

C. Schmidt¹ · J. Möller² · F. Hardt³ · T. Gabbert⁴ · M. Bauer⁵

¹ Mühlenkreiskliniken AöR, Akademische Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Hochschule Hannover, Minden

² Fachbereich Gesundheit und Pflege, HFH, Hamburger Fern-Hochschule gGmbH, Hamburg

³ Klinik und Poliklinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie, Medizinische Fakultät Carl-Gustav-Carus, TU Dresden

⁴ HSH Corporate Finance GmbH, Hamburg

⁵ Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Erfolgsfaktoren im deutschen Krankenhausmarkt

Kliniken zwischen Verbundbildung und Privatisierung

Die Konsolidierung des Krankenhausmarktes schreitet kontinuierlich voran. Erfolgsfaktoren sind Verbund- bzw. Clusterbildung, Zentralisierung und Entscheidungskompetenz des Managements [1, 2, 6, 9, 10, 16, 18, 22, 24, 26, 27]. Neben der Bildung von medizinischen Zentren sind auch die Bildung von Kompetenzzentren sowie die Behandlung nach Versorgungsstufen wichtig [10, 26, 27]. Innerhalb der Häuser sind effiziente Elemente des Krankenhausmanagements, wie beispielsweise Risikomanagement, Kostenträgerrechnung und interne Leistungsverrechnung, von Bedeutung [8, 11, 12, 16, 19, 22].

Seit einigen Jahren ist ein spürbarer Veränderungsdruck im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhausmarkt festzustellen [1, 9, 10, 23, 24]. Durch zunehmende Ökonomisierung, steigende Kosten und sinkende Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) kam es zu einer deutlichen Privatisierungswelle im Krankenhaussektor [9,

21, 24, 28]. Waren zunächst überwiegend allein stehende Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von den Verkäufen durch ihren Träger betroffen, so gelangten nach größeren Verbänden, wie dem Landesbetriebskrankenhaus (LBK) Hamburg schließlich auch Universitätskliniken, wie Gießen und Marburg, in den Sog der Privatisierungswelle [1, 9, 10, 21, 23, 24]. Diese tief greifenden Veränderungen haben mittlerweile auch den Markt der privaten Krankenhausbetreiber erreicht. Nach der Übernahme der Helios Kliniken GmbH durch Fresenius AG und anschließendem Kauf der Humaine Kliniken durch Helios begann eine Konsolidierungsentwicklung unter den privaten Krankenhausketten [4, 9, 21]. Parallel dazu entwickeln sowohl öffentliche als auch frei-gemeinnützige Krankenhäuser Strategien, um sich am Markt zu behaupten und die Wettbewerbsfähigkeit, beispielsweise durch Verbundstrategien zu erhöhen [4]. Lediglich Universitätskliniken entfalten bisher wenig innovative Strategien, um am Markt zu bestehen. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die Situation der privaten bzw. öffentlichen Krankenhäu-

ser und deren Marktstrategien. Er baut auf Übersichten der vergangenen Jahre auf und skizziert zukünftige Ansätze für öffentliche Trägerschaften [23, 25].

Private Krankenhausbetreiber

In den letzten zehn Jahren haben sich private Krankenhausketten im Markt etabliert und in bestimmten Regionen erfolgreich eine Marktdominanz aufbauen können, wie **Abb. 1** zeigt. Obwohl das Kartellamt bisher eine regionale Clusterbildung und Vormachtstellung verhindert hat, haben im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen die meisten privaten Betreiber ihre Positionen deutlich erweitern können [4, 10, 23, 25]. Inhaltlich betrachtet hat die Mehrheit der Unternehmen sowohl unterschiedliche Marktsegmente (Ambulant-, Akutmedizin und Rehabilitation) als auch unterschiedliche Versorgungsstufen („low“, „normal“, „intermediate“ und „intensive care“) aufgebaut und damit die Möglichkeit geschaffen, die gesamte Wertschöpfungskette der Krankenversorgung in einem Konzern zu integrieren [6, 22]. Einige Unternehmen wie die

