PANORAMA 08.04.2016

Klinikverbundsysteme mit öffentlichen und freigemeinnützigen Partnern



Die Kliniklandschaft in Deutschland ist von weitreichenden Veränderungen u. a. der Trägerschaften geprägt. So hat laut der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft der Anteil privater Krankenhäuser über die Jahre weiter zugenommen und lag Ende 2014 bei 35,1 %. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser ist dabei auf 35,2 % gesunken und derjenige von öffentlichen Krankhäusern auf 29,7 % [1]. Allerdings entspricht diese Aufteilung nicht der Bettenverteilung, welche für private nur einen Anteil von 18,2 %, für freigemeinnützige einen von 33,8 % und für öffentliche Krankenhäuser ein deutliches Plus, nämlich 48 % aufweist. **(Abb. 1)**

Objektiv gesehen sind private Krankenhäuser und Krankenhausketten auf dem Vormarsch und Krankenhäuser in anderer Trägerschaft werden bei auftretenden wirtschaftlichen Problemen oft zu Übernahmekandidaten für private Klinikbetreiber. Deren wirtschaftliche Stärke basiert u. a. oft auf stringenten ökonomischen Vorgaben, strukturierten Betriebsabläufen und ausreichend verfügbarem Kapital z. B. für Neubaumaßnahmen.

Probleme und Veränderungsprozesse

Anstehende Probleme für Krankenhäuser in der Bundesrepublik sind auch unabhängig von der Trägerschaft oft ähnlicher Natur. Liquiditätsengpässe, anstehende Baumaßnahmen, steigende Lohnkosten und weitere Ausgaben stehen einer oft schwierigen Einnahmesituation gegenüber. Dies gilt z. B. in öffentlichen Häusern vor allem dann, wenn durch Anforderungen des Trägers und des politischen Umfeldes notwendige Konzentrations- und Strukturprozesse nicht stringent umgesetzt werden können. Obwohl diese Prozesse zur Reduktion bzw. Wegfall von medizinischen Angeboten und zur Stärkung anderer Bereiche notwendig wären. Die wirtschaftliche Ertragskraft bleibt dabei oft zugunsten eines breiteren medizinischen Angebotes hinter Kliniken anderer Träger zurück.

Bundesländer

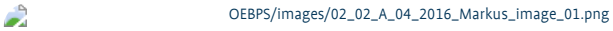
Auch ist die Verteilung der Krankenhausträgerschaften über die einzelnen Bundesländer unterschiedlich. Hohe Anteile privater Träger z. B. in Berlin (55 %), Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Hessen, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Bayern stehen geringeren Anteilen in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland (4,5 %) gegenüber [**1**]. Unterschiedlich ist dabei auch der Anteil von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern (öffentliche von 3,8 % in Berlin bis 44,8 % in Bayern, freigemeinnützige von 13,7 % in Bayern bis 67,0 % in Nordrhein-Westfalen).

Fusionen

Zur Überwindung wirtschaftlicher Probleme, zur Erreichung einer deutlichen Stärkung am Markt und dabei manchmal einfach zum Überleben sind seit geraumer Zeit neben dem Verkauf auch Fusionen von Krankenhäusern an der Tagesordnung. Dieses Instrument wird dabei im freigemeinnützigen Bereich durch kirchliche Träger erfolgreich praktiziert. Öffentliche Häuser stehen bei der Suche nach Fusionspartnern jedoch oft vor der Frage, wo sich weitere öffentliche Häuser für geeignete Partnerschaften anbieten. Für erfolgreiche Fusionen

spielen dabei unter anderem Überlegungen wie verwaltungstechnische und medizinische Zusammenarbeit, Entfernungen zwischen den Häusern, aber auch kartellrechtliche Aspekte eine Rolle.

Abb. 1: Anteile der Krankenträger [1]



Unterschiedliche Weltanschauung

Fusionen unter andersartigen Trägern sind dabei aus verschiedenen Gründen erschwert. Unterschiedliche Gesellschafter haben allzu oft auch unterschiedliche Zielsetzungen, welche von politischen bis kirchlichen Gedanken geprägt werden. So ist manche derartige Fusion an der unterschiedlichen Weltanschauung der Beteiligten zum § 218 StGB gescheitert.

