



# PULS

Wissensmagazin

## GUT AUFGESTELLT ODER KAPUTTGESPART?

KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND,  
ÖSTERREICH UND DER SCHWEIZ



### Ähnlich, doch nicht gleich

Stationäre Versorgung  
in Deutschland, Österreich  
und der Schweiz

### Maximalversorger wird Uniklinik

PULS sprach mit Alexander  
Schmidtke – Vorstandsvor-  
sitzender Klinikum Augsburg

### Auf der Suche nach der richtigen Kur

Was tun mit maroden  
Kliniken?

# INHALT

VORWORT	3
EINE KLINIK AUF DEM PRÜFSTAND	4
ÄHNLICH, DOCH NICHT GLEICH	9
DEUTSCHE KRANKENHAUS- FINANZIERUNG AM LIMIT?	14
WIE LÄSST SICH QUALITÄT KATALOGISIEREN?	18
FREIWILLIG ODER PER GESETZ?	20
FORSCHEN, LEHREN UND VERSORGEN	22
AUGSBURG WILL ES WISSEN	28
AUF DER SUCHE NACH DER RICHTIGEN KUR	33
VON DER GRUND- ZUR MAXIMALVERSORGUNG	38
SERVUS, GRÜEZI UND GUTEN TAG	40
KOOPERATION ODER KORRUPTION?	43
WUSSTEST DU SCHON ...	45
VORGESTELLT	46

## Impressum

Herausgeber: Philips GmbH Market DACH

Anschrift  
Philips GmbH Market DACH  
Röntgenstraße 22  
22335 Hamburg  
E-Mail: puls@philips.com

Autoren dieser Ausgabe: Christopher Bensch, Julia Haefeli, Björn Härtel, Sibylle Keßler, Alessandra Kromer, Carolin Leßmann, Silke Nielsen, Franziska Schwarz, Birgit Stabenau, Thomas Vonesch und Catharina Zäske

Redaktion, Inhalt: medproduction GmbH

Konzeption, Layout: modus werbung gmbh

Produktion: Grunddesign GmbH

Registrierungen für Abonnements (Print oder Digital), Quellenanfragen oder Feedback bitte an: puls@philips.com



# VORWORT

## Liebe Leserinnen und Leser,

der Gesundheitsmarkt gilt als Wachstumsmarkt. Schaut man sich allerdings die Krankenhauslandschaft an, wird häufig ein eher düsteres Bild gezeichnet. Rote Zahlen, Investitionsstau und abnehmende Qualität sorgen immer wieder für Schlagzeilen. Gleichzeitig stehen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz für Spitzenleistungen in der Medizin. Doch welche Häuser sind gut und welche weniger gut aufgestellt und wie lassen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung steigern?

PULS beleuchtet in dieser Ausgabe den Krankenhausmarkt in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Gegenüberstellung zeigt deutliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Länder und geht zusätzlich der Frage nach, wer das Rennen um die besten Mediziner gewinnt. Außerdem diskutieren wir, ob in Deutschland die duale Krankenhausfinanzierung am Limit ist und inwieweit das neue Antikorruptionsgesetz eine sektorübergreifende Kooperation erschweren wird.

Eine Sonderstellung im Krankenhausmarkt nehmen die Universitätskliniken ein. Mit ihnen verbindet man Innovation und Hochleistungsmedizin. Doch wie unterscheiden sie sich von Häusern der Maximalversorgung? Hierzu spricht PULS mit Alexander Schmidtke, dem Vorstandsvorsitzenden und Vorstand Finanzen und Strategie des Klinikums Augsburg, das kurz vor dem Schritt zur Universitätsklinik steht.

Viel Spaß beim Lesen.

Die PULS-Redaktion



Hochwertige Medizin, in gut erreichbarer Nähe zum Bürger und wirtschaftlich effizient – so sähe eine perfekte Kliniklandschaft aus. Häufig ist die reale Struktur von diesem Idealbild allerdings weit entfernt. Das Krankenhausstrukturgesetz, das Anfang des Jahres in Kraft getreten ist, soll mehr Qualität ins System bringen mit dem durchaus erwünschten Effekt, dass einige Kliniken schließen müssen.

Währenddessen kämpfen viele Krankenhäuser in ländlichen Gegenden ohnehin ums Überleben, weil es in ihrem Einzugsgebiet für ein wirtschaftliches Arbeiten schlicht zu wenig Patienten gibt. In diesen abgelegenen Regionen werden sie für eine flächendeckende Versorgung jedoch dringend gebraucht. Das Ergebnis ist ein Spagat, der alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellt.

PULS hat Burkhard Kollmann über die Schulter geschaut, einem fiktiven Bürgermeister, der in seiner Gemeinde Heelingen die Richtung für die Zukunft der lokalen Klinik vorgeben muss.

# EINE KLINIK AUF DEM PRÜFSTAND

Auf Burkhard Kollmanns Schreibtisch stapeln sich die Unterlagen. Der 63-Jährige ist ein Perfektionist. Er will über jedes Detail genau Bescheid wissen, ehe er sich eine Meinung bildet. Bei diesem Thema gilt das umso mehr. Vergangene Woche hat er die Jahresbilanz des kommunalen Krankenhauses bekommen, und das Minus ist weiter gewachsen. So kann es nicht weitergehen. Heelingen geht es gut, weil es verkehrstechnisch günstig gelegen ist und sich einige Unternehmen hier angesiedelt haben. Aber die Klinik scheint ein Fass ohne Boden zu sein. Auf Dauer kann es sich die Gemeinde nicht leisten, das Krankenhaus Jahr für Jahr zu subventionieren. Doch was ist die Alternative? ▶

# HEELINGEN TRÄGT DIE KOSTEN



Kollmann blättert durch den aktuellen Krankenhausratingreport. Heelingens Klinik ist nicht die einzige mit Problemen: 2014 hat mehr als jedes fünfte Krankenhaus rote Zahlen geschrieben. Dass es im Jahr davor noch knapp 34 Prozent waren, ist nur ein schwacher Trost. Denn das Grundproblem kann Kollmann nicht lösen. Die laufenden Kosten sollen über die Fallpauschalen (DRGs) getragen werden, die als Vergütung für die jeweiligen Leistungen fällig werden. Auf der anderen Seite müssten die Länder für Investitionen aufkommen, was aber nicht in ausreichendem Maße passiert. Auch in Heelingens

“Jedes fünfte Krankenhaus

schreibt rote Zahlen.“

Klinik hat die Geschäftsführung ihr Budget für Personal und Material gekürzt, weil sie Geld für die Sanierung eines Nebengebäudes brauchte. Parallel schießt die Gemeinde weiter Geld zu. Indirekt trägt Heelingen also Kosten, die eigentlich das Land übernehmen müsste.

Kollmann bezweifelt, dass die Probleme künftig kleiner werden. Mehrfach hat er mit seinem Rotstift den Begriff „Mindestmenge“ markiert. Das heißt, bestimmte Leistungen darf ein Krankenhaus nur noch anbieten, wenn es festgelegte Fallzahlen erreicht. Kollmann greift nach dem Telefon. „Frau Kowacic, versuchen Sie doch bitte, mir möglichst schnell einen Termin mit Dr. Renz zu machen.“

## Neuausrichtungen kosten Geld

Zwei Tage später sitzt Kollmann mit Dr. Alfred Renz zusammen. Der Geschäftsführer der Heelingen-Klinik hat Tabellen mit Zahlen um sich herum ausgebreitet. „Das ist nicht richtig“, schimpft er. „Erst gehen die Bürger in andere Kliniken, weil sie glauben, in der Großstadt besser betreut zu werden. Dann verlieren wir hier das Leistungsangebot, weil wir die Mindestfallzahlen nicht bieten können, die Betten bleiben leer – und die Bürger beschwerten sich, dass ihre Klinik geschlossen werden soll.“ „Na ja, ein bisschen kann ich es auch verstehen“, sagt Kollmann leise. „Als meine Mutter eine neue Hüfte brauchte,

haben wir auch geschaut, welches Krankenhaus am meisten Erfahrung mit dieser Art der Operation hat, und das war dann eine orthopädische Fachklinik.“

„Dafür sind spezialisierte Kliniken auch da. Aber welche Chance haben wir, in einem Bereich eine besondere Kompetenz aufzubauen? Das Land investiert nicht, also fehlt uns Geld für neue Geräte oder einen modernen Operationsaal. Gleichzeitig haben wir Schwierigkeiten, gutes Personal zu finden, weil die jungen Ärzte nicht in eine kleine Gemeinde ziehen wollen und wir keine hohen Gehälter bieten können. Außerdem möchte ich nicht den Weg gehen, den manch ein Kollege einzuschlagen scheint.“

Kollmann weiß sofort, was er meint. Bei seinen Recherchen hat der Bürgermeister gelesen, dass viele Experten das Vergütungssystem der Fallpauschalen kritisieren, weil sie befürchten, dass manche Kliniken Eingriffe vornehmen, die nicht zwingend notwendig gewesen wären – aber lukrativ sind. „Vielleicht können wir uns eine mögliche Strategie bei den privaten Kliniken anschauen? Die sind doch oftmals durch Spezialisierungen erfolgreicher.“

„Allein ist das fast unmöglich“, erklärt Dr. Renz. „Kliniken,

die sich neu ausrichten, gehören in der Regel zu einem Verbund, zum Beispiel einem privaten Klinikkonzern, der die notwendigen Investitionen trägt und renommierten Fachärzten viel Geld zahlt, damit sie wichtige Stellen besetzen. Übrigens

“Es fehlt das Geld für

moderne Operationsäle.“

bekommen die Pflegekräfte dann oft noch weniger Gehalt. Das ist aus meiner Sicht auch keine ideale Lösung. Oder ließen sich Regelungen fürs Personal vorab in die Verträge aufnehmen? Dann wäre eine Privatisierung eventuell doch eine Option.“

„Höchstens für eine Übergangszeit“, erwidert Kollmann. „Aber über dieses Thema müssen wir nicht weiter nachdenken. Die Bürger haben Angst vor einer Art Ausverkauf des Gesundheitswesens. Sie befürchten, dass durch eine Privatisierung alles schlechter wird, weil es nur noch um den Gewinn geht. Das Thema ist entsprechend unbeliebt. Dafür kriege ▶

# BESSER EINE KLEINE KLINIK ALS KEINE

ich niemals eine Ratsmehrheit. Sollen wir stattdessen nicht die Fachärzte im Ort stärker einbinden und in eine intensivere Zusammenarbeit investieren? Für die Patienten wäre es doch ein spürbarer Vorteil gegenüber Krankenhäusern in größerer Entfernung, wenn die stationäre Behandlung nahtlos in eine ambulante Betreuung überginge. Gleichzeitig würde unser Standort für junge Fachärzte attraktiver, weil sie ihre Verdienstmöglichkeiten besser abschätzen könnten.“

“**Fachabteilungen ohne ausreichend  
Fachärzte machen keinen Sinn.**“

Dr. Renz schüttelt den Kopf. „Das klingt durchaus nach einem guten Vorschlag, aber mit solchen Ideen sollten wir noch abwarten. Ich bin mir nicht sicher, wie sich die Auswirkungen des neuen Antikorruptionsgesetzes in der Praxis entwickeln. Offiziell heißt es, wir dürfen uns mit niedergelassenen Ärzten keine Patienten gegenseitig ‚zuweisen‘, weil dann der Verdacht im Raum stünde, es handle sich um unlauteren Wettbewerb. Unter diesen Voraussetzungen wäre ich sehr vorsichtig damit, neue Formen der Zusammenarbeit zu testen.“  
„Was schlagen Sie vor? Ich kann in unseren Stadtrat doch nicht den Vorschlag einbringen, die Klinik zu schließen. Die Wähler reißen mir den Kopf ab.“

## Kapazität sollte dem Bedarf entsprechen

Knapp drei Monate später sitzt Kollmann neben Dr. Renz auf dem Podium der kleinen Stadthalle. Sie haben einen Infoabend zur Situation der Klinik angekündigt, und der Saal ist bis auf den letzten Platz besetzt. Der Bürgermeister atmet tief durch. Unzählige Male hat er mit dem gesamten Management der Klinik diskutiert. Sie haben sogar externe Berater

einbezogen, die auf medizinische Einrichtungen spezialisiert sind. Der Stadtrat steht mehrheitlich hinter ihm, selbst die Opposition hat konstruktive Vorschläge eingebracht, weil sich niemand vorwerfen lassen möchte, für eine Schließung oder Privatisierung verantwortlich zu sein. Jetzt muss Kollmann nur noch die Menschen überzeugen, um die es geht.

In knappen Worten beschreibt der Lokalpolitiker, wie Heelingens Versorgung künftig aussehen soll: Es wird weniger Spezialisierung geben. Heelingens Klinik soll sich ausschließlich auf die regionale Grundversorgung konzentrieren. Ein erster Buh-Ruf ist zu hören, aber Dr. Renz pariert: „Fachabteilungen ohne eine ausreichende Zahl an Fachärzten und eine moderne Ausstattung machen keinen Sinn, bleiben leer und kosten uns viel Geld. Außerdem müssen wir in großem Umfang Kapazitäten abbauen, damit unsere Bettenzahl dem realistischen Bedarf entspricht.“ Fast zwei Stunden dauert die Diskussion, aber am Ende haben die meisten Anwesenden verstanden, dass eine kleinere Klinik besser ist als keine. Für Kollmann ist das ein wichtiger Schritt, auch wenn natürlich erst die Zukunft zeigen wird, ob schwarze Zahlen auf diese Weise in greifbare Nähe rücken. Kollmann will sich zusätzlich darum bemühen, Zuschüsse für die Klinik zu erhalten. Denn laut Krankenhausstrukturgesetz können medizinische Einrichtungen auf dem Land Fördermittel erhalten, um die flächendeckende Notfallversorgung zu sichern. Wenn alles klappt, kann Kollmann die Subventionen fürs Krankenhaus bald streichen – und das Geld wird frei für andere Projekte.