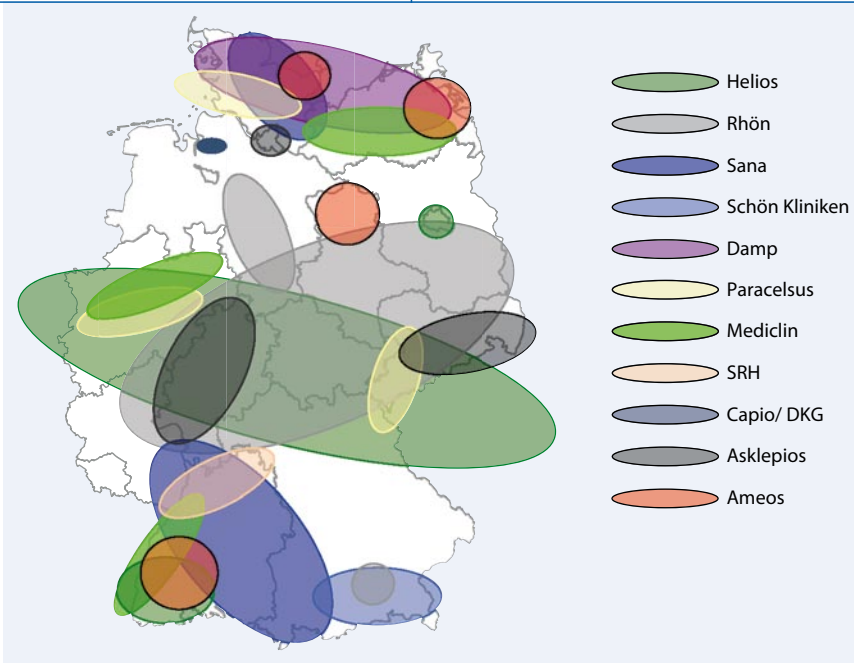


Abb. 1 ▲ Regionales Clustering der privaten Krankenhausketten im Markt

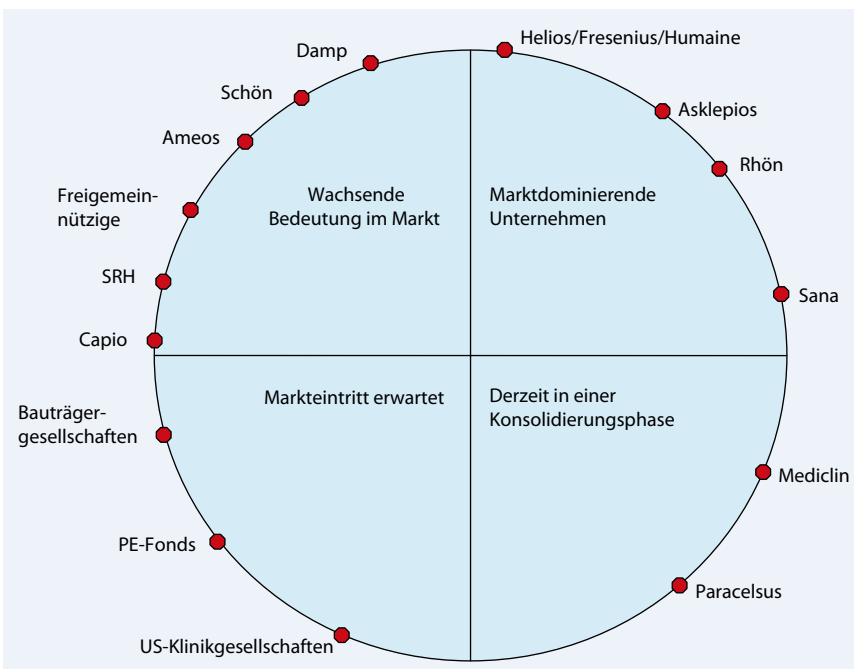


Abb. 2 ▲ Positionierung der Marktteilnehmer im deutschen Krankenhausmarkt nach Bedeutung. (PE, „private equity“)

