

Gesundheitsbarometer

Mai 2009, Frühjahrsausgabe

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute die Frühjahrsausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG mit dem Schwerpunktthema „Ein Blick zum Nachbarn: Das Gesundheitssystem Großbritanniens“ präsentieren zu können.

Die Frage nach dem idealen Gesundheitssystem ist kaum zu beantworten. Das deutsche Gesundheitssystem hat den Ruf, eine gute Qualität bei vergleichsweise hohen Kosten zu bieten. Viele andere Länder geben zwar weniger für die Gesundheit aus, bieten dabei jedoch häufig einen geringeren Qualitätsstandard.

Gerade das britische Gesundheitssystem gilt als Beispiel für lange Wartezeiten und schlechte hygienische Zustände. Die Ausgabeneffizienz beider Systeme zeigt jedoch, dass Deutschland bei Effizienzverbesserungen auch vom britischen Gesundheitssystem lernen kann.

Über die künftige Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems und die Besonderheiten des britischen Systems diskutieren wir mit Franz Knieps, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit, sowie mit Sandra Matk, Referentin für Arbeit und Soziales an der Britischen Botschaft in Berlin.

Hinweisen möchten wir zudem auf den zweiten Teil unserer Analyse zur Zukunft kleiner Krankenhäuser – Garanten wohnortnaher, bedarfsgerechter Krankenhausversorgung. Wir beleuchten die Chancen kleiner Krankenhäuser und zeigen auf, wie kleine Einrichtungen ihre Wirtschaftlichkeit sicherstellen können. Der dritte Teil dieser Reihe wird in der nächsten Ausgabe des Gesundheitsbarometers im August ein Praxisbeispiel zur Zukunft kleiner Krankenhäuser darstellen.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!

Mit besten Grüßen

Ulrich Maas

Mitglied des Vorstands

Prof. Dr. Volker Penter

Partner, Leiter Health Care



Ulrich Maas



Prof. Dr. Volker Penter

Inhalt

Editorial

Schwerpunktthema

„Ein Blick zum Nachbarn: Das Gesundheitssystem Großbritanniens“

Interview

Unsere Health Care-Spezialisten berichten

- KPMG-Analyse zur Zukunft kleiner Krankenhäuser – Garanten wohnortnaher, bedarfsgerechter Krankenversorgung, Teil 2: Die Chancen kleiner Krankenhäuser
- KPMG-Studie zum Prozessmanagement bei gesetzlichen Krankenversicherungen: Die Hälfte der befragten gesetzlichen Krankenkassen sieht sich in der Nähe von Best Practice

Benchmarking-Kennzahl des Monats – Anlagenabnutzungsgrad

Nachrichtenticker Gesundheitswesen

Publikationen

Veranstaltungen

Impressum

Schwerpunktthema

Ein Blick zum Nachbarn: Das Gesundheitssystem Großbritanniens

Chronische Unterfinanzierung, lange Wartelisten, Hygiene- und Daten-skandale in Großbritannien stehen deutscher Spitzenmedizin gegenüber. Ein unvoreingenommener Blick zum britischen Nachbarn gibt Aufschluss, ob das deutsche Gesundheitssystem nicht auch vom britischen Gesundheitssystem lernen kann.

Unterschiedliche Systeme – ähnliche Probleme?

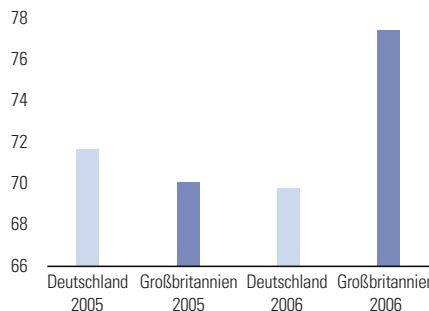
Auf den ersten Blick haben die Gesundheitssysteme Deutschlands und Großbritanniens wenig Gemeinsamkeiten. Das britische Gesundheitssystem wird hauptsächlich aus Steuern finanziert, ist staatlich verwaltet und bietet jedem Bürger kostenfreie medizinische Versorgung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Im Gegensatz dazu finanziert sich das deutsche Gesundheitssystem hauptsächlich aus einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen. Die zahlreichen deutschen Krankenversicherungen sind rechtlich selbstständig und unabhängig organisiert. An der medizinischen Leistungserbringung beteiligt sich die öffentliche Hand nur teilweise.

Betrachtet man die Qualität auf Basis des Euro Health Consumer Index (EHCI), ergibt sich ein eindeutiges Bild zugunsten des deutschen Gesundheitssystems. Nach diesem Index liegt Deutschland auf Rang sechs, Großbritannien auf Rang 13.

Ist damit das deutsche Gesundheitssystem dem britischen überlegen? Vergleicht man die Ausgabeneffizienz, also das Verhältnis von Qualität des Gesundheitssystems und den dafür erforderlichen Ausgaben, ist die Frage nicht ganz so eindeutig mit Ja zu beantworten.

Setzt man den EHCI als Maßstab der Qualität ins Verhältnis zum jeweiligen Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt und ermittelt so die Ausgabeneffizienz für beide Systeme, so zeigt sich folgendes Bild:

Abb. 1: Ausgabeneffizienz Deutschland/Großbritannien



Quelle: Euro Health Consumer Index; OECD Health Data; eigene Berechnung

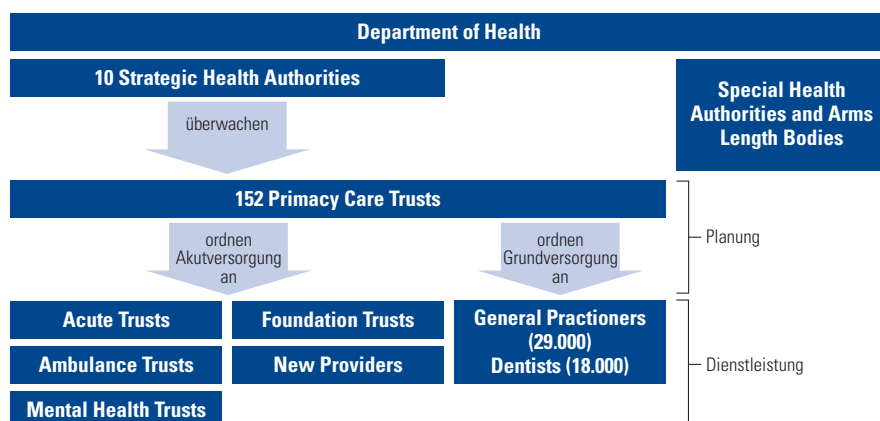
In puncto Ausgabeneffizienz befanden sich Deutschland und Großbritannien im Jahr 2005 nahezu auf einem Niveau. Mit der letzten vorliegenden Datenreihe aus dem Jahr 2006 hat Großbritannien Deutschland mittlerweile übertroffen.

Der Aufbau des britischen Gesundheitssystems

Die medizinische Versorgung wird in Großbritannien überwiegend durch den staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, kurz: NHS) durchgeführt. Eine gesetzliche Versicherungspflicht existiert in Großbritannien nicht. Dennoch verfügt jeder achte Brite über eine private Krankenversicherung, da diese die Inanspruchnahme von Dienstleistungen privater Gesundheitsversorger ermöglicht und auf diese Weise persönliche Wartezeiten vermeiden hilft.

Grundsatz des NHS ist die kostenfreie medizinische Behandlung aller Bürger. Zuzahlungen zu Medikamenten und andere Formen der Selbstbeteiligung existieren in Großbritannien in deutlich geringerem Ausmaß als in Deutschland. Der NHS wird dabei vom britischen Gesundheitsministerium gesteuert. In England setzen zehn regionale Gesundheitsbehörden (Strategic Health Authorities, kurz: SHA) die Vorgaben des Gesundheitsministeriums um. Die SHAs wiederum kontrollieren rund 150 lokale Gesundheitsverwaltungen, sogenannte Primary Care Trusts (PCTs). Den PCTs kommt eine große Bedeutung im britischen Gesundheitssystem zu, da sie für mehr als drei Viertel der britischen Gesundheitsausgaben verantwortlich sind. Die PCTs ermitteln den Bedarf an ambulanten und stationären Leistungen und kaufen diese bei Krankenhäusern und Hausärzten ein.

