vom Labor ans Krankenbett und zurück: From Bench to Bedside – from Bedside to Bench. Gleichzeitig zeichnet sich in der Medizin ein Paradigmenwechsel ab: Wir kommen weg von der Einteilung in Krankheitsbilder und lernen mehr und mehr, welche grundlegenden molekularen Mechanismen die Ursachen von Krankheiten sind. So gibt es nicht den einen Brustkrebs, sondern je nach genetischer Disposition eine Reihe von Brustkrebsarten, die dann ganz unterschiedlich therapiert werden können. Umgekehrt ist oft ein Mechanismus, beispielsweise entzündliche Prozesse, an vielen Krankheiten beteiligt, von Herz-Kreislauf-Erkrankungen über Diabetes

bis hin zu Demenzerkrankungen. Das neue Institut wird genau diesen Paradigmenwechsel begleiten und hoffentlich vorantreiben. Wir sprechen von einem systemmedizinischen Ansatz. Für diese Forschung sind wir ausgestattet mit bis zu 80 Millionen Euro pro Jahr.

Inwiefern ist die Stärkung des Forschungsstandorts Berlin gleichzusetzen mit der Stärkung des Wirtschaftsstandorts Berlin? Beeinflusst die Start-up-Kultur Berlins die medizinisch-pharmazeutische Forschung?

Wer Forschung stärkt, zieht automatisch junge und kluge Leute an, die vielleicht nicht immer in Instituten bleiben, sondern begehrte Arbeitskräfte für Unternehmen sind oder selbst Firmen gründen. Allein das macht einen Standort schon attraktiv für die Wirtschaft. Was die pharmazeutische Forschung betrifft, ist die Lage nicht so einfach, weil es hierfür einen extrem langen Atem braucht, was gleichzusetzen ist mit hohem Kapitalbedarf. Das klassische Start-up – aus einer Idee heraus, mit wenigen Leuten rasch umgesetzt – ist in der Pharmaforschung die große Ausnahme. Oft dauert es zehn Jahre und mehr, bis ein Wirkstoff so weit ist, dass er als Medikament getestet werden kann – mit dem Risiko, dann doch nicht zugelassen zu werden. Eher schon kaufen größere Unternehmen die Idee und das Team gleich mit. Aber das muss ja nicht das Schlechteste sein.

Mit Blick auf den internationalen Wettbewerb ist die Intensivierung von Forschungsinvestitionen unabdingbar. Welche Rolle spielen deutsche Forschungseinrichtungen wie das MDC und jetzt das neu gegrün-

dete BIG im europäischen und weltweiten Vergleich?

Eine sehr wichtige Rolle. Das MDC ist ein sehr junges Zentrum und hat sich in den gut zwanzig Jahren seit seiner Gründung bereits Spitzenplätze in weltweiten Forschungsrankings erarbeitet. Das macht uns als Land, vor allem aber als Region Berlin, attraktiv für junge Talente aus aller Welt. Ich erwarte vom BIG, international wird es Berlin Institute of Health (BIH) heißen, einen weiteren großen Schub in diese Richtung. Dafür wird es beispielsweise Doktorandenschulen geben. Und wir planen auch, bereits etablierte Spitzenkräfte mit Exzellenzprogrammen und Fellowships anzuziehen. Unser Vorbild ist da das Howard-Hughes-Programm in den USA, mit dem exzellente Wissenschaftler für eine gewisse Zeit gefördert werden.

Welche drei Notwendigkeiten sind für Sie am wichtigsten, um die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Forschungseinrichtungen zu stärken?

Zuerst natürlich eine auskömmliche und verlässliche Finanzierung mit Zukunftssicherheit; das gilt insbesondere für unsere Universitäten, die nach wie vor die Quelle unseres eigenen exzellenten Nachwuchses sind. Zweitens eine Kultur der Internationalität und drittens, für mich sehr wichtig, der Mut und der Wille zur Exzellenz. Das heißt für die einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, ehrgeizig und möglichst unbeirrbar ihre Ziele anzustreben. Für Wissenschaftsmanager und Politiker aber heißt es, Strukturen zu schaffen, die es den Akteuren in der Wissenschaft erleichtern, ihren Weg zu gehen. Mit Strukturen meine ich gesicherte Finanzen, aber auch Raum für Freiheit der Forschung.

Die Finanzierung von Forschungseinrichtungen ist in Deutschland im Wesentlichen von öffentlichen Fördergeldern geprägt. Mäzenatentum

oder professionelles Fundraising sind dagegen in Deutschland, anders als in den USA, kaum ausgeprägt. Wie beurteilen Sie die Finanzierungssituation als Vorsitzender eines Forschungsinstituts von Weltrang?

Ich würde mir eine stärker ausgeprägte Mäzenatenkultur sehr wünschen. Aber anders als in den USA ist die Finanzierung von Forschung bei uns nicht so sehr von privatem Engagement abhängig. Wir sind also in Deutschland in einer vergleichsweise guten Lage, was Forschung betrifft. Leider trifft das nicht auf die Universitäten zu, die massiv unter Finanzknappheit leiden. Was das BIG angeht, könnte ich mir schon vorstellen, dort Fundraising-Bemühungen zu intensivieren, um private Gelder einzuwerben. Wir haben ja von Johanna Quandt über die Charité-Stiftung eine erkleckliche Summe erhalten: 40 Millionen Euro für die kommenden zehn Jahre.