Anteilsverteilung

Unterschiedliche Träger dürften im Fusionsprozess auch großen Wert darauf legen, in der neuen Gesellschaft möglichst das „Sagen“ zu haben und ihre durch den politischen oder kirchlichen Auftrag mitgegebenen Vorstellungen maßgeblich einbringen zu können. Zumindest soll meist jedoch verhindert werden, durch den anderen Partner nach der Fusion übervorteilt zu werden. Unabhängig von einer vermeintlichen wirtschaftlichen Stärke, welche gerade im Gesundheitssektor wohl mehr einer Momentaufnahme gleicht und sehr abhängig von vielen, sehr unterschiedlich zu beurteilenden Faktoren ist, würde eine mindestens 51-prozentig Anteilseignerschaft für einen der Fusionspartner zwar klarere Unternehmens- und Entscheidungsstrukturen ergeben, aber vom unterlegenen Fusionspartner zumeist abgelehnt. Eine 50/50-Regelung für die Anteilsverteilung ist zwar potentiell mit daraus resultierenden Entscheidungsschwierigkeiten der Trägergremien verbunden, erlaubt aber den prinzipiell fusionsinteressierten Akteuren, diesem Prozess weiter zuzustimmen.

Abb. 2: Entwicklung der Krankenhausträger seit 1992 [1]



Verwaltung und Medizin-Konzept

Der Prozess der Verschmelzung verschiedener Klinikinstitutionen muss als zentralen Bestandteil neben der Neuordnung verwaltungstechnischer Abläufe und Strukturen insbesondere eine Neuordnung der medizinischen Aufbauorganisation beinhalten. Hier bedarf es neben einer „Vision“ für das langfristig zu erreichende Ziel, auch eines Ablaufplanes mit kurz- und mittelfristigen Abschnitten und Umsetzungen. Medizinische Strukturveränderungen können und müssen dabei Verlagerung, Zusammenführen, Neugründung, Dependance-Bildung und Neuausrichtung von Abteilungen beinhalten. Sinnvoll erscheint dabei die Etablierung einer Arbeitsgruppe, welche unter Einbeziehung z. B. der ärztlichen Direktoren, der Pflegedirektion, des medizinischen Controllings und der Geschäftsführung sowie evtl. eines moderierenden Beraters die oben beschriebenen Ziele und Wege definiert sowie die schrittweise Umsetzung begleitet. Dabei gilt es auch zu prüfen, ob standortnahe Betriebsstätten, vielleicht jedoch erst längerfristig, unter einem Dach zusammengefasst werden können.

Mitarbeiter

Gerade in Bezug auf anstehende Veränderungen ist die aktive Kommunikation mit allen betroffenen Mitarbeitern wichtig, um auf Sorgen und Ängste eingehen zu können und diese zu berücksichtigen. Dies geht weit über die Einbindung der Betriebsräte in diese Prozesse hinaus und bedarf einer offenen Kommunikationskultur, welche bekanntermaßen aufwendig ist und gepflegt werden muss. Ohne aktive Mitarbeiter kann ein solcher Prozess nicht erfolgreich verlaufen.

EDV und KIS

Bei den meisten Fusionen dürften wirtschaftliche Aspekte die wichtigste Triebfeder für die Zusammenlegung sein. Dabei ist die Steuerung und Optimierung der Kostenseite z. B. über die Teilnahme an Einkaufsverbünden und die Zusammenlegung von Einkaufsabteilungen notwendig. Auf der Einnahmenseite ist der Schwerpunkt sicherlich bei der Verbesserung der DRG-Erlöse zu suchen. Um diese aber möglichst zügig und vernünftig in einem neuen Konzern übersehen und steuern zu können, bedarf es einer angeglichenen und effizienten EDV-Lösung für die Krankenhaus-Ablaufsteuerung und Abrechnung der medizinischen Leistungen. Traditionell unterschiedliche Krankenhaus-Informations-Systeme (KIS) in den zu fusionierenden Häusern bedürfen über kurz oder lang einer nicht unbeträchtlichen Investition, um die EDV angleichen zu können und damit letztendlich Betriebsabläufe über den ganzen Konzern gleichermaßen optimieren zu können.