Abb. 2: Britische Gesundheitsversorgung



Quelle: KPMG

Krankenhäuser sind in Großbritannien in der Regel semiautonom, da sie unter anderem im Bereich ihrer Investitionsplanung und Mittelverwendung von den übergeordneten Kontrollbehörden abhängig sind. Besondere Freiheiten genießen Foundation Trusts, die als Krankenhäuser mit überdurchschnittlichem Qualitäts- und Leistungsniveau ausgezeichnet wurden. Die Vergütung der Krankenhausleistungen erfolgt dabei fallpauschalenbasiert im Payment by Results-System, welches dem deutschen DRG-System ähnelt.

Pfeiler der medizinischen Grundversorgung in Großbritannien ist das Hausarztprinzip (General Practitioner, kurz: GP). Jeder Patient hat sich zunächst von seinem Hausarzt, einem niedergelassenen Allgemeinmediziner, bei dem er registriert ist, untersuchen zu lassen, bevor gegebenenfalls eine weitere Behandlung von einem Facharzt erfolgt. GPs sind häufig in Ärztezentren oder Gemeinschaftspraxen organisiert und werden zum Teil qualitätsabhängig vergütet, wohingegen Fachärzte in der Regel nur in Krankenhäusern praktizieren. Eine strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor existiert in Großbritannien nicht. Britische Krankenhäuser bieten somit einen Mix aus ambulanten und stationären

Leistungen an, sodass sie mehr als medizinische Leistungszentren und weniger als stationäre Einrichtungen verstanden werden können.

Qualität der Gesundheitsversorgung

Betrachtet man ausschließlich die Qualität auf Basis des genannten EHCI, ergibt sich ein eindeutiges Bild zugunsten des deutschen Gesundheitssystems. Der EHCI berücksichtigt mehr als 25 Qualitätskriterien der Bereiche Patientenrechte/Information, e-Health, Wartezeiten, Ergebnisse und Umfang der Gesundheitsversorgung sowie Arzneimittel. Verglichen mit den Gesundheitssystemen der anderen EU-Länder befindet sich Deutschland im Jahr 2008 auf Rang sechs, Großbritannien auf Rang 13. Insbesondere in den Bereichen Zugang zu Spezialisten und Wartezeiten bei elektiven Eingriffen und MRT-Untersuchungen schneidet Großbritanniens Gesundheitssystem schlechter ab als das deutsche. Jedoch: In einzelnen Bereichen wie der Verfügbarkeit von elektronischen Rezepten, dem elektronischen Austausch von Patientenunterlagen, aber auch teilweise im Bereich der Gesundheitsvorsorge, wie zum Beispiel bei Mammografieuntersuchungen, weist das britische Gesundheitssystem Vorteile gegenüber dem deutschen auf.

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn man die von Patienten wahrgenommene Versorgungsqualität betrachtet. Entsprechend der vom Commonwealth Fund durchgeführten Patientenbefragung sind im Vergleich zu Deutschland nur halb so viele Patienten in Großbritannien der Meinung, dass ihr Gesundheitssystem völlig neu gestaltet werden müsste.

Zudem bewerten in Großbritannien deutlich mehr Patienten die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung als hervorragend oder gut. Verständlich, wenn man sich vor Augen führt, dass in Deutschland die Zeit, die ein Arzt im Durchschnitt für einen Patienten aufwenden kann, mit acht Minuten deutlich knapper als in Großbritannien mit 14 Minuten bemessen ist.

Zugang zur medizinischen Versorgung

Obwohl jeder Patient in Großbritannien das Recht auf medizinische Versorgung hat, sind die Wartezeiten in Großbritannien länger als in Deutschland. Allerdings wird an der Verkürzung der Wartezeiten in Großbritannien gearbeitet. Mittlerweile werden mit 8,6 Wochen Wartezeit von der Hausarztüberweisung bis zur Behandlung im Krankenhaus die kürzesten Wartezeiten seit Gründung des NHS gemeldet.

Die Informationsmöglichkeiten, die britische Patienten verglichen mit deutschen Patienten bei der Wahl eines Gesundheitsdienstleisters besitzen, sind umfassender. Jeder Patient kann sich schnell und einfach über die Internetseite des NHS über Wartezeiten, medizinische Qualität, aber auch Wirtschaftlichkeit informieren und so zum Beispiel verschiedene Krankenhäuser auf einen Blick vergleichen, bevor er sich für ein Krankenhaus entscheidet.

Ressourceneinsatz Krankenhaus

Krankenhausexperten kritisieren häufig den im internationalen Vergleich hohen Ressourceneinsatz in deutschen Krankenhäusern im Vergleich zur erzielten Qualität. Schon in den 1990er-Jahren ergaben Untersuchungen, dass in Großbritannien beispielsweise wesentlich weniger Ressourcen in Form von Arbeitsstunden, der Inanspruchnahme von Infrastruktur, Medizintechnik, Arzneimitteln und Materialien für die Behandlung bestimmter Krebserkrankungen eingesetzt wurden, um gleiche mittlere Überlebensdauern wie in Deutschland zu erzielen. Betrachtet man heute die durchschnittliche Verweildauer eines britischen Patienten im Krankenhaus, so lag diese im Jahr 2006 nach OECD-Statistik mit 7,5 Tagen etwa zwölf Prozent unter der durchschnittlichen Verweildauer von 8,5 Tagen eines deutschen Patienten. Nach NHS-Statistik ist der Unterschied noch deutlicher.¹ Weiterhin ist in Deutschland die Anzahl von Doppeluntersuchungen rund dreimal so hoch wie in Großbritannien. Nur halb so viele britische wie deutsche Patienten sind der Ansicht, dass Ärzte Behandlungen mit wenig oder keinen Ergebnissen empfehlen. Durch den NHS wurden in den vergangenen Jahren umfassende Effizienzsteigerungs- und Innovationsprogramme forciert. Mittlerweile stehen jedem NHS-Krankenhaus Toolsets zum effizienten OP-Management und zur optimal organisierten Krankenhausstation nach Prinzipien des LEAN-Managements zur Verfügung.

Ausblick

Das Gesundheitssystem Großbritanniens entwächst langsam seinem schlechten Ruf. Dafür hat das britische Gesundheitsministerium in den vergangenen Jahren massiv in die Verbesserung der Gesundheitsversorgung investiert und Merkmale entwickelt, die auch für das deutsche Gesundheitssystem interessant sind. Hierzu zählt vor allem die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegene Ausgabeneffizienz des britischen Gesundheitssystems. Das britische System glänzt zudem mit kurzen Verweildauern, einer niedrigen Rate von Doppeluntersuchungen und einer

gegenüber Deutschland höheren Transparenz. In diesen Bereichen kann Deutschland vom britischen Nachbarn lernen. Noch beeinflusst der Wettbewerb den britischen Gesundheitsmarkt nicht in der Form wie den deutschen Gesundheitsmarkt. Private britische Gesundheitsdienstleister sind weiterhin in der Minderheit. Das NHS als eine der größten Gesundheitsorganisationen der Welt wird in Zukunft sicherstellen müssen, dass innovative Gesundheitskonzepte in allen Regionen Großbritanniens, den einzelnen Krankenhäusern und Arztpraxen umgesetzt werden.

Abb. 3: Ausgewählte Kennzahlen des deutschen und des britischen Gesundheitssystems im Vergleich

	Deutschland	Großbritannien
Ärzte je 1.000 Einwohner 2006	3,5	2,5
Pflegekräfte je 1.000 Einwohner 2006	9,8	11,9
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner 2006	8,3	3,6
Verweildauer 2006	8,5 Tage	7,5 Tage
Gesundheitsausgaben 1996	10,4% BIP	7,0% BIP
Gesundheitsausgaben 2006	10,6% BIP	8,4% BIP
Euro Health Consumer Index (EHCI) 2008	Platz 6	Platz 13

Quelle: OECD 2008; Health Consumer Powerhouse 2008

¹ Der NHS verwendet eine gegenüber der OECD andere Systematik zur Ermittlung der Verweildauer. Die Systematik von OECD und Statistischem Bundesamt stimmen überein.

Interview

mit **Franz Knieps**, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit, und **Sandra Matk**, Referentin für Arbeit und Soziales an der Britischen Botschaft in Berlin

Das deutsche Gesundheitssystem genießt im weltweiten Vergleich einen guten Ruf, da es für kurze Wartezeiten, eine hohe Anzahl von Ärzten je Einwohner, einen einfachen Zugang zur Gesundheitsversorgung und den Einsatz von modernen Behandlungsmethoden bekannt ist. Welche Stärken und Schwächen zeichnen das deutsche Gesundheitssystem aus und welche Herausforderungen sind in den nächsten Jahren zu bewältigen, um in Zukunft als beispielhaftes Gesundheitssystem zu gelten?