Sobald der akute Kostendruck ein wenig abgenommen hat, wird er zusammen mit Dr. Renz auch die nächste Stufe ihres Plans angehen und mit kommunalen Kliniken in gut erreichbarer Entfernung Kontakt aufnehmen. Erste Sondierungsgespräche hat er inoffiziell schon geführt. Die Bereitschaft ist groß, Leistungen untereinander aufzuteilen und zusammenzuarbeiten, statt sich gegenseitig Konkurrenz zu machen. Schließlich haben andere Krankenhäuser ähnliche Probleme. ■

# ÄHNLICH, DOCH NICHT GLEICH

## STATIONÄRE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH UND DER SCHWEIZ

Wettbewerb und Privatisierung in Deutschland, vornehmlich kommunale Träger in Österreich, Effizienz und höhere Kosten in der Schweiz.

Trotz vieler Gemeinsamkeiten gibt es deutliche Unterschiede in den Krankenhausmärkten der drei Länder. Die Schweizer haben weniger Betten, die Österreicher sind kürzer im Spital, Deutschland liegt häufig in der Mitte. Auch in der technischen Ausstattung z. B. mit CT- oder MR-Geräten gibt es Unterschiede. PULS wirft einen Blick auf die wichtigsten Kennzahlen und zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf. ▶

# DEUTLICH WENIGER KRANKENHAUSBETTEN IN DER SCHWEIZ



In Österreich sind die meisten der 279 Krankenhäuser mit insgesamt 64.815 Betten nach wie vor gemeinnützig. Private Häuser finden sich, wenn überhaupt, in Ballungsgebieten wie Wien oder Salzburg. In der Schweiz ist die regionale Versorgung über die kantonalen Spitäler gesichert. Anders als in Deutschland gibt es in der Schweiz mit ihren 289 Krankenhäusern und 37.540 Betten nicht so viele Konkurrenzkliniken.

In letzter Zeit haben viele kantonale Spitäler ihre Rechtsform von öffentlich-rechtlichen Anstalten zu Aktiengesellschaften geändert. Eine echte Privatisierungswelle ist das jedoch (noch) nicht, denn vorerst bleiben die Kantone in den meisten Fällen Mehrheitsaktionäre der Häuser.

## Höhere Kosten und weniger Betten in der Schweiz

Trotz Selbstbeteiligung hat die Schweiz im OECD-Vergleich der drei Länder mit 8.940,6 Schweizer Franken (8.162,8 Euro) die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf. Die Ausgaben in Deutschland (3.972,7 Euro) und Österreich (3.956,5 Euro) sind nur halb so hoch. Dennoch ist der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt mit 11,1 Prozent in der Schweiz, 11,2 Prozent in Deutschland und 11 Prozent in Österreich nahezu gleich.

Gesundheitsausgaben 2014 in Mio. Euro	327.951	36.253	65.129
Anteil am Bruttoinlandsprodukt	11,2 %	11,0 %	11,1 %
Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro (laut OECD)	3972,7	3.956,5	8162,8

Auch wenn die Gesundheitskosten pro Kopf höher sind, die Schweiz hält deutlich weniger Krankenhausbetten vor als die beiden Nachbarländer und liegt mit 4,58 Betten pro 1.000 Einwohner im OECD-Mittel. Deutschland und Österreich gehören dagegen zu den Ländern, die mit 7,59 (Österreich) und 8,23 (Deutschland) deutlich mehr Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner vorhalten als der OECD-Durchschnitt. Das ist zum Beispiel ein Grund dafür, dass trotz steigender Patientenzahlen im Jahresschnitt nur 77 Prozent der Klinik-Kapazitäten in Deutschland ausgelastet sind.

## Kurze Liegezeiten in Österreich – dafür mehr Krankenhausaufenthalte

Die Bettenzahl für sich allein betrachtet ist jedoch nicht aussagekräftig. Sie muss im Zusammenhang mit Fallzahlen, Auslastung und Verweildauer der Patienten gesehen werden: 6,5 Tage liegt der Österreicher durchschnittlich im Krankenhaus. Die Deutschen bleiben mit 7,4 Tagen länger in der Klinik. In der Schweiz dauert der Krankenhausaufenthalt mit durchschnittlich 9,3 Tagen am längsten. Bedenkt man, dass das SwissDRG-System erst 2012 eingeführt wurde und erst greifen musste, ist anzunehmen, dass die Liegezeiten in der Schweiz inzwischen ebenfalls gesunken sind.

Krankenhäuser	3.138	279	289
Krankenhausbetten	666.337	64.815	37.540
Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner	8,23	7,59	4,58
Durchschnittliche Liegezeit in Tagen	7,4	6,5	9,3

Die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte mit einem Aufenthalt von mindestens 24 Stunden ist in Österreich und Deutschland höher als in den meisten anderen europäischen Ländern. Im Jahr 2013 verzeichnete Österreich 26.558 Krankenhausaufenthalte pro 100.000 Einwohner, Deutschland lag mit 24.993 dicht dahinter. In der Schweiz hingegen war die Krankenhaushäufigkeit mit 16.637 Entlassungen pro 100.000 Einwohner deutlich niedriger. Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund neuer Behandlungsmethoden zunehmend auch tagesklinische Versorgung geleistet wird. Das heißt, dass ein früher längerer Aufenthalt heute in Form mehrerer Kurzaufenthalte erfolgen kann – was bei der Interpretation solcher Zahlen berücksichtigt werden muss.

## Medizintechnik: Unterschiede in der Ausstattung

Die technische Ausstattung von Krankenhäusern wird als Teil der Strukturqualität gewertet. Darunter fällt auch die Verfügbarkeit von Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MR), die ebenfalls Unterschiede zeigt. Die Schweiz ist mit 36,15 Computertomographen pro eine Million Einwohner am besten ausgestattet, gefolgt von Deutschland mit 35,34 Geräten. In Österreich ist die Anzahl mit 29,34 CT-Geräten pro eine Million Einwohner niedriger.

In der Magnetresonanztomographie sind die Unterschiede noch größer. So gibt es in Deutschland 30,5 MR-Geräte pro eine Million Einwohner, in Österreich sind es hingegen nur 19,67 Geräte. Die OECD-Zahlen für die Schweiz beinhalten nur die MR-Geräte in Kliniken. Diese liegen mit 20,88 Geräten pro eine Million Einwohner aber bereits über der Gesamtzahl für Österreich. Der Branchenverband COCIR (European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry) gibt die MR-Dichte für die Schweiz insgesamt mit 39,9 Geräten pro eine Million Einwohner an (Deutschland: 29,9; Österreich: 24,9).

## Privat, kommunal, regional

Der Krankenhausmarkt in Deutschland ist geprägt von einem hohen Grad an Wettbewerb und Privatisierung. Die größte medizinische Kompetenz konzentriert sich in Kliniken mit Maximalversorgung, die die meisten Fachgebiete abdecken und schwerste Fälle behandeln. Daneben gibt es Krankenhäuser mit Schwerpunktversorgung, die sich zusätzlich zur Grundversorgung auf einen oder zwei Fachbereiche spezialisiert haben. Im ländlichen Bereich dominieren Kliniken, die sich auf die medizinische Grundversorgung beschränken. Noch vor gut 20 Jahren waren die meisten Krankenhäuser in Deutschland gemeinnützige Non-Profit-Unternehmen, betrieben von den Kommunen, kirchlichen Trägern oder Ordensgemeinschaften wie Johannitern oder Maltesern.

## Die Ausgaben in Deutschland und Österreich sind nur halb so hoch.

Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) gibt es in Deutschland 3.138 Krankenhäuser. Das Statistische Bundesamt unterteilt die stationären Einrichtungen in 1.953 Häuser der Akutversorgung und 1.153 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Jedes dritte der 666.337 deutschen Krankenhausbetten gehört heute einem privaten Klinikträger. Im Gegensatz dazu findet man in Österreich und der Schweiz nur wenige private Kliniken.

Deutliche Unterschiede gibt es zudem in der Verteilung der Geräte zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich. In Deutschland stehen 47 Prozent der CT-Geräte bei niedergelassenen Ärzten. In Österreich sind es 37 Prozent und in der Schweiz nur 33 Prozent. Bei den MR-Geräten liegt in Deutschland der niedergelassene Bereich mit 62 Prozent der Geräte sogar vor dem stationären Bereich. In Österreich ist knapp die Hälfte der MR-Geräte außerhalb von Krankenhäusern im Einsatz. Mit Blick auf die COCIR-Zahlen scheint die Situation in der Schweiz ähnlich zu sein.

CT-Geräte			
Gesamt	2.862	251	296
Stationär	1.521	159	199
Ambulant	1.341	92	97

CT-Geräte pro Million Einwohner			
Gesamt	35,34	29,39	36,15
Stationär	18,78	18,61	24,30
Ambulant	16,56	10,77	11,85

MR-Geräte			
Gesamt	2.470	168	-
Stationär	940	89	171
Ambulant	1.530	79	-

MR-Geräte pro Million Einwohner			
Gesamt	30,50	19,67	-
Stationär	11,61	10,42	22,88
Ambulant	18,89	9,25	-

Quelle: OECD



### Effizienz der Gesundheitssysteme insgesamt

Interessant ist nun die Frage, wie sich die unterschiedlichen Gegebenheiten auf die Effizienz der Gesundheitssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz auswirken. Hinweise darauf gibt der Healthcare Efficiency Index der Wirtschaftsagentur Bloomberg. Er bewertet die Effizienz der Gesundheitsversorgung anhand von drei Faktoren: der Lebenserwartung in einem Land (60 Prozent), dem Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (30 Prozent) und den absoluten Gesundheitskosten pro Kopf (10 Prozent).

Im Healthcare Efficiency Index von 2016 belegt die Schweiz Platz 14 und hat von allen bewerteten Ländern die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf. Österreich liegt auf Platz 28 und Deutschland auf Platz 39. Die höheren Ausgaben scheinen sich also auszuzahlen. Gesundheit ist aber nicht nur eine Frage des Geldes. Denn einige Länder mit relativ niedrigen Gesundheitsausgaben wie Chile oder Argentinien (Platz 8 und 11) schneiden sogar besser ab als die Schweiz. Im Ranking ganz vorn liegen Hongkong, Singapur und Spanien. Die USA belegen weit abgeschlagen Platz 50. ■

**„Gesundheit ist aber nicht nur eine Frage des Geldes.“**

# DEUTSCHE KRANKENHAUS- FINANZIERUNG AM LIMIT?

## INVESTITIONSTAU UND DEFIZITÄRE STRUKTUREN NACH 40 JAHREN DUALEM SYSTEM

Das Geld reicht einfach nicht aus: Kliniken müssen notwendige Investitionen verschieben oder aus eigener Tasche bezahlen. Denn die Bundesländer sparen, obwohl sie eigentlich bei der Finanzierung von Investitionen in der Pflicht sind.

Der Krankenhaus Rating Report 2016 spricht von einem Investitionstau von stolzen 27,8 Milliarden Euro. Welchen Ausweg gibt es aus dem Dilemma? Soll die Finanzierungslast auf den Bund abgewälzt werden? Oder auf die Krankenkassen – und damit auf die Beitragszahler?

Über 40 Jahre alt ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). 1972 wurde es eingeführt und mit ihm die duale Finanzierung der Krankenhauskosten: Die Kosten für den laufenden Betrieb werden von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen vergütet. Und für die Finanzierung von notwendigen Investitionen sind nach dem Gesetz die einzelnen Bundesländer zuständig. Ziel des KHG war die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Es sollte gewährleisten, dass alle Bürger bedarfsgerecht versorgt werden und dass die Kliniken eigenverantwortlich wirtschaften können. Das alles, ohne den Beitragszahler über Gebühr zu belasten und die Pflegesätze auf einem sozial vertretbaren Niveau zu halten.

### Förderquote weit unter dem Soll

Die Krux an diesem System: Was die Länder genau bezahlen müssen, ist nicht festgelegt. Sie sollen die Kosten der Investitionen zu 100 Prozent übernehmen – zahlen aber de facto oft nicht einmal die Hälfte. Bei einem Viertel der Häuser liegt die öffentliche Förderquote laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) bei unter 34 Prozent. Auch der Marburger Bund kritisiert, dass die Länder ihre Krankenhäuser im Stich lassen. „Wir müssen endlich wieder dazu kommen, dass die Behandlungserlöse der Krankenhäuser ausschließlich für die Patientenversorgung, das Personal und die Sachkosten verwendet werden – und nicht für Investitionen in Dach und Fach und Gerät“, so Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes. ▶

## Investitionen im deutschen Krankenhausmarkt – dafür sind die Länder zuständig:

Kosten für Neubauten, für Sanierungen, für neue medizinische Geräte – das alles geht auf das Konto der Bundesländer. Dazu erstellen sie die sogenannten Krankenhaus-Bedarfspläne. In ihnen wird festgelegt, wo Kliniken gebraucht werden und welche Fachabteilungen diese betreiben sollen. Und die Länder entscheiden, welche Klinik überhaupt in die Bedarfsplanung aufgenommen wird, denn das ist Voraussetzung für eine Förderung. Wie die Investitionsförderung aussieht, ist unterschiedlich, grundsätzlich gibt es drei Optionen:

### Einzelförderung:

Sie dient langfristigen Investitionen, Neubauten oder Sanierungen. Die Mittel müssen vom Träger der Klinik beim jeweiligen Bundesland beantragt werden.

### Pauschale Förderung:

Jährlich wird dem Krankenhaus ein Festbetrag zugewiesen, je nach Größe und Versorgungsstufe. Dieses Geld wird für Instandhaltung, kleinere Baumaßnahmen und Neubeschaffung von Geräten benutzt. Der Betrag kann bei Bedarf erhöht werden, z. B. wenn eine Klinik sehr hohe Vorhaltekosten hat (wie etwa bei einem Neonatalzentrum) oder ein Ausbildungszentrum an das Krankenhaus angeschlossen ist.