Das Berliner Institut für Gesundheitsforschung arbeitet vorrangig auf dem Gebiet der translationalen Forschung. Was muss sich ein Forschungslaien darunter vorstellen?

Wie ich bereits kurz sagte, geht es darum, Ergebnisse aus der Grundlagenforschung möglichst rasch in die klinische Forschung und medizinische Versorgung zu überführen. Auf Projektbasis gibt es das seit Langem, aber institutionell verankert noch nicht. Auch ist Translation bislang eher auf bestimmte Krankheitsbilder bezogen wie im Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg. Wir wollen die Translationsforschung mit dem BIG nun auf eine breite Basis stellen. Ein sehr wichtiger Aspekt der Translation ist es, zwei unterschiedliche Kulturen zu verbinden. Ärztinnen und Ärzte wollen heilen, Forscherinnen und Forscher streben nach Wissen und Publikationen. Ein intensiverer Austausch wird beiden Seiten nützen.

Seit längerem rückt der Begriff „personalisierte Medizin“ immer stärker in die öffentliche Wahrnehmung. Ist das die Richtung, in die unser Gesundheitssystem steuert, und ist diese Entwicklung auch finanzierbar?

Ich spreche lieber von Präzisionsmedizin, um dem Missverständnis vorzubeugen, künftig werde man sein individuelles Genom analysieren lassen und daraus alle Diagnostiken, Therapien und vorbeugenden Maßnahmen ableiten. Das ist weder möglich noch sinnvoll. Vielmehr geht es in der modernen Medizin darum, Krankheiten aufgrund ihrer molekularen Ursachen besser als bisher voneinander zu unterscheiden. Darmkrebs etwa ist nicht eine einzige Krankheit, sondern eine ganze Reihe seltener Erkrankungen, die man entsprechend unterschiedlich behandeln muss. Mit gezielten genetischen Tests lassen sich bereits heute viele Therapien optimieren. Es gibt heute schon mehr als zwei Dutzend „personalisierte“ Medikamente, die allermeisten davon für verschiedene Tumorerkrankungen. Ich bin zuversichtlich, dass das auch finanzierbar ist, denn die dafür nötigen Tests werden bald weniger als 1.000 Euro kosten, was im Vergleich zu den Therapiekosten nicht so sehr ins Gewicht fällt. Problematischer ist es für die Pharmaindustrie, die künftig Medikamente entwickeln muss, die einem kleineren Patientenkollektiv helfen, also keine Blockbuster-Produkte mehr. Allerdings helfen unsere Erkenntnisse auch bei der gezielteren Medikamentenentwicklung, und die genauere Indikation verringert Nebenwirkungen. Und noch etwas kommt hinzu: Ein Medikament, das für eine bestimmte Indikation zugelassen ist, kann oft auch für weitere Krankheiten genutzt werden. Das gibt es heute bereits, und das ist lukrativ für Pharmafirmen.



Prof. Dr. Walter Rosenthal

Prof. Dr. Walter Rosenthal, Pharmakologe und Humanmediziner, ist seit 2009 Stiftungsvorstand und Wissenschaftlicher Vorstand des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch und Professor für Molekulare Pharmakologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Darüber hinaus ist er Mitglied des Vorstands des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung e. V. (DZHK) und des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung (BIG). Zuvor war er Direktor des Rudolf-Buchheim-Instituts für Pharmakologie (Universität Gießen) und Direktor des Leibniz-Instituts für Molekulare Pharmakologie in Berlin.

Eine kurze Frage zum Abschluss. Welche medizinischen Therapien werden die Patienten mithilfe des BIG in Zukunft begeistern?

Wenn ich das vorhersagen könnte, wäre ich bald ein reicher Mann. Ich hoffe aber, dass wir auf der Basis unseres immer mehr und immer rascher wachsenden molekularen und genetischen Wissens zu dem Punkt kommen, an dem wir einen Mechanismus aufklären und damit dann eine ganze Reihe von Krankheiten besser behandeln können. ■

Kennzahlen vorgestellt: Datum des Jahresabschlusses – Gradmesser von Rentabilität?

In jeder Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG stellen wir eine Kennzahl vor. Sie basiert auf der KPMG Datenbank Krankenhaus 300®, in der öffentlich zugängliche Daten von bis zu 1.800 deutschen Krankenhäusern erfasst sind.

Autoren: Henri Ritschel und Jannis Pulm, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Dortmund

Das Datum des Jahresabschlusses zeigt an, wann ein Krankenhaus seinen Jahresabschluss aufgestellt und von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfungsunternehmen hat testen lassen. Erfahrungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung haben gezeigt, dass eine zeitnahe Aufstellung als ein wichtiger Indikator für die Qualität und Funktionalität der Prozesse im Finanz- und Rechnungswesen dienen kann.

Vor dem Hintergrund der sich stetig verschärfenden finanziellen Situation deutscher Krankenhäuser haben die Anforderungen an diese Prozesse zugenommen. Die Informationen aus

dem Finanz- und Rechnungswesen bilden die Grundlage eines effizienten und aussagekräftigen Berichtswesens und tragen wesentlich zur Beratung und Entscheidungsfindung des Managements sowohl in operativen als auch in strategischen Fragestellungen bei. Darüber hinaus verlangen auch externe Stakeholder, wie beispielsweise Investoren und Banken, die zeitnahe und ausführliche Bereitstellung von Informationen über die finanzielle Lage des Krankenhauses. Im Zuge der rückläufigen Fördermittel und dem damit verbundenen Rückgriff auf alternative Finanzierungsformen (zum Beispiel Darlehensfinanzierung)

gen) wird insbesondere dieser Aspekt zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen und eine zunehmende Professionalisierung des Finanz- und Rechnungswesens in Krankenhäusern erfordern.