Franz Knieps: Die Stärken sind in der Tat geringe Wartezeiten, eine hohe Versorgungsdichte, ein direkter Zugang sowie die Wahlfreiheit der Patienten. In den USA oder in Großbritannien hat der Patient beispielsweise keinen direkten Zugang zum Krankenhaus. Ein weiterer Vorteil ist, dass das deutsche Gesundheitssystem aufgrund der dezentralen Organisation über die Selbstverwaltung ein sehr flexibles System ist und somit auf Änderungen zügig reagieren kann. Das qualitativ sehr hochwertige System erkaufte sich Deutschland über hohe Kosten, was ich als Nachteil und gleichzeitig als Herausforderung für die Zukunft sehe.

Das britische Gesundheitssystem ist in Deutschland sowohl für angesehene Krankenhäuser wie Guy's and St. Thomas' in London als auch für lange Wartelisten bekannt. Welche Stärken und Schwächen hat das britische Gesundheitssystem? Welche Herausforderungen gibt es für die Zukunft?

Sandra Matk: Uns ist bekannt, dass Großbritanniens Gesundheitssystem noch immer mit langen Wartezeiten assoziiert wird, obwohl sich diese drastisch

verkürzt haben. Termine bekommt man heute innerhalb von Tagen und nicht Monaten. Als wesentliche Stärke des britischen Gesundheitssystems sehe ich seine hohe Transparenz. Verständliche und bedarfsgerechte Informationen zur Behandlungsqualität einzelner Krankenhäuser sind im Internet frei zugänglich. Eine der größten Herausforderungen ist der zunehmende Kostendruck auf den NHS. Zwar steht das britische Gesundheitsministerium in Budgetkonkurrenz zu anderen Ministerien, doch in den vergangenen 20 Jahren hat sich das NHS-Budget verfünffacht, Ärzte und Pflegepersonal wurden verstärkt eingestellt und die technische Ausstattung der Krankenhäuser enorm verbessert.

In Großbritannien ist es durchaus üblich, dass ein Krankenhausarzt seine Patienten nach dem stationären Klinikaufenthalt weiterhin ambulant betreut. In Deutschland ist dies kaum möglich. Glaubt man verschiedenen Gesundheitsexperten, ist die in Deutschland bestehende weitgehende Trennung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung ineffizient und patientenunfreundlich. Wie sehen Sie dies und was wird in Zukunft getan werden, um die Sektortrennung weiter aufzubrechen?

Franz Knieps: Die Schwäche des deutschen Gesundheitssystems ist seine sektorale Strukturorientierung. Diese ruft Abgrenzungsprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Bereich hervor. Beispiele sind Unterschiede in der Bezahlung der Leistungserbringer beider Sektoren oder Unterbrechungen der Therapien aufgrund der Übergabe des Patienten vom stationären in den

ambulanten Bereich oder umgekehrt. In den vergangenen Jahren wurden bereits zahlreiche Änderungen zum Aufbrechen der strikten Trennung zwischen ambulant und stationär beschlossen. Eine weitere Aufweichung der Sektortrennung kann nur schrittweise erfolgen, da ein vollständiges Zusammenführen der beiden Sektoren aufgrund der starken Veränderungen am Widerstand zahlreicher Institutionen scheitern würde.

In welchen Bereichen kann aus Ihrer Sicht das deutsche Gesundheitssystem vom britischen Gesundheitssystem lernen?

Sandra Matk: Aus meiner Sicht kann das deutsche Gesundheitssystem am deutlichsten hinsichtlich der bereits angesprochenen Transparenz vom britischen Gesundheitssystem lernen. Ein weiterer Punkt betrifft den Bereich der Patientenerfahrung. In Großbritannien mag die technische Ausstattung in Arztpraxen vielleicht nicht überall so gut sein wie in Deutschland, jedoch scheinen in Großbritannien Ärzte und Krankenschwestern noch mehr Zeit zu haben, sich dem Patienten auch menschlich zu widmen. Des Weiteren ist die in Großbritannien für Fachärzte bestehende Fortbildungspflicht positiv zu erwähnen. Diese verpflichtet jeden Facharzt, sich jährlich im Umfang von mindestens 50 Stunden weiterzubilden.

Spätestens seit Einführung des DRG-Systems rückt neben der Erfüllung des Versorgungsauftrags in Deutschland das wirtschaftliche Handeln der Krankenhäuser in den Fokus. Der Wettbewerb zwischen den Häusern hat zugenommen. Für viele Krankenhäuser scheint jedoch das Ende der Effizienz-

reserven erreicht. Wodurch kann sichergestellt werden, dass der Wettbewerb im Krankenhaussektor in Zukunft nicht auf Kosten der Qualität der Patientenversorgung ausgetragen wird?

Franz Knieps: Ich sehe bei den Krankenhäusern noch nicht das Ende der Effizienzreserven erreicht. In allen Bereichen der Krankenhäuser sind auch heute noch Optimierungspotenziale zu finden. Besonders in der Funktionstrennung zwischen Medizinern und Nicht-Medizinern müssen noch bessere Abstimmungen gefunden werden. Aber auch in der Steuerung der Häuser durch das Management können gerade im öffentlichen und freigemeinnützigen Bereich noch Verbesserungen erzielt werden. Durch eine weiter fortschreitende Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sind zudem weitere Einsparungen möglich.

Mit Einführung des Payment by Results-Systems und der Foundation Trusts rückt neben der Erfüllung des Versorgungsauftrags das wirtschaftliche Handeln der Krankenhäuser auch in Großbritannien in den Fokus. Welche Funktion hat der Wettbewerb im britischen Gesundheitssektor und wie ist sichergestellt, dass der Wettbewerb nicht zum Sinken der Qualität der Patientenversorgung führt?

Sandra Matk: Wettbewerbselemente gibt es auch im NHS. PCTs haben die medizinische Grundversorgung in ihrer Region sicherzustellen und fragen dazu bestimmte medizinische Leistungen mit entsprechenden Preisen und Mengen nach. Folglich konkurrieren Gesundheitsanbieter um die Versorgungsaufträge. Die Qualität der Patientenversorgung wird dabei durch Regulierung, Überwachungsstellen und durch die Existenz von Qualitätsstandards gesichert. Zukünftig soll eine NHS-Verfassung das bisher erreichte Niveau der Patientenversorgung garantieren. Die Care Quality Commission entwickelt zudem 16 natio-

nale Qualitätsstandards, die NHS-Gesundheitsdienstleister beachten müssen – schwere Verstöße werden mit Ausschluss sanktioniert. Die Vergütung von Krankenhaus- und ärztlichen Leistungen basiert auch auf Qualitätskriterien und Ergebnissen aus Patientenumfragen.

Seit dem Jahr 2004 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. So soll Patienten die Wahl eines Krankenhauses erleichtert werden. Britische Patienten können sich jedoch viel einfacher und umfassender über die Qualität eines britischen Krankenhauses oder niedergelassenen Arztes informieren. Was kann getan werden, damit die Qualität der Gesundheitsversorgung auch in Deutschland für den Patienten transparenter und vergleichbarer wird?

Franz Knieps: Der Vorteil des britischen Systems ist, dass der National Health Service (NHS) als Eigentümer der Krankenhäuser Vorgaben für neue Qualitätsmessungen einfacher durchsetzen kann. In Deutschland ist dies durch die Trägervielfalt sowie die Selbstverwaltung schwieriger. Die Schwierigkeit bei der Verbesserung der Transparenz liegt im Entwickeln von für den Patienten leicht verständlichen und gleichzeitig gut vergleichbaren Qualitätsdaten. Hüftgelenkoperationen sind in der Regel leicht vergleichbar, Erkrankungen von multimorbiden Patienten schon deutlich schwieriger. Die Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsdaten ist im Gang. Hierbei findet ein enger Austausch mit anderen europäischen Ländern statt.

Das Hausarztprinzip ist ein Eckpfeiler des britischen Gesundheitssystems, während in Deutschland das Prinzip der freien Arztwahl gilt. Welche Vor- und Nachteile verbinden Sie mit dem Hausarztprinzip?

Sandra Matk: Das Hausarztprinzip gewährleistet sowohl eine effiziente,

konsistente als auch eine patientenindividuelle Behandlung. Der Hausarzt legt für jeden Patienten eine Krankenakte an, die von der Wiege bis zur Bahre geführt wird. Zieht der Patient um, folgt die Krankenakte zur neuen Praxis. Wird der Patient stationär behandelt, wird die Krankenakte dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Somit kommt dem Hausarzt im Zusammenspiel mit den Fachärzten eine zentrale Koordinations- und Überwachungsfunktion zu. Von der ganzheitlichen Behandlung profitieren gerade Patienten mit mehreren Krankheiten. Der Hausarzt muss allerdings einschätzen, wann sein Wissen als Generalist nicht mehr ausreicht und ein Facharzt konsultiert werden muss. Auch seltene Krankheiten müssen erkannt werden, weshalb hohe Anforderungen an die Qualifikation und Ausbildung der Hausärzte bestehen.