Damp-Kliniken konnten sogar über die „klassische“ Rehabilitation hinausgehende Bereiche wie beispielsweise Wellnessangebote integrieren [32]. Ferner ist es manchen Unternehmen gelungen, eine Marke mit den entsprechenden Attributen am Markt zu etablieren; dies vor allem durch ein konsequentes Marketing, ein klares „corporate design“ und Besetzung aktuel-

ler Schlüsselthemen wie beispielsweise die Helios Kliniken als „Marktführer Qualität“ [4, 31].

Ein Trigger für den Vormarsch der privaten Krankenhausbetreiber war die Krankenhauskonsolidierung nach der deutschen Wiedervereinigung, im Zuge derer ein großer Teil der ostdeutschen Krankenhäuser übernommen und bei ei-

ner damaligen Förderquote von über 80% zügig saniert werden konnte [4]. Die dadurch entstehende Marktmacht und kontinuierlich sinkende Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand bei steigenden Kosten in Westdeutschland bereiteten den Boden für die Expansion privater Klinikbetreiber in den alten Bundesländern [4, 25]. Vor allem die konsequente Umsetzung moderner Managementkonzepte, effiziente Infrastrukturen und die Zentralisierung wichtiger Kernkompetenzen (Einkauf, Informationstechnik, Qualitätsmanagement) sowie der vergleichsweise leichte Zugang zu Kapital am Markt haben die privaten Krankenhausketten zu einem Erfolgsmodell der wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland werden lassen [1, 2, 9, 24, 25, 28]. Dabei ist die medizinische Qualität nicht besser als bei vergleichbaren Betreibern, wie eine Studie unlängst zeigen konnte [4].

Dennoch konsolidiert sich momentan auch der Markt der privaten Krankenhausketten. Wie **Abb. 2** zeigt, sind davon vor allem einige mittelständische Unternehmen betroffen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Einige Unternehmen konnten mit dem schnellen Wachstum anderer Ketten nicht mithalten, vor allem weil die Größe der gekauften Krankenhäuser ständig zunahm. Andere dagegen haben eine klare Positionierung des Unternehmens als Marke am Markt verpasst. Dabei ist zu beobachten, dass neben ausländischen Investoren, wie Catio SA auch amerikanische Universitäten wie Harvard und Johns Hopkins den Markteintritt in Deutschland vorantreiben; Letztere, weil vor allem Johns Hopkins als Marktführer für Managementverträge in den USA diese Konzepte gern auf den deutschen Markt übertragen möchte. Dabei steht die Finanzkraft der US-amerikanischen Universitäten außer Frage.

Aufgrund des großen Investitionsstaus in Deutschlands öffentlichen Krankenhäusern zeigen auch große Bauunternehmungen ein gesteigertes Interesse am Krankenhausmarkt; hierbei werden vor allem Privatisierungen im Bereich der Liegenschaften und des „facility management“ angesprochen. Schließlich sind weiterhin „Private-equity“- (PE-) Unternehmen an einzelnen Krankenhausketten in Europa beteiligt. Dies wird je-

C. Schmidt · J. Möller · F. Hardt · T. Gabbert · M. Bauer

Erfolgsfaktoren im deutschen Krankenhausmarkt. Kliniken zwischen Verbundbildung und Privatisierung