Um die in den vergangenen Jahren gestiegenen Anforderungen an die Qualität des Finanz- und Rechnungswesens zu untersuchen, wird im Folgenden die Aufstellung des Jahresabschlusses im Zeitverlauf verglichen. Die Basis der Untersuchung bildet eine Analyse aus der Augustausgabe des Gesundheitsbarometers im Jahre 2009, die sich auf die Geschäftsjahre 2007 und 2008 bezieht. Darauf aufbauend werden die Jahresabschlüsse der Geschäftsjahre 2010 und 2011 analysiert.

Aufgrund der beschriebenen Veränderungen ist vorab zu erwarten, dass das Datum des Jahresabschlusses im Zeitverlauf näher an den Bilanzstichtag rückt.

Unsere Untersuchung liefert jedoch ein gegenteiliges Ergebnis. Nach unserer aktuellen Analyse stellen 8,5 Prozent der Krankenhäuser den Jahresabschluss im Januar und 41,3 Prozent im Zeitraum Januar bis März auf. Weniger als die Hälfte der untersuchten Krankenhäuser legt damit den Jahresabschluss für das vergangene Geschäftsjahr im ersten Quartal des Folgejahres vor. In der Untersuchung aus dem Jahr 2009 lagen testierte Abschlussdaten für 10,6 Prozent der Krankenhäuser bereits im Januar beziehungsweise für 48,8 Prozent bis März vor, der Anteil der frühen Abschlüsse war also entgegen den Erwartungen höher. Nach wie vor stellt die Mehrzahl der Krankenhäuser ihren Jahresabschluss in den Monaten März (24,4 Prozent), April (13,7 Prozent) und Mai (18,1 Prozent) auf. Fast 15 Prozent der Krankenhäuser schließen ihre Vorjahresbücher erst in der zweiten Jahreshälfte, ein Anstieg von rund 75 Prozent gegenüber dem Vergleichsjahr 2009. (Abbildung 3)

Abbildung 3
Aufstellung der Jahresabschlüsse nach Monaten aus den Jahren 2009 und 2012
(Angaben in Prozent)
Quelle: KPMG, 2013

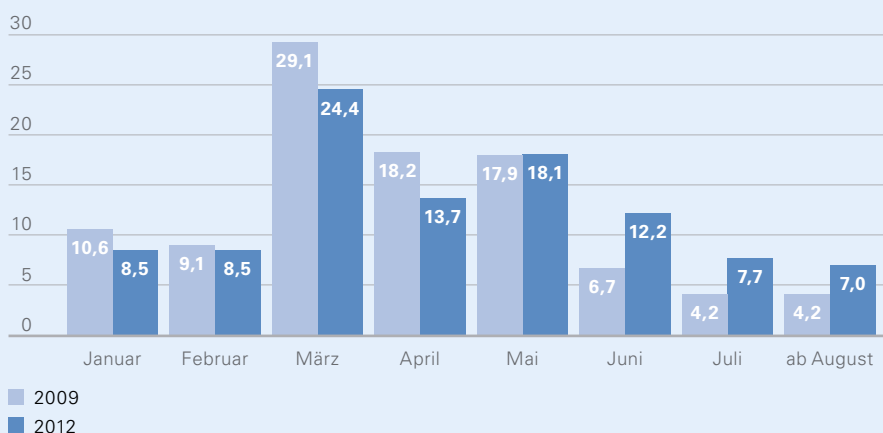
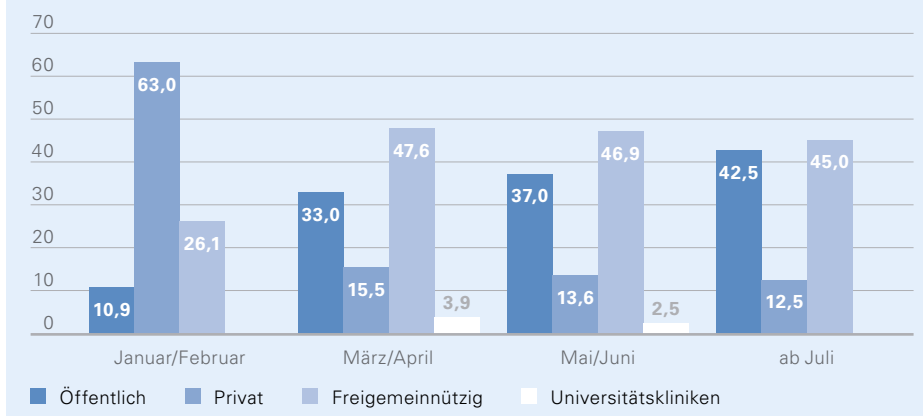


Abbildung 4

Anteil der Abschlusserstellung nach Monaten und Krankenhausträgerschaft (Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG, 2013