### Leistungspauschale:

Wer mehr Patienten versorgt als der Durchschnitt oder sehr kostenintensive Bereiche betreibt, kann eine Leistungspauschale bekommen.

In vielen Kliniken sieht das Resultat so aus: Dringend nötige Investitionen werden verzögert. Oder sie werden durch die Überschüsse bezahlt, die Kliniken durch die Fallpauschalen erwirtschaften – Gelder, die für Personal und Material vorgesehen sind. Der GKV-Spitzenverband meldet dringenden Handlungsbedarf an. In den Jahren 2012 bis 2014 haben die Krankenhäuser pro Jahr insgesamt 5,3 Milliarden Euro für Investitionen ausgegeben. 2,7 Milliarden Euro davon haben sie von den Bundesländern erhalten.

## Qualität braucht ausreichende Finanzierung

Der Anteil dessen, was Kliniken aus Eigenmitteln und Krediten bestreiten, also ohne Fördermittel, ist von rund 33 Prozent (2004) auf 54 Prozent (2009) gestiegen. Geld aus dem DRG-Budget wird zweckentfremdet, um zu sanieren, zu bauen, Geräte zu erneuern, und muss an anderer Stelle eingespart werden, unter anderem beim Personal. Und selbst das können sich nur die Häuser leisten, die Überschüsse erwirtschaften. So bezeichnet auch der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) die unzureichende Investitionsfinanzierung im stationären Bereich als „das Hauptproblem bei der Krankenhausfinanzierung“. Qualität brauche eine ausreichende Finanzierung, so VKD-Präsident Dr. Josef Düllings.

Die Krankenhäuser wollen kein Hilfspaket und keine kurzfristigen Finanzspritzen, sondern eine nachhaltige Krankenhausfinanzierung. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hatte den Auftrag, einen Plan für die Zukunft auszuarbeiten. Das Ergebnis ihrer Arbeit, das neue Krankenhausstrukturgesetz, ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Dennoch, die eine, einfache Lösung, um angeschlagenen Krankenhäusern finanziell unter die Arme zu greifen, gibt es nicht. Es sind aber verschiedene Modelle im Gespräch, die durchaus Sinn machen. Die folgenden Ansätze werden intensiv diskutiert oder befinden sich bereits in der Umsetzung:



# Krankenhaus Rating Report 2016

## Mit Rückenwind in die Zukunft?

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

## Deutsche Krankenhäuser weiterhin wirtschaftlich angeschlagen

Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit ist unverändert hoch (2013 1,14 %, 2014 1,17 %), jedem neunten Haus droht die Insolvenz.



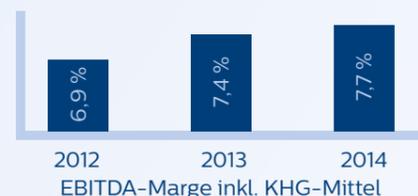
## Leben von der Substanz

- Nur jede zweite Klinik ist in der Lage zu investieren.
- Dem Investitionsbedarf in Höhe von 6,6 Mrd. € steht eine Investitionslücke von 3,9 Mrd. € gegenüber.
- Der Investitionsstau beträgt bundesweit inzwischen 27,8 Mrd. €.



## Trendwende in Sicht?

- Positive Entwicklung der Ertragslage
- Von der Umsetzung des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung ist eine deutliche Erholung der wirtschaftlichen Situation zu erwarten (je 870 Mio. € in 2016 und 2017).



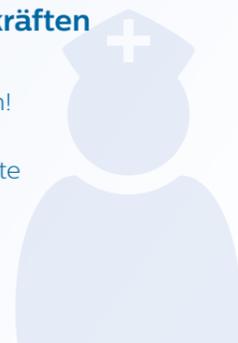
## DRG-System und Ergebnisqualität

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



## Erhöhter Bedarf an Pflegefachkräften

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



## Strukturfonds



Der Strukturfonds ist ein Teil des Krankenhausstrukturgesetzes und soll die Versorgungsstrukturen verbessern. Er wird einmalig aus der Reserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Um in den Genuss dieser Förderung zu kommen, muss das Land ebenso viel beisteuern wie der Bund. Beispiel NRW: 212 Millionen Euro stehen ab 2016 im neuen „Strukturfonds NRW“ für die Veränderungen der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung, Bund und Land stellen jeweils 106 Mio. Euro.

„Die Zuweisung der Investitionsmittel wäre möglich über einen Rechnungszuschlag“, heißt es in einem Positionspapier. Letztendlich würde das aber zu höheren Beiträgen für die Versicherten führen.



## Krankenkassen beteiligen

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) schlagen vor, die Krankenkassen an der „Finanzierung der Regelinvestitionen“ zu beteiligen.

„Die Zuweisung der Investitionsmittel wäre möglich über einen Rechnungszuschlag“, heißt es in einem Positionspapier. Letztendlich würde das aber zu höheren Beiträgen für die Versicherten führen.



## Fundraising

Eine smarte Idee, um Gelder zu generieren: Fundraising – also das Sammeln von Spendengeldern – zum Beispiel für Projekte oder durch die Einrichtung eines Fördervereins wäre eine zusätzliche Finanzquelle. Viele deutsche Universitätskliniken setzen es seit Jahren ein. Kritiker mahnen an, dass damit die Länder aus der Pflicht genommen werden.

hat den Auftrag, für Krankenhäuser deren Investitionsbedarf zu kalkulieren. Dies geschieht auf Grundlage des jeweils aktuellen DRG-Kataloges. Bundesländer können wählen, ob sie weiterhin über die Einzel- und Pauschalförderung Krankenhäuser mit Investitionsmitteln fördern oder ob sie auf das neue System der leistungsorientierten Investitionsfinanzierung umsteigen – ähnlich wie bei den Fallpauschalen. Bisher macht nur das Land Berlin davon Gebrauch. ■

## Marktumstrukturierung



Überkapazitäten abbauen, Krankenhausstandorte konzentrieren und Krankenhäuser in nicht stationäre, lokale Versorgungseinrichtungen umwandeln – so ein weiterer Vorschlag der Bundesregierung. Vorgesehen war

eine Beteiligung von maximal 50 Prozent an den jeweiligen Kosten. Krankenhäuser, die rote Zahlen schreiben, könnten umgewandelt werden, ohne die Notfallversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zu gefährden. Dennoch soll die Planung, wo welches Krankenhaus benötigt wird, weiterhin Entscheidung der Länder bleiben.



## Investitionsbewertung

Wenig genutzt wird bislang ein Instrument, das in das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 aufgenommen wurde: die Investitionsbewertung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

hat den Auftrag, für Krankenhäuser deren Investitionsbedarf zu kalkulieren. Dies geschieht auf Grundlage des jeweils aktuellen DRG-Kataloges. Bundesländer können wählen, ob sie weiterhin über die Einzel- und Pauschalförderung Krankenhäuser mit Investitionsmitteln fördern oder ob sie auf das neue System der leistungsorientierten Investitionsfinanzierung umsteigen – ähnlich wie bei den Fallpauschalen. Bisher macht nur das Land Berlin davon Gebrauch. ■



# WIE LÄSST SICH QUALITÄT KATALOGISIEREN?

ROBERT BARCLAY FETTER UND JOHN DEVEREAUX THOMPSON  
MACHEN KRANKENHAUSPROZESSE NACHVOLLZIEHBAR

Sie sind zwei ungleiche Partner mit einer großen Mission:  
Robert Barclay Fetter und John Devereaux Thompson – der eine ein  
kühler Rechner, der andere ein Krankenpfleger mit Leib und Seele.  
In den späten 60er Jahren erschaffen sie in den USA den  
Prototyp des DRG-Systems.

Die Geschichte nimmt 1967 ihren Anfang. Noch kämpfen die USA in Vietnam, noch hat kein Mensch den Mond betreten: Lyndon B. Johnson ist Präsident der Vereinigten Staaten. Er setzt auf umfangreiche Sozialreformen, darunter eine öffentliche Krankenversicherung, das Medicare-Programm. Nun verlangt das Weiße Haus Rechenschaft über Kosten und Nutzen: Krankenhäuser, die staatlich versicherte Patienten behandeln, sollen wirtschaftlich arbeiten und gute Ergebnisse vorweisen.

Etwas ratlos ob der neuen Forderungen wenden sich Ärzte der Universitätsklinik der Yale-Universität an das Center for Health Studies, ein Institut der Medizinischen Fakultät. Sie suchen nach einer Möglichkeit, den Wert ihrer Leistung darzustellen. Geleitet wird das Institut von zwei Professoren: Robert Barclay Fetter, geboren 1924. Der studierte Elektrotechniker ist inzwischen ein versierter Betriebswirt und Professor für Industrial Management. Sein Kollege John Devereaux Thompson, Jahrgang 1917, hat ebenfalls einen Hang zu Zahlen – aber nicht nur das: Er tanzt gern und ist passionierter Pflegefachmann. An der Yale School of Nursing bildet er junge Pflegekräfte aus.

Fetter und Thompson setzen sich ein kühnes Ziel: Erstmals wollen sie Klinikprozesse katalogisieren und systematisch abbilden. Als Basis dienen ihnen Daten aus den Kranken-

häusern: Behandlungsakten, Abrechnungen, Gehaltslisten, Rechnungen für Verbände und Medikamente. Vielleicht war Thompson zunächst skeptisch. Für ihn soll der Patient an erster Stelle stehen. Denn er kennt die Praxis: Er hat in New York Krankenpflege gelernt und als Apotheker in der US-Navy gedient. Die Qualität der Versorgung nur auf Basis von Zahlen zu messen, das hatte vor ihnen noch niemand versucht. Schließlich steht hinter jedem Fall ein Patient und ein Krankenhaus ist keine Fabrik.

Als eines der ersten interdisziplinären Wissenschaftlerteams in der Versorgungsforschung beginnen Fetter und Thompson ihre Arbeit. Sie „messen die Krankenhausproduktion, um herauszufinden, was im Krankenhaus passiert“, wie Fetter es 1991 ausdrückt. Dafür nehmen sie sich jeden einzelnen Fall vor und ordnen die Daten. Das ist revolutionär. Arbeitsstunden, Material, Ausstattung verbuchen sie als „Input“. Unter „Output“ summieren sie Pflegetage, Mahlzeiten, Laboruntersuchungen, Medikation, Operationen. Am Ende steht das Produkt: die Behandlung eines Patienten, zum Beispiel eine Blinddarmentfernung ohne Komplikationen. Aus dieser Basis definieren sie Diagnosen und Patientengruppen. In der ersten Version von 1973 sind es 54 „Major Diagnostic Categories“ (MDCs) und 333 Patientengruppen.

Die Krankenhausproduktion

messen, um herauszufinden,  
was im Krankenhaus passiert.

Zehn Jahre später, nach Unmengen von Krankenhausdaten und den entsprechenden IT-Neuerungen, um diese zu verarbeiten, setzen die USA 1983 das DRG-System erstmals zur Abrechnung von Leistungen ein. Die Idee findet großen Anklang: Anfang der 1990er Jahre wird es – in weiterentwickelter Form – in Frankreich, Australien, England und Irland eingeführt. Österreich folgt 1997, Deutschland 2003 und die Schweiz 2012.

## HINTER JEDEM FALL EIN **PATIENT**

Der Ansatz, mit dem Fetter und Thompson den Grundstein für die transparente Abbildung von Krankenhausleistungen gelegt haben, beeinflusst die Art und Weise, wie Krankenhäuser arbeiten – heute mehr denn je. Unter anderem für seine Arbeit auf dem Gebiet der DRG wurde Thompson 2010 post-hum in die Hall of Fame der American Nurses Association aufgenommen. ■

# FREIWILLIG ODER PER GESETZ?

## RINGEN UM QUALITÄT IM KRANKENHAUSMARKT

Die Frage nach der Qualität im Krankenhaus bewegt die Verantwortlichen in Deutschland, Österreich und der Schweiz gleichermaßen. Stehen Kosten und Nutzen der stationären Versorgung im richtigen Verhältnis? Und wie lässt sich mehr Qualität ins System bringen? Möglichkeiten und Ansätze gibt es viele: Qualitätsberichte, Vergleichsportale, Gesetzesinitiativen und ganz neu: eine Berücksichtigung der Qualität bei der Vergütung. Die Schweiz setzt auf freiwillige Leistungen und Investitionen, um die Qualität der Spitäler zu verbessern. Deutschland und Österreich planen feste Qualitätsvorgaben für ihre Krankenhäuser, deren Erfüllung dann auch nachgewiesen werden muss.

### Freiwillige Qualitätssicherung und Investitionen in der Schweiz

In Sachen Qualitätsmanagement setzen die Spitäler in der Schweiz auf freiwillige Maßnahmen. Der Branchenverband H+ will die bestehenden Instrumente ausbauen und lehnt zusätzliche Gesetze und Einrichtungen des Bundes ab. Die Spitäler arbeiten aus eigenen Stücken an der Verbesserung ihrer Qualität und informieren transparent, heißt es seitens des Verbandes H+. In der Schweiz verlangen bislang sechs Kantone von Kliniken, die auf eine Spitalliste wollen, öffentliche Qualitätsberichte. Der Branchenverband will dies auf alle Kantone ausweiten.

„**Das Krankenhausstrukturgesetz soll für mehr Qualität in den Krankenhäusern sorgen.**“

Aktive Mitgliedshäuser des Verbandes werden im Internetportal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) mit Fallzahlen erfasst und können ihre Profile mit zusätzlichen Angaben ergänzen. Patienten, die für einen speziellen oder längerfristig planbaren Eingriff ein Spital suchen, können sich dort informieren. Gleichzeitig investieren die Schweizer Kliniken massiv in die Infrastruktur. Es gibt einen regelrechten Bauboom bei Spitalern – sie investieren mehr als 15 Milliarden Franken (rund 13,5 Milliarden Euro), um den aktuellen Ansprüchen zu genügen und die Patienten auf neustem Stand versorgen zu können. Zum Großteil geht es dabei um die Sanierung der bestehenden Infrastruktur, die lange vernachlässigt wurde.