Zusammenfassung

Der Krankenhausmarkt in Deutschland befindet sich in einem ständigen Wandel, der durch Rahmenbedingungen wie z. B. die Einführung der „diagnosis related groups“ (DRGs), die Entwicklung der Demographie sowie zunehmende Technisierung und Ökonomisierung des Krankenhauses hervorgerufen wird. Als Ergebnis dieses Wandels wurden zumeist bislang öffentliche Krankenhäuser von privaten Trägerschaften aufgekauft. Dieser Trend hat zuletzt auch Universitätskliniken erreicht (z. B. Gießen und Marburg). Neben dem Markt der „Gekauften“ ist auch der Markt der „Käufer“ in Bewegung geraten. Neue Marktteilnehmer wie ausländische Krankenhausketten, amerikanische Universitätskliniken und Finanzinvestoren treten in den Markt ein. Infolgedessen konzentriert sich die Privatisierungswelle aktuell vorwiegend auf größere Krankenhäuser. Gerade diese versprechen bei entsprechender Verbund- bzw. Clusterbildung und angesichts der damit einhergehenden Zentralisierung von Kernkompetenzen z. B. beim Einkauf, in der Küche und bei der Apotheke entsprechende Rationalisierungspotenziale.

Innerhalb eines solchen Verbunds bzw. Clusters sind die Ausgestaltung der unterschiedlichen Versorgungsformen (Portalklinik, Grund-/Regelversorger und Maximalversorger) bzw. Versorgungsstufen in den Häusern („low“, „normal“, „intermediate“ und „intensive care“) für die Effizienz des Angebots entscheidend. Wettbewerb zwischen den Verbänden bzw. Clustern findet nicht nur um Patienten, sondern zunehmend auch um qualifiziertes Personal statt. Hier könnten Universitätskliniken aufgrund ihrer gegebenen Kombination von Maximalversorgung und Ausbildungsstätte zukünftig entscheidende Wettbewerbsvorteile erwachsen. Bisher sind Verbund- bzw. Clusterbildungen wegen der unterschiedlichen Interessen der Trägerschaften noch nicht realisiert worden. Zukünftig könnte diese Alternative jedoch an Attraktivität gewinnen.

Schlüsselwörter

Krankenhausmarkt · Öffentliche Krankenhäuser · Universitätskliniken · Marktconsolidierung · „Cluster“ · Kooperation

Success factors in the German healthcare market. Hospitals between cluster formation and privatisation

Abstract

The German hospital market is in a state of transition due to the introduction of diagnosis-related groups (DRGs) and a constant change of the reimbursement, demographic, economical and technical framework. To date mainly public hospitals were bought by private hospital chains, but this trend has currently reached university hospitals. During recent months a consolidation within the market of private hospitals took place, while new market players such as foreign hospital chains, US universities and private equity firms emerged on the scene. The target of the privatisation process, however, turns more and more to larger hospitals. Central key values remain the cluster formation and centralisation of key competences such as food supply, purchasing and pharmacy. Within a network of clinics the representation of different care components (basic, regular and maxi-

mum care provider) and care levels (low, normal, intermediate and intensive care) remain important elements of efficient hospital management. Today, successful hospital operation is based on the successful competition for patients and even more for qualified staff. In this aspect, university hospitals could play a decisive role, because of their combination of maximum acute care provision and educational mandate. No such network has yet been formed due to the different interests of the owners, however, given the new market situation this alternative concept could become more attractive.

Keywords

Hospital market · Public hospitals · University hospitals · Market consolidation · Cluster · Cooperation

doch teilweise kritisch für weitere Akquisitionen gesehen [4, 9, 24, 25, 28], weil das zeitliche Engagement der PE-Firmen als reine Finanzinvestoren limitiert ist und auf diese Weise ein kontinuierlicher Wechsel der Eigentümer stattfinden kann [25]. Ein Beispiel hierfür sind die Hirslanden Kliniken, die derzeit wieder weiterverkauft werden. Für einen Betreiber von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft stellt sich in solch einem Fall die Frage nach der langfristigen Sicherstellung des Versorgungsauftrags. Dennoch ist zu erwarten, dass PE-Unternehmen aufgrund des großen Finanzbedarfs der Branche weiterhin zunehmende Bedeutung im deutschen Krankenhausmarkt erlangen werden [25].

