

Editorial

Radikal anders

Zentrenbildung gehört mittlerweile zum Handwerkzeug guter Klinikmanager. Doch das Modell mit insgesamt sieben Zentren, das jetzt am Klinikum Augsburg eingeführt wurde, ist radikal anders als viele bekannte Modelle. Anders sind vor allem organisatorische Anbindung und Verantwortung der Zentrumsmanager in Augsburg: Sie sind Vorgesetzte des gesamten nicht-ärztlichen Personals und administrativ-organisatorisch für alle patientennahen Prozesse im Zentrum zuständig. Gemeinsam mit den Chefärzten des Zentrums bilden sie das Leitungsteam. Die wirtschaftliche Steuerung bis in das operative Geschäft des Klinikbetriebes hinein ist gemeinsame Aufgabe von Chefärzten und Zentrumsmanagern.

Unterstellt sind die Zentrumsmanager in Augsburg direkt der Klinikums-Leitung. Alexander Schmidtke, der Vorstand des Klinikums Augsburg, erwartet von der Synthese der bislang getrennten Funktionen aus Pflegemanagementkompetenz eine deutliche Prozessverschlanke sowie den effizienteren Einsatz von personellen und materiellen Ressourcen.

Uwe K. Preusker



4. INDIKATOR-UMFRAGE DER BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT:

Finanzaussichten der Krankenhäuser stehen auf tiefrot

Uwe K. Preusker

„Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen im Land spitzt sich immer mehr zu.“ So fasste Thomas Reumann, der Vorstandsvorsitzende der Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) und Reutlinger Landrat, Ende Oktober in Stuttgart die Ergebnisse der 4. INDIKATOR-Umfrage der BWKG zusammen. Danach gehen für 2011 rund 65 Prozent der Krankenhäuser und jeweils etwa 80 Prozent der Re-

ha- und Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg davon aus, dass sie keinen positiven Jahresabschluss erreichen können. Für 2012 sind die Erwartungen nach den Umfrage-Ergebnissen in allen drei Bereichen sehr pessimistisch. Wenn nichts geschehe, fehlten allein den Krankenhäusern in Baden-Württemberg im Jahr 2012 mindestens 210 Millionen Euro. „Das sind im Durchschnitt 700.000 Euro pro Krankenhaus in Baden-Württemberg“, so Reumann.

Fortsetzung auf Seite 2

IN DIESER AUSGABE

4. Indikator-Umfrage der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft: Finanzaussichten der Krankenhäuser stehen auf tiefrot	1-4
Köpfe	2
GKV-VSG: 85 Änderungsanträge der Koalition: Das Alles-auf-einmal-lösen-Gesetz	4-5
Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte: Kritik von VUD und MFT, Unterstützung von der BÄK	5-7

Politik-Infos	7-9
Kolumne „Führen im Wandel“ Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen?	9-11
Krankenhaus und Recht	11-13
Index für die Gesundheitswirtschaft / Auswertung Oktober: Kostensteigerungen dämpfen Klinik-Erwartungen	13-14
Klinikum Augsburg: Zentrumsmanagement – neu gedacht	14-16
Markt-Infos	16

DIE NÄCHSTE AUSGABE ERSCHEINT AM 21.11.2011

KÖPFE / SCHWERPUNKT

4. INDIKATOR-UMFRAGE DER BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT II:

Köpfe

Agaplesion: Weber hört auf

Der Vorstandsvorsitzende der Agaplesion gAG Bernd Weber wird den Vorstandsvorsitz zum 31. März 2012 aufgeben. Im Rahmen einer Aufsichtsratssitzung informierte er Ende Oktober den Aufsichtsrat über diese persönliche Entscheidung. Weber verlässt das Unternehmen auf eigenen Wunsch. Ein Nachfolger steht noch nicht fest. Zu Agaplesion gehören bundesweit rund 80 Einrichtungen, darunter 22 Krankenhäuser. Der Jahresumsatz liegt bei 620 Millionen Euro. (upr)

G-BA-Vorsitz: Hecken winkt ab

Josef Hecken, derzeit beamteter Staatssekretär im Bundesfamilienministerium, steht für den Vorsitz des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zur Verfügung. Das geht aus einer Meldung der FAZ hervor. Damit beginnt die Suche nach einem Nachfolger von Dr. Rainer Hess, dessen Amtszeit Mitte 2012 endet, von neuem. Bis Ende Januar 2012 muss die Selbstverwaltung dem Gesundheitsministerium nun einen neuen Kandidaten präsentieren. Auch für die beiden stellvertretenden Vorsitzenden müssen Kandidaten benannt werden. Nach den im GKV-Versorgungsstrukturgesetz geplanten neuen Regelungen müssen die Kandidaten dann vom Gesundheitsausschuss des Bundestages bestätigt werden. (upr)

Klaus Reinhardt neuer Vorsitzender des Hartmannbundes

Dr. Klaus Reinhardt ist neuer Vorsitzender des Hartmannbundes. Die Delegierten der Hauptversammlung wählten den 51-jährigen Allgemeinmediziner aus Bielefeld Ende Oktober in Potsdam mit überwältigender Mehrheit zum Nachfolger von Hon.-Prof. Dr. Kuno Winn, der den Verband zuvor sechs Jahre geführt hatte. Reinhardt ist Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und seit 2009 stellvertretender Bundesvorsitzender des Hartmannbundes. (upr)

Reumann fordert Rechtsanspruch auf Refinanzierung der steigenden Kosten

„Aus Solidarität mit den notleidenden Krankenkassen hatten die Gesundheitseinrichtungen in der Finanzkrise Sparauflagen hingenommen“, betonte Reumann. Im Jahr 2012 stünden die Einrichtungen nun aber mit minimalen Einnahmesteigerungen vor unaufhaltsam steigenden Personal- und Sachkosten. Gleichzeitig erwirtschafteten Gesundheitsfonds und Krankenkassen Milliardenüberschüsse. „Damit ist die Geschäftsgrundlage für die Einsparungen entfallen“, stellte Reumann klar. Das Geld müsste umgehend zur Versorgung der Patienten in den Gesundheitseinrichtungen eingesetzt werden. Die Bundesregierung müsse noch im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum sogenannten Versorgungstrukturgesetz Fakten schaffen. „Die Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen fordern eine faire Behandlung durch die Politik. Sie brauchen einen Rechtsanspruch auf die Refinanzierung der steigenden Kosten“, so Reumann.

Erst vor wenigen Monaten habe eine gemeinsame Studie der Prognos AG und der BWKG belegt: Die Reha-Kliniken im Land seien wertvoller Wirtschaftsfaktor mit großem Zukunftspotential. „Reha ist kein Kostenfaktor, Reha rechnet sich – für die Menschen und die Sozialversicherungen“, machte Reumann klar. Um dieser Erkenntnis Rechnung zu tragen, müssten die Reha-Einrichtungen endlich einen Rechtsanspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung erhalten. Außerdem müsste sichergestellt werden, dass jeder, der eine medizinische Reha benötigt, diese auch erhalte. Dazu müssten der Budgetdeckel für Rehabilitationsleistung in der Rentenversicherung gestrichen werden und die Reibungsverluste zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung behoben werden. Nur unter diesen Voraussetzungen könne die Reha ihren Nutzen für die Menschen und die Sozialversicherungen auch tatsächlich entfalten.