Aufstellung in privater Trägerschaft näher am Stichtag

Die Betrachtung der Aufstellung des Jahresabschlusses nach Trägerschaft zeigt, dass ein Großteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft ihren Jahresabschluss zeitnah zum Bilanzstichtag aufstellt und testen lässt. So befinden sich 63,0 Prozent der untersuchten Krankenhäuser, die ihren Abschluss in den Monaten Januar und Februar aufstellen, in privater Trägerschaft. Eine Erklärung für die schnelle Erstellung des Abschlusses der privaten Krankenhäuser ist grundsätzlich im zeitnahen Reporting an eine entsprechende Konzernobergesellschaft zu sehen. In den folgenden Monaten nimmt die Abschlusserstellung bei privaten Trägern deutlich ab und sinkt auf 15,5 Prozent für die Monate März und April und auf 13,6 Prozent für Abschlüsse im Mai und Juni, während Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft in diesen Monaten die meisten Jahresabschlüsse testen lassen (siehe Abbildung 4). Hier liegt die Quote bei rund 47,6 Prozent für den Zeitraum März und April und bleibt auch in den Folgemonaten konstant hoch. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Während in den Monaten Januar und Februar lediglich 10,9 Prozent der Jahresabschlüsse von öffentlichen Einrichtungen erstellt werden, sind es im März und April bereits 33,0 Prozent. Der Wert steigt auf bis zu 42,5 Prozent für den Zeitraum Juli und später.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Jahresabschlussdatum und Rentabilität?

Wie eingangs beschrieben ist zu erwarten, dass bei einem gut organisierten Finanz- und Rechnungswesen die Jahresabschlusserstellung in der Nähe des Bilanzstichtags liegt. In diesem Zusammenhang stellt sich somit die Frage, ob eine gute Ausgestaltung der Reportingprozesse einen positiven Einfluss auf die Profitabilität eines Krankenhauses besitzt.

Eine nähere Betrachtung zeigt, dass Krankenhäuser, die ihren Abschluss im Januar aufstellen, mit 5,2 Prozent die durchschnittlich größte Umsatzrendite aufweisen. Dieser Zusammenhang war aufgrund der Abschlusssdichte der häufig profitableren privaten Träger für diesen Zeitraum grundsätzlich zu erwarten. In Betrachtung

der Folgemonate wird deutlich, dass zwar die durchschnittliche Rentabilität abnimmt, jedoch kein verlässlicher Zusammenhang zwischen der Umsatzrendite und dem Aufstellungs- beziehungsweise Testzeitpunkt des Jahresabschlusses zu erkennen ist. In den Monaten Februar bis Juli schwankt die durchschnittliche Umsatzrendite zwischen 0,0 und 2,9 Prozent (siehe Abbildung 5).

Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten zeigt darüber hinaus einen schwachen negativen Zusammenhang zwischen der Veröffentlichung des Jahresabschlusses und der Umsatzrentabilität. Das bedeutet, dass je weiter das Veröffentlichungsdatum vom Bilanzstichtag entfernt ist, umso geringer ist die Umsatzrentabilität des Krankenhauses. Dieser Zusammenhang lässt sich für beide Betrachtungszeiträume der Untersuchung feststellen.

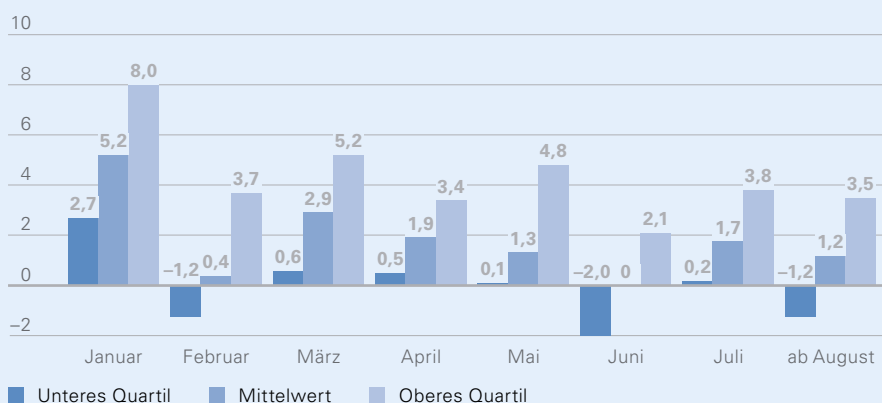
Fazit

Somit bleibt festzuhalten, dass das Datum des testierten Jahresabschlusses ein guter Indikator für einen gut organisierten Jahresabschlusserstellungsprozess ist und somit auf ein gut strukturiertes Finanz- und Rechnungswesen eines Krankenhauses zurückzuführen sein kann. Gleichzeitig kann es auch als ein Gradmesser für die Rentabilität eines Krankenhauses dienen, was sich in der Folge auch positiv auf das Vertrauen von Kapitalgebern auswirkt. ▀

Abbildung 5

Verteilung der Umsatzrendite nach Monaten (Angaben in Prozent)

Quelle: KPMG, 2013



Neues aus dem Gesundheitswesen

RECHTLICHES

Honorarkräfte im Krankenhaus – wie vermeide ich die Beschäftigung von „Dr. Frankenstein“

Die Beschäftigung von nicht oder unzureichend qualifizierten Honorarkräften im Krankenhaus hat, ausgelöst durch einen konkreten, sehr öffentlichkeitswirksamen Fall, noch einmal die Frage aufgeworfen, wie Krankenhäuser die Qualifikation von Honorarkräften ausreichend sicherstellen können.

Auslöser war die Anstellung eines niederländischen Mediziners an mehreren Krankenhäusern in Deutschland, dem in den Niederlanden erhebliche Behandlungsfehler vorgeworfen werden. Losgelöst von diesem Einzelfall ist davon auszugehen, dass der Umfang der Beschäftigung von Honorarkräften in Krankenhäusern zukünftig eher zu- als abnehmen wird. Dies schon deshalb, weil der latente Personalmangel sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich nach unserer Erfahrung in den letzten Jahren zugenommen hat und wohl auch weiter zunehmen wird.