### Gesetzliche Vorschriften in Deutschland

In Deutschland sind Krankenhäuser seit 2003 gesetzlich verpflichtet, alle zwei Jahre Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Für Patienten sind diese Berichte allerdings wenig verständlich. Deshalb bieten externe Internetseiten von Krankenkassen oder anderen Anbietern wie die „Weiße Liste“ auf dieser Basis einen Überblick darüber, welche Krankenhäuser in welchen Bereichen wie abschneiden.

Zusätzlich soll das Krankenhausstrukturgesetz für mehr Qualität in den Krankenhäusern sorgen. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Fallzahlen mit dem Ergebnis der medizinischen Behandlung in Bezug stehen. Für Frühgeborene liegt das Sterberisiko in sehr kleinen Kliniken – Fallzahlen unter 30 im Jahr – um 80 Prozent höher als in Häusern mit

mehr Erfahrung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher einen Katalog mit planbaren Leistungen erstellt, bei denen die Qualität nachweislich von der Fallzahl abhängt. Seit 2004 werden diese – unter Berücksichtigung der Versorgungssicherheit – von den gesetzlichen Kassen nur noch dann vergütet, wenn die jeweiligen Kliniken die festgelegten Mindestmengen erreichen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde diese Regelung Anfang 2016 rechtssicher gestaltet.

Und das Gesetz geht noch weiter: Kliniken, die sich durch besonders hohe Qualität auszeichnen, bekommen zusätzliche finanzielle Mittel, während Häusern mit mangelnden Qualitätsstandards Gelder gestrichen werden. Mit dem sogenannten Pflegestellenförderprogramm sollen die Krankenhäuser außerdem einen Anreiz erhalten, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten. Ferner soll das Hygieneförderprogramm erweitert werden. Wie sich das auf die Qualität der Versorgung und die Kliniklandschaft in Deutschland auswirken wird, ist noch nicht abzuschätzen. Viele Kliniken sind ohnehin schon insolvenzgefährdet und würden Abschläge nur schwer verkraften. Um dem Investitionsstau von knapp 30 Milliarden Euro entgegenzuwirken, schafft das Gesetz einen Strukturfonds, in den Bund und Länder einzahlen.

### Qualitätsoffensive in Österreich

In Österreich steht das Thema Qualität ebenfalls schon lange auf der Agenda. Hier wurde mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) im Dezember 2004 eine Qualitätsoffensive für die Krankenhäuser gestartet: Es soll eine hohe Qualität im Gesundheitswesen sicherstellen und sieht den Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems vor. 2012 erstellte das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) operative Ziele für die Umsetzung der Qualitätsstrategie. Die Eigentümer von Spitalern sind gesetzlich verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. ■

# FORSCHEN, LEHREN UND VERSORGEN

## DIE BESONDERE AUFGABENSTELLUNG DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN

Warum fliegt der Rettungshubschrauber mit einem Schwerverletzten in die Uniklinik und nicht ins Kreiskrankenhaus? Die Antwort ist einfach: Nirgendwo sonst konzentriert sich medizinische Expertise so stark wie in den Universitätskliniken. Immer wenn es kompliziert wird, sind sie gefragt – besonders bei seltenen, schweren oder komplexen Erkrankungen. Die Universitätsmedizin bietet Maximalversorgung auf höchstem Niveau. 33 Universitätskliniken gibt es in Deutschland. Acht sind es in Österreich und fünf in der Schweiz. Gleichzeitig leisten die Einrichtungen medizinische Forschungsarbeit von Weltruf und bilden junge Ärzte für die Arbeit am Patienten aus. Dieser Dreiklang macht die Aufgabenstellung der Universitätskliniken zu einer der komplexesten im Gesundheitswesen.



### Maximalversorgung auf höchstem Niveau

An der Charité, der größten Universitätsklinik in Deutschland, werden jährlich etwa 660.000 Patienten ambulant und rund 140.000 stationär behandelt. Rund 3.800 Wissenschaftler und Ärzte forschen und versorgen in 17 Klinikzentren. Wer an einer seltenen, schweren oder komplexen Erkrankung leidet, ist in einer Uniklinik bestens aufgehoben. Denn Unikliniken verknüpfen ihren praxisrelevanten Erfahrungsschatz mit hohen Fallzahlen und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Worüber Mediziner gestern noch rätselten, führen sie heute als Innovation ein und setzen es morgen bereits routinemäßig am Patientenbett um – es wird zum Uniklinik-Standard.

Eine besondere Chance liegt dabei in der Interdisziplinarität. Weil ein Uniklinikum als sogenannter Maximalversorger neben Innerer Medizin und Chirurgie in der Regel mindestens zehn weitere Schwerpunktabteilungen betreibt, sind Kommunikationswege kurz und die Spezialistendichte hoch. Wenn Interdisziplinarität gelebt wird, so wie zum Beispiel bei den Tumorkonferenzen in der Onkologie, hat sie großes Potenzial. Dann können komplexe Fälle in abteilungsübergreifenden Fallkonferenzen beraten werden.

Worüber Mediziner gestern

noch rätselten, führen

sie heute als Innovation ein.

Und auch bei Notfällen sind die Universitätskliniken unverzichtbar: Sie sichern an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr eine umfassende Notfallversorgung und halten durchgängig Fachärzte aller chirurgischen, internistischen und neurologischen Disziplinen bereit. Bei Bedarf sind sämtliche erforderlichen Experten zur Stelle – auch bei hohem Patientenaufkommen. Ein 2014 vorgestelltes Gutachten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und der deutschen Krankenhausgesellschaft zeigte, dass die Anteile der Uniklinika an der Notfallversorgung überproportional wachsen. Dass die medizinischen Mitarbeiter dabei stärker als in anderen Häusern nach dem neusten Stand der Wissenschaft agieren, liegt auf der Hand. ▶

# INNOVATIVE VERSORGUNG

## Forschung und Lehre sichern eine fortschrittliche Medizin

Wissenschaft ist der zweite Baustein universitärer Medizin, ohne die medizinischen Innovationen und neue Behandlungsmöglichkeiten nicht möglich wären. In Universitätskliniken werden sie entwickelt, klinisch erprobt und finden – schneller als irgendwo sonst – eine Anwendung direkt am Patientenbett. Die Universitätsmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz spielt im internationalen Vergleich ganz oben mit. Um dies leisten zu können, betreiben die Universitätskliniken als Innovationszentren einen hohen Aufwand und investieren sowohl in die technische Infrastruktur als auch in Schulung und Weiterbildung des Personals. Rund 18 Prozent aller Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern sind in einem Universitätsklinikum angestellt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Ausbildung von Medizinern: Um den Bedarf an medizinischem Personal decken zu können, kümmern sich die Medizinischen Fakultäten der Unikliniken um die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte von morgen. Pro Jahr werden so allein in Deutschland fast 10.000 approbierte Mediziner ausgebildet. Auch die Weiterbildung der Ärzte hat für die Universitätskliniken einen hohen Stellenwert – trotz der einhergehenden Belastungen: Berufsanfänger können in puncto Erfahrung und Produktivität nicht mit erfahrenen Fachärzten mithalten und müssen deswegen von den routinierten älteren Kollegen unterstützt werden. Darüber hinaus bilden die Unikliniken nicht nur praktizierende, sondern auch forschende Mediziner aus. Sie garantieren damit sowohl die erstklassige Stellung der Universitätsmedizin im internationalen Forschungsranking als auch die innovationsnahe Versorgung der Patienten.

## Forderung nach stabiler Finanzierung

Die Politik weiß um den Wert der Universitätsmedizin. „Die Universitätskliniken – und damit sind alle Beschäftigten dort gemeint – sind für das deutsche Gesundheitssystem, für Forschung und Wissenschaft im medizinischen Bereich ganz entscheidend“, sagt Bundesforschungsministerin Johanna Wanka in einem Interview. Durch das breite Aufgabenspektrum ist die Organisation und Verwaltung von Universitätskliniken eine der komplexesten Aufgaben in der Gesundheitswirtschaft. Sie bedarf einer stabilen Finanzierung, die jedoch nicht immer gegeben ist. So beklagt der Verband der Universitätskliniken Deutschlands e.V. die hohen Verluste, die die Universitätskliniken aufgrund der unzureichenden Finanzierung von Investitionen durch die Länder verzeichnen mussten.

Um trotz der wirtschaftlich angespannten Lage ihre Stellung als „Maximalversorger mit Weltruf“ zu halten, etablieren viele Häuser der Universitätsmedizin zunehmend das Fundraising. Etwa 60 Prozent aller Krankenhäuser Deutschlands werben im Schnitt pro Jahr eine halbe Million Euro an Spendeneinnahmen ein. Professor Michael D. Albrecht, Vorsitzender des Verbands der Universitätskliniken Deutschlands e.V., betont allerdings, dass die Unikliniken die Spenden nicht zum „Stopfen von Löchern“ bei laufenden Ausgaben verwenden sollten. Vielmehr können sie einen signifikanten Beitrag zur Finanzierung von strategisch wichtigen Projekten leisten. „Das Fundraising ist eine Möglichkeit, Dinge selbst in die Hand zu nehmen“, so Albrecht. Gefragt ist also die Politik, die mit ihren jüngsten Reformen gegen die wirtschaftlichen Defizite vieler Kliniken angehen will. ■

“ Die Universitätskliniken sind für Forschung und Wissenschaft ganz entscheidend. “



## „Universitätsmedizin in Deutschland“

### Krankenversorgung

- 1,8 Millionen Patienten stationär pro Jahr
- Ambulante Versorgung: 6,4 Millionen Patienten im Jahr 2011
- Hochspezialisierte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten

### Forschung

- 1,5 Milliarden Euro werden jährlich an Drittmitteln eingeworben
- Universitätskliniken sind Forschungs- und Entwicklungspartner von Medizinprodukteherstellern und Pharmaindustrie

### Lehre

- Ausbildung von knapp 10.000 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr

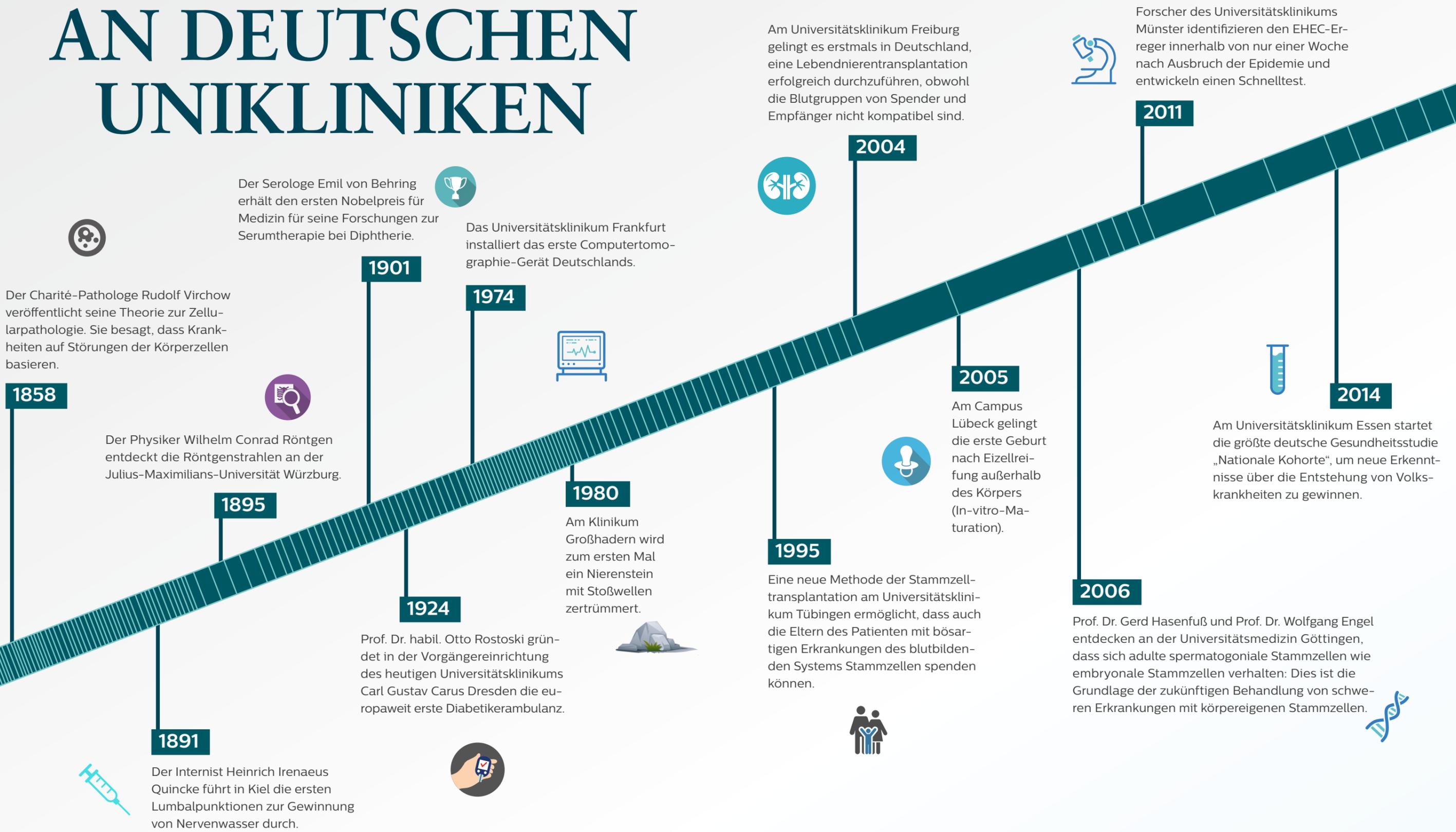
### Arbeitgeber

- Einer der größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen: Nahezu jeder 5. Krankenhausmitarbeiter ist an einem Universitätsklinikum tätig

### International

- Deutsche Universitätsärzte und -forscher gehören zum weltweit umworbenen Spitzenpersonal
- Universitätsmedizin ist ein Standortfaktor für die pharmazeutische und medizintechnische Industrie sowie die Gesamtwirtschaft in einer Region

# INNOVATIONEN AN DEUTSCHEN UNIKLINIKEN



# LEHRE, FORSCHUNG UND WISSENSCHAFT

## AUGSBURG WILL ES WISSEN

### VOM MAXIMALVERSORGER ZUR UNIVERSITÄTSKLINIK

Die Zeichen stehen auf Wandel. Als Maximalversorger ist das Klinikum Augsburg seit langem eine feste Größe im Regierungsbezirk Schwaben. Im Juli hat der Wissenschaftsrat nun grünes Licht für die Einrichtung einer Universitätsmedizin gegeben. So wird aus dem Klinikum Augsburg die sechste Universitätsklinik in Bayern. PULS sprach mit Alexander Schmidtke, dem Vorstandsvorsitzenden und Vorstand Finanzen und Strategie des Klinikums Augsburg, über regionale Versorgungskonzepte, Forschungsschwerpunkte und eine strukturierte Medizin.