„Die Pflegereform darf nicht weiter auf die lange Bank geschoben werden“, unterstrich der Ver-

SCHWERPUNKT

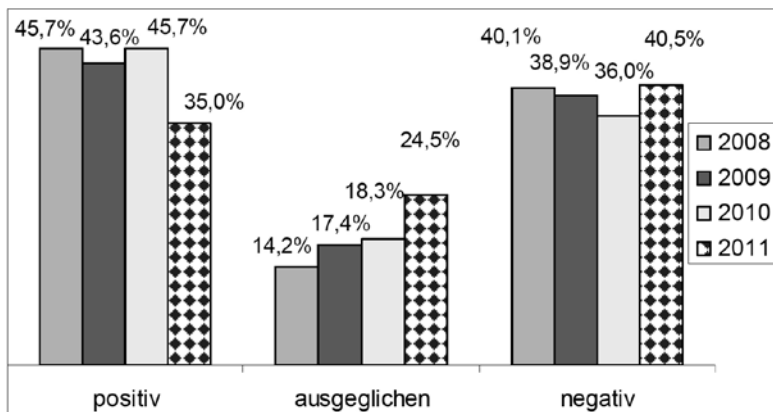
4. INDIKATOR-UMFRAGE DER BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT III:

bandsdirektor der BWKG, Matthias Einwag. Auch bei den Pflegeeinrichtungen seien die steigenden Personal- und Sachkosten ein zentraler Grund für die immer schlechter werdende finanzielle Situation der Einrichtungen. Außerdem müssten die Altenpflegeeinrichtungen immer wieder Leistungen erbringen, die nicht ausreichend vergütet würden. Dies betreffe beispielsweise die Versorgung von Demenzkranken. „Die Politik muss jetzt handeln. Das ist sie den Menschen schuldig, die in den Einrichtungen gepflegt werden und denen, die dort arbeiten“, so Einwag.

Ergebnisse des BWKG-INDIKATORS Herbst 2011

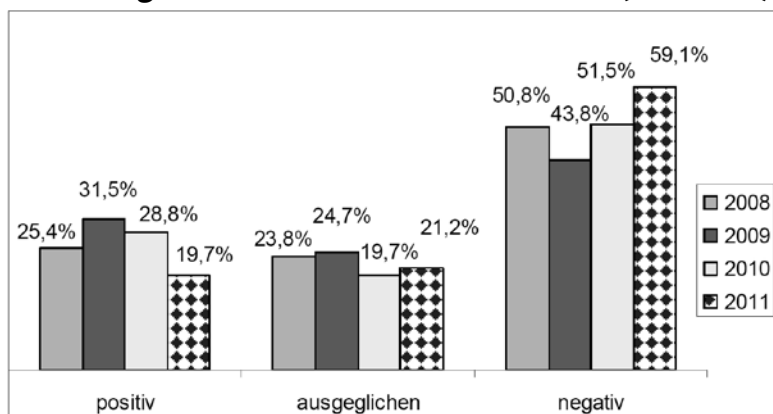
- Die Erwartungen zu den Gewinn- und Verlustrechnungen der Krankenhäuser haben sich nach der BWKG-Umfrage für 2011 deutlich verschlechtert: 65 Prozent der Krankenhäuser rechnen damit, dass sie keinen positiven Jahresabschluss erreichen können. In den Jahren 2008, 2009 und 2010 waren dies rund 55 Prozent. Bei den Rehabilitationseinrichtungen konnten 2008, 2009 und 2010 mindestens zwei Drittel keinen positiven Jahresabschluss verzeichnen.

BWKG-Indikator-Umfrage Herbst 2011 / Krankenhäuser: Ergebnisse der Gewinn- und Verlustrechnungen 2008, 2009, 2010 und 2011 (erwartet)



Quelle: BWKG

BWKG-Indikator-Umfrage Herbst 2011 / Reha-Einrichtungen: Ergebnisse der Gewinn- und Verlustrechnungen 2008, 2009, 2010 und 2011 (erwartet)

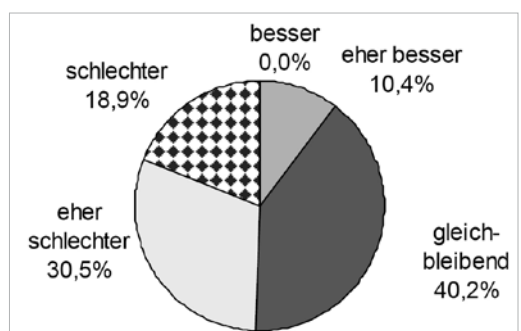


Quelle: BWKG

- Äußerst Besorgnis erregend ist danach die Situation in der geriatrischen Rehabilitation. Nur wenige der Einrichtungen haben in der Umfrage angegeben, dass sie in einem der drei Jahre schwarze Zahlen geschrieben hätten.

- In den Jahren 2008 bis 2010 konnten mehr als 60 Prozent der Pflegeeinrichtungen keinen Jahresüberschuss verzeichnen. Für 2011 wird mit einer deutlichen Verschärfung der Situation gerechnet. Im Herbst 2011 gehen 80 Prozent der Pflegeeinrichtungen davon aus, dass sie 2011 keinen Jahresüberschuss verzeichnen können.

BWKG-Indikator-Umfrage Herbst 2011 / Krankenhäuser: Erwartete Entwicklung in den kommenden zwölf Monaten



Quelle: BWKG

SCHWERPUNKT / POLITIK

4. INDIKATOR-UMFRAGE DER BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT IV:

- Beim Arbeitsmarkt für Pflegekräfte und Ärzte zeichnet sich auf einem insgesamt kritischen Niveau bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen eine gewisse Entspannung ab. Im Herbst 2011 rechnen 69,8 Prozent der Krankenhäuser mit Schwierigkeiten bei der Besetzung von frei werdenden Stellen im ärztlichen Bereich. Im Frühjahr waren dies noch 76,7 Prozent.
- Ähnlich ist die Entwicklung bei den Reha-Einrichtungen: Im Herbst 2011 rechnen 76,9 Prozent der Reha-Einrichtungen mit Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Stellen im

ärztlichen Bereich. Im Frühjahr 2011 waren dies noch 84,3 Prozent.

Einwig betonte allerdings: „Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass das Problem des Personalmangels damit gelöst ist.“ Es sei vielmehr davon auszugehen, dass es sich nur um eine temporäre Entspannung der Situation handele. Indiz dafür seien die wachsenden Schwierigkeiten der Altenpflegeeinrichtungen. Vier von fünf Pflegeeinrichtungen (81,8 Prozent) rechnen mit Schwierigkeiten bei der Besetzung von freien Stellen in der Pflege.

GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ:

85 Änderungsanträge der Koalition: Das Alles-auf-einmal-lösen-Gesetz

Uwe K. Preusker

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird zwar in der Öffentlichkeit immer noch unter dem Begriff „Landärztegesetz“ diskutiert, doch es entwickelt sich durch die Vielzahl der Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen – bis zur Anhörung im Bundestags-Gesundheitsausschuss waren es 85 – immer mehr zu einer gesetzgebenden „eierlegenden Wollmilchsau“. Dabei sind die absehbaren Änderungen des Gesetzes im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung noch nicht berücksichtigt – für diesen Bereich lagen zur Anhörung noch keine Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen vor – sie werden aber mit Sicherheit kommen.

Hier ist vor allem davon auszugehen, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zwar im Prinzip kommen wird, aber durch verschiedene Maßnahmen sowohl eine Mengenbegrenzung eingeführt wird als auch noch zusätzliche Überweisungs- oder Kooperationsvorbehalte eingeführt werden. Ob das Konstrukt dann noch die Bezeichnung „dritter Sektor“ verdient oder ob es statt zu einer Verbesserung der bisherigen Situ-

ation beim Paragraphen 116b für die Kliniken zu weiteren Einschränkungen kommt, bleibt abzuwarten – es zeichnet sich allerdings ab.

Entlassungsmanagement: Kliniken sollen für zeitnahen Termin beim Facharzt sorgen

Von den zur Ausschuss-Anhörung vorgelegten insgesamt 85 Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen sind vor allem drei für den Krankenhausbereich von hoher Relevanz. So soll durch eine Änderung der bereits im Regierungsentwurf geplanten Verpflichtung der Krankenhäuser zum Entlassungsmanagement ausdrücklich auch der Übergang in die fachärztliche Versorgung einbezogen werden. Konkret soll durch eine Änderung des Paragraphen 11 Absatz 4 SGB V das Krankenhaus dazu verpflichtet werden, bei einer Anschlussbehandlung des Patienten beim Facharzt für einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge zu tragen.