Vielfach sind jedoch die Strukturen der Krankenhäuser auf die Einstellung von eigenem festem Personal eingerichtet. Für die Krankenhausträger stellt sich damit die Aufgabe, durch geeignete Prozesse sicherzustellen, dass auch auf Honorarbasis nur ausreichend qualifiziertes Personal beschäftigt wird, ohne dass der sich daraus ergebende Aufwand außer Verhältnis zu den eigenen personellen Möglichkeiten steht. Nachfolgend wird deshalb dargestellt werden, welche rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind und wie die Einstellungsprozesse von Honorarkräften gestaltet werden sollten, um eine ausreichende Qualifikation sicherzustellen.

Honorarkräfte werden häufig über Vermittlungsagenturen angeboten. Diese Agenturen schließen aber in der Regel in ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen eine Haftung dafür aus, dass die vermittelten Honorarkräfte die jeweils angegebenen Qualifikationen – etwa die ärztliche Approbation – tatsächlich besitzen. Zudem hat der Krankenhausträger auf jeden Fall eine

eigene, dem Patienten als Vertragspartner gegenüber bestehende Verpflichtung, die ausreichende Qualifikation sicherzustellen.

Überprüfungen der Qualifikationen nicht ohne Weiteres möglich

Der Überprüfung der Qualifikation sind jedoch datenschutzrechtliche Grenzen gesetzt. Eine pauschale Antwort auf die Frage, welche Informationen beschafft werden dürfen, ist aber nicht möglich, sondern bedarf einer Einzelfallbetrachtung. Das betrifft etwa die Frage, ob ein polizeiliches Führungszeugnis oder sogar ein sogenanntes erweitertes Führungszeugnis verlangt werden kann, oder die Zulässigkeit einer Recherche über soziale Netzwerke wie Google, Facebook oder berufliche Netzwerke wie Xing und LinkedIn.

Anhaltspunkten für Zweifel sollte immer nachgegangen werden

Bei approbierten und examinieren Kräften sollte auf der Vorlage von Originalurkunden über die erlangten Abschlüsse bestanden werden, auch wenn damit wegen möglicher Fälschungen keine hundertprozentige Sicherheit über die Berufsqualifikation verbunden sein kann. Das führt jedoch nicht zu der Verpflichtung, in jedem Fall bei der jeweils für die Ausstellung der Urkunde zuständigen Stelle nachzufragen, ob die Qualifikation tatsächlich (noch) besteht. Wenn es jedoch konkrete Anhaltspunkte für Zweifel an der Zulassung gibt, empfiehlt es sich, ihnen nachzugehen.

Gesonderte Prozesse bei Honorarkräften nötig

Aufgrund der besonderen Umstände bei der Beschäftigung von Honorarkräften ist es sinnvoll, hierfür im Krankenhaus gesonderte Prozesse aufzusetzen, die zwar zur besseren Praktikabilität eng an diejenigen für fest angestellte Mitarbeiter angelehnt werden können, jedoch den besonderen Rahmenbedingungen bei der Einstellung von Honorarkräften Rechnung tragen müssen. Hieran haben die jeweiligen Träger auch ein besonderes Eigeninteresse. Nur so kann die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung erfüllt werden. ■

Autor:
Dr. Peter Sieben, KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Stuttgart

Veranstaltungen

RÜCKBLICK

KPMG-Veranstaltung

„Dialog Gesundheitswirtschaft“ in München ein voller Erfolg

München, 20. Juli 2013

Verbund ist Trumpf

Trotz der Milliardenhilfe für die Krankenhäuser und der prächtigen Kassenlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden die Herausforderungen nicht kleiner, eröffnete Gesundheitsökonom Prof. Dr. Andreas Beivers den Dialog Gesundheitswirtschaft in München, zu dem die Hochschule Fresenius und KPMG am 9. Juli geladen hatten. Für den Erfolg von Kostenträgern und Kliniken, so zeigte es Vorträge und Diskussionen, werden Größe und Kooperationsfähigkeit mittel- und langfristig ausschlaggebend sein.

Trotz exzellenter Perspektiven im deutschen Gesundheitssystem, etwa der konstant hohen Nachfrage, werde es für die Krankenhäuser schwieriger, diese Potenziale zu nutzen, sagte Dr. Michael Philippi, Vorstandsvorsitzender der Sana-Kliniken AG. Denn die Lücke zwischen Budget- und Kostensteigerungen wachse weiter. Laut Philippi werden zwei zentrale Herausforderungen die Entwicklung der privaten Kliniken in den kommenden Jahren bestimmen: „Können wir unsere vergleichsweise hohe Investitionsfähigkeit aufrechterhalten? Und können wir unsere Produktivität steigern?“ Der Sana-Vorstandsvorsitzende geht davon aus, dass nur Krankenhäuser in Verbänden dazu in der Lage sein werden. Von der Fähigkeit der kommunalen Häuser, sich zu Konzernen zusammenzuschließen, werde es auch abhängen, ob die Privaten in den kommenden Jahren an Marktanteil gewinnen werden.