Öffentliche Krankenhausbetreiber

In den letzten Jahren haben vor allem öffentliche Krankenhausbetreiber die Konsequenzen ihrer Trägerschaft gespürt. Kontinuierliche Intervention der Eigentümer, die das operative Tagesgeschäft häufig jahrelang als Branchenfremde mitgestalteten, wettbewerbshinderliche Tarifstrukturen, starke Dominanz der Mitbestimmungsorgane und vielerorts unterdurchschnittliche Professionalität des Managements haben dazu geführt, dass ein Bestehen am Markt immer schwieriger wurde [4, 9, 10, 14, 15, 22, 24]. In der Folge war in den letzten zehn Jahren eine beispiellose Privatisierungswelle zu beobachten, die mittlerweile aus verschiedenen Gründen an Dynamik abgenommen hat. Während noch im Jahr 2004 ein Anstieg der Privatisierungsaktivitäten zu verzeichnen war, flachte der Trend in den Jahren 2005 und 2006 erheblich ab, wie **Abb. 3** zeigt. Dabei zeigt sich auch ein Wandel der Kaufpreise für Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, wie **Abb. 4** darstellt. Waren 2001 noch Grund- und Regelversorger gefragt, so stehen heute eher Schwerpunkt- und Maximalversorger im Fokus privater Krankenhauskonzerne.

Die Ursachen für den sich verlangsamenden Privatisierungsprozess liegen in kartellrechtlichen Rahmenbedingungen, Managementknappheit nach umfangreichen Transaktionen und teilweise internen Restrukturierungsmaßnahmen in den Krankenhausketten begründet [25,

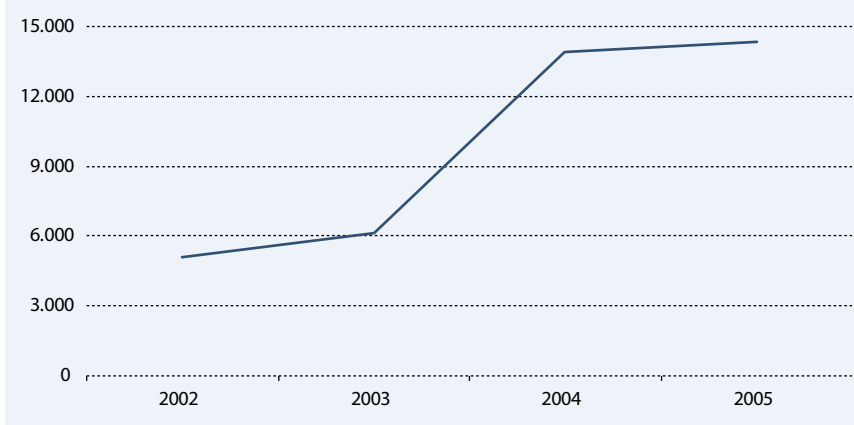


Abb. 3 ▲ Anzahl der privatisierten Betten in den Jahren 2002–2005

28]. Weiterhin ist die Anzahl der Akutkrankenhäuser der Maximalversorgung auf etwa 60 Häuser begrenzt [21], und es gestaltet sich wesentlich aufwendiger, die Ziele der Krankenträger mit Großkliniken, wie beispielsweise den Städtischen Kliniken Düsseldorf oder Köln, zu erreichen.

Einige öffentliche Krankenhausbetreiber haben mittlerweile effektive Strategien entwickelt und ihre Marktposition durch den Aufbau moderner Gebäudestrukturen, weitsichtiger Verbundbildung, gebotenen „outsourcing“ von Servicebereichen und dem Angebot unterschiedlicher Versorgungsniveaus abgesichert

Tab. 1 Relevante deutsche Krankenhausketten bzw. Verbünde in öffentlicher und privater Trägerschaft, sortiert nach Umsatz