Durch einen weiteren Änderungsantrag soll die vom Bundessozialgericht durch ein Urteil vom März 2011 (BSG-Urteil vom 24. März 2011 - B 6 KA

POLITIK

GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ II:

6/10 R-) als unrechtmäßig eingestufte Kooperation von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern im Bereich von ambulanten Operationen als rechtlich unbedenklich eingestuft werden. Nach diesem BSG-Urteil dürfen derzeit weder Vertragsärzte ohne Belegarztstatus ihre Patienten ambulant im Krankenhaus operieren noch dürfen Krankenhäuser zur Durchführung ihrer ambulanten Operationen solche Ärzte einsetzen. Genau hier setzt die geplante Rechtsänderung an, mit der eine ausdrücklichen gesetzlichen Vorgabe an die Vertragsparteien nach Paragraph 115b Absatz 1 Satz 1 geschaffen wird, nach der ambulant durchführbare Operationen im Krankenhaus auch auf der Grundlage derartiger vertraglicher Kooperationen des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten erfolgen können.

Schluss mit Ausgründung von Privatkliniken

Als dritte zentrale Rechtsänderung zumindest für einen Teil der Krankenhäuser muss die geplante Neuregelung zur Entgeltbindung bei der Ausgründung von Privatkliniken angesehen werden. Konkret planen hier die Koalitionsfraktionen, durch eine Ergänzung des Paragraphen 17 KHG zu verhindern, dass zukünftig für solche Ausgrün-

dungen höhere Entgelte verlangt werden können. Dazu soll in § 17 Absatz 1 KHG folgender Satz angefügt werden: „Eine Einrichtung, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts zu leisten wären.“

In der Begründung zu diesem Änderungsantrag heißt es unter anderem, bei der bisherigen Vorgehensweise einer Reihe von Krankenhausträgern handele es sich um „die missbräuchliche Ausgründung von Privatkliniken zur Erzielung von Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen“. Dies führe im Ergebnis zu einer unzumutbaren Belastung von Privatpatienten als Beitragszahler und von privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie Beihilfekostenträgern. Um dies zukünftig zu vermeiden, bedürfe es „der gesetzlichen Verankerung einer entsprechenden Entgeltbindung für solche ausgegründeten Einrichtungen, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu dem Plankrankenhaus liegen“.

NOVELLIERUNG DER APPROBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTE:

Kritik von VUD und MFT, Unterstützung von der Bundesärztekammer

Uwe K. Preusker

Während die Bundesärztekammer und der Marburger Bund den vom Bundesgesundheitsministerium Ende September vorgelegten Entwurf einer Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte begrüßen und in weiten Teilen unterstützen, kommt deutliche Kritik von Seiten der Hochschulmedizin. Insbesondere an der geplanten zukünftigen Ausgestaltung des Praktischen Jahres, das auch außerhalb von Unikliniken und Lehrkrankenhäusern abgeleistet werden können soll, scheiden sich die Geister.

BÄK: Lob für Abschaffung des „Hammerexamens“

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) Dr. Frank Ulrich Montgomery begrüßt den Entwurf. Als besonders positiv hebt der BÄK-Präsident die Abschaffung des so genannten Hammerexamens hervor. Stattdessen soll der schriftliche Teil des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr verlagert werden. „Dass angehende Ärzte die erforderlichen theoretischen Kenntnisse nachweislich erworben haben, bevor sie sich

POLITIK

NOVELLIERUNG DER APPROBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTE II:

während des Praktischen Jahres klinisch-praktische Erfahrungen und Fertigkeiten aneignen, ist didaktisch sehr sinnvoll“, lobte Montgomery.

Die vorgesehene Neuregelung, das Praktische Jahr auf Wunsch auch in Teilzeit zu absolvieren, ermögliche vielen Studierenden, Familie und Studium besser in Einklang bringen, so Montgomery. Als gut bewertet die BÄK auch, dass das Praktische Jahr künftig außerhalb der Uniklinik oder den ihr zugeordneten Lehrkrankenhäusern absolviert werden kann. Dies erweitere nicht nur die Wahlmöglichkeiten für die Studierenden, dadurch stiegen auch die Chancen für Kliniken auf dem Land, Nachwuchs für die Patientenversorgung zu gewinnen.

Sorge um Zukunft der Akademischen Lehrkrankenhäuser

Gerade daran aber übt die vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) gebildete Deutsche Hochschulmedizin e.V. nachdrücklich Kritik. So heißt es in der Stellungnahme der Deutschen Hochschulmedizin, von dem aktuellen Entwurf werde eine inhaltliche Abwertung des PJ ausgehen. Die Ableistung des PJ in Krankenhäusern, die weder den Status einer Uniklinik noch den eines Akademischen Lehrkrankenhauses inne hätten, sei abzulehnen. Das PJ sollte von Krankenhäusern durchgeführt werden, die wie die Universitätsklinik und Akademischen Lehrkrankenhäuser über didaktische Erfahrung und wissenschaftliche Kompetenz verfügten. Die geplante Neuregelung führe zu einer Qualitätsverschlechterung und Erhöhung der Ausbildungskosten. Ein genereller Mangel an attraktiven Akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen existiere nicht. Auch sei eine Verschlechterung der Ausbildungsqualität zu erwarten, da nicht alle theoretisch qualifizierten Einrichtungen in den jeweiligen Curricular- und Prüfungsanforderungen geschult werden könnten.

Nach den Regierungsplänen zur Novellierung der AO sollen künftig die Universitäten nicht mehr

gemeinsam mit den Ländern die kooperierenden Krankenhäuser auswählen. Ab 2013 sollen vielmehr Länderbehörden alleine ein Verzeichnis der Stätten erstellen, die PJ-Studierende ausbilden dürfen. „Bei der Auswahl der Krankenhäuser soll dann mit den Universitäten kein Einvernehmen mehr hergestellt werden. Dennoch sollen die Universitäten aber die Aufsicht über die Ausbildung von in ganz Deutschland verteilten Studierenden übernehmen. Dies lehnen wir ab“, erläutert MFT-Präsident Prof. Dr. Dieter Bitter-Suermann. „Schließlich gibt es keinen Mangel an praxisbezogenen Ausbildungsplätzen. Im Gegenteil, wir haben bereits heute ein Überangebot an Plätzen für die klinische Ausbildung im PJ.“ Dass Ministerien nicht nur nach sachlichen Kriterien entschieden, sondern mitunter auch politischen Einflüssen nachgeben, zeige überdies die Erfahrung.

Die Zielsetzung der geplanten Novellierung, ergänzend zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) insbesondere eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, sieht die Hochschulmedizin kritisch. So heißt es unter anderem wörtlich: „Das Medizinstudium ist in keiner Weise als Instrument für eine Planung von Versorgungsbezirken anzusehen. Es ist ausschließlich ein Instrument der Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung. Das definierte Ziel der AO ist daher auch nicht der Allgemeinmediziner oder der Landarzt, sondern der auf wissenschaftlicher Grundlage und der Basis des aktuellen Forschungsstandes ausgebildete Arzt.“

Kritisch sieht die Deutsche Hochschulmedizin auch die von der Bundesärztekammer begrüßte Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium. Umfragen bezüglich des Allgemeinmedizinerbedarfs lieferten keine Anhaltspunkte dafür, dass das Medizinstudium Ursache für eine regionale hausärztliche Unterversorgung sei, sondern ausschließlich die Bedingungen der Arbeit als Allgemeinmediziner. So machten sich auch in der Chirurgie Nachwuchsprobleme bemerkbar, ob-

POLITIK / POLITIK-INFOS
NOVELLIERUNG DER APPROBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTE III:

wohl Chirurgie-Tertiale seit Jahren als eines der beiden Pflicht-Tertiale im PJ existierten, betonen die Autoren der Stellungnahme. Die Stärkung eines Faches im Studium führe also in keinem Fall selbstverständlich zu einer ansteigenden und gut verteilten Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit diesem Schwerpunkt.

Insgesamt, so VUD und MFT, gingen von dem Entwurf erhebliche qualitative Verschlechterungen für die Ärzteausbildung und Kostensteigerungen aus.