Das Klinikum Augsburg ist eines der größten Krankenhäuser Deutschlands. Wie wichtig sind Sie für die Versorgung in Ihrer Region?

Unser Haus hat ein Einzugsgebiet von über zwei Millionen Einwohnern und ist der einzige Maximalversorger im Regierungsbezirk Schwaben. Mit 1.741 Betten und knapp 240.000 Patienten im Jahr haben wir eine Größenordnung, die es als Alleinstandort eigentlich nirgendwo sonst in Deutschland gibt – allenfalls in Krankenhausverbänden in Städten wie München, Hamburg oder Bremen. Der normale Maximalversorger hat zwischen 30.000 und 40.000 stationäre Patienten, wir haben momentan 75.000. Hinzu kommen 160.000 bis 170.000 ambulante Patienten. Normale kommunale Versorger kommen auf etwa 20.000–30.000 ambulante Patienten. Die Zahlen zeigen, dass wir als Klinikum Augsburg schon eine gewisse Sonderstellung einnehmen. Ein gutes Beispiel dafür ist auch unsere Notaufnahme: Mit weit über 80.000 Patienten haben wir in Augsburg – nach der Charité in Berlin – die zweitgrößte Notaufnahme in Deutschland.

eine der größten Herzchirurgien in Bayern sowie eine große Radiologie mit Neuroradiologie und Nuklearmedizin. Nur sehr wenige kommunale Maximalversorger weisen eine solche Diversifizierung auf. Wir spielen also schon heute in der Liga der Universitätskliniken mit.

Was wird sich denn ändern, wenn Sie zusätzlich zu der heutigen Maximalversorgung auch die Aufgaben eines Uniklinikums übernehmen?

Ein Universitätsklinikum hat als Primat Wissenschaft, Lehre und Forschung und nicht Versorgung. Auch wenn sich das vielleicht etwas unethisch anhört: Die Patientenversorgung dient der Lehre und Forschung. Das ist im entsprechenden Hochschulgesetz so geregelt. Gleichzeitig sind wir aber natürlich der Grund- und Regelversorger für die Stadt, den Landkreis und die ganze Region Schwaben. Das wird neben der Hochleistungsmedizin selbstverständlich auch so bleiben. Mit dem Schritt zur Universitätsklinik kommt für uns eine weitere Säule der Lehre, Forschung und Wissenschaft dazu. Das ist außerdem ein ganz eigener Finanzierungskreislauf, den wir heute noch nicht haben.

Wir spielen schon heute in der

Liga der Universitätskliniken mit.

Was die Fallzahlen angeht, können Sie also schon heute mit den Universitätskliniken mithalten. Gibt es denn Unterschiede in den medizinischen Leistungen, die Sie anbieten?

Was die Versorgung angeht, übernehmen wir schon heute die gleichen Aufgaben wie eine Universitätsklinik. Und auch bei den Patientenzahlen werden wir im Vergleich der Universitätskliniken mit Sicherheit einer der größten Versorger sein. An unserem Leistungsspektrum wird sich wenig ändern, außer dass wir als Universitätsklinik natürlich früher Zugang zu neuartigen Therapieverfahren haben werden. Bereits heute übernehmen wir Versorgungsaufgaben, die man bei vielen anderen Maximalversorgern nicht findet. Wir haben zum Beispiel

Also wird sich für Sie auch in der Finanzierung etwas ändern. Welche Unterschiede gibt es denn hier zwischen Häusern der Maximalversorgung und Universitätskliniken?

Perspektivisch werden wir als Universitätsklinikum verschiedene Säulen der Finanzierung haben: Die Versorgung der Patienten wird weiterhin über die DRG-Finanzierung laufen. Mittel für Investitionen kommen aus der Investitionsförderung des Landes. Das heißt, auch als Universitätsklinikum fallen wir unter die klassische duale Krankenhausfinanzierung. Neu dazu kommt der Zuschuss für Lehre und Forschung, der sich in erster Linie an die Medizinische Fakultät knüpft. Dort werden dann die Wissenschaftler bezahlt, die in der Forschung arbeiten und für die Ausbildung der Studenten verantwortlich sind. Was bei Universitätskliniken außerdem noch relevant ist, sind Drittmittel aus der Industrie und durch Sonderforschungsbereiche. ▶

Sie bekommen als Universitätsklinikum also neue Aufgaben und zusätzliche Mittel für Forschung und Lehre. Ändert sich denn auch etwas für die Patienten?

Sowohl für die Patienten als auch für unsere Ärzte wird der Schritt zur Universitätsklinik spürbare Vorteile bringen, insbesondere durch unseren Schwerpunkt in der Versorgungsforschung. Dabei geht es vor allem um Praxis und nicht so sehr um Theorie. Ein Arzt, der hier forscht, arbeitet auch am Patienten. Durch den Zuschuss für Lehre und Forschung und durch Drittmittel können wir in einer Abteilung möglicherweise nicht nur 15 oder 20, sondern 40 Ärzte beschäftigen. Alle betreiben anteilig Lehre, Forschung und Wissenschaft, sind aber auch in die Versorgung der Patienten eingebunden. So ist der Personalunterbau größer als in einem normalen Krankenhaus, was bei der heutigen Arbeitsverdichtung eine große Rolle spielt.

Wir haben uns für Forschungs-

gebiete entschieden, bei

denen es einen echten Bedarf gibt.

**Stichwort Wissenschaft:** In Bayern gibt es ja bereits fünf Universitätskliniken. Welche besonderen Schwerpunkte werden Sie in der Forschung setzen?

Hier werden wir in Augsburg deutschland- und europaweit Akzente setzen. In unserem Antrag an den Wissenschaftsrat haben wir uns bewusst für Forschungsgebiete entschieden, bei denen es einen echten Bedarf gibt und die an vielen Medizinischen Fakultäten in Deutschland eher stiefmütterlich behandelt werden. Das sind zum einen die Bereiche Umweltmedizin und Versorgungsforschung, zum anderen der Bereich Medizinformatik. Auf diese Themen werden wir uns neben der klassischen klinischen Forschung konzentrieren. Ich stelle mir zum Beispiel vor, dass wir hier in Augsburg neue Konzepte im Bereich Telemedizin entwickeln und diese in unserem großen Einzugsgebiet dann gleich erproben. Außerdem brauchen wir neue Modelle, mit denen wir Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg effizienter organisieren und finanzieren können.

Über eine effizientere Struktur und Finanzierung der Versorgung wird ja viel diskutiert. Haben Sie eine Idee, wo man dabei ansetzen könnte?

Ein großes Problem sind die Grenzen zwischen stationärem und ambulatem Bereich. Mit der Krankenhausfinanzierung und der Kassenärztlichen Vereinigung haben Sie zwei vollkommen unterschiedliche und getrennte Systeme. Jeder denkt in seinen Budgets, aber keiner denkt aus Sicht eines Patienten – und zwar ganzheitlich. Man muss darüber nachdenken, wie man diese Trennung auflösen kann. Ich glaube, dass es zu-

künftig Regionalbudgets geben sollte, in denen der stationäre und der ambulante Topf zusammengeführt werden, und eine Regionalversorgungskonferenz, die für die regionale Strukturierung der Patientenversorgung zuständig ist. Momentan laufen ja die Planungen stationär und ambulant autistisch nebeneinanderher. Auch die Universitätskliniken sind heute übrigens von der Krankenhausplanung abgekoppelt. Sie werden zwar im Krankenhausbedarfsplan geführt, aber von Seiten des Gesundheitsministeriums nicht geplant, weil sie dem Wissenschaftsministerium unterstehen.

Es gibt aktuell Bemühungen, die Vergütung enger an die Versorgungsqualität zu koppeln. Sollte das Behandlungsergebnis bei der Finanzierung stärker berücksichtigt werden?

Das macht absolut Sinn. Letztlich sollte man dafür entlohnt werden, wie gesund die Menschen sind und nicht wie krank. Dem kommen wir mit einer Fokussierung auf den Outcome schon etwas näher. Aktuell wird ja über das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) versucht, die Krankenhausfinanzierung über Qualitätsindikatoren ein Stück weit mit einem Bonus-Malus-System auszustatten. Das ist nicht einfach und es wird mit Sicherheit noch einiges an Diskussionen geben. Wenn eine solche Regelung wirklich knallharte Struktur- und Ergebniskriterien vorgibt, dann wird es zu einer Marktberreinigung kommen. Es gibt Krankenhäuser, die können bestimmte Strukturkriterien, die eigentlich in der Medizin gefordert werden, schlichtweg nicht vorhalten.

Also können solche Kriterien die Versorgung der Patienten potenziell verbessern, würden aber zu einer Bereinigung des Krankenhausmarktes führen?

Eine solche Bereinigung ist aus meiner Sicht auch notwendig, weil wir in Deutschland zu viele Krankenhausbetten haben. Und es gibt dafür bereits heute durchaus Handlungsspielräume. In anderen Bundesländern sind die Investitionsmittel ganz klar an ein medizinisches Gesamtkonzept geknüpft. Dort hätte man Doppelstrukturen, wie man sie zum Teil in unserer Region findet, nicht finanziert. In Bayern ist man diesbezüglich etwas liberaler und lässt auch kleineren Kliniken Luft zum Atmen. Für den Patienten kann das auch Vorteile haben. Wenn Krankenhäuser im Wettbewerb zueinander stehen, müssen sie Patienten und Zuweiser von der Qualität ihrer Leistungen überzeugen. Allein, dass wir Maximalversorger sind und zukünftig auch noch Universitätsklinik, wird die Patienten nicht dazu bringen, ins Klinikum Augsburg zu gehen. Da muss schon die Qualität stimmen.

Was sind denn Ihre Ziele für die Versorgung in der Region? Arbeiten Sie mit anderen Kliniken zusammen oder stehen Sie in Konkurrenz?

Wir setzen ganz klar auf Kooperation und wollen das Klinikum Augsburg als Gesundheitsdrehscheibe in der Region positionieren. Dazu ist es nicht notwendig, dass wir alle Leistungen selbst erbringen. Es geht uns vielmehr darum, im Sinne der Netzwerkarbeit die Versorgung zu strukturieren. Unser Ziel ist ein medizinisches Gesamtkonzept für die Region, in dem man sich

# DIE QUALITÄT MUSS STIMMEN

darauf verständigt, welche Leistungen wir am Klinikum Augsburg erbringen und welche die Landkreiskliniken übernehmen, zum Beispiel in Donauwörth oder in Kaufbeuren. Eine solche Aufteilung wird in Kooperationsverträgen abgestimmt, von denen alle Beteiligten profitieren. Zuweisungsströme können so wesentlich strukturierter ablaufen, und man kann auf gewisse Doppelvorhaltungen verzichten. Das ist vor allem im Hinblick auf die Kosten sinnvoll, aber auch im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung. Die Notfall- und die Intensivmedizin sind hier gute Beispiele. Viele kleinere Kliniken in der Region haben größte Probleme, diese sicherzustellen. Ich denke, dass die Intensivmedizin zukünftig vorwiegend in den großen Zentren stattfinden wird und damit bei uns in Augsburg. Entscheidender Faktor bei dieser Entwicklung ist vor allem das Personal. Es wird für kleinere Krankenhäuser immer schwieriger, in ausreichender Zahl entsprechend qualifizierte Ärzte zu bekommen, um eine Intensivmedizin rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen.

Unser Ziel ist ein medizinisches

Gesamtkonzept für die Region.

Stellt das kürzlich verabschiedete Antikorruptionsgesetz für Kooperationen – vor allem sektorenübergreifend – ein Problem dar? Das Antikorruptionsgesetz kann für Kooperationen mit niedergelassenen Bereichen und auch mit anderen Krankenhäusern ▶



Alexander Schmidtke

Vorstandsvorsitzender und Vorstand Finanzen

und Strategie, Klinikum Augsburg

schon zum Problem werden. Allerdings ist Compliance für uns im klinischen Bereich nichts Neues. Entsprechende Richtlinien gibt es seit vielen Jahren, und bei uns wird alles genau geprüft, bevor es zu irgendwelchen Zuwendungen kommt. Das gilt auch für Kooperationsverträge. Neu ist, dass das Antikorruptionsgesetz jetzt auch niedergelassene Bereiche betrifft. Im Klinikum Augsburg haben wir hier weniger Berührungspunkte als kleinere Krankenhäuser, bei denen es häufig engere Verflechtungen mit Niedergelassenen gibt, zum Beispiel wenn niedergelassene Ärzte in der Klinik operieren oder bei Belegkliniken. Dort muss nun genau geprüft werden, inwieweit beteiligte niedergelassene Ärzte von der Zuweisungspraxis profitieren und ob das unter den neuen Voraussetzungen zulässig ist. Die Frage ist auch, wie Öffentlichkeit und Medien reagieren, wenn erst einmal ein Anfangsverdacht besteht. Ein entsprechender Imageschaden wäre für einen Arzt äußerst schwierig.