Über einen Mangel an Herausforderungen kann sich Freddy Bergmann derzeit nicht beklagen. Er ist seit Mai 2012 kaufmännischer Geschäftsführer des Städtischen Klinikums München, das seit Jahren trotz hohen Patientenaufkommens mit Millionenverlusten zu kämpfen hat. Bergmann zeigte sich überzeugt, dass sein Haus nach dem Sanierungsprogramm in einigen Jahren in kommunaler Hand erfolgreich wirtschaften wird. Aber: „Kliniken in öffentlicher Trägerschaft müssen mehr Kapital für Investitionen akquirieren.“ Auch bei integrativer Planung könnten kommunale Häuser von den Privaten lernen. Kooperationen, so Bergmann, seien für Krankenhäuser unerlässlich.

Dr. Helmut Platzer, Vorsitzender der AOK Bayern, betonte, dass jede der 134 gesetzlichen Krankenkassen für sich allein von einer marktbeherrschenden Stellung weit entfernt sei. Gleichwohl seien große Kassen wie die seine als Partner für Einzelverträge attraktiver als kleine Versicherungen. Von der Politik forderte er ein schlüssiges Wettbewerbssystem für das Gesundheitswesen. Platzer plädierte zudem für weniger Zentralismus: „Wenn man den Wettbewerb zwischen den Kassen ernst nimmt, ist es widersinnig,

dass Verhandlungen über wichtige Rahmenbedingungen, die für alle Kassen bindend sind, zentral vom GKV-Spitzenverband geführt werden.“ Damit unterstützte Platzer indirekt Gesundheitsminister Daniel Bahr, der einen Tag zuvor angekündigt hatte, die Kompetenzen des Spitzenverbands nach der Wahl beschneiden zu wollen.

Dr. Reiner Kasperbauer, Geschäftsführer des MDK Bayern, schilderte die Herausforderungen, die die Prüfungshoheit des MDK mit über 1,5 Millionen Beratungs- und Begutachtungsanfragen pro Jahr mit sich bringt. Zudem kritisierte Kasperbauer im Zusammenhang mit der aktuell im Gesundheitswesen diskutierten Mengendynamik die falschen ökonomischen Anreize, die zu medizinisch nicht notwendigen Operationen führen.

Im Rahmen der Podiumsdiskussion diskutierten die Referenten mit Andreas Ellmaier, Leiter des Referats „Gesundheitswirtschaft“ im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Er zeichnete für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft am Standort Bayern ein sehr positives Bild.

Quelle: f&w, 4/2013, S. 465



Organisatoren und Referenten (von links): Dr. Helmut Platzer (AOK Bayern), Christine Denk (KPMG, München), Prof. Dr. Andreas Beivers (Hochschule Fresenius), Dr. Reiner Kasperbauer (Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Bayern), Thomas Rüger (KPMG, München), Dr. Michael Philippi (Sana-Kliniken AG), Freddy Bergmann (Städtisches Klinikum München), Julia Kaub (KPMG, München), Andreas Ellmaier (Gesundheitsministerium Bayern) und Stefan Friedrich (KPMG, Berlin und München).

Foto: KPMG

„KPMG im Dialog“ in Berlin – Auftakt eines neuen Veranstaltungsformats

Berlin, 20. Juni 2013

Gesundheitsforschung braucht mehr Mäzenatentum

Die zwei renommierten Gesundheitsexperten Prof. Dr. Walter Rosenthal vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) in Berlin und Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin, folgten der Einladung von KPMG-Vorstand Frank Wiethoff zum neuen Veranstaltungsformat von „KPMG im Dialog“ und sprachen über die internationale Wettbewerbsfähigkeit deutscher Forschungseinrichtungen. Prof. Rosenthal forderte einen besseren Transfer von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen in die Wirtschaft.

Das im Juni eingeweihte Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIG), das die medizinische Forschung der Charité mit der Grundlagenforschung des MDC vereint, sei ein Meilenstein in der translationalen Forschung. Die staatlichen Mittel vom BIG belaufen sich auf 80 Millionen Euro, weitere 40 Millionen Euro stiftete Johanna Quandt aus ihrem Privatvermögen.

Prof. Penter unterstrich diese Aufteilung und forderte bei der Finanzierung derartiger Forschungseinrichtungen einen „Kulturwandel“: Verglichen mit den USA hinkt Deutschland bei der Finanzierung von Forschung durch private Zuwendungen weit hinterher.

Quelle: BERLINboxx Business Magazin, Juli/August 2013, S. 53



Organisatoren und Referenten (von links): PD Dr. med. habil. Sören T. Eichhorst, Leiter Consulting Health Care bei KPMG, Frank Wiethoff, Regionalvorstand Ost von KPMG, Prof. Dr. Walter Rosenthal, Leiter Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC), Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care von KPMG.

Foto: KPMG

KPMG-VERANSTALTUNGEN

Roadshow – Seminar und Workshop

Steuerbegünstigte Körperschaften

- 31. Oktober 2013, Hamburg
- 05. November 2013, München
- 12. November 2013, Stuttgart
- 19. November 2013, Düsseldorf
- 28. November 2013, Berlin
- 04. Dezember 2013, Frankfurt am Main

Wie messen Sie den Erfolg Ihrer täglichen Arbeit? Erreichen Sie die von Ihnen gewünschten Zielgruppen? Das Bedürfnis nach einer wirkungsorientierten Steuerung von Non-Profit-Organisationen (NPOs) wächst kontinuierlich. Die zentrale Herausforderung liegt darin, in einem stark regulierten Umfeld die eigenen Aktivitäten und Ressourcen auf den Nutzen für die Gesellschaft auszurichten. In diesem Spannungsfeld bewegt sich die Themenauswahl für unsere diesjährige Fachveranstaltung für steuerbegünstigte Körperschaften.