Laut einer aktuellen Untersuchung liegt Deutschland bei den Arztbesuchen im internationalen Vergleich an der Spitze. Weiterhin wird dem deutschen Gesundheitssystem vorgeworfen, dass zu viele Ineffizienzen bestehen. Doppeluntersuchungen sind ein bekanntes Phänomen. Welche Anreizsysteme müssen für Patienten, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte geschaffen werden, damit in Zukunft die optimale Menge an Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen wird?

Franz Knieps: Die Regulierung der in Anspruch genommenen Menge an Gesundheitsleistungen ist ein schwieriges, kaum lösbares Thema. Durch einzelne Maßnahmen, wie zum Beispiel die Einführung von Selbstbeteiligungen, konnten in der Vergangenheit stets nur kurzfristige Effekte erzielt werden, die nach einigen Jahren wieder verpufften. Andere Länder haben hierbei die gleichen Probleme. Hinzu kommt, dass die Steuerung durch Selbstbeteiligungen immer die Frage der sozialen Gerechtigkeit aufwirft. Daher gibt es hierfür keinen Königsweg. Eine Regulierung



**Kurzbiografie
Franz Knieps:**

- Jahrgang 1956
- 1975–1981 Studium der Rechts- und Staatswissenschaften an den Universitäten Bonn und Freiburg mit Wahlfach Arbeits- und Sozialrecht
- 1982–1986 Wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell am Institut für Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit an der Universität Bonn
- 1983–1986 Juristischer Vorbereitungsdienst im Bezirk des Oberlandesgerichts Köln mit Schwerpunkt Sozialrecht
- 1984–1986 Studium der Politischen Wissenschaften und der Neueren Deutschen Literatur an der Universität Bonn
- 1986/1987 Referent für rechtspolitische Grundsatzfragen in der Rechtsabteilung des AOK-Bundesverbandes
- 1987/1988 Abordnung ins Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zu Vorarbeiten am Gesundheitsreformgesetz
- 1988/1989 Abordnung als wissenschaftlicher Mitarbeiter zur Enquete-kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestags
- 1990 Abordnung als politischer Berater ins DDR-Ministerium für Arbeit und Soziales und zum Direktor der DDR-Sozialversicherung zur Unterstützung des deutschen Vereinigungsprozesses
- 1989 Leiter des Stabsbereichs Politik im AOK-Bundesverband
- 1998–2003 Geschäftsführer Politik des AOK-Bundesverbandes
- Seit Februar 2003 Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit



**Kurzbiografie
Sandra Matk:**

- Jahrgang 1975
- 2004 Wechsel nach einigen Stationen im Bereich Presse und PR als Projektleiterin zur Exportabteilung der Handwerkskammer Region Stuttgart
- 2006 VIP Visits Officer an der Britischen Botschaft in Berlin
- Seit April 2007 in der Abteilung EU/Wirtschaft als Referentin für Arbeit und Soziales. Ihre Aufgabenbereiche umfassen Arbeit und Beschäftigung, Soziale Sicherungssysteme, Gesundheit, Bildung, Familie und Entwicklungspolitik.

kann nur über ein Paket aus mehreren aufeinander abgestimmten Einzelmaßnahmen erfolgen.

Aus vielen Studien ist ersichtlich, dass in Großbritannien jährlich deutlich weniger Menschen einen Arzt aufsuchen als in Deutschland. Zudem ist die Arztdichte in Großbritannien deutlich geringer. Einige Gesundheitsexperten vermuten daher, dass eine hohe Arztdichte die Anzahl der Arztbesuche erhöht. Welche Anreizsysteme existieren in Großbritannien für Patienten, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, damit die optimale Menge an Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen wird?

Sandra Matk: Ein hoher Ärztemangel würde sich in den Statistiken niederschlagen, aber das ist nicht der Fall. Das britische Gesundheitsministerium hat in den letzten Jahren mehr als 19.000 Ärzte und über 67.000 Pflegekräfte zusätzlich eingestellt sowie weitere Behandlungszentren eingerichtet, um Engpässe abzubauen. Auch die Fallzahlen sind in Großbritannien rückläufig. Ein Grund dafür ist sicherlich auch die Einführung von NHS Direct. Patienten können bei kleineren gesundheitlichen Beschwerden beispielsweise ärztlichen Rat über die Hotline von NHS Direct einholen, ohne gleich den Gang ins Wartezimmer antreten zu müssen. Durch Anreizmodelle arbeitet der NHS darauf hin, Krankenhäuser auf ihre Kernkompetenzen auszurichten. Erfolgreiche Krankenhäuser erhalten mehr Autonomie. Ärzte werden durch verschiedene Vergütungssysteme angehalten, sich auf die Prävention von Volkskrankheiten wie Diabetes zu fokussieren.

Eine kurze Frage zum Schluss: Wie sieht der deutsche Gesundheitssektor in fünf Jahren aus? Werden, wie von vielen Gesundheitsexperten prognostiziert, bedeutend weniger Krankenhäuser existieren? Wie könnte die künftige Krankenha-

finanzierung insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels aussehen?

Franz Knieps: Durch die älter werdende Bevölkerung in Deutschland steigt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Ich erwarte eine weitere Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich. Dadurch wird die Zahl der Krankenhäuser zwangsläufig abnehmen. Eine starke Wettbewerbsposition werden diejenigen stationären Einrichtungen haben, die als integrierte Gesundheitskonzerne mit vernetzten Strukturen am Markt auftreten. Freiberufliche Ärzte wird es demgegenüber tendenziell weniger geben. Die Finanzierung einer teurer werdenden Krankenversorgung über deutlich höhere Krankenkassenbeiträge wird auch künftig nicht vertretbar sein.

Wo sehen Sie das britische Gesundheitswesen in fünf Jahren? Wie werden die Herausforderungen des britischen Gesundheitssystems – auch vor dem Hintergrund eines demografischen Wandels – bewältigt werden?

Sandra Matk: Laut des von Lord Darzi vorgestellten Berichts „NHS Next Stage Review“ steht der Patient zukünftig stärker im Mittelpunkt und hat mehr Mitspracherechte. Die Gesundheitsversorgung soll flexibler und bedarfsgerechter werden. Dazu müssen die Gesundheits- und Pflegedienstleistungen besser verknüpft und die ambulante Versorgung gestärkt werden. Der demografische Wandel ist eine der bekanntesten Herausforderungen, vor denen der NHS steht. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach hochwertigen und umfassenden Gesundheitsleistungen. Mehr Ausgaben entstehen durch höhere Personalkosten, technischen Fortschritt und die Forschung. Auch Lifestyle-Faktoren wie etwa der Anstieg von Adipositas führen zu höheren Kosten. Damit mehr Ressourcen für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehen, werden Effizienzreserven zu heben sein. Dazu sind Investitionen in die Ausbildung der Fachkräfte unerlässlich, insbesondere in die Management-Qualifikationen der PCTs.



Unsere Health Care-Spezialisten berichten

KPMG-Analyse zur Zukunft kleiner Krankenhäuser – Garanten wohnortnaher, bedarfsgerechter Krankenversorgung, Teil 2: Die Chancen kleiner Krankenhäuser

Mehrere Gründe sprechen für den Erhalt von kleinen Krankenhäusern

Gegen die Schließung oder Umwandlung von Krankenhäusern in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sprechen eine Reihe von Gründen:

- Sicherstellung der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung
- Erhalt der wohnortnahen Krankenversorgung
- Sicherstellung einer hohen Qualität der Krankenhausversorgung
- Erhalt von Arbeitsplätzen

Die Länder sind zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung verpflichtet. Werden mehrere kleine Krankenhäuser in einer Region geschlossen, ist diese Versorgung gefährdet. Gerade in Abwanderungsgebieten bleiben oftmals ältere Menschen zurück, die auf eine wohnortnahe Krankenversorgung angewiesen sind. Die mangelnde Mobilität macht es diesen Menschen schwer, in weit entfernte Krankenhäuser zu gelangen.