Tarifrecht, Arbeitgeberverbände, Mitbestimmung, Altersversorgung, Kartellamt

Weitere Aspekte, welche auf dem Weg zu einem Klinikverbund berücksichtigt und bearbeitet werden müssen, sind:

•das evtl. unterschiedliche Tarifrecht,

•die Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden,

•der Aufbau der betrieblichen Mitbestimmung und

•die bestehende, möglicherweise unterschiedliche Altersversorgung.

Letztendlich bedarf ein solcher Schritt zur Fusion auch der kartellamtlichen Genehmigung, was bekanntermaßen in Einzelfällen versagt wurde.

Ansehen vor Ort

Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser sind oft sicher verwurzelt in der Region, was ihnen zumeist einen gutes Ansehen und letztendlich Vorteile bei Bevölkerung verschafft. Dies hat Auswirkungen auf die Gewinnung von Patienten und von Mitarbeitern. Letztere wissen die dort gebotene Arbeitsplatzsicherheit zu schätzen und identifizieren sich entsprechend mit „ihrem“ Haus (Corporate Identity). Ein wirtschaftlicher Erfolg wird nicht unmaßgeblich von solchen Faktoren mit beeinflusst und kann dabei durch entsprechendes Marketing weiter unterstützt werden.

Beispiele bestehender Klinikverbünde

Auf einzelne bestehende Klinikverbünde im öffentlichen und freigemeinnützigen Bereich darf hingewiesen werden: So betreibt die Universitätsklinik Heidelberg verschiedene andere Klinikstandorte bis hin zu einem telemedizinischen Praxissitz für die Diagnose von Erkrankungen des peripheren Nervensystems in Hamburg. Auch das Ernst von Bergmann Klinikum in Potsdam hat zwei Kliniken in Forst und Bad Belzig, welche zentral mit versorgt werden. Beides dürften jedoch Beispiele für eher zentral starke Organisationen sein, welche jeweils kleinere Häuser in den Verbund mit aufgenommen haben.

Kirchliche Träger haben seit vielen Jahren schon erfolgreich Verbünde unter Kliniken, seien sie näher aneinander gelegen oder auch recht entfernt, aufgebaut. Die Zielsetzung reicht dabei von wirtschaftlich kostengünstigerer Zusammenlegung von Verwaltungsstrukturen bis hin zu Konzentrierung auf besondere medizinische Leistungsbereiche.

Nicht jede Fusion und jeder Klinikverbund wird dabei von allen Beteiligten als erfolgreich erachtet, insbesondere wenn die vorhergehende Eigenständigkeit der Institution mit zumindest subjektiv so wahrgenommenen, eigenen Vorteilen ausgestattet war. So finden sich in der Presse und Öffentlichkeit auch immer wieder kritische Bemerkungen zu derartigen Prozessen. Die Veränderungen in der Gesundheitslandschaft, ob gewollt, gutgeheißen oder abgelehnt, schreiten jedoch beständig voran und die Ärzteschaft ist kaum noch Akteur, sondern fühlt sich eher als passiv „gedrängter“. Wichtig erscheint jedoch, dass zumindest einzelne als Akteure in diese Prozesse eingebunden sind und sich bereit erklären, daran mitzuarbeiten.

Beispiel für Fusionsprozess: Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein in und

um Koblenz

Aus verschiedenen Gründen gab es in Rheinland-Pfalz das politische Anliegen, eine weitergehende Partnerschaft zwischen zwei schon fusionierten öffentlichen (kommunalen) Häusern und drei schon fusionierten freigemeinnützigen Häusern anzuregen, mit dem Ziel, die anstehenden investiven Baukosten durch das Land besser einbringen zu können und den Fortbestand der Häuser ohne private Übernahme sicherzustellen. Die besondere Herausforderung bestand dabei in der Kombination einer relativ hohen Krankenhausdichte am Ort bei jedoch ausgedehntem Umland mit großem Einzugsgebiet, konkurrierenden Trägerstrukturen der anderen Häuser mit Kirche und Bundeswehr sowie den jeweils in den betroffenen Häusern zwingend anstehenden Baumaßnahmen.