Krankenhauskette	Mitarbeiter	Umsatz [Mio. EUR]	Betten
<i>Ausgewählte Verbünde in öffentlicher Trägerschaft</i>			
Kliniken der Stadt Köln gGmbH	3500	200,0	1500
Mühlenkreiskliniken AöR	4300	285,0	2000
Klinikum Region Hannover gGmbH	7500	400,0	3400
Gesundheit Nord gGmbH	8000	433,0	3100
Städtische Kliniken München gGmbH	8500	600,0	3500
Vivantes gGmbH	13.500	745,9	5250
<i>Mittelständische private Krankenhausketten</i>			
Marseille Kliniken AG	4536	152,1	7428
Humaine Kliniken	3300	221,5	14.600 (Betten und Plätze)
Paracelsus Kliniken	3249	272,8	2412 Akut 1825 Reha
Schön Kliniken	4400	300,0	2831
Damp Holding	7400	315,2	2500 Akut 1200 Reha
SRH Kliniken AG	4814	327,9	2511 Akut 327 Reha
Mediclin	6900	370,4	7700
<i>Großunternehmen im Krankenhausmarkt</i>			
Sana Kliniken	18.800	758,0	6700
Helios GmbH (zur Fresenius AG gehörend)	14.229	1.200	9260
Rhön Klinikum AG	21.226	1.415	14.620
Asklepios (einschließlich Pacific Health Corporation, USA)	34.400	1.900	21.000

Quelle der Angaben sind die Webseiten der Unternehmen. Bezugszeitraum ist das Geschäftsjahr 2005. Akut Akutkrankenhäuser, Reha Rehabilitationseinrichtungen.

und ausgebaut. Ausgewählte Landkreise in Ostwestfalen und die Regionen Bremen, Hannover sowie München und Berlin sind hier beispielhaft zu nennen [35]. Dabei sind mittlerweile Krankenhausverbünde entstanden, die mittelständische private Krankenhausbetreiber an Größe, bezogen auf Mitarbeiterzahl, Umsatz und Betten übertreffen. Einen auszugswweisen Überblick hierzu gibt **Tab. 1**. Dies zeigt, dass auch bei einigen öffentlichen Betreibern strategische Entscheidungen zur effizienten Krankenhausführung getroffen werden [4, 9, 13].

Ein weiteres und entscheidendes Wettbewerbsfeld spannt sich heute um den Gewinn qualifizierter Mitarbeiter [1, 5, 7, 16, 17, 20, 29] auf. Waren vor 10 Jahren 5–10 Seiten Stellenangebote im deutschen Ärzteblatt zu finden, so sind es heute über 100 Seiten. Dazu kommt, dass die Absolventen der medizinischen Fakultäten mittlerweile zu 65% aus Frauen bestehen; dies führt dazu, dass Fächer, wie beispielsweise die Chirurgie, gravierende Nachwuchssorgen beklagen [5, 20]. Für viele Krankenhäuser stellt sich damit die Frage, wie attraktive Ausbildungsprogramme analog der „residency programs“ in den USA mit einer Familienplanung und Kinderbetreuungsmöglichkeiten umzusetzen sind [5, 17]. Darüber hinaus sind Teilzeitbeschäftigungen und flexible Arbeitszeitmodelle als Angebote schon bei der Ausschreibung einer Stelle zu überdenken. Dies ist besonders für ländlich gelegene Häuser eine Herausforderung, die nur im Verbund mit anderen Versorgern gemeistert werden kann. Vor allem diejenigen Grund- und Regelversorger, die heute Schwierigkeiten haben, Personal für ihre Fächer zu rekrutieren, werden von Verbundlösungen profitieren [29].