Weg von der Improvisation und

hin zur strukturierten Medizin.

In Augsburg setzen Sie auf Kooperation und spielen eine zentrale Rolle in der Versorgung. Ist Ihre Position so stark, dass es eigentlich keine Konkurrenz mehr für Sie gibt?

Natürlich gibt es für uns auch Konkurrenz. Hier stehen wir vor einer Herausforderung, die viele Maximalversorger kennen. Denn wir konkurrieren in bestimmten Bereichen mit Häusern, die sich auf ein Spektrum konzentrieren. Diese verfügen häufig über sehr große Erfahrung in ihrem Spezialgebiet, bieten beste Therapieverfahren an und sind für hoch qualifizierte Ärzte und Mitarbeiter attraktiv. Der Klassiker war hier immer die Knie- und Endoprothetik, aber auch im Bereich der Prostataresektion und der Augenheilkunde gibt es heute ähnliche Beispiele. In solchen Kliniken werden fast ausschließlich gut planbare, elektive Eingriffe durchgeführt. Und genau diese Patienten fehlen uns dann. Ich will jetzt gar nicht von Rosinenpickerei sprechen, aber auch wir brauchen einen ausgewogenen Mix an

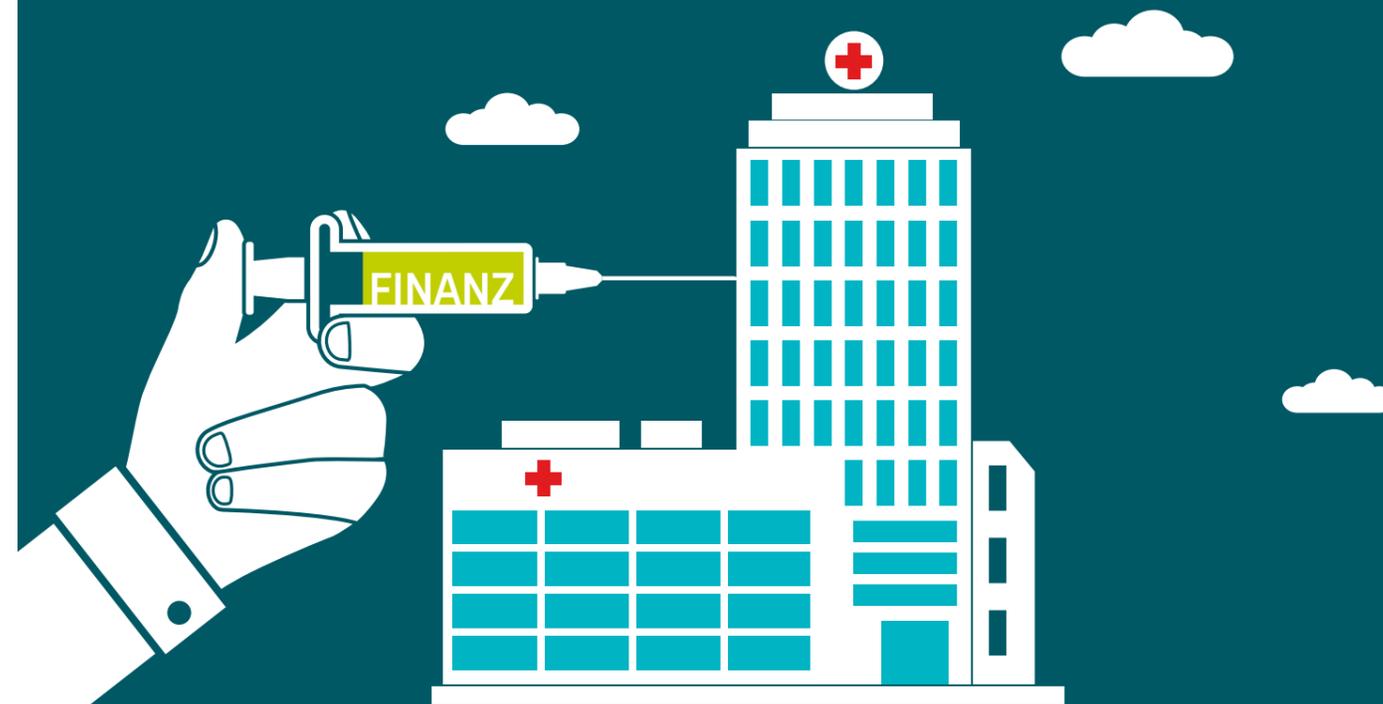
Patienten. Denn als Maximalversorger sind wir immer gefragt, wenn es zu Notfällen kommt. Die Endoprothetik ist bei uns zu 90 Prozent ein Notfallgeschäft. Das bedeutet, es ist eben nichts vorgeplant und Sie müssen viel improvisieren.

Durch spezialisierte Kliniken entstehen also an anderer Stelle Vorhaltekosten, die sich nicht vermeiden lassen. Ist Spezialisierung dann der richtige Weg?

Gut, die Spezialisierung als solche hat natürlich den Vorteil, dass sich Leistungen extrem gut standardisieren und strukturieren lassen. Daraus können wir als Großklinik durchaus etwas lernen. Ich habe mir vor kurzem eine Klinik angesehen, die stark auf Digitalisierung setzt und die Operationen komplett standardisiert hat. Das geht so weit, dass der Arzt bei einer Operation von einer Computerstimme angeleitet wird, so wie bei einem Navigationssystem im Auto. Das soll sicherstellen, dass jeder Patient nach genau demselben Standard behandelt wird.

Denken Sie, dass sich so etwas durchsetzen kann, oder widerspricht das (noch) zu sehr den gewohnten Arbeitsweisen der Ärzte?

Aktuell werden solche Systeme von vielen Ärzten noch sehr kritisch gesehen. Aber das wird sich ändern. Die junge Generation der Mediziner ist ja bereits mit den digitalen Möglichkeiten aufgewachsen. Viele Ärzte nutzen Google und suchen dort nach der besten Therapie für ihre Patienten. Und bereits heute könnten entsprechende Systeme als Entscheidungshilfen im klinischen Alltag einen echten Mehrwert bieten, zum Beispiel in der Notfallmedizin. Dort ist sehr viel Erfahrung nötig und es müssen schnell die richtigen Entscheidungen getroffen werden. Insofern wäre hier ein System, das einem etwas unerfahrenen Arzt entsprechende Hilfestellungen und Hinweise gibt, durchaus sinnvoll. Und mal ganz ehrlich, wenn Sie heute als Flottengeneral auf hoher See unterwegs sind, dann schalten Sie doch auch nicht das GPS aus und holen die Seekarte raus. Ganz grundsätzlich improvisieren wir heute noch zu viel und verschwenden dadurch Ressourcen – volkswirtschaftlich wie betriebswirtschaftlich. Wir müssen weg von der Improvisation und hin zu einer strukturierten Medizin. ■



WAS TUN MIT MARODEN KLINIKEN?

# AUF DER SUCHE NACH DER RICHTIGEN KUR

Krankenhäuser sollen Patienten gut versorgen. Manche von ihnen sind jedoch selbst ein Pflegefall, wie der aktuelle Krankenhaus Rating Report erneut gezeigt hat. Was tun? PULS wirft einen Blick auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten.

Ein Kranz liegt vor dem Haupteingang des Luisenkrankenhauses im hessischen Lindenfels. „In stiller Trauer“ steht auf der Schleife. Passanten bleiben davor stehen, halten kurz inne. Verstorben ist hier aber nicht etwa ein Nachbar, sondern die lokale Klinik. Seit dem 29. Juli ist die „Luise“ geschlossen. Zuletzt lag die Auslastung der 111 Betten bei 39 Prozent. Ein wirtschaftliches Arbeiten war nicht mehr möglich und der Investitionsbedarf für das marode Gebäude groß. Über die Bereinigung der Krankenhauslandschaft wird viel diskutiert. Die Stimmung in Lindenfels zeigt jedoch, warum in der Praxis der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und ausreichender Versorgung so schwer ist: Das Thema ist sehr emotional. ▶

# DER KAMPF GEGEN LEERE BETTEN

In der Bilanz des Luisenkrankenhauses stand ein fettes Minus, und eine Versorgungslücke ist kaum zu befürchten, da im Umkreis die Krankenhäuser in Heppenheim, Weinheim und Heidelberg gut zu erreichen sind. Trotzdem kämpften Mitarbeiter, Bürger und Lokalpolitiker

**Mehr als zwei Drittel der Schließungen betrafen Häuser in dicht besiedelten Gegenden.**

ums Haus, sammelten Unterschriften und suchten nach Investoren. Jetzt fühlen sie sich im Stich gelassen, vor allem von der Landespolitik und dem Hessischen Diakonieverein, der Träger der Klinik war. Dabei entspricht solch eine Schließung, auch wenn die Bevölkerung sie als schmerzhaft empfindet, durchaus dem Wunsch nach mehr Qualität. Denn aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser lässt sich ablesen, dass in Kliniken mit hohen Fallzahlen das Sterberisiko für die Patienten statistisch gesehen geringer ist. „Kleine Kliniken mit geringen Fallzahlen können in Sachen Behandlungsqualität, Know-how und Ausstattung dauerhaft nicht mithalten“, sagt auch Dr. Barbara Voß, Chefin der Techniker Krankenkasse in Hessen. „Viele haben sich in der Vergangenheit bewusst gegen eine Behandlung in Lindenfels entschie-



den und stattdessen Krankenhäuser gewählt, in denen mehr Erfahrungen vorliegen.“ Eine TK-Studie in Hessen bestätigte diesen Eindruck: Für eine höhere Qualität waren die Patienten bereit, längere Fahrzeiten in Kauf zu nehmen.

## Versorgung sichern die Länder

Kein Wunder also, dass es meist kleine Kliniken sind, die ihre Tore schließen. Das hat ein Gutachten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ergeben. Demnach sind zwischen 2003 und 2012 74 Krankenhäuser komplett aus dem Markt ausgetreten, ihre durchschnittliche Bettenzahl lag bei 70. Mehr als zwei Drittel der Schließungen betrafen Häuser in dicht besiedelten Gegenden

mit hohem Versorgungsangebot, und fast immer führten finanzielle Probleme zum Aus. Falls durch den Wegfall einer Klinik tatsächlich ein Engpass drohen könnte, zum Beispiel in der Notfallversorgung, ist allerdings die jeweilige Landesregierung in der Pflicht. Sie muss im Rahmen des Landeskrankenhausesplans für alternative Angebote sorgen. Das Krankenhausstrukturgesetz, das Anfang des Jahres in Kraft getreten ist, sieht außerdem vor, dass Kliniken in ländlichen Gegenden zusätzliche Finanzhilfen erhalten können.

## Schließung ist ein Imageschaden

Die Zahl der Schließungen ist jedenfalls auffällig gering, wenn man bedenkt, dass laut Rating Report mehr als jedes

fünfte öffentlich-rechtliche Krankenhaus rote Zahlen schreibt. Bei den freigemeinnützigen waren es im Jahr 2014 9,8 Prozent und bei den privaten 3,2 Prozent. Die Experten des GKV-Gutachtens wundert das nicht: „Die Schließung eines Krankenhauses wird von den Verantwortlichen in Deutschland nach wie vor aus sehr unterschiedlichen Gründen nach Möglichkeit vermieden – selbst dann, wenn schon lange erhebliche Zweifel an einer betriebswirtschaftlichen Perspektive und der Versorgungsrelevanz eines Hauses bestehen.“ Wieder geht es um Emotionen beziehungsweise um ihre Folgen. Denn sowohl Kommunalpolitiker als auch private und kirchliche Träger müssen mit einem großen Imageschaden rechnen, wenn sie den Klinikotod veranlassen. Wozu das führt, ist klar: „Die aufgrund der hohen Markt-

Interessanterweise buttern vor allem reiche Kommunen lieber viel Geld in ihre Krankenhäuser, statt die Probleme anzugehen – obwohl es Alternativen zur Schließung gibt. Deutliche Worte fand der Bremer Gesundheitssenator Dr. Hermann Schulte-Sasse auf dem Hauptstadtkongress: „Alle Kommunen, die nicht in der Lage sind, ihre Krankenhäuser ohne Defizit zu führen, müssen das Krankenhaus entweder abgeben oder gucken, was sie falsch machen.“

## Spezialisierungen können die Belegung verbessern

Viele versuchen das auch. Denn zwischen 2003 und 2012 haben 130 Kliniken im größeren Umfang Kapazitäten abgespeckt oder einzelne Abteilungen

austrittsbarrieren unterbleibende, aber eigentlich erforderliche Anpassung der Kapazität hat dazu geführt, dass viele Marktteilnehmer dauerhaft hohe Verluste erwirtschaften, von einer Insolvenz bedroht sind und keine optimale Versorgung mehr erbringen.“

geschlossen. Das ist oft ein Hinweis auf die zweite Therapiemöglichkeit für defizitäre Krankenhäuser: Spezialisierung. Denn wenn mehrere Einrichtungen im gleichen Einzugsgebiet dieselben Leistungen anbieten, kann es für alle eng werden. Das betrifft nicht nur die Bettenauslastung, sondern auch das Personal. Die Geschäftsführung des Herz-Kreislauf-Zentrums (HKZ) in Rotenburg an der Fulda hat das auf bittere Weise erfahren. Trotz des bereits vorhandenen Schwerpunktes geriet die Klinik ins Trudeln, weil gerade mal gut 20 Kilometer entfernt das Klinikum Bad Hersfeld ebenfalls um Herz-Kreislauf- und Schlaganfall-Patienten buhlte. Das HKZ leistete sich unter anderem eine zertifizierte Spezialabteilung für die Behandlung von Schlaganfällen (Stroke Unit), die sich jedoch häufig aus der Notfallversorgung abmelden musste, weil nicht genug qualifizierte Mitarbeiter vor Ort waren. Das Ergebnis waren leere Betten. Inzwischen sind die Tage der Stroke Unit voraussichtlich gezählt. Das neue Konzept sieht vor, diese Abteilung zu schließen und dafür die orthopädische und die neurologische Reha zu einer geriatrischen Reha auszubauen. Hier könnten auch Patienten betreut werden, die zuvor zur Akutbehandlung im Klinikum waren. Die beiden Krankenhäuser wollen sich die Arbeit also aufteilen. Denn der kreiseigene Klinikkonzern, zu dem das Krankenhaus in ▶

Bad Hersfeld gehört, hat nun auch das HKZ übernommen und will es mit einer neuen Ausrichtung erhalten. Zwei wichtige Empfehlungen der Experten des Rating Reports haben sie damit umgesetzt: im Verbund stark sein und sich spezialisieren.