Ein MVZ kann viele Leistungen anbieten, jedoch nicht die gleiche hochwertige Krankenversorgung wie in einem Krankenhaus bereitstellen. Die Schließung eines Krankenhauses wird hier mit einem Qualitätsverlust zulasten der Menschen in der betreffenden Region erkauft.

Nicht vernachlässigt werden darf, dass die kleinen Krankenhäuser in ländlichen Gebieten oftmals die größten Arbeitgeber sind. Eine Schließung dieser ist gleichbedeutend mit dem Wegfall zahlreicher Arbeitsplätze.

Wie können kleine Krankenhäuser ihr Überleben sichern?

Vor dem Hintergrund der Bedrohung kleiner Krankenhäuser sowie der oben aufgeführten Notwendigkeit zum Erhalt der Kliniken stellt sich die Frage, wie die Häuser vor der prognostizierten Schließung gerettet werden können. Private Anbieter werden regelmäßig kein Interesse am Betrieb von Krankenhäusern haben, die schon aufgrund des Umfeldes nicht wirtschaftlich betrieben werden können.

Teleportalkliniken – Anbindung an Spitzenmedizin

Eine Variante ist die Schaffung von Teleportalkliniken. Über die Anbindung an große Krankenhäuser der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung kann über diesen Weg Spitzenmedizin auch in ländliche Regionen transferiert werden. Der Patient wird mittels telemedizinischer Diagnostik von den Ärzten des entfernt liegenden Krankenhauses untersucht. Die Teleportalklinik spart sich damit die Vorhaltung von spezialisierten Abteilungen. Dem Transfer der medizinischen Qualität sind jedoch Grenzen gesetzt: Bei schweren Erkrankungen, die eine spezialisierte Behandlung erfordern, kann die Teleportalklinik nicht weiterhelfen. Eine Behandlung im angeschlossenen Schwerpunkt- oder Maximalkrankenhaus ist damit unumgänglich. Durch den mehrfachen Transport des Patienten könnte im Notfall wichtige Zeit verloren gehen.

Klinikverbünde – Bildung starker Partnerschaften

Eine weitere in der Praxis bereits zu findende Strategie zum Erhalt der Krankenhäuser ist der Zusammen-

schluss mehrerer kleiner Häuser in einer Region zu einem Verbund. Der Verbund kann durch die neue Ausrichtung seiner Leistungen die Behandlung bestimmter Indikatoren an einem der Standorte bündeln. Durch die Zentrenbildung können spezialisiert mehr Fälle behandelt werden, sodass die Probleme hinsichtlich Abteilungsschließungen und Mindestmengen reduziert werden. Die spezialisierten kleinen Krankenhäuser können im Netzwerk mit anderen Kliniken effizienter und damit wirtschaftlicher arbeiten. Direkten Zusammenschlüssen gerade bei Krankenhausketten steht jedoch häufig die latente Gefahr des Kartellrechts gegenüber.

Vernetzung mit dem ambulanten Sektor

Ebenso in der Praxis zu finden ist der Zusammenschluss von kleinen Häusern mit einem oder mehreren MVZ bzw. Vertragsarztpraxen niedergelassener Ärzte. Die bedarfsgerechte ambulante Versorgung kann in gemeinsamer Verantwortung von Krankenhaus und MVZ sichergestellt werden. Unterstützt wird dieses Modell durch das Vertragsarztänderungsgesetz, welches die Möglichkeiten der Anstellung von Ärzten in der vertragsärztlichen Praxis flexibilisiert. Das so entstehende Gesundheitszentrum schafft neue ärztliche Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis. Durch die enge Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung kann eine wirtschaftliche wohnortnahe Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

Wir berichteten in der Februar-Ausgabe über die Probleme kleiner Krankenhäuser (www.kpmg.de/gesundheitsbarometer).

Öffentliche Förderung – nicht unbegrenzt möglich

In strukturell schwierigen Regionen kann eine gezielte öffentliche Bezuschussung von kleinen Krankenhäusern zur Erhaltung der wohnortnahen medizinischen Versorgung beitragen. Beihilfen der Länder oder des Bundes für alle diejenigen Krankenhausstandorte, die unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten geschlossen werden müssten, jedoch für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung eine wichtige Bedeutung haben, könnten vor der Schließung bedrohter Häuser retten. Auf Dauer könnte diese Beihilfe jedoch angesichts der Bemühungen der EU zur Schaffung einheitlicher Wettbewerbsbedingungen im europäischen Krankenhausmarkt schwierig werden. Die EU-Beihilfenkontrolle hatte erst in den vergangenen Monaten den Defizit-ausgleich von Krankenhäusern unter

öffentlich-rechtlicher Trägerschaft untersucht. Seine Zulässigkeit ist durchaus umstritten.

Fazit

Gerade in Flächenländern mit geringen Bevölkerungsdichten und strukturschwachen Regionen ist eine starke Vernetzung der Gesundheitsversorger notwendig, um das ärztliche Potenzial besser einsetzen zu können und notwendige baulich-strukturelle Bedingungen zu schaffen. Durch eine enge Vernetzung können wirtschaftliche und medizinische Synergien erschlossen werden, welche die Zukunftsfähigkeit der kleinen Krankenhäuser entscheidend verbessern. Ein Gesamtkonzept der meist kommunalen Träger für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung in diesen Regionen ist dafür eine Voraussetzung.

Sollten solche oder ähnliche Konzepte nicht umgesetzt werden können, wird die Schließung weiterer kleiner, unwirtschaftlicher Krankenhäuser fortschreiten. Die Konsequenz wäre eine Verschlechterung der bedarfsgerechten und wohnortnahen Krankenversorgung, das Abrücken von der bisherigen qualitativ guten flächendeckenden Krankenhausversorgung sowie die Bedrohung von zahlreichen Arbeitsplätzen in den betroffenen Regionen.

Ein Praxisbeispiel zur Zukunft kleiner Krankenhäuser zeigen wir in der Ausgabe August 2009 des Gesundheitsbarometers:
[Teil 3: Starker Partner gesucht – das Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg hat nun zwei kommunale Träger](#)

KPMG-Studie zum Prozessmanagement bei gesetzlichen Krankenversicherungen: Die Hälfte der befragten gesetzlichen Krankenkassen sieht sich in der Nähe von Best Practice

Status quo des Prozessmanagements bei gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland – Ergebnisse einer Studie von KPMG

Die von KPMG durchgeführte Studie untersucht, inwieweit gesetzliche Krankenkassen das Prozessmanagement als Instrument der Unternehmenssteuerung anwenden. Einer der Schwerpunkte ist das Verständnis von Prozessmanagement und die Intensität der Nutzung, gerade in Bezug auf die neuen Rahmenbedingungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und die damit verbundene Notwendigkeit eines effektiveren/effizienteren wirtschaftlichen Handelns. Insgesamt flossen die Antworten von 25 gesetzlichen Krankenversicherungen mit über 12 Millionen Versicherten in die Studie ein, was einem Marktanteil von rund 18 Prozent entspricht.

Bewertungskonzept

Um die wesentlichen Ergebnisse der Studie einordnen zu können, wurden diese aus dem Blickwinkel des von KPMG entwickelten „Reifegradmodells

der organisatorischen Steuerung“ (vgl. Abbildung 4) betrachtet, das die Entwicklungsstufen des Prozessmanagements in einem Unternehmen beschreibt. Je höher die Entwicklungsstufe, in die

Abb. 4: Reifegradmodell der organisatorischen Steuerung



Quelle: KPMG

sich eine Krankenkasse in diesem Modell einordnen lässt, desto fortgeschrittener dürfte das Prozessmanagement ausgeprägt sein.