KRANKENKASSEN / DAK GESUNDHEIT:

Familienstreit bei den Ersatzkassen

Nach der Ankündigung der DAK, nach der Fusion mit der BKK Gesundheit zur neuen DAK Gesundheit (KMi berichtete) ab April nächsten Jahres auf den Zusatzbeitrag verzichten zu können, haben sich die Vorstandsvorsitzenden der übrigen Ersatzkassen in einem Schreiben an das Bundesversicherungsamt gewandt und vor finanziellen Problemen der neuen Kasse spätestens Anfang 2013 gewarnt, weil der Verzicht auf den Zusatzbeitrag angeblich finanziell nicht gerechtfertigt sei. Die DAK hat das Schreiben als „Versuche konkurrierender Kassen, die Abschaffung des Zusatzbeitrages im kommenden Jahr zu verhindern“, umgehend zurückgewiesen. In dem Schreiben behaupten die unterzeichnenden Kassen-Chefs, eine Streichung des Zusatzbeitrages ab April 2012 werde die neue DAK-Gesundheit „bis zum Jahresende 2012 deutlich belasten“. DAK-Chef Herbert Rebscher kommentierte diesen in der Geschichte der Ersatzkassen einmaligen Vorgang: „Keine andere Kasse hat Einblick in die finanzielle Situation der DAK. Es geht den konkurrierenden Kassen ausschließlich darum, die

DAK im Wettbewerb zu schwächen. Denn durch die Streichung des Zusatzbeitrages wird sich die DAK als starker Wettbewerber im Markt zurückmelden.“ Die Aktion der Ersatzkassenchefs sei ein durchsichtiger Versuch, den guten Ruf der DAK zu schädigen. Die DAK erwarte zum Ende des Jahres 2011 einen Überschuss von mehr als 330 Millionen Euro. „Wenn wir nicht sicher wären, dass der Haushalt der neuen DAK Gesundheit die Streichung des Zusatzbeitrages zulässt, hätten wir niemals angekündigt, ihn abzuschaffen.“ erklärt Rebscher. Die Abschaffung des Zusatzbeitrages, so Rebscher, sei eine unternehmerische Entscheidung der Kasse.

Am 3. November teilte die DAK dann zusätzlich mit, dass sie zum 1. Januar 2012 auch mit der geschlossenen BKK Axel Springer fusionieren werde. Die BKK Axel Springer hat knapp 12.000 Versicherte. Aus beiden Fusionen entsteht die neue DAK Gesundheit mit dann insgesamt 5,1 Millionen Mitgliedern, 6,6 Millionen Versicherten und einem Haushaltsvolumen in 2012 von rund 20 Milliarden Euro. (upr)

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS:

Heilkunde-Übertragung in Modellversuchen jetzt möglich

Gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer können künftig im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Kranken- und Altenpflegeberufe erproben. Eine entsprechende

Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 20. Oktober in Berlin beschlossen und damit die Voraussetzungen für die Umsetzung der Modellvorhaben nach Paragraph 63 Abs. 3c Satz 3 SGB V geschaffen. Die neue, zunächst hef-

POLITIK-INFOS / TERMINE

tig umstrittene Richtlinie, für die sich am Ende ein zusammen mit dem Deutschen Pflegerat entwickelter Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der GKV durchgesetzt hat, beinhaltet die Grundlagen der Übertragung von Heilkunde auf Berufstätige der Alten- und Krankenpflege sowie Inhalt und Umfang der selbständigen Ausübung der Heilkunde. „Wir sind der Überzeugung, dass der G-BA nun einen tragfähigen und sachgerechten Rahmen für die Heilkundeübertragung in Modellvorhaben geschaffen hat“, sagte Dr. Josef Siebig, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzender des zuständigen Unterausschusses. Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates (DPR) kommentierte die G-BA-Entscheidung mit den Worten: „Die Entscheidung des G-BA ist ein großer Fortschritt für die Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.“

Die Diagnose und deren Überprüfung sowie die Indikationsstellung für bisher ausschließlich

ärztliche Behandlungsmaßnahmen sollen laut Beschluss in ärztlicher Verantwortung bleiben. Die auf dieser Grundlage durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen sollen nun in Modellvorhaben unter Verantwortung von ergänzend qualifizierten Angehörigen der Pflegeberufe erfolgen. An der Erarbeitung des Beschlusses waren neben den Trägern des G-BA (DKG, KBV, KZBV, GKV-SV) und den Patientenvertretungsorganisationen auch die Bundesärztekammer (BÄK) und Vertreter der Pflegeberufe als Sachverständige beteiligt. Darüber hinaus hatten vier weitere maßgebliche Verbände der Pflegeberufe nach Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens im März 2011 ihre Vorschläge zur Richtlinie eingebracht. Der G-BA war mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 durch den Gesetzgeber beauftragt worden, in einer Richtlinie die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben zu regeln (§ 63 Abs. 3c SGB V). (upr)

KOMMUNIKATIONSKONGRESS DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT:

Awards für gelungene Kommunikationsarbeit

Mehr als 250 Kommunikationsverantwortliche und Entscheider aus Kliniken, Krankenversicherungen, Industrie und Agenturen aus

dem gesamten Bundesgebiet sowie Redakteure medizinischer Fachmedien haben am 26. und 27. Oktober in Hamburg am diesjährigen Kom-

Termine

11.11.2011; Berlin; Deutscher Pflegerat: „Pflegefachpersonal – der GAU für die Gesundheitswirtschaft?“;

Infos: www.deutscher-pflegerat.de

17.11.2011; Hannover; 5. Hannoverscher Strategietag der Gesundheitswirtschaft;

Infos: <http://www.strategietag-hannover.de/>

17.11.2011; Berlin; Fachtagung „Was hilft chronisch kranken Kindern?“; Infos: <http://www.kinder-reha.de/79355.html>

18.11.2011; Bellikon/Schweiz; 1. schweizerisch-deutsche Reha-Management-Tagung; Infos: pstamm@softsolution.de

22.11.2011; Berlin; 3. BVMed – Healthcare Compliance-Konferenz „Nur Theorie oder auch Praxis?“;

Infos: <http://www.bvmed.de/events/date/bvmed221111.html>

30.11.2011; Hamburg; I. Haward Fürstenberg Symposium „Gesunde Mitarbeiter sind Gold wert“;

Infos: http://www.haward.de/fuerstenberg_symposium/index.php

01.12.2011; Bonn; MedInform-Infoveranstaltung „Homecare: eine ambulante Perspektive?“;

Info: <http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/28/e0/00/programm01.12.2011.pdf>

08.-09.12.2011; Berlin; 3. Beschaffungskongress für Krankenhäuser;

Infos: http://wegweiser.de/downloads/beschaffungskongress_2011.pdf

18.-19.01.2012; Kiel; Kongress „Vernetzte Gesundheit 2012“; Infos: <http://www.vernetzte-gesundheit.de/>

28.-29.02.2012; Hamburg; „Entscheiderkonferenz Krankenhausmanagement 2012“;

Infos: <http://www.entscheiderkonferenz2012.de/>

POLITIK-INFOS / KOLUMNE „FÜHREN IM WANDEL“

munikationskongress der Gesundheitswirtschaft (KommGe) teilgenommen. Dabei ging es vor allem um die Frage: Wie kann Kommunikation im Gesundheitssektor noch patientenorientierter und professioneller werden? Um die Branche weiter zu fachlicher Verbesserung zu ermutigen, hat der KommGe Preise für besonders gelungene Kommunikation in den Kategorien „Beste Kampagne“, „Beste Patienten-/Kundenkommunikation“, „Beste Professionalisierungsidee“ sowie „Beste Innovation“ vergeben. Für die Sonderpreise „Top 5 der deutschen Klinik-Pressestellen“ haben elf Fachmedien, darunter auch „Klinik Markt inside“, die Pressestellen bewertet. Gewinner in der Kategorie „Beste Kampagne“ ist die Psychiatrie der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin mit dem Projekt „Beende Dein Schweigen, nicht Dein Leben“.