Themen werden unter anderem das „Gesetz zur Stärkung des Ehrenamts“ sowie aktuelle Entwicklungen des Umsatzsteuerrechts – zum Beispiel Neuerungen zu den Voraussetzungen der umsatzsteuerlichen Organschaft und Besteuerung von Leistungsverhältnissen bei Kooperationen – sein. Darüber hinaus wird besonders auf den Handlungsbedarf in Sachen E-Bilanz eingegangen.

Informationen und Anmeldung:

Angela Heinrich

T +49 30 2068-1510

aheinrich@kpmg.com

www.kpmg.de/SK.html

VERANSTALTUNGEN MIT KPMG-BETEILIGUNG

9. Gesundheitswirtschaftskongress 2013

24. und 25. September 2013, Hamburg

Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care, ist zu Gast auf dem Podium der Auftaktveranstaltung und diskutiert dort unter anderem über Wettbewerb, die Zunahme der Patientensouveränität und die Forderung nach mehr Qualitätstransparenz.

Wolfram Wildermuth, Partner, KPMG Stuttgart, spricht über „Benchmarking von Rehabilitationseinrichtungen“.

Besuchen Sie uns auch vor Ort am KPMG-Stand und kommen Sie mit Prof. Dr. Volker Penter und Wolfram Wildermuth ins Gespräch.

RehaForum 2013

04. und 05. November 2013, Köln

Wolfram Wildermuth, Partner, KPMG Stuttgart, spricht in seinem Impulsreferat über „Benchmarking als Wettbewerbsvorteil – wo stehen die deutschen Einrichtungen?“ und ist Diskutant der anschließenden Diskussionsrunde zum Thema: „Nach der Bundestagswahl: Auswirkungen und Konsequenzen für den Reha-Sektor“.

Besuchen Sie uns auch vor Ort am KPMG-Stand und kommen Sie mit Wolfram Wildermuth und seinem Team ins Gespräch.

Service

FACHBEITRÄGE

TV-Erfolg: Dokumentation mit Prof. Penter beeindruckte die Zuschauer

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Großer Erfolg für die ARD-Dokumentation „Krankenhaus-Report – Wo Medizin Kasse macht“, in der KPMG-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Volker Penter mitwirkte. Die Sendung blickte hinter die Kulissen des deutschen Gesundheitssystems und nahm Qualität und Wirtschaftlichkeit von Kliniken unter die Lupe.

„Wir haben eine unglaublich hohe und emotionale Resonanz bekommen“, sagt Filmemacherin Ulrike Gehring. Es gab viele Nachfragen zu den Recherchen, zu Büchern oder weiteren Informationen. „So etwas haben wir noch nie erlebt“, freut sich Gehring.

Gemeinsam mit ihrer Kollegin Ulrike Bremer berichtete die Journalistin in der 45-minütigen Reportage von gefährlichen Fehlentwicklungen, die Patienten zum Abrechnungsfall machen. „Es ging uns darum, in erster Linie eine Dokumentation im Sinne des Patienten zu schaffen“, so Ulrike Gehring.

Hierfür suchten die Journalistinnen einen Experten, der weltweit den Überblick im Gesundheitswesen hat, – und fanden Volker Penter: „Er hat uns mit seiner sehr großen Expertise hervorragend informiert“, so Ulrike Gehring. Wichtig sei es gewesen, jemanden für die Reportage zu gewinnen, der das Thema unparteiisch einordnet und bewertet.

Der Krankenhaus-Report zeigt interessante Hintergründe. Denn: Nirgends wird im internationalen Vergleich so viel operiert wie in Deutschland, wie die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) analysierte. Deutsche Kliniken sind Wirtschaftsbetriebe – manche vital, andere kämpfen ums Überleben. Volker Penter, Head of Health Care bei KPMG: „Qualität geht nicht einher mit Wirtschaftlichkeit. Selbst hervorragende Kliniken könnten pleitegehen. Bestimmte Operationen zählen mehr – und je mehr Operationen umso besser.“

Die Sendung „Krankenhaus-Report – Wo Medizin Kasse macht“ ist eine Produktion der screen art® productions gmbh im Auftrag des Hessischen Rundfunks und kann bis auf Weiteres unter dem folgenden Link angesehen werden: www.kpmg.de/TVverfolg



PUBLIKATIONEN

Breaking through the wall – Removing the barriers to Lean transformation

PD Dr. med. habil. Sören T. Eichhorst, Partner, Leiter Consulting Health Care in Deutschland und Industry Expert des KPMG Global Center of Excellence for Health, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin, und KPMG International

Es gab mehr als ein paar hochgezogene Augenbrauen, als vor einem Jahrzehnt oder früher einige wenige Krankenhäuser beschlossen haben, die Grundsätze des Lean Manufacturing zu testen. Skeptiker argumentierten, dass diese Techniken eigentlich für Fabrikhallen gedacht seien und in einer medizinischen Einrichtung nicht funktionieren würden.

Solche Zweifel wurden in den letzten Jahren weitgehend verbannt. Gesundheitseinrichtungen auf der ganzen Welt haben erfolgreich Hindernisse oder unnötige Schritte abgeschafft und verbesserten so die medizinische Qualität, die Patientenerfahrungen, die Sicherheit und die Produktivität. Außerdem gelang es ihnen, Kosten zu senken und Kapazitäten zu schaffen, die den Mitarbeitern helfen, sich auf die Behandlung der Patienten statt auf die Verwaltung zu konzentrieren.