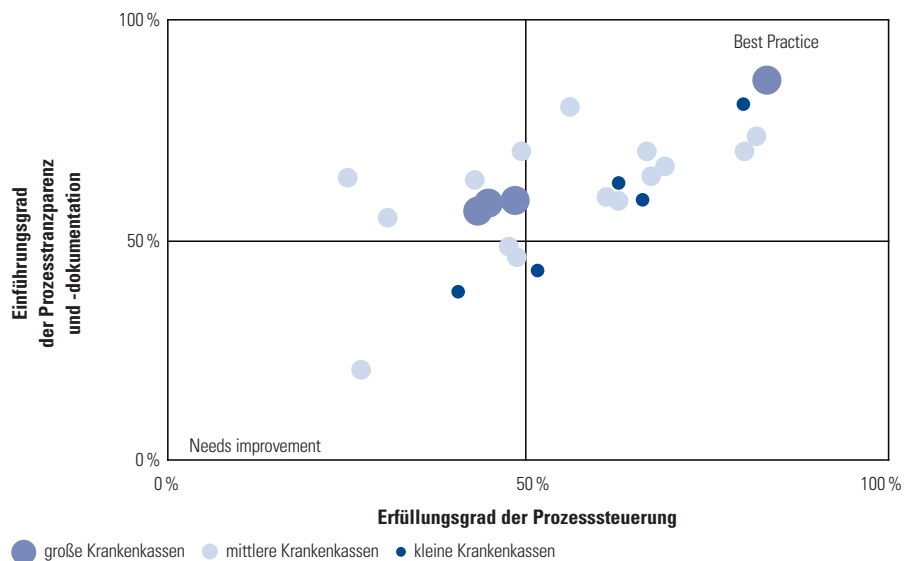
Kernaussagen

20 Prozent der befragten Krankenkassen befinden sich derzeit noch in der Entwicklungsstufe der „reaktiven Organisationssteuerung“ (5 von 25 Krankenkassen). Die Krankenkassen beginnen gerade erst mit der Beschreibung von Prozessen und nutzen diese für kurzfristige Optimierungen (= Krisenreaktion, „Feuerwehr“). Der Großteil der befragten Kassen führt noch keine strategische Prozesssteuerung unter Zuhilfenahme eines entsprechenden Instrumentariums durch.

Über 60 Prozent der Kassen (16 von 25) sind in der Entwicklungsstufe II bzw. der „taktischen Organisationssteuerung“ bereits weiter fortgeschritten. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass zwar ein solides Prozessdenken herrscht, dieses jedoch noch nicht durch Kennzahlen und kontinuierliche Prozessverbesserungen vollständig in die Unternehmensstrategie implementiert wurde.

Die Entwicklungsstufe III bzw. eine „strategische Organisationssteuerung“ haben 16 Prozent der befragten Kassen (4 von 25) erreicht. Die Krankenkassen in der Entwicklungsstufe III unterscheiden sich von den übrigen Kassen durch die Integration des Prozessmanagements in die Unternehmensstrategie und die kontinuierliche Nutzung von Kennzahlen zur Prozessverbesserung.

Abb. 5: Qualitatives Prozessbenchmarking (Portfoliomatrix)



Ergebnisse des qualitativen Prozess-Benchmarkings

Die Ergebnisse der Studie wurden weiterhin einem „qualitativen Benchmarking“ unterzogen. Hierbei wurden die Erfolgsfaktoren des Prozessmanagements auf die zwei Dimensionen „Prozesstransparenz und -dokumentation“ und „Prozesssteuerung“ reduziert und die Studienergebnisse in Form einer Portfoliomatrix dargestellt.

Innerhalb des Diagramms kann man den Status quo jeder einzelnen Krankenkasse auch im direkten Vergleich zu den Wettbewerbern identifizieren. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, mögliche Handlungsoptionen und Strategien zur Verbesserung abzuleiten.

Rückschlüsse auf den Status quo

Es lässt sich erkennen, dass fast die Hälfte aller teilnehmenden Krankenkassen in der Nähe von „Best Practice“ einzuordnen ist. Auffällig ist, dass drei der vier großen Krankenkassen im Mittelfeld der Portfoliomatrix angesiedelt sind. Die Ergebnismatrix lässt den Schluss zu, dass kein genereller Zusammenhang zwischen der Größe der Kasse und dem Erfüllungsgrad der Prozesssteuerung und -dokumentation besteht. Obgleich die Ergebnisse der Studie aussagen, dass sich größere Kassen bereits länger mit dem Thema Prozessmanagement auseinandersetzen, besteht hier offenbar noch erheblicher Handlungsbedarf. Es gilt hierbei, vereinzelte Prozessverbesserungen in eine nachhaltige und strategiekonforme Prozesssteuerung zu transformieren.

Die vollständige anonymisierte Studie ist kostenfrei über Olaf Buske erhältlich: obuske@kpmg.com

Benchmarking-Kennzahl des Monats – Anlagenabnutzungsgrad

In jeder Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG stellen wir die Kennzahl des Monats vor, die im Rahmen eines Benchmarkings von Krankenhäusern verwendet werden kann. Diese von KPMG erhobenen Daten basieren auf der Auswertung von über 350 Krankenhäusern ab 300 Betten pro Jahr.

Betrachtung des Anlagenabnutzungsgrades

Der Anlagenabnutzungsgrad zeigt an, in welcher Höhe das Anlagevermögen bereits abgeschrieben ist. Im Umkehrschluss ist der Anlagenabnutzungsgrad ein guter Indikator für die Höhe des Investitionsbedarfs in einem Krankenhaus. Ebenso zeigt die Kennzahl, wie stark die Investitionstätigkeit eines Krankenhauses ausgeprägt ist. Ein hoher Anlagenabnutzungsgrad lässt darauf schließen, dass ein Krankenhaus in der Vergangenheit vergleichsweise geringe Investitionen durchgeführt und daher einen höheren Investitionsbedarf hat.

Die nachfolgende Übersicht zeigt Durchschnittswerte sowie Mittelwerte des oberen und unteren Bereichs der Verteilung:

Der durchschnittliche Anlagenabnutzungsgrad liegt bei etwa 53 Prozent. Das bedeutet, dass das Anlagevermögen der Krankenhäuser in Deutschland im Durchschnitt der Branche zu mehr als der Hälfte abgeschrieben ist. Die Durchschnitte der oberen Bereiche sowie des unteren Bereichs zeigen, dass die Kennzahlen in unterschiedlichen Krankenhäusern deutlich voneinander abweichen. Der Anlagenabnutzungsgrad der unteren 25 Prozent ist mehr als doppelt so hoch wie der des durchschnittlichen Krankenhauses der oberen zehn Prozent.

Die Untersuchung des Anlagenabnutzungsgrades der technischen Anlagen, Einrichtung und Ausstattung offenbart noch größere Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhäusern. Während der Durchschnitt der oberen zehn Prozent nur einen Abnutzungsgrad von 29 Prozent aufweist, haben Häuser im Durchschnitt der unteren 25 Prozent einen Anlagenabnutzungsgrad von 82 Prozent. Dies zeigt, dass zumindest einige Häuser vergleichsweise alte Geräte verwenden, während Wettbewerber die medizinische Versorgung mit modernsten Anlagen erbringen.

Die Betrachtung des Anlagenabnutzungsgrades nach Trägergruppen zeigt, dass private Häuser einen tendenziell geringeren und öffentliche wie auch freigemeinnützige Kliniken einen eher höheren Anlagenabnutzungsgrad aufweisen. Der Anlagenabnutzungsgrad und die Rentabilität eines Hauses zeigen eine umgekehrte Korrelation. Ein niedriger Anlagenabnutzungsgrad geht regelmäßig einher mit einer überdurchschnittlichen Rentabilität. Im Falle einer Eigenmittelfinanzierung wird zwar zunächst das Ergebnis durch eine höhere Abschreibung belastet. Durch verbesserte Prozesse, bessere Behandlungsmöglichkeiten und effizientere Personaleinsatzpläne, welche oftmals erst durch umfangreiche Investitionen möglich werden, können jedoch mittels Optimierungen der Infrastruktur Kosten eingespart werden.

Abb. 6: Verteilung des Anlagenabnutzungsgrades

Kennzahl	Verteilung des Anlagenabnutzungsgrades			
	Durchschnitt untere 25 %	Durchschnitt gesamt	Durchschnitt obere 25 %	Durchschnitt obere 10 %
Anlagenabnutzungsgrad in % ³	64,6	52,6	41,8	30,9
Anlagenabnutzungsgrad technische Anlagen, Einrichtung und Ausstattung in % ⁴	81,5	72,7	47,1	28,9

Quelle: KPMG

³ Anlagenabnutzungsgrad = kumulierte Abschreibung des Sachanlagevermögens/Sachanlagevermögen zu Anschaffungskosten

⁴ Anlagenabnutzungsgrad technische Anlagen, Einrichtung und Ausstattung = kumulierte Abschreibung der technischen Anlagen, Einrichtung und Ausstattung/technische Anlagen, Einrichtung und Ausstattung zu Anschaffungskosten

Nachrichtenticker Gesundheitswesen

Gesundheitspolitik

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) in Kraft getreten

Das KHRG ist mit seiner Veröffentlichung am 17. März 2009 im Bundesgesetzblatt in Kraft getreten. Mit dem KHRG erhalten die Krankenhäuser im Jahr 2009 zusätzliche Mittel mit einem Volumen von rund 3,5 Milliarden Euro.