Für die „beste Patientenkommunikation“ wurde

das Projekt „pulsschlag.tv“ der Kliniken Essen-Mitte ausgezeichnet. Als „beste Professionalisierungsidee“ wurde das von der zentrale Unternehmenskommunikation des Unternehmens verfasste Eventmanagement-Handbuch der Paracelsus-Kliniken Deutschland ausgezeichnet. Der „Sonderpreis Innovation“ ging an das St. Marienkrankenhaus in Siegen für seine Online-Marketing-Strategie „Virales Marketing“. Der Sonderpreis „Top 5 der Deutschen Klinikpressestellen“ ging an Sana Kliniken AG (1. Platz), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2. Platz), St. Marienkrankenhaus Siegen (3. Platz), Klinikum Augsburg (4. Platz), Universitätsklinikum Heidelberg (5. Platz).

Der 6. KommGe findet am 7. und 8. November 2012 erneut in der Handwerkskammer Hamburg statt.

(upr)

FÜHREN IM WANDEL:

Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen?

Stefan Drauschke

Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen – diesen berühmten Ausspruch hat einst Ex-Bundeskanzler Helmut Schmidt geprägt und Visionen mit dem Reich der Fata Morgana oder gar des Psychopathologischen in Verbindung gebracht. Doch was war noch die Fata Morgana – eine Luftspiegelung von durchaus echten, noch weit entfernten Realitäten. Visionen, also Vorstellungen von zukünftigen Wirklichkeiten, können durchaus nützlich sein! Voraussetzungen hierfür sind, dass Sie sich Ihre eigene Vision gut bildlich vorstellen können und Ihre Wunschträume auch in konkrete Ziele und Maßnahmen umsetzen. So relativiert Hugo Kehr, Motivationspsychologe von der TU München das Eingangszitat mit den Worten „Eine Vision ohne Aktion ist nichts weiter als eine Halluzination“.

Die Wirkung innerer Bilder

Fast jede Strategie enthält eine Vision, nämlich eine kurze und möglichst bildhafte Beschrei-

bung des zukünftigen Zustandes – was soll erreicht werden -, und eine Mission, die die Art und Weise beschreibt, wie die beschriebene Zukunft erreicht werden soll. Der positive Effekt von intensiven Vorstellungen des zukünftig Erreichten konnte in Experimenten nachgewiesen werden: Wer sich vorstellte, einen Erfolg zu feiern oder befördert zu werden, schlug sich in einem anschließenden Konzentrationstest besser und die Visionen führten zu positiven hormonellen Reaktionen. Das wundert nicht, wenn man weiß, dass das Gehirn Erinnerungen an tatsächlich Erlebtes oder realitätsnahe Vorstellungen von zukünftigen Wirklichkeiten über dieselben Sinneskanäle abbildet wie die von den eigenen Sinnesorganen vermittelten „Realitäten“. Es handelt sich dabei vornehmlich um visuelle, auditive, kinästhetische, olfaktorische und gustatorische Sinneseindrücke (VAKOG), im Fachjargon auch Modalitäten genannt. Interessant ist dabei, dass Erinnerungen und innere Bilder i.d.R. mit Emotionen verbunden

KOLUMNE „FÜHREN IM WANDEL“

FÜHREN IM WANDEL II:

sind. Diese werden über Submodalitäten gespeichert und wieder abgerufen. Submodalitäten des Visuellen sind beispielsweise hell, dunkel, farbig, schwarz-weiß etc. Wenn Sie einmal etwas Zeit und Muße haben, können Sie das im Selbstexperiment in entspannter Atmosphäre nachprüfen: Lehnen Sie sich zurück und erlauben Sie sich, intensiv an eine sehr positive Situation zu denken, in der Sie außerordentlich erfolgreich, stolz, glücklich etc. gewesen sind. Genießen Sie das gute Gefühl, und schwelgen in den eigenen inneren Bildern. Was empfinden Sie, was sehen Sie, und vor allem: Wie genau sehen sie Ihre inneren Bilder im Sinne der o.g. Submodalitäten? Wenn Sie jetzt den Vergleich anstellen, in dem Sie sich an etwas Unangenehmes erinnern (bitte keine traumatischen Situationen), werden Sie nicht nur völlig andere Gefühle wahrnehmen, sondern auch Unterschiede in den visuellen Submodalitäten feststellen. Vielleicht hat das innere Bild weniger Farbe oder ist dunkler. Was motiviert Sie mehr, etwas zu unternehmen und in Aktion zu treten?



Dr. med. Stefan Drauschke (stefan.drauschke@nexthealth.de), Executive Coach, Moderator, Trainer und Berater. Gründer der GÖK Consulting AG und der NextHealth. Spezialist für Change-Management, Führung, Strategie und Großgruppenkonferenzen. Dozent für Change-Management in Dresden, Innsbruck und Salzburg; www.goek-ag.de; www.nexthealth.de

Foto: Drauschke

Mentaltraining, ohne das Profisportler heute nicht mehr auskommen und mit dem mehr und mehr Führungskräfte auch im Coaching arbeiten, macht sich genau diesen Effekt zu Nutze. Zukünftige Situationen, Ziele, Erstrebenswertes etc. werden mittels innerer Bilder im entspannten Zustand quasi vorweg „erlebt“ und gespeichert. Das Gehirn kann dabei kaum unterscheiden, ob das auf diese Art lebendig „Visionierte“ tatsächlich er-

lebt und „wahr“ ist oder nur vorgestellt. Wir alle kennen diesen Effekt aus Traumerfahrungen, die vom Träumer manchmal kaum von der sogenannten Wirklichkeit zu unterscheiden sind. Wenn die Vision hoch attraktiv ist und gute Gefühle hervorruft, wird sie auch Entscheidungen nach sich ziehen und die Motivation erzeugen, Taten folgen zu lassen, damit sie sich verwirklicht. Man kann sogar Zugang zu Kompetenzen auf diese Weise erlangen.

Entscheidungen werden unbewusst getroffen

Die Zusammenhänge werden schnell klar, nachdem die Hirnforschung belegen kann, dass Entscheidungen bis zu mehreren Sekunden unbewusst in tieferen Regionen als der Großhirnrinde getroffen werden, bevor Sie bewusst wahrnehmen, dass Sie sich entschieden haben, um die „aktuelle“ Entscheidung dann wort- und argumentenreich „rational“ zu begründen (Roth et al.). Entschieden wird offenbar in präbewussten Strukturen, die natürlich auch zu Ihnen selbst gehören, in denen Wünsche, Werte, Überzeugungen, Erfahrungen und vor allem Emotionen eine große Rolle spielen. Die meisten Menschen treffen Entscheidungen, wenn „gute Gefühle“ oder das Vermeiden schlechter im Spiel sind, aufgeführt auf der Bühne subkortikaler Strukturen wie z.B. das limbische System.

Stellen Sie sich vor, Sie stehen morgens stolz und zufrieden mit sich selbst unter der warmen Dusche, nachdem Sie bei herbstlichen 1-2 Grad Celsius, Nieselregen und morgendlichem Halbdunkel einmal wieder den inneren Schweinehund überwunden hatten und 40 Minuten bei einem Puls von 140 Schlägen pro Minute Laufen waren. Danach stellen Sie sich – gedanklich – auf die Waage, und sehen vor dem inneren Auge das angestrebte Gewicht und den entsprechenden Körperfettwert. Nach dem Frühstück fahren Sie ins Büro, und man fragt Sie ungläubig im Fahrstuhl, ob Sie einmal wieder am Morgen bei diesem Wetter Joggen waren, und Sie antworten mit einer inneren Lässigkeit „selbstverständlich, das mache ich jeden Tag“ und Sie sehen den bewundernden Blick

KOLUMNE „FÜHREN IM WANDEL“ / KRANKENHAUS UND RECHT

FÜHREN IM WANDEL III:

in den Augen Ihres Gegenüber, während Sie die Gedanken fast lesen können, dass er oder sie das niemals so konsequent schaffen würde – und das alles passierte nur in Ihrem „Kopfkino“.

Was meinen Sie, motiviert Sie mehr, morgens 4-5 mal in der Woche zu laufen: Die kognitive Einsicht, etwas Gutes für Ihre Gesundheit zu tun und in 10 oder 15 Jahren keinen Herzkasperl oder dicken Bauch zu haben oder die lebendige, aktuelle Vorstellung guter Gefühle von Stolz, Willensstärke, Gelassenheit verbunden mit dem Film, der gerade vor Ihrem inneren Auge abgelaufen ist ?