## Die Verantwortung abgeben: Privatisierungen

Interessant ist beim HKZ, dass hier ein Klinikkonzern der öffentlichen Hand ein zuvor privat geführtes Krankenhaus aufgekauft hat. In der Regel läuft es umgekehrt: Kommunen geben ihre defizitären Kliniken an private Verbünde ab. Der neue Besitzer trägt dann die notwendigen Investitionen und spart laufende Kosten, weil er mehrere Krankenhäuser betreibt und daher Synergieeffekte nutzen kann. Gleichzeitig werden veraltete Organisationsstrukturen oft radikal verändert und effizienter gestaltet. Außerdem sind Spezialisierungen eher möglich, wenn die Leistungen mehrerer Einrichtungen in einer

Region aufeinander abgestimmt werden können – es sind normalerweise große Klinikkonzerne, die ihr Portfolio um einzelne Häuser erweitern.

**In der Bevölkerung sind Privatisierungen nicht gerne gesehen.**

Deutschland liegt an der Spitze, wenn es um den Verkauf öffentlicher Krankenhäuser an private Konzerne geht. Inzwischen ist der Marktanteil privater Kliniken höher als in den USA. Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung hat den Krankenhausmarkt im Auftrag der Europäischen Kommission analysiert und hält die Einführung der Fallpauschalen sowie den Investitionsstau auf Länderebene für die Hauptursache der Privatisierungswelle. Das WSI sieht in dieser jedoch nicht nur Vorteile. Der Trend zur

„Ökonomisierung des Krankenhauswesens“ sei auch mit Personalabbau und einer größeren Lohnspreizung verbunden – meist würden Ärzte besser bezahlt als im öffentlichen Dienst, Pflegekräfte dafür schlechter. In der Bevölkerung sind Privatisierungen ohnehin nicht gerne gesehen. Die Angst vor einer schlechteren Versorgung ist groß. Hinzu kommt ein möglicher Verlust von Arbeitsplätzen. Proteste sind daher die Regel, weswegen Kommunen versuchen, Privatisierungen zu vermeiden – bis sie mit dem Rücken zur Wand stehen. Der Velberter Stadtrat in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel hat einem Verkauf des Klinikums Niederrhein an die Helios Kliniken GmbH erst zugestimmt, als die Einrichtung faktisch insolvent war und klar wurde, dass das Gebäude zudem mit Asbest belastet ist. Die Lokalpolitiker sahen einen Verkauf als den besten Weg an, um die Klinik überhaupt erhalten zu können. Helios hat sich gegen eine Sanierung entschieden – das Krankenhaus wird abgerissen und komplett neu gebaut. ■



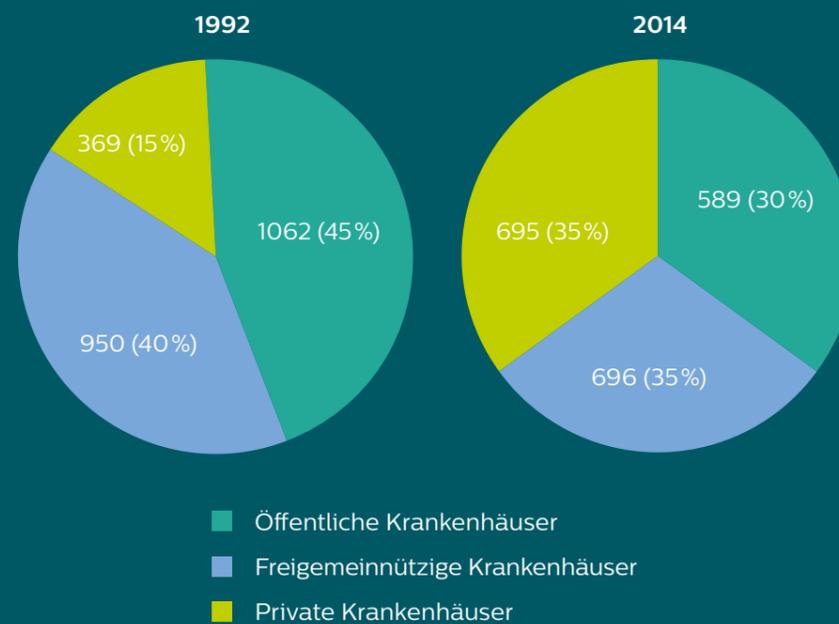
## Die Frage der Krankenhausträgerschaft

Für Deutschland ist typisch, dass es bei Krankenhäusern eine sogenannte Trägervielfalt gibt und auch weiterhin geben soll. Es werden drei Gruppen von Krankenhausträgern unterschieden:

- **Öffentliche Krankenhäuser** werden von Kommunen, Landkreisen, Ländern oder dem Bund betrieben.
- **Freigemeinnützige Krankenhäuser** werden von sozialen Vereinigungen, karitativen Organisationen oder Kirchen bzw. kirchlichen Orden betrieben.
- **Private Krankenhäuser** sind alle Krankenhäuser, die nicht von einem öffentlichen oder freigemeinnützigen Träger betrieben werden. Häufig handelt es sich dabei um große Kapitalgesellschaften wie Rhön, Helios, Asklepios oder Sana. Grundsätzlich können aber auch Einzelpersonen oder Personengemeinschaften private Krankenhäuser betreiben.

In Deutschland nimmt die Zahl der privaten Krankenhäuser seit Jahren stetig zu, während es immer weniger Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft gibt: 1992 befanden sich lediglich 15% aller Krankenhäuser in privater Hand, 2014 waren es bereits 35%.

Anteil der Krankenhausträger in Deutschland 1992 und 2014; Anzahl der Krankenhäuser, in Klammern Anteil an Krankenhäusern insgesamt in Prozent



## Mit schwarzen Zahlen in die Zukunft

Wie kann eine Klinik erfolgreich sein? Die Experten des Krankenhaus Rating Reports haben fünf Empfehlungen erarbeitet:

- **Hilfreich sind unternehmerische Freiheiten** für das Management zur Umsetzung der als notwendig erachteten Maßnahmen.
- Eine dauerhaft zu geringe Investitionsquote führt zu einer Verschlechterung der Wettbewerbsposition. Eine wichtige Aufgabe ist daher die **Verbesserung der Investitionsfähigkeit**, z.B. durch Krankenhausverbünde.
- Spezialisten gelingt es, sowohl die **medizinische Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit** zu steigern. In ländlich geprägten Regionen ist dabei jedoch der Zielkonflikt zwischen Spezialisierung und Versorgungssicherheit im Auge zu behalten.
- Eine hohe Qualität bei der Patientenversorgung **sichert den nachhaltigen Erfolg des Krankenhauses** und umgekehrt. Ein gutes Case Management hat dabei eine bedeutende Funktion.
- Mit Hilfe der **Digitalisierung der Medizin** können in Deutschland noch große Effizienzsprünge erreicht werden. Prozesse könnten stärker standardisiert, Serviceangebote für den Patienten verbessert und Behandlungspfade wissenschaftlich evaluiert werden.

# VON DER GRUND- ZUR MAXIMAL-VERSORGUNG

KRANKENHAUSTYPEN UNTER DIE LUPE GENOMMEN



Krankenhaus ist nicht gleich Krankenhaus – doch nach welchen Kriterien kann man eigentlich die verschiedenen Krankenhaustypen unterscheiden? Für den deutschen Gesetzgeber sind Krankenhäuser „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen und Personal Krankheiten, Leiden oder körperliche Schäden der Patienten festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen“ (§ 2 Nr. 1 KHG).

Weil die Krankenhausplanung in der Hand der Länder liegt, gibt es kein bundesweit einheitliches Klassifizierungssystem. Im Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz findet sich für die Akutversorgung jedoch eine Definition, die verschiedene Versorgungsstufen bei Allgemeinkrankenhäusern beschreibt und die Abstufung von Krankenhaustypen anschaulich erklärt. Das Bundesland bezieht dabei das Leistungsspektrum des Krankenhauses sowie die Anzahl der Betten ein. ■



# DIE SCHWEIZ ZAHLT ÄRZTEN TOPGEHÄLTER



## SERVUS, GRÜEZI UND GUTEN TAG

### WER BEKOMMT DAS BESTE PERSONAL?

In der Schweiz, in Österreich und in Deutschland müssen Kliniken, um wettbewerbsfähig zu bleiben, stetig an der Verbesserung der Qualität arbeiten. Dazu gehört auch, das Haus mit dem bestmöglichen Personal auszustatten. Doch wer bekommt das beste Personal? Und womit locken die Länder die Mediziner?

179.000 Ärztinnen und Ärzte arbeiten in deutschen Krankenhäusern. In Österreich sind es 24.000 und in der Schweiz 23.500. In dieser Berufsgruppe ist der Wettbewerb um die besten Köpfe groß. Wer viel zahlt, bekommt die besten Ärzte – das trifft zumindest teilweise zu. Die Gehälter von Krankenhausärzten variieren in Europa von Land zu Land stark, auch in der DACH-Region. Während österreichische Klinikärzte deutlich niedrigere Gehälter erhalten als ihre Kollegen in den Nachbarländern, zahlt die Schweiz ihren Ärzten Topgehälter. Deutschland liegt irgendwo in der Mitte.

Beschäftigte im Krankenhaus	Deutschland	Österreich	Schweiz
Gesamt	1.299.000	113.364	195.874
Anzahl pro 1.000 Einwohner	16,04	13,27	23,92
Ärzte	179.000	24.101	23.570
Examinierte Pflegekräfte	475.000	59.474	60.338
Anteil Ärzte in %	13,78 %	21,26 %	12,03 %
Anteil examinierter Pflegekräfte in %	36,57 %	52,46 %	30,80 %

### Mehr Geld in der Schweiz, attraktives Arbeiten in Österreich

Assistenzärzte verdienen in Deutschland anfangs im Schnitt 4.500 Euro brutto, in Österreich sind es nur 3.500 Euro. In der Schweiz dagegen beträgt der Durchschnittslohn eines Assistenzarztes am Anfang der Karriere umgerechnet 7.000 Euro brutto. Auch trotz höherer Lebenshaltungskosten in der Schweiz bleibt den Ärzten dort netto mehr Geld. Das zieht junge Mediziner in den Alpenstaat. Seit 2002 gilt das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union, wonach der Arbeitsplatz innerhalb der Staatsgebiete frei wählbar ist. Auf dem Schweizer Arbeitsmarkt stehen die Chancen für Ärzte aus dem europäischen Ausland, insbesondere aus den Nachbarländern Deutschland und Österreich, daher sehr gut.

Die Zahl der Ärzte in der Schweiz steigt und liegt pro 1.000 Einwohner deutlich über der in Deutschland und Österreich.

Dennoch herrscht vielerorts Ärztemangel, vor allem in ländlichen Regionen. Die Schweiz ist für ausländische Fachkräfte attraktiv. Nicht nur die vergleichsweise hohen Gehälter und der Höhenflug des Frankens spielen dabei eine Rolle, auch das Gesundheitssystem bringt aus ärztlicher Sicht einige Annehmlichkeiten mit sich. So müssen zum Beispiel niedergelassene Ärzte in der Schweiz nicht wie in Deutschland mit Regressforderungen rechnen. Auch die Schweizer Spitäler sind so attraktiv, dass dort etwa 20 bis 30 Prozent Ausländer arbeiten. Die meisten von ihnen kommen aus Deutschland, ganze 17 Prozent der Schweizer Ärzte haben auch dort studiert.

Aber auch Österreich zieht Ärzte aus Deutschland an. Nicht unbedingt durch die Gehälter, diese sind, wie erwähnt, niedriger als in den Nachbarländern. Was motiviert ausländische Ärzte also, sich in Österreich niederzulassen? Ärzte nennen vor allem die hohe Lebensqualität in Wien und anderen größeren Städten. Aber auch die liberalen Regelungen bei zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten locken sie in den Alpenstaat. ▶



Gerade deutsche Ärzte zieht es ins Nachbarland: 289 Mediziner kehrten Deutschland 2013 den Rücken und zogen nach Österreich. Die Begründungen: dem hochbürokratischen deutschen System entkommen, weniger Störung durch die Kassen und dadurch ein besseres Arzt-Patienten-Verhältnis. Österreich ist nach der Schweiz das zweitbeliebteste Auswanderungsland für deutsche Ärzte. Gleichzeitig wandern viele österreichische Ärzte nach Deutschland ab. Dass es keine Sprachbarrieren gibt, mag dabei ein wesentlicher Grund sein.

### Auch Deutschland wirbt um Ärzte aus dem Ausland

Aus Deutschland wandern also viele Ärzte ab, in die Schweiz, nach Österreich, aber auch in die USA und nach Großbritannien. Dass das Land selbst um ausländische Ärzte kämpfen muss, um einen Mangel zu vermeiden, liegt auf der Hand. Insgesamt arbeiten derzeit rund 36.000 ausländische Ärzte in Deutschland. Vor allem aus den Balkanstaaten und Osteuropa, aber auch aus Österreich stammen die Einwanderer. Gerade für die Erstgenannten ist Deutschland als Alternative zum Heimatland attraktiv: Bessere Gehälter und soziale Absicherung sind nur zwei Gründe. Anders als Ärzte aus Österreich haben die Kollegen aus den osteuropäischen Ländern jedoch ein Problem, wenn sie in Deutschland arbeiten: die Sprachbarriere.