Universitätskliniken

Derzeit gibt es in Deutschland 33 Universitätskliniken. Sie stellen die Maximalversorgung sicher und versorgen mit ca. 8% aller Krankenhausbetten etwa 12% der jährlich 17 Mio. stationären Patienten. Mit einem Personalstamm von etwa 180.000 Mitarbeitern werden 12 Mrd. EUR/Jahr umgesetzt; hierbei entfallen 7 Mrd. EUR auf die stationäre und 1 Mrd. EUR auf die ambulante Patientenbehandlung [21]. Der Zu-

Abb. 4 ▶ Unternehmenswerte im Zeitverlauf als Transaktionsvolumen pro Bett

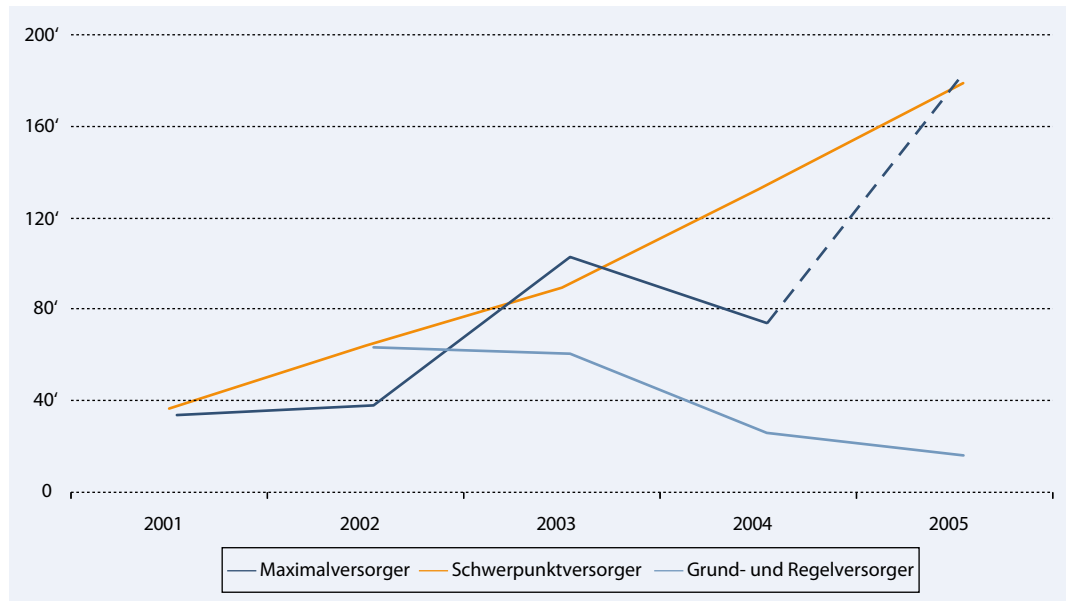


Abb. 5 ▶ Regionale Cluster- bzw. Verbundbildung mit Beispielen für Transaktionsvarianten der vergangenen Jahre im regionalen Umfeld

<p>Verkauf von Anteilen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verkauf eines öffentlich getragenen Krankenhauses an privaten Träger, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinikum Wuppertal an Helios ▪ Klinikum Remscheid an Sana ▪ Klinikum Siegburg Rhein-Sieg an die Wittgensteiner Kliniken AG (WKA) ▪ Verkauf eines öffentlich getragenen Krankenhauses an freigemeinnützigen Träger, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kreiskrankenhäuser Mölln und Ratzeburg an das DRK ▪ Suche eines Partners/Mehrheitsgesellschafters für die Kliniken Düsseldorf 	<p>Verbundbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Region Hannover: Zusammenschluss von 13 Krankenhäusern unter einen Träger zum 01.01.2003 mit rund 3.400 Betten ▪ Gesundheit Nord gGmbH, Klinikverbund Bremen: Zusammenschluss der vier Bremer Zentralkrankenhäuser in einer Holding gGmbH mit rund 3.200 Betten ▪ Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenschluss städtischer Berliner Krankenhäuser & Pflegeheime ▪ 9 Krankenhäuser mit 5.200 Betten ▪ 14 Pflegeeinrichtungen mit 1.700 Plätzen
<p>Managementvertrag</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschluss eines Managementvertrages mit öffentlich getragenen Krankenhaus durch privaten Träger: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weserbergland-Klinik Höxter durch Asklepios ▪ Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH durch Sana 	<p>Fusion mit freigemeinnützigem Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschmelzung von öffentlichem und frei-gemeinnützigem Krankenhaus: St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH mit 530 Betten als gemeinsame Gesellschaft des Christlichen Krankenhauses Eisenach (vormals 225 Betten) und des Wartburg-Klinikums Eisenach (vormals 371 Betten)