Menschen entscheiden sich nur für etwas, das sie sich vorstellen können

Wenn Sie anstreben, dass Sie oder andere eine Entscheidung für etwas Neues treffen, dann sorgen Sie dafür, dass man sich das Neue tatsächlich vorstellen kann, d.h. es muss sich innerhalb des „Denkrahmens“ der Beteiligten befinden. Wenn Menschen gemeinsam innerhalb vorgegebener Leitplanken ein inhaltlich attraktives und emotional ansprechendes Zukunftskonstrukt selbst erarbeiten, erzeugt dies Sog, und die Menschen

arbeiten direkt und indirekt daran, diese Gedanken und Pläne auch tatsächlich zu verwirklichen. Hierbei spielt Großgruppenarbeit eine wichtige Rolle sowie die rhetorischen Kompetenzen der Führungskräfte, durch Geschichten und bildhafte Sprache das Neue in gedanklich fassbare Vorstellungen zu bringen. Darauf basiert auch der bekannte SMART-Begriff gut beschriebener strategischer Ziele. **S** steht für situationsspezifisch, vorstellbar, bildhaft beschrieben, **M** für messbar durch Kennzahlen, **A** für attraktiv und positiv beschrieben (ohne Verneinung, ohne Vergleich, da das Unbewusste das Nicht nicht verarbeiten kann – bitte denken Sie jetzt nicht an einen rosaroten Elefanten, auf dem kein Affe mit einem gelben Sonnenschirm sitzt ...), **R** für realistisch und **T** für terminiert. Inhalt, Ausmaß und Zeit eines zukünftigen Zustandes ist so eindeutig beschrieben. Solche Ziele ermöglichen es, wie die Summe der Pixelpunkte eines Bildschirms den zukünftigen Gesamtzustand gedanklich und emotional vorwegzunehmen. Insofern ist eine gute und wirksame Strategie für die Beteiligten wie eine gute „Erinnerung an die Zukunft“, die danach strebt, auch tatsächlich realisiert zu werden.

PRIVATKLINIKEN:

Ausgründung von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser

Dr. Dr. Thomas Ufer

Der Bundesgerichtshof hat in seinem Beschluss vom 21. April 2011 (III ZR 114/10) klargestellt, dass eine Privatklinik auch dann nicht den Bestimmungen des Krankenhausentgeltrechts unterliegt, wenn der Alleingesellschafter der Privatklinik gleichzeitig Träger eines Plankrankenhauses ist und diese ihre Patienten mit Hilfe der apparativen Ausstattung und unter dem Einsatz von Ärzten des Plankrankenhauses behandelt.

Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zugrunde: Die Beklagte ist Trägerin eines Plankrankenhauses und gleichzeitig Alleingesellschafterin

einer Privatklinik. Diese umfasst 26 Betten und ist in räumlicher Nähe zum Plankrankenhaus angesiedelt. Die Behandlung der Patienten findet mit Hilfe der apparativen Ausstattung und unter dem Einsatz der Chefärzte des Plankrankenhauses statt. Der klagende Verband der privaten Krankenkassen e.V. nahm die Beklagte wegen der Gestaltung der Entgelte in ihrer Privatklinik auf Unterlassung in Anspruch, da die Ausgründung der Privatklinik eine unzulässige Umgehung des Krankenhausentgeltrechts darstelle. Sowohl das LG Kempten (Allgäu) als auch das OLG München wiesen die Klage ab.

KRANKENHAUS UND RECHT

PRIVATKLINIKEN II:

Der BGH lässt die Revision nicht zu und führt in seinem Beschluss dahingehend aus, dass die Ansicht des Berufungsgerichts richtig sei. So könne das Krankenhausentgeltrecht nicht voraussetzungslos für alle Arten von Krankenhäusern gelten. Die darin enthaltenen Einschränkungen der Vertragsfreiheit stünden im unmittelbaren Zusammenhang mit der Investitionsförderung, auf die vor allem Plankrankenhäuser nach § 8 KHG einen Anspruch hätten. Demgegenüber müssten z.B. Privatkliniken, die gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG i.V.m. § 67 AO keinen Anspruch auf Förderung haben, auf Basis einer anderen finanziellen Grundlage kalkulieren. Eine solche Privatklinik habe daher in den Grenzen der §§ 134, 138 BGB (Sittenwidrigkeit) die Möglichkeit der freien Preisgestaltung. Die Klägerin könne zudem außerhalb des § 17 Abs. 1 S. 5 KHEntgG keinerlei gesetzliches Recht anführen, welches ihr einen Anspruch auf Herabsetzung unangemessen hoher Entgelte gegenüber der Beklagten einräume.



Dr. Dr. Thomas Ufer
Rechtsanwalt und Arzt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Kanzlei Dr. Halbe – Rechtsanwälte, Köln/
Berlin
www.medizin-recht.com
Foto: Ufer

Der BGH stellt weiterhin klar, dass die Tatsache der Alleingeschafterstellung des Trägers des Plankrankenhauses von den oben genannten Maßgaben keine Abweichung verlange, solange das Plankrankenhaus seinen durch den Krankenhausplan zugewiesenen Versorgungsauftrag erfülle. Außerdem müsse sichergestellt sein, dass das legislative Vorbild eingehalten würde und das Plankrankenhaus weiterhin sowohl Selbstzahler als auch Privatpatienten behandle. Unerheblich sei auch die Nutzung der ärztlichen und apparativen Versorgungsstruktur des Plankrankenhauses durch die ausgegründete Privatklinik. Die Pflicht eines Krankenhauses zur Sicherstellung der ausreichenden medizinischen und pflegerischen Versorgung seiner Patienten sei nicht dahingehend zu verstehen, dass dieses vollumfäng-

lich durch eigenes Personal bzw. eigene Apparate zu erfolgen habe, sondern bedeute, dass eine benötigte Leistung jederzeit abrufbar zu sein habe (was im Übrigen durch die Konzessionserteilung indiziert sei, vgl. Versagungstatbestände gemäß § 30 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und Nr. 1a GewO).

Eine differenzierende Beurteilung könne notwendig sein, falls eine klare Abgrenzung der Leistungsbeziehungen zwischen Plankrankenhaus und Privatklinik in räumlicher, personeller und organisatorischer Hinsicht nicht nachvollzogen werden könne und dadurch eine Quersubventionierung der öffentlichen Hand zugunsten von Privatkliniken befürchtet werden müsse. Überprüfung und ggf. Sanktionierung eines solchen Sachverhalts liege aber im Aufgabenkreis der zuständigen Aufsichtsbehörde. Eine Umgehung dieses Zuständigkeitsverhältnisses mit der Folge, dass eine zivilrechtliche Sanktionierung über §§ 134, 138 BGB die Vertragsbeziehungen zwischen Patient und Privatklinik bestimmen und somit zur Durchsetzung der ordnungspolitischen Zielvorstellung des Gesetzgebers bezüglich des KHG und KHEntgG führen würde, käme aber einer mittelbaren Unterwerfung der Privatkliniken unter § 17 Abs. 1 KHEntgG gleich und wäre somit unzulässig.

Bezüglich eventueller Bedenken der nachteiligen Auswirkung für Privatpatienten aufgrund wesentlich teurerer Behandlungen in Privatkliniken weist der BGH darauf hin, dass eine jeweilige dem Einzelfall angepasste Hinweispflicht bestehe, die aber ohnehin bei begründeten Zweifeln an der Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten gegeben sei.

Während die Rechtsprechung auf der Grundlage des geltenden Rechts in diesen Fällen eine Unanwendbarkeit des Krankenhausentgeltrechts sieht, scheint der Gesetzgeber einen anderen Lösungsweg einzuschlagen. Nach einem bisher nicht veröffentlichten Änderungsantrag soll für Leistungen in ausgegründeten Privatkliniken kein höheres Entgelt verlangt werden dürfen, soweit

KRANKENHAUS UND RECHT / MARKT

PRIVATKLINIKEN III:

deren Leistungsspektrum dem des Plankrankenhauses entspricht, ergo zunächst teilweise eine entsprechende Anwendung des Krankenhausentgeltrechts und der Pflegesatzverordnung statt-

finden. Die konkrete Ausgestaltung bleibt abzuwarten. Möglicherweise wird aber der Ausgründung von Privatkliniken ein Riegel vorgeschoben.