Die wenigsten eingewanderten Ärzte beherrschen die deutsche Sprache perfekt, bevor sie ihre Stelle antreten. Das weiß auch der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery. Er ist wegen mangelnder Deutschkenntnisse einiger Mediziner besorgt. Es gebe erkennbare Sprachprobleme bei vielen Ärzten aus dem Ausland. Im Schnitt fielen bei simulierten Arzt-Patienten-Gesprächen und in Arzt-Arzt-Gesprächen 40 bis 50 Prozent der ausländischen Mediziner durch. Montgomery mahnt, dass es hier einen großen Nachholbedarf gibt und Deutschland an diesem Problem arbeiten müsse. Zwar muss ein Anwärter, bevor er in Deutschland als Arzt arbeiten darf, eine Approbation nach deutschen Standards vorweisen – bei den Sprachkenntnissen genügt allerdings die Stufe B2. Österreich ist diesbezüglich strenger. Ausländische Mediziner müssen dort eine Sprachprüfung ablegen, mit deren Durchführung die Österreichische Akademie der Ärzte beauftragt ist.

“ Die Schweiz hat hier einen Vorteil, denn sie ist für Mediziner attraktiv. “

### Qualität durch Integration

Und wer bekommt nun das beste Personal? Deutschland, Österreich, die Schweiz? Klar ist: Nur wenn es gelingt, die angeworbenen Mediziner optimal in die Klinikabläufe einzubeziehen, können sie dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Schweiz hat hier einen Vorteil, denn sie ist für Mediziner aus den hoch qualifizierten Nachbarländern attraktiv. Doch auch die haben es nicht immer leicht. So berichten deutsche Mediziner in der Schweiz, dass das Schweizerdeutsch mit seinen hunderten von Mundarten auch nicht unbedingt einfach zu verstehen ist.

In Deutschland und Österreich sind hingegen intelligente Konzepte gefragt, mit denen sich die Chance der Zuwanderung von Mediziner optimal nutzen lässt. Denn über die fachliche Qualifikation sagen die Sprachprobleme nichts aus. Wichtig ist, dass die ausländischen Ärzte sich möglichst schnell und vollständig in den Berufsalltag integrieren können. Denn gutes Personal ist für alle drei Länder eine wichtige Ressource und keines der Länder kann auf qualifizierte Fachkräfte verzichten, wenn es die medizinische Versorgungsqualität langfristig sicherstellen will. ■

# KOOPERATION ODER KORRUPTION?



## WIE EIN NEUES GESETZ DIE INTERSEKTORALE ZUSAMMENARBEIT BREMSEN KÖNNTE

Patienten möchten schnell und gut versorgt werden. In der Regel wollen sie dafür aber nicht ständig zwischen Ärzten hin und her geschickt werden. Erspart bleibt ihnen das beispielsweise in spezialisierten medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Doch Kooperationen von Krankenhäusern, Ärzten und anderen Heilberufen könnten es wegen des neuen Antikorruptionsgesetzes in Deutschland bald schwerer haben.

Es war eine komplizierte Operation, aber nach etwa sechs Jahren zähem Ringen wurde das Antikorruptionsgesetz für das Gesundheitssystem verabschiedet. Im Juni ist es in Kraft getreten. Der Kern der Neuerung: Bestechung und Bestechlichkeit von Ärzten sowie anderen Heilberuflern stehen nun unter Strafe. Wer gegen das Gesetz verstößt und für Zuwendungen eine Gegenleistung erbringt oder verlangt, kann mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft werden. Das Gesetz soll im Gesundheitssystem für mehr Transparenz sorgen und eine Wettbewerbsverzerrung verhindern. ▶

# FÜR MEHR TRANSPARENZ SORGEN

Diese Absicht wird eigentlich von allen Seiten begrüßt. Dennoch birgt das Antikorruptionsgesetz die Gefahr, wichtige Innovationen im Gesundheitssektor zu bremsen. Denn bei ihren Bemühungen, das Gesundheitssystem auf Vordermann zu bringen, will die Bundesregierung schon lange weg von der strikten Unterteilung in einen ambulanten und einen stationären Sektor. „Nur durch eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen und Berufsgruppen kann aus einzelnen Spitzenleistungen eine überzeugende Mannschaftsleistung werden“, sagt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und fügt hinzu: „Deshalb wollen wir mit neuen sektorübergreifenden Versorgungsformen Brücken zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen bauen.“

## Die Bekämpfung der Korruption

ist grundsätzlich zu befürworten.

## Integration medizinischer Leitungen

Ziel sei es, das Gesundheitswesen entscheidend zu verbessern und insbesondere älteren, chronisch und mehrfach kranken Patienten besser gerecht zu werden. Im Mittelpunkt dieser Überlegungen steht ganz klar die gute Behandlung – unabhängig von vorhandenen Fach- und Sektorengrenzen. Das will man sich auch etwas kosten lassen. Noch bis 2019 werden neue Versorgungsmodelle für die Regelversorgung erprobt und erforscht. Kostenpunkt: 300 Millionen Euro jährlich. Bundesgesundheitsminister Gröhe: „Das nutzt den Patienten, aber was im Behandlungsverlauf für den Patienten Sinn macht, nutzt auch allen an der Behandlung Beteiligten.“ Die Lösung sehen die Experten beispielsweise in integrierten Versorgungszentren. Für den Patienten eigentlich eine logische und hilfreiche Sache. Er trifft auf Fachleute, die auch interdisziplinär arbeiten und ihm eine gute Versorgung – sowohl stationär als auch ambulant – bieten können. Das haben auch Krankenhäuser für sich erkannt. Sie gehen Kooperationen mit Medizinischen Versorgungszentren oder Ärztenetzen ein. Genau damit begeben sie sich aber ab sofort auf gewagtes Terrain. Der Grund: Das Antikorruptionsgesetz

verbietet auch, bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen Leistungsanbieter im Wettbewerb unlauter zu bevorzugen.

## Regionale Kooperationen in der Grauzone?

Zwar sind Vorteile, die innerhalb zulässiger beruflicher Kooperationen gewährt werden, weiterhin erlaubt – etwa wenn ein niedergelassener Arzt mit einem Krankenhaus vertraglich geregelt hat, dass er dort ambulant operieren kann. Aber wenn ein selbstständiger Arzt auf dem Gelände eines Krankenhauses praktiziert, gerät er womöglich unter Verdacht. Denn der gewünschte reibungslose Wechsel eines Patienten zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus könnte als genau die unlautere Vorteilsnahme bei der Zuführung von Patienten im Sinne dieses Gesetzes gewertet werden.

Deutliche Worte hierzu findet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem offiziellen Statement. Die Bekämpfung der Korruption sei grundsätzlich zu befürworten, allerdings: „Bei der Einführung eines Straftatbestandes sollte eine präzise Abgrenzung der Korruption zur Kooperation erfolgen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass jegliche Form des Zusammenwirkens zunächst unter dem Generalverdacht der Korruption steht.“ Weiter befürchtet die KBV: „Dies würde eine Weiterentwicklung von Kooperationsformen wie in Praxisnetzen, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung oder bei integrierten Versorgungsformen konterkarieren.“

## Klärungsbedarf bei intersektoraler Versorgung

Es könnte also passieren, dass sich zukünftig auch bei den an sich so erwünschten Kooperationen im Gesundheitswesen vermehrt Konstellationen ergeben, die die Staatsanwaltschaft auf den Plan rufen. Gerade in Vorzeigeprojekten arbeiten Krankenhaus-Fachärzte mit ihren Kollegen in den Arztpraxen oder bestimmten Apothekern eng zusammen. Auch bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung regeln Ärzte, Krankenhäuser und Gesundheitsberufe eine patientenorientierte Versorgung über eigenständige Leistungs- und Geldverteilung.

Der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) warnt, dass in solchen Kooperationsformen nach den Maßstäben des neuen Gesetzes durchaus korruptionsartige Elemente zu finden sein könnten. Es gibt also Klärungsbedarf. Die integrierte Versorgung hat das Patientenwohl im Fokus. Wie genau die Versorgung aber über Sektorengrenzen hinweg profitabel, risikofrei und im Sinne eines fairen Wettbewerbs funktionieren kann, wird wohl noch länger diskutiert werden. ■



# WUSSTEST DU SCHON ...



... dass es in Österreich **10 Krankenhäuser weniger** gibt als in der Schweiz, gleichzeitig aber 27.275 Betten mehr?

... dass in Deutschland im Durchschnitt täglich **42 Patienten** von **einem** Arzt behandelt werden?

... dass in Deutschland **30 MR-Geräte auf 1 Mio. Einwohner** kommen, in Österreich hingegen nur 20?



... dass die **Selbstbeteiligung** an den Behandlungskosten in der Schweiz **zwischen 300 und 2.500 Franken** (274–2.286 Euro) im Jahr liegt? Je höher die Selbstbeteiligung, desto niedriger der monatliche Grundbeitrag.



... dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf in der Schweiz **mehr als doppelt so hoch** sind wie in Österreich, Deutschland und Österreich dagegen dicht beieinanderliegen?

... dass die Schweizer im Durchschnitt knapp 2 Tage **länger im Krankenhaus** liegen als die Deutschen und fast drei Tage länger als die Österreicher?



# VORGE- STELLT

<b>Größe (in 2015)</b>	10.285 (Anzahl Mitarbeiter (Vollkräfte) Konzern/Fakultät) 8.090 (Anzahl Mitarbeiter (Vollkräfte) Klinikum/Fakultät (inkl. Drittmittelbeschäftigte))
<b>Umsatz</b>	rund 690 Millionen Euro in 2015
<b>Bettenanzahl</b>	1.930 Betten 1.737 (vollstationär) 193 (teilstationär)
<b>Regionalität</b>	Rhein-Neckar-Kreis, Baden-Württemberg, Deutschland

## Geschichte

Der Leitspruch des Universitätsklinikums lautet „In Scientia Salus“ („Heilung durch Wissenschaft“). Das Universitätsklinikum Heidelberg ist eines der größten und bedeutendsten medizinischen Zentren in Deutschland. Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg zählt zu den international renommierten biomedizinischen Forschungseinrichtungen in Europa. Gemeinsames Ziel ist die Entwicklung innovativer Diagnostik und Therapien sowie ihre rasche Umsetzung für den Patienten. Träger des Klinikums ist das Land Baden-Württemberg. Zu den Aufgaben gehören neben Diagnostik, Behandlung und Pflege vor allem auch Forschung und Lehre.

Die Universität Heidelberg ist die älteste Universität Deutschlands und begann bereits Ende des 14. Jahrhunderts die Lehre an der Medizinischen Fakultät. Heute werden in mehr als 50 klinischen Fachabteilungen mit ca. 1.900 Betten jährlich rund 66.000 Patienten voll- bzw. teilstationär und mehr als 1.000.000-mal Patienten ambulant behandelt.

## Kooperationsstrategie

Das Universitätsklinikum Heidelberg pflegt Kooperationen mit zahlreichen Krankenhäusern der Region und darüber hinaus und baut diese kontinuierlich aus. Ein Meilenstein war die Gründung der „Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum GmbH (MIT GmbH)“ gemeinsam mit der Rhön-Klinikum AG. Der Patientenbetrieb wurde am 27. Oktober 2015 erfolgreich aufgenommen.

## Kliniken und Zentren

- Chirurgische Klinik (Zentrum)
- Zentrum für Innere Medizin (Kreihl-Klinik)
- Kopfklinik (Zentrum)
- Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie
- Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
- Frauenklinik
- Hautklinik
- Zentrum für Psychosoziale Medizin
  - Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT)
- Klinik für Anästhesiologie
  - Diagnostische und Interventionelle Radiologie
  - Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
- Thoraxklinik
  - Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT)

Das Universitätsklinikum Heidelberg vereint Maximalversorgung, Forschung und Lehre und steht sowohl mit universitären als auch außeruniversitären Einrichtungen wie dem Deutschen Krebsforschungszentrum in regem Austausch.

## Forschung

Der Fokus von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum Heidelberg liegt auf fünf Forschungsschwerpunkten:

- Infektionskrankheiten
- Herz-Kreislauf-Forschung
- Neurowissenschaften
- Translationale und individualisierte Onkologie
- Transplantation und individualisierte Immuntherapie

2014 konnten bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft zudem drei neue Sonderforschungsbereiche mit einem Förder-volumen von 29,6 Millionen Euro eingeworben werden. Im Fokus stehen dabei

- Folgeschäden von Diabetes,
- die Wechselbeziehungen zwischen Krankheitserregern und Wirt,
- das komplexe Zusammenspiel von Nervenzellen.

2015 kamen weitere Sonderforschungsbereiche dazu:

- „Chronische Schmerzen besser verstehen“ (12,1 Mio. Euro)
- „Die Haut als Abwehr gegen Krankheitserreger“ (11,8 Mio. Euro)

## Ausbildung und Studium

An der Medizinischen Fakultät und am Klinikum studieren rund 3.700 künftige Ärzte und Ärztinnen Human- oder Zahnmedizin. Darüber hinaus bietet die Medizinische Fakultät Studiengänge z.B. in Medizinischer Informatik, International Health und Interprofessioneller Gesundheitsversorgung an. An der Akademie für Gesundheitsberufe am Universitätsklinikum Heidelberg werden junge Menschen in zwölf Gesundheitsfachberufen – u.a. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, technischen Assistenz, Altenpflege und Logopädie – ausgebildet.

## Leitung

Das Universitätsklinikum Heidelberg wird von einem mehrköpfigen Vorstand geleitet:

- Prof. Dr. Guido Adler, Leitender Ärztlicher Direktor, Vorstandsvorsitzender
- Irmtraut Gürkan, Kaufmännische Direktorin, Stv. Vorstandsvorsitzende
- Prof. Dr. Wolfgang Herzog, Dekan Medizinische Fakultät
- Edgar Reisch, Pflegedirektor
- Prof. Dr. Matthias Karck, Stv. Leitender Ärztlicher Direktor