Das Ziel ist es nun, diese Erkenntnisse und Fortschritte nachhaltig zu machen. Viele Krankenhäuser kämpfen darum, ihre frühen Erfolge nach den ersten wenigen Jahren aufrechtzuerhalten. Eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen ist es, erfolgreiche Projekte in die Praxis der täglichen Arbeit zu transformieren.

Einige Krankenhäuser haben es geschafft, diese Barriere zu durchbrechen und eine Umgebung mit Lösungen statt Problemen zu schaffen. In dieser englischsprachigen Fachbroschüre wird ein Blick auf diejenigen Krankenhäuser geworfen, die bei der Schaffung einer Kultur der kontinuierlichen Verbesserung im Arbeitsalltag den Sprung nach vorn geschafft haben.

Die gewonnenen Erkenntnisse liefern wertvolle Hinweise darauf, wie Krankenhäuser erfolgreich und wirklich „Lean“ (schlank) werden.

Zum Download der Untersuchung:
www.kpmg.com/breakingthrough



Sören T. Eichhorst, Internationale Trends im Krankenhausmanagement

In: Dilcher, B./Hammerschlag, L. (Hg.): „Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus“, Wiesbaden 2012, S. 259–286

Qualität, Kosten und Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen bilden weltweit das Spannungsfeld, in dem sich Krankenhausmanager bewegen müssen. Obwohl jeder erfahrene Krankenhausmanager weiß, dass die Motivation aller Mitarbeiter im Krankenhaus, die Organisation des klinischen Kernprozesses und die im Klinikalltag umgesetzten Innovationen die wichtigsten Einflussfaktoren für die Qualität und Kosten der Leistungserbringung sind, deckt sich dieses Erkenntnis nicht mit dem, was internationale Reformbemühungen im Krankenhaus meist zu verändern suchen.

In seinem Beitrag beschreibt PD Dr. med. habil. Sören T. Eichhorst, wie die fünf bedeutendsten Trends im internationalen Krankenhausmanagement aussehen, welche Herausforderungen zu meistern sein werden und welche Leuchttürme es in der internationalen Krankenhauslandschaft gibt, an denen zu orientieren es sich lohnt.

KPMG-Fachbuch

Penter, V./Arnold, C./Eichhorst, S./Friedrich, S.: **Zukunft deutsches Krankenhaus. Thesen, Analysen, Potenziale**, Kulmbach, 2013 (2. Auflage; im Erscheinen)

In der zweiten – völlig überarbeiteten – Auflage des Erfolgsbuches „Zukunft deutsches Krankenhaus“ werden die wichtigsten Zukunftstrends im deutschen Krankenhausmarkt aktuell dargestellt, die unterschiedlichen Ausgangspositionen deutscher Krankenhäuser anhand von fundierten Benchmarks analysiert und schließlich umfangreiche Handlungshinweise für die tägliche praktische Arbeit des Krankenhausmanagements gegeben. Grundlage der Ausführungen bilden die täglichen Erfahrungen von Krankenhausmanagern, Kostenträgern, Politikern, Wirtschaftsprüfern und Beratern. Ein Analysetool ermöglicht es dem Leser, die Position und Handlungsfelder des eigenen Krankenhauses zu bestimmen.

KU-Fachbuch

Krämer, Nicholas: **Krankenhausmanagement 2.0**, Kulmbach 2013
(mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Volker Penter, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin)

Hinsichtlich der Anwendung moderner Managementtechniken hinken Krankenhäuser Unternehmen anderer Branchen häufig um etliche Jahre hinterher. Krankenhausmanagement 2.0 steht für ein neues Denken in der Leitung von Kliniken im zweiten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts. Das Buch zeigt, wie ausgewählte moderne Managementmethoden wirksam in Krankenhäusern eingesetzt werden können.



KPMG-Blog – wir sprechen Klartext im Netz

Direkt und persönlich: Wir sagen, was uns und den Markt bewegt. Die bisherigen Themen wurden bereits lebhaft diskutiert. Wird der Gang zum Arzt bald überflüssig dank Quantified-Self-Bewegung und neuester Technik? Oder worauf müssen sich Ärzte einstellen, wenn sie es mit dem E-Patienten zu tun bekommen? Bringt uns das Netz nur anstrengendes Halbwissen oder bietet es die Grundlage für eine neue Partnerschaft zwischen Arzt und Patient? Welche Rolle spielt Deutschland im internationalen Medizintourismus? Diese und weitere Themen können Sie ab sofort auch persönlich mit unseren Gesundheitsexperten diskutieren. Wir freuen uns über Ihre Kommentare und Beiträge!



<http://blog.kpmg.de/der-virtuelle-arztkoffer>
<http://blog.kpmg.de/Patient2.0>
<http://blog.kpmg.de/Medizintourismus>
<http://blog.kpmg.de/>

Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin

Redaktion



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



PD Dr. med. habil. Sören T. Eichhorst
Partner, Gesundheitswirtschaft
Leiter Consulting Health Care
T +49 30 2068-1600
seichhorst@kpmg.com



Stefan Friedrich
Manager, Gesundheitswirtschaft
Assurance Services Health Care
T +49 30 2068-1675
sfriedrich@kpmg.com



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

Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für die Printausgabe Gesundheitsbarometer

Jörg Schulze
T +49 30 2068-2796
F +49 1802 11991-1905
joergschulze@kpmg.com

Weitere Informationen

www.kpmg.de/gesundheit

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

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



www.kpmg.de

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

© 2013 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