INDEX FÜR DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT (GWX) / AUSWERTUNG OKTOBER:

Kostensteigerungen dämpfen Klinik-Erwartungen

Uwe K. Preusker

Der Gesamtwert des Index für die Gesundheitswirtschaft, mit dem das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) monatlich das aktuelle Geschäftsklima der Unternehmen und Freiberufler in der Gesundheitswirtschaft ermittelt, ist im Oktober 2011 gegenüber dem Vormonat deutlich auf den im August 2011 erreichten Wert zurückgefallen: Der Gesamtwert des GWX-Index sank von 104,7 (September) um 1,6 Punkte auf 103,1 (Oktober 2011). Grund hierfür ist der starke Rückgang der Bewertung der wirtschaftlichen Situation im Bereich der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, zu denen auch die Krankenhäuser und Reha-Kliniken zählen: Für diesen Teilbereich sank der

Deutlich negativere Zukunftserwartungen der Kliniken

Die am GWX teilnehmenden Krankenhäuser hatten dabei auch im Oktober eine insgesamt recht positive Einschätzung ihrer aktuellen Geschäftslage: Fast 55 Prozent der Kliniken antworteten hier mit gut (knapp 46 Prozent) oder sehr gut (neun Prozent). Mit „unverändert“ antworteten gut 36 Prozent und mit „schlecht“ etwas mehr als neun Prozent. Im September hatten insgesamt 56 Prozent der antwortenden Kliniken die Geschäftslage als gut eingeschätzt, weitere 40 Prozent als unverändert. Nur vier Prozent sahen im September die Geschäftslage für ihre Klinik als schlecht an.

GWX-Ergebnisse August 2010 bis Oktober 2011

	08 - 2010	09 - 2010	10 - 2010	11 - 2010	12 - 2010	02 - 2011	03 - 2011	04 - 2011	05 - 2011	06 - 2011	07 - 2011	08 - 2011	09 - 2011	10 - 2011
Geschäftslage insgesamt	100,0	98,1	98,3	96,8	100,8	100,0	102,1	101,2	102,8	100,1	100,3	103,1	104,7	103,1
Geschäftslage Unternehmen	100,0	97,2	94,6	89,9	94,1	92,7	97,1	94,8	95,8	91,1	91,7	95,6	98,3	95,6
Geschäftslage Freiberufler	100,0	99,5	104,0	107,3	110,9	111,0	109,7	111,1	113,6	113,7	113,4	114,6	114,4	114,6

Index mit gleitendem Drei-Monats-Durchschnitt (08/2010=100) / korrigierte Werte für März 2011 / Quelle: GWX Oktober 2011

Index-Wert von 98,3 (September 2011) auf jetzt nur noch 95,6 und damit auch hier exakt auf den bereits im August 2011 erreichten Wert. Dagegen ist das Geschäftsklima bei den Freiberuflern (niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Apotheker) weiter leicht von 114,4 (September 2011) auf 104,6 im Oktober 2011 angestiegen.

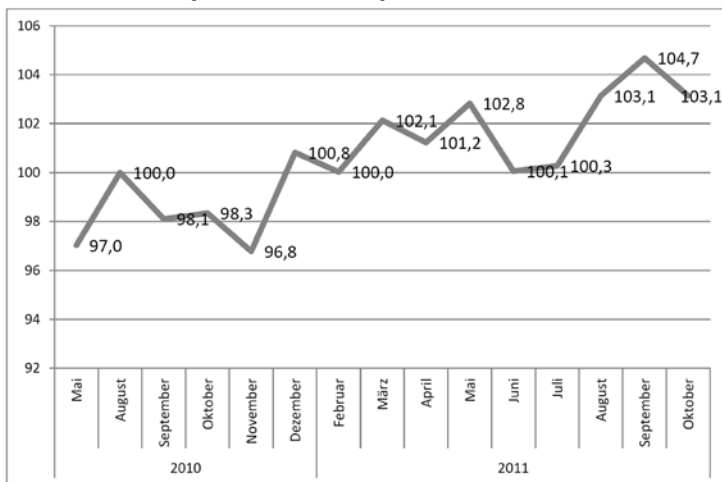
Diese Einschätzung der Geschäftslage ändert sich allerdings deutlich ins Negative, wenn man die Kliniken nach ihrer Erwartung für die nächsten sechs Monate befragt: Für diesen Zeitraum sehen nur noch knapp 23 Prozent (September: 32 Prozent) eine gute oder sehr gute Geschäftslage, dagegen erwarten 50 Prozent (September: 60

MARKT

INDEX FÜR DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT (GWX) / AUSWERTUNG OKTOBER II:

Prozent) eine unveränderte Situation. Und: Gut 27 Prozent bezeichnen ihre Erwartungen zur Entwicklung der Geschäftslage für die kommenden sechs Monate als „schlecht“. Im September galt diese Einschätzung nur für acht Prozent der Kliniken.

GWX: Entwicklung der Geschäftslage insgesamt von 08/2010 bis 10/2011



Index mit gleitendem Drei-Monats-Durchschnitt (08/2010=100) / korrigierte Werte für März 2011 / Quelle: GWX Oktober 2011; © Klinik Markt inside

Der Grund für die Verschlechterung der Erwartungen im Hinblick auf die Geschäftslage liegt zumindest zu einem nennenswerten Teil in der Kostenentwicklung: Bei der Frage nach der aktuellen Situation bei der Kostenentwicklung gibt im Oktober ein Großteil der befragten Kliniken leicht (73 Prozent) oder stark (14 Prozent) steigende Kosten an. Lediglich 14 Prozent sehen gleich blei-

bende Kosten. Und: Diese Einschätzung bleibt auch für die kommenden sechs Monate praktisch gleich. Daraus wird deutlich, dass nach wie vor die Kostenentwicklung für die meisten Kliniken ein zentrales Problem darstellt. Dazu haben im Oktober sicher die laufenden Tarifverhandlungen für den ärztlichen Bereich beigetragen, die – hochgerechnet – eine deutlich über den zulässigen Budgetsteigerungen liegenden Anstieg der Personalkosten erwarten lassen.

Machen Sie mit: Nächste GWX-Befragung vom 7. bis 14. Dezember 2011

Der Index für die Gesundheitswirtschaft (GWX) wird monatlich erhoben. Eine Teilnahme an der Erhebung ist einfach möglich – der GWX-Fragebogen ist in der Zeit vom 7. bis zum 14. Dezember 2011 online unter <http://gesundheitswirtschaftsindex.springermedizin.de/rwi> erreichbar. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa fünf Minuten. Wenn Sie als Verantwortlicher für ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationsklinik also Ihre Einschätzungen zur gegenwärtigen und zukünftigen Geschäftslage, zur Nachfrage und Kostenentwicklung mit in das GWX-Panel einbringen wollen, nutzen Sie diese Möglichkeit. Je mehr Kliniken sich beteiligen, desto besser ist natürlich der Aussagewert des GWX speziell für den stationären Bereich.

KLINIKUM AUGSBURG:

Zentrumsmanagement – neu gedacht

Uwe K. Preusker

Zum 1. Oktober 2011 sind die 24 Kliniken und Institute des Klinikums Augsburg in sieben Zentren zusammengefasst worden. Seither sind insgesamt acht Zentrumsmanager für die administrative Steuerung und Führung der Kliniken zuständig. Ziel der Implementierung der neuen Organisationsform „Zentrumsmanagement“ ist

es vor allem, die innerklinischen und klinikübergreifenden Prozesse durch kennzahlen- und ergebnisorientierte interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. „Das Ziel ist eine hohe Leistungsfähigkeit, verbunden mit großer Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, bei effizientem Einsatz personeller und materieller Ressourcen“,

MARKT

KLINIKUM AUGSBURG II:

erläuterte Alexander Schmidtke, der Vorstand des Klinikums Augsburg.