Das KHRG enthält folgende wesentliche inhaltliche Neuerungen:

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wird eine Umstellung der Investitionsförderung auf ein System mit leistungsorientierten Investitionspauschalen angestrengt.

Mit dem KHRG erfolgt die Fortschreibung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG). Die neue Gesetzesfassung sieht eine fortgeführte, schrittweise Annäherung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert vor. Die neue Konvergenzphase beginnt im Jahr 2010 und erstreckt sich über einen Zeitraum von fünf Jahren.

Weiterhin sieht das KHRG im Bereich der Lohn- und Gehaltskosten eine Refinanzierung der Tarifierhöhungen der Jahre 2008 und 2009 zu 50 Prozent vor. Zusätzlich wird ein Förderprogramm für die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern eingeführt, mit welchem in drei Jahren bis zu 17.000 neue Stellen im Pflegedienst gefördert werden sollen.

Honorarreform der vertragsärztlichen Vergütung

Mit Wirkung zum 1. Januar 2009 ist die Honorarreform der vertragsärztlichen Vergütung in Kraft getreten. Mit der Änderung sollen die starren Honorarbudgets der Vergangenheit aufgehoben und eine Honorierung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs erreicht werden.

Nunmehr besteht das Honorar der Vertragsärzte grundsätzlich aus einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Regelleistungsvolumen) und aus Einzelleistungen außerhalb dieser Gesamtvergütung (Sonderregelleistungsvolumen). Das Regelleistungsvolumen ist dabei arztbezogen und fallabhängig. Neu ist zudem, dass die Leistungen der Ärzte nicht mehr mit Punkten, sondern in Euro bewertet werden.

Folge der Honorarreform ist, dass es zu regionalen und arztgruppenbezogenen Umverteilungseffekten gekommen ist. Kurz nach ihrer Einführung hat sich die Reform daher zum Streitpunkt entwickelt. Teile der Ärzteschaft beklagen eine Benachteiligung und reagieren mit Einschränkungen des Leistungsangebots und mit Streiks. Befürworter der Reform, Patienten und Politik werfen den Ärzten hingegen unangemessenes und rechtswidriges Verhalten vor.

Recht

Wirtschaftskrise, Konkurrenzdruck und Verdrängungswettbewerb zwingen zu Personalkosteneinsparungen (Gastbeitrag der KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH)

Die Wirtschaftskrise, aber vor allem auch der Konkurrenzdruck unter den Leistungserbringern sowie ein nach Einführung des Gesundheitsfonds zunehmender Verdrängungswettbewerb unter den Leistungsträgern führen dazu, dass der gesamte Gesundheitsmarkt vermehrt gezwungen ist, seine Ausgabenseite im Hinblick auf mögliche Einsparungs- bzw. Optimierungspotenziale zu analysieren. Im Mittelpunkt stehen hierbei häufig als Erstes die Personalkosten, da auf diesen Kostenfaktor unmittelbar Einfluss genommen werden kann.

Ein nahe liegender Lösungsansatz, um die Personalkosten zu senken, kann eine betriebsbedingte Kündigung von Mitarbeitern sein. Ungeachtet dieser grundsätzlich in Betracht zu ziehenden

Möglichkeit, die regelmäßig Probleme im Rahmen der vorzunehmenden Sozialauswahl mit sich bringt, muss – dies schon allein unter dem Aspekt der marktpolitischen Außendarstellung – das Ziel sein, die Kündigung erst als letztes Mittel einzusetzen. Stattdessen gilt es vielmehr, Wege zu finden, mit denen Mitarbeiter auch in schwierigen Zeiten gehalten werden können. Zwingend ist hierbei aber, dass die alternativen Lösungen ebenfalls signifikante Einsparungen im Bereich der Personalkosten gewährleisten. Als konkrete Lösungsansätze kommen insbesondere folgende arbeitsrechtliche Instrumente in Betracht:

- Kurzarbeit und Inanspruchnahme des staatlich gewährten Kurzarbeitergeldes
- Änderungskündigung bezüglich Entgeltsenkung und Arbeitszeitverminderung
- Teilzeitarbeit/Abrufarbeit/kapazitätsorientierte Arbeitszeit
- Betriebsferien/Abbau von Arbeitszeitkonten
- Arbeitszeitmodelle/Jahresarbeitszeitpläne
- Unbezahlte Freistellung/Sabbatical.

Krankenkassen

Gesundheitsfonds und Konjunkturpaket II

Im Zusammenhang mit dem „Paket für Beschäftigung und Stabilisierung in Deutschland“ (Konjunkturpaket II) hat das Bundeskabinett am 27. Januar 2009 die Senkung des seit dem 1. Januar 2009 geltenden einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte ab dem 1. Juli 2009 beschlossen. Der allgemeine Beitragssatz sinkt infolgedessen auf 14,9 Prozent, der ermäßigte Beitragssatz auf 14,3 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Zur Deckung der hierdurch entstandenen Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung steigt der pauschale Bundeszuschuss im Jahr 2009 um 3,2 Milliarden Euro auf dann 7,2 Milliarden Euro.

Für das Jahr 2010 sind im Konjunkturpaket II weitere Zuschüsse von 6,3 Milliarden Euro vorgesehen, die den Gesamtzuschuss im Jahr 2010 auf stattliche 11,8 Milliarden Euro anwachsen lassen. Da der erhöhte Bundeszuschuss lediglich die beschlossene Beitragssenkung des Konjunkturpakets II ausgleicht, kann die aktuell schwierige konjunkturelle Situation zu einer Unterdeckung im Gesundheitsfonds führen. Die Bundesregierung räumte hierzu bereits im Januar eine prognostizierte Unterdeckung von rund einer Milliarde Euro ein.

Um den Beitragssatz der Kassen nicht den Ausgaben entsprechend anheben zu müssen, wird der Fonds vermutlich nur noch mithilfe von Darlehen liquide bleiben (§ 271 Abs. 3 SGB V n. F.). Da das Finanzrisiko unverändert bei den Kassen verbleibt, führt dies nach Jahren der gesetzlich vorgeschriebenen Entschuldung (§ 220 SGB V) wieder zu einer indirekten Verschuldung der Kassen. Alternativ lassen sich die konjunkturellen Risiken und damit verbundene Einnahmeausfälle nur noch durch Zusatzbeiträge finanzieren.

Fusionsberatung bei gesetzlichen Krankenkassen

Das Fusionskarussell in der gesetzlichen Krankenversicherung dreht sich mit unverminderter Geschwindigkeit. Die Grenze von 200 Kassen ist mittlerweile unterschritten. Ein attraktives Feld für Berater. Aktuell ist jedoch hinsichtlich der Vertragsgestaltung Augenmaß angezeigt. Der BVA-Präsident Josef Hecken tendiert in einer Stellungnahme dazu, „Allgemeine Fusionsberaterverträge“ als unwirtschaftlich und damit unzulässig zu qualifizieren. Die Kassen sollen im Vorfeld beabsichtigter Vertragsabschlüsse untersuchen, ob die Leistung nicht auch selbst erbracht werden könnte.

Ein nachvollziehbarer Hinweis, da es schließlich um Versichertengelder geht. Andererseits sind Versichertengelder ebenfalls betroffen, falls in der Vorbereitungsphase einer Fusion potenzielle Risikofaktoren nicht vollständig analy-

siert werden. Das Instrumentarium einer „Due Diligence“, also die Durchsicht des Fusionskandidaten in jedweder Hinsicht, mag sich auch für die GKV-Landschaft anbieten.

Schließlich gilt es, unterschiedliche Systeme, Kulturen und Arbeitsabläufe möglichst reibungslos zusammenzuführen. Die Analyse von Unterschieden und damit Handlungsbereichen erleichtert die Strukturierung der Aufgaben und vermindert Reibungspotenziale, die in derartigen Konstellationen ohnehin reichlich vorhanden sind.

Krankenhäuser

Krankenhaus Rating Report 2009

Der Krankenhaus Rating Report 2009 wurde jüngst vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI), Essen, veröffentlicht. Demnach dürfte das Jahr 2008 eines der schlechtesten für Krankenhäuser gewesen sein – 2009 dürfte dagegen unter anderem aufgrund der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) eines der besten werden.