So wurde aufgrund des landespolitischen Auftrages die Fusion dieser Kliniken in und um Koblenz geprüft, dabei insbesondere mit der Zielsetzung, vor Baubeginn eine sinnvolle finanzielle Förderung und Absicherung der anstehenden Maßnahmen zu gewährleisten. So sind zwei Koblenzer Kliniken (Kemperhof und Ev. Stift St. Martin) und drei Krankenhäuser aus dem Umland (Heilig Geist, Boppard; St. Elisabeth, Mayen; Paulinenstift, Nastätten) nach dem oben skizzierten Ablauf zu dem „Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein“ fusioniert worden. Während die beiden Koblenzer Kliniken im Stadtgebiet nur wenige Kilometer voneinander entfernt liegen, beträgt die Wegstrecke zu den Krankenhäusern im Umland bis zu 30 Kilometer. **(Abb. 3)**

Das Hauptaugenmerk des weitergehenden Fusionsprozesses liegt dabei zum jetzigen Zeitpunkt neben der Zusammenlegung von Verwaltungseinheiten auf der sinnvollen Verteilung der medizinischen Leistungsbereiche ü ber die fünf verschiedenen Standorte, wie besonders auf den anstehenden und umfangreichen Baumaßnahmen. Gleichzeitig ist durch diese Fusion ein Klinikum der Maximalversorgung im nördlichen Rheinland-Pfalz entstanden, welches auch damit weiterreichende Fördermittel erhoffen kann. Die längere Zukunft muss dabei zeigen, ob der gewählte Weg erfolgreich sein wird. Der ausdrückliche Wille aller beteiligten Akteure an diesem Prozess ist vorhanden und wiederholt zum Ausdruck gebracht worden.

Abb. 3: Beispiel Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein in und um Koblenz ©GKM [2]



OEBPS/images/02_02_A_04_2016_Markus_image_03.jpg

Fazit

Verschiedene Gründe sprechen heute für den Erhalt öffentlicher und freigemeinnütziger Kliniken. Verbünde solcher Kliniken untereinander erlauben bei guter Abstimmung ein voraussichtlich besseres wirtschaftliches Ergebnis und damit sichereres Überleben. Derartige Krankenhausverbünde bedürfen der intensiven Planung und Betreuung, um allen beteiligten Partnern eine sinnvolle Perspektive geben zu können. Öffentliche und freigemeinnützige Kliniken sind oft die begehrteren Arbeitgeber und können entsprechend qualifiziertes Personal mit hoher Identifikation der Mitarbeiter zu ihrem Haus an sich binden. Nicht zuletzt sind der Erhalt von verschiedenen Trägerschaften und eine Vielfalt von Behandlungsangeboten in unserer pluralistischen Welt ein ernst zu nehmender Auftrag hinsichtlich des demokratischen Grundgedankens. Öffentliche und freigemeinnützige Kliniken haben dabei mit ihrem motivierten Personal die hohe Qualität ihrer Arbeit im deutschen Gesundheitswesen immer wieder bewiesen.

Für die abschließende Beurteilung von derartig generierten Synergieeffekten sind stetige Kontrolle, Bewertung und Nachjustierung notwendig. Welche Organisationstruktur die beste Aussicht für die langfristige Zukunft darstellt, bleibt abzuwarten. Aus den oben genannten Gründen müssen wir allerdings hoffen, dass öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser künftig weiterhin eine tragende Rolle bei der Gesundheitsversorgung in Deutschland behalten werden, dann allerdings wohl eher nicht alleine, sondern in einem starken Verbund miteinander.

Literatur

[1] http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/215/aid/4222/title/Eckdaten_Krankenhausstatistik

[2] http://www.gk.de/fileadmin/user_upload/GKM_Imagebroschu___ere_Web_DS_72dpi.pdf

Eckdaten Krankenhausstatistik der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft



OEBPS/images/02_02_A_04_2016_Markus_image_author.jpg

Prof. Dr. med. Bernd H. Markus

Chefarzt und Ärztlicher Direktor

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Klinikum Kemperhof

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein

Koblenzerstr. 115-155, 56073 Koblenz

bernd.markus@gk.de

Markus B. H. Klinikverbundsysteme mit öffentlichen und freigemeinnützigen Partnern. Passion Chirurgie. 2016 April, 6(04): Artikel 02_02.