Leitungsteam aus Chefärzten und Zentrumsmanager

Erreicht werden soll dies durch eine Neustrukturierung der Aufgaben der Klinikcontroller und Pflegedienstleitungen.

Bisher erfolgte die Steuerung der klinischen Prozesse medizinisch durch die Chefärzte, pflegerisch durch die Pflegedienstleitungen begleitet durch die Arbeit der Klinikcontroller. Die neue Struktur sieht vor, dass die Chefärzte im Hinblick auf die Erreichung der Zielvorgaben durch die Zentrumsmanager unterstützt werden, indem diese die patientennahen Prozesse administrativ-organisatorisch (nicht medizinisch-inhaltlich) begleiten. Aufbauorganisatorisch sind die Zentrumsmanager direkt der Unternehmensleitung mit Vorstand, Medizinischem Direktor und Pflegedirektor unterstellt.



Alexander Schmidtke, Vorstand des Klinikums Augsburg: „Die Aufteilung von reinen Verwaltungsfunktionen mit Kostenrechnung und Kennzahlen auf der einen Seite und der klinische Alltag von Ärzten, Pflege und medizintechnischem Dienst auf der anderen Seite, das wollen wir so nicht länger fortführen.“

Foto: Klinikum Augsburg

Bei der Zusammensetzung der sieben Zentren wurde größtenteils auf eine therapiebezogene Nähe oder eine Vergleichbarkeit in organisatorischen Abläufen geachtet. Sie sind somit nicht deckungsgleich mit den bestehenden Organzentren. Außerdem sollte eine betrieblich gut steuerbare Größenordnung der einzelnen Zentren erreicht werden: „Die Zentren umfassen drei bis sechs Kliniken mit bis zu 330 Betten und durchschnittlich etwa 300 nicht-ärztliche Mitarbeiter“, so Schmidtke. Ihnen wurden ein bis zwei Zentrumsmanager zugeordnet, langfristig soll das

Team voraussichtlich jedoch noch verstärkt werden.

Aufgabe der Zentrumsmanager ist es, gemeinsam mit den Chefärzten die Prozesse in den Kliniken und Instituten zu optimieren sowie die wirtschaftliche Steuerung bis in das operative Geschäft des Klinikbetriebes zu übernehmen. Erläuternd hieß es, die Balance zwischen medizinisch-pflegerischer Erfordernis und wirtschaftlich Möglichem erfordere sparsamen Ressourceneinsatz, der nur mit nachhaltiger Steuerung anhand exakter Kennzahlen möglich sei. Dies laufe alles beim Zentrumsmanager zusammen, der alle notwendigen Maßnahmen zur Prozessoptimierung abstimme und koordiniere und dabei auch die erforderlichen Investitionen berücksichtige.

Vorgesetzter des gesamten nicht-ärztlichen Personals

Zusätzlich sind die Zentrumsmanager für die Führung der Stationsleitungen, Pflegekräfte und Mitarbeiter weiterer Berufsgruppen zuständig. „Den Zentrumsmanagern ist überwiegend das nicht ärztliche Personal unterstellt“, so Schmidtke. Dadurch wurden die bisher weitgehend getrennten Aufgabenbereiche der Pflegedienstleitungen und des klinikbezogenen Controllings in die Hand der neuen Zentrumsmanager gegeben. „Die Aufteilung von reinen Verwaltungsfunktionen mit Kostenrechnung und Kennzahlen auf der einen Seite und der klinische Alltag von Ärzten, Pflege und medizintechnischem Dienst auf der anderen Seite, das wollen wir so nicht länger fortführen“, betonte Schmidtke. Statt dessen solle die Prozesssteuerung noch stärker durch die klinisch Verantwortlichen wahrgenommen werden. Um diesen Aufgaben gerecht werden zu können, wurden als Zentrumsmanager Personen ausgewählt, deren berufliche Qualifikation je nach Zentrumsausrichtung aus einem Pflegemanagementstudium mit kaufmännischer Zusatzqualifikation oder einer betriebswirtschaftlichen Ausrichtung besteht. Durch die Einführung des Zentrumsmanagements ändern sich in Augsburg auch die Rahmenbedingungen für die Leitungen von Stationen

MARKT / MARKT-INFO

KLINIKUM AUGSBURG III:

und Funktionsstellen. Sie erhalten mehr Einfluss bei der Personalsteuerung, Personalauswahl und -entwicklung und die hierfür erforderlichen Instrumente. „Von der Einführung des Zentrumsmagements und der Synthese bislang getrennter

Funktionen aus Pflegemanagementkompetenz und Klinikcontrolling erwarten wir uns eine deutliche Verbesserung und Prozessverschlankeung“, betont Alexander Schmidtke.

RHÖN-KLINIKUM AG:

Verlangsamtes Wachstum

In den ersten drei Quartalen 2011 hat die Rhön-Klinikum AG ihren Umsatz gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 2,9 Prozent auf rund 1,96 Milliarden Euro gesteigert. Das geht aus den Ende Oktober bekannt gegebenen Zahlen des Konzerns für die ersten drei Quartale hervor. Wie die Rhön-Klinikum AG betonte, befindet sich der Konzern damit weiterhin auf dem prognostizierten Wachstumskurs. Dabei sind die Patientenzahlen im dritten Quartal 2011 mit einem Plus von 10,9 Prozent deutlich stärker gestiegen. Insgesamt wurden im gesamten Klinikverbund im dritten Quartal 1,7 Millionen Patienten behandelt. Der Konzerngewinn lag im Berichtszeitraum bei 120,3 Millionen Euro und übertraf damit den Wert der Vergleichsperiode 2010 um 12,2 Prozent. Das operative EBITDA stieg im selben Zeitraum um 6,7 Prozent auf 243,8 Millionen Euro. Das berichtete EBITDA sei allerdings durch einen einmaligen, nicht-operativen Sondereffekt

positiv beeinflusst. Das EBIT wuchs in den ersten drei Quartalen 2011 um 3,4 Prozent auf 153 Millionen Euro.

Ausgehend von der Leistungs- und Ergebnisentwicklung der ersten neun Monate erwartet der Rhön-Vorstandsvorsitzende Wolfgang Pföhler unverändert für das gesamte Geschäftsjahr 2011 – ohne weitere Akquisitionen und bei den derzeit bekannten gesetzlichen Rahmenbedingungen – Umsatzerlöse von etwa 2,65 Milliarden Euro, ein operatives EBITDA von 340 Millionen Euro und einen Konzerngewinn von 160 Millionen Euro. Für die beiden zuletzt genannten Zahlen gilt dabei eine Bandbreite von jeweils fünf Prozent nach oben und unten. Pföhler betonte in diesem Zusammenhang: „Wir setzen im weiteren Verlauf des Jahres konsequent auf Effizienzgewinne aus unseren standortbezogenen Optimierungsprogrammen.“

(scp/upr)

VERKAUF DER SALZLANDKLINIKEN:

Erneute Abstimmung über den Käufer am 9. November

Der Kreistag des Salzlandkreises wird am 9. November in einer Sondersitzung erneut darüber abstimmen, wer letztlich der Käufer der Salzlandkliniken sein wird. Wie in den KMi-News bereits gemeldet, hatte der Landrat des Salzlandkreises Ulrich Gerstner gegen den Beschluss des Kreistages für den Verkauf an den Schweizer Ameos-Konzern (siehe KMi-News vom 12.10.2011 und KMi 20/2011) Widerspruch eingelegt. Gerstner begründete seinen Einwand mit rechtlichen Bedenken. Der Kaufvertrag würde einem möglichen Prüfverfahren durch die EU-Kommission

nicht standhalten und auch noch nach Jahren für nichtig erklärt werden können, so der Landrat. Als Begründung führte er an, das Ameos-Angebot habe um etwa 20 bis 30 Millionen unter dem des Mitbewerbers Helios Kliniken GmbH gelegen. Allerdings hatte Ameos rund dreimal mehr Investitionen als Helios zugesagt: Ameos will bis Ende 2031 rund 144 Millionen in die Kliniken des Kreises investieren, Helios sagte hingegen nur Investitionen in Höhe von knapp 57 Millionen Euro bis Ende 2017 zu.

(scp/upr)