Weiter zeigt der Krankenhaus Rating Report 2009 auf, dass bis 2007 nur 16 Prozent der Krankenhäuser im roten Bereich (erhöhte Insolvenzgefahr) lagen, während für 2008 mit einem Anstieg auf 27 Prozent, 2009 dagegen mit einem Sinken auf 15 Prozent und ab 2010 wieder mit einer Erhöhung zu rechnen ist. Überdurchschnittlich gefährdet sind kleine Krankenhäuser, öffentlich-rechtliche, solche mit einem hohen Basisfallwert und westdeutsche Häuser. Es ist zu erwarten, dass die Privatisierung von Krankenhäusern und die Kettenbildung weiter voranschreiten. Erstmals errechnet der Krankenhaus Rating Report auch den Investitionsstau unter Berücksichtigung der mit Eigenmitteln finanzierten Investitionen. Unter der Prämisse eines jährlichen Investitionsbedarfs von zehn Prozent des Krankenhausumsatzes beläuft sich die kumulierte Investitionslücke laut RWI auf 16 Milliarden Euro. Zieht man davon aus Eigenmitteln getätigte Investitionen

ab, bleibt ein tatsächlicher Investitionsstau von 9 Milliarden Euro.

Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage im Krankenhaus greift der RWI auf eine Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen schwerpunktmäßig aus den Jahren 2006 und 2007 zurück. Darüber hinaus werden der aktuelle und der erwartete Krankenhausmarkt 2020 untersucht und die Attraktivität von Gesundheitsregionen anhand von Patientenströmen beurteilt.

Prozessverbesserung im Krankenhaus als Thema beim Deutschen Zukunftspreis 2009

Prozessverbesserung im Krankenhaus ist in diesem Jahr ein Thema beim Deutschen Zukunftspreis, dem Preis des Bundespräsidenten für Technik und Innovation: Das Kamenzer Unternehmen GK-zwo GmbH, das mit einem Gerät zur Verbesserung der Pflege- und Logistikprozesse im Krankenhaus aufwartet, wurde für den angesehenen Preis vorgeschlagen.

Bei dem EDV-Terminal handelt es sich um einen Visitewagen, der mithilfe von mobilen Terminals eine Erfassung von Patientendaten in Echtzeit ermöglicht, die dem Arzt direkt zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Weise wird insbesondere das Personal von Schreib-, Archivierungs- und Transportarbeiten entlastet. Das Ziel ist eine papierlose Visite.

Für ein Krankenhaus ist es entscheidend, dass Ärzte, aber auch Pflegekräfte qualifikationsgerecht eingesetzt werden, um ihre Kernkompetenz – die Behandlung und Betreuung des Patienten – optimal zu nutzen. Durch die Entlastung der Ärzte bei der Dokumentation und anderen nicht ärztlichen Kernaufgaben können häufig die Qualität der Patientenversorgung gesteigert und die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses erhöht werden.

Fachbeiträge

Zukunft für kleine Krankenhäuser? Ohne sie verschlechtert sich die wohnortnahe Versorgung

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com),
Dr. Christoph Arnold (carnold@kpmg.com)
KU Gesundheitsmanagement,
Ausgabe März 2009

Viele kleine Krankenhäuser in Deutschland sind in Not. Von den prognostizierten Krankenhausschließungen in den kommenden Jahren werden insbesondere kleine Krankenhäuser betroffen sein. Die Politik steht der Zahl der Krankenhausschließungen eher neutral gegenüber. Die Entwicklung wird als heilsam für das Gesundheitssystem angesehen. Unrentable Krankenhäuser sollen vom Markt verschwinden, um Platz für wirtschaftliche, kostengünstigere Anbieter zu machen. Aber kleine Häuser leisten gerade in ländlichen Gebieten einen wichtigen Beitrag zur bedarfsgerechten Krankenversorgung. Wie können diese Häuser gerettet werden, ohne die von der Politik angestrebte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Kliniken zu gefährden?

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei: Baumann Fachverlage:
s.sesselmann@baumann-verlage.de

Wettbewerbspolitik durch nationales Umsatzsteuerrecht?

Europa- und verfassungsrechtliche Bedenken gegen die umsatzsteuerliche Schlechterstellung von Privatkliniken nach dem JStG 2009

Thomas Dennisen
(tdennisen@kpmg-law.com),
Henning Frase (hfrase@kpmg-law.com)
Betriebs-Berater,
Ausgabe vom 9. März 2009

Mit dem JStG 2009 erfolgt eine entscheidende umsatzsteuerliche Schlechterstellung von Privatkliniken: Ärztliche Heilbehandlungen, die in Privatkliniken erbracht werden, sollen nach § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG unter keinen Umständen mehr umsatzsteuerbefreit sein. Anderes gilt nur dann, wenn es sich um ein nach dem Sozialrecht der gesetzlichen Krankenkassen anerkanntes Krankenhaus handelt. Die wirtschaftliche Auswirkung liegt auf der Hand: Die Heilbehandlung in Privatkliniken verteuert sich. Die Neuregelung erscheint unvereinbar mit höherem Recht. In Betracht kommt daher eine unmittelbare Berufung auf die Vorschriften der Mehrwertsteuersystemrichtlinie.

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei:
Verlag Recht und Wirtschaft:
kundenservice@betriebs-berater.de

Veranstaltungen

Vorankündigung

Breakfast Meeting „Die Zukunft der gesetzlichen Krankenkassen nach dem GKV-OrgWB“

Frühjahr 2009, Veranstaltungsorte (vorläufig): Berlin, Hamburg, Köln, Essen, München

Themen:

- Aufsichtsrechtliche Sanierung kontra Insolvenz
- Herausforderungen bei Krankenkassenreformen meistern
- HGB-Bilanzierung für Krankenkassen?
- Krankenkassen und Vergaberecht: Vorgaben, Sanktionen, Risiken
- Integriertes internes Überwachungssystem

Informationen und Anmeldung

RA Dr. Mathias Maria Knorr
KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Alfredstraße 277
45133 Essen
T 0201 1258449-903
mathiasmariaknorr@kpmg-law.com

Die Teilnahme ist kostenfrei.

World Health Summit

14.–18. Oktober 2009, Berlin

KPMG ist Sponsor des World Health Summit im Oktober in Berlin. Im Jahr ihres 300-jährigen Bestehens führt die Charité-Universitätsmedizin Berlin gemeinsam mit der Université Paris Descartes die Konferenz World Health Summit durch. Bei diesem internationalen Spitzentreffen diskutieren Forscher, Mediziner, hochrangige Politiker und Vertreter internationaler Institutionen, der Industrie und von Nonprofit-Organisationen die dringendsten Probleme, denen sich Medizin und Gesundheitssysteme in den nächsten Jahrzehnten stellen müssen.

Weitere Informationen, Teilnahmegebühren und Anmeldung unter

www.worldhealthsummit.org

Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für die Printausgabe

Gesundheitsbarometer:

Dr. Christoph Arnold
T 030 2068-1675
F 01802 11991-0590
carnold@kpmg.com

Im Internet finden Sie den Bereich Health Care von KPMG unter
www.kpmg.de/healthcare

Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Gesundheitsbarometer
von KPMG.

www.kpmg.de/gesundheitsbarometer

Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin
www.kpmg.de

Redaktion

Prof. Dr. Volker Penter (v.i.S.d.P.)
Partner, Leiter Health Care
T 030 2068-4740
vpenter@kpmg.com

Dr. Christoph Arnold
T 030 2068-1675
carnold@kpmg.com

An dieser Ausgabe haben mitgewirkt:

Schwerpunktthema: Ein Blick zum Nachbarn:

Stefan Friedrich (sfriedrich@kpmg.com), David Stacey (david.stacey@kpmg.co.uk)

KPMG-Analyse zur Zukunft kleiner Krankenhäuser:

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com), Dr. Christoph Arnold (carnold@kpmg.com)

KPMG-Studie zum Prozessmanagement bei gesetzlichen Krankenversicherungen:

Olaf Buske (obuske@kpmg.com), Markus Wietfeld (markuswietfeld@kpmg.com),
Henrike Schmidt (henrikeschmidt@kpmg.com)

Benchmarking-Kennzahl des Monats:

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com), Dr. Christoph Arnold (carnold@kpmg.com)

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz:

Frank Kopietz (fkopietz@kpmg.com)

Personalkosteneinsparungen:

RA Dr. Mathias Maria Knorr (mathiasmariaknorr@kpmg-law.com),
RA Stephan Fahrig (sfahrig@kpmg-law.com)

Gesundheitsfonds:

Olaf Buske (obuske@kpmg.com), Jan-Henning Sander (jsander@kpmg.com)

Krankenhaus Rating Report 2009:

Daniela Eifler (deifler@kpmg.com)

Prozessverbesserung im Krankenhaus:

Dr. Christoph Arnold (carnold@kpmg.com)

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

© 2009 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International, einer Genossenschaft schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany. KPMG und das KPMG-Logo sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.