schluss der Länder für Forschung, Lehr- und sonstige Trägeraufgaben beträgt heute insgesamt ca. 4 Mrd. EUR für alle Universitätskliniken. Würde das „Diagnosis-related-groups“- (DRG-)System heute im angedachten bzw. beabsichtigten Sinn angewendet werden, hätte das für alle Universitätskliniken aufgrund der besonderen Leistungsstruktur ein Defizit in der Größenordnung von 350–450 Mio. EUR zur Folge [9, 10, 21, 22, 23]. Erschwerend werden Universitätskliniken in besonderem Maß durch öffentliche Rahmenbedingungen beim Leistungswettbewerb der Krankenhäuser benachteiligt. Stagnierende bzw. rückläufige Landesführungen,

eine Reduktion bzw. künftig auslaufende Mittel nach dem Hochschulbauförderungsgesetz, die beide den Investitionsstau im Hochschulbau verschärfen, sowie ein unzureichender Kompetenzrahmen als Anstatt des öffentlichen Rechts und Tarifbindung aufgrund der Zugehörigkeit zur Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) sind hier zu nennen [8, 22]. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Entscheidungskompetenz und Reaktionsgeschwindigkeit des Managements einer Universitätsklinik für die Existenzsicherung der eigenen Organisation mitentscheidend sind [9, 10, 23].

Die wesentlichen Herausforderungen für Universitätskliniken liegen jedoch im Abbau des vorhandenen bzw. drohenden Defizits und in Investitionsstaus [2, 9, 10, 13, 14, 15, 23, 28]. Einsparungen über Kooperationen und Verbundbildungen sind bisher allerdings eine Seltenheit. Einige Beispiele für Kooperationen finden sich in Schleswig-Holstein und anderen ländlich gelegenen Einrichtungen. Über Kooperationsverträge gehen diese Beispiele jedoch nicht hinaus, sodass bisher keine Verbünde in Form eines neuen Unternehmens entstanden sind. Als hinderlich haben sich an dieser Stelle vor allem die Eigentumsverhältnisse (Land – Stadt/Kom-

mune) und die damit verbundenen unterschiedlichen Interessenlagen erwiesen. Daher ist auch mittelfristig nicht mit derartigen Lösungen zu rechnen [23, 25]. Dies ist bedauerlich, da sich das regionale „clustering“ bzw. die Verbundbildung als zentraler Wertetreiber bei der Bewertung von Krankenhäusern herausgestellt haben [10, 21, 25]. Räumliche Nähe, Schwerpunktbildung in zentralen, großen Kliniken, die Spezialisierung einzelner Häuser im Verbund und effiziente Ressourcenallokation schaffen die Voraussetzungen dafür, dass nicht jedes Haus alle Bereiche abdecken muss [6, 8, 11, 18, 23, 24, 26, 27]. Dabei können neben Kostensynergien zentrale Dienste wie Einkauf, Apotheke, Wäsche, Zentralsterilisation etc. zusammengefasst werden. Gute Beispiele hierfür finden sich bei den Helios Kliniken [31]. Hier könnten Universitätskliniken in der Zukunft eine entscheidende Rolle als führende Einheiten innerhalb der Verbünde spielen. Die möglichen Varianten des Zusammenschlusses zwischen unterschiedlichen Trägerschaften fasst **Abb. 5** beispielhaft zusammen.

Ansätze zur Verbesserung der Infrastruktur entstehen im Bereich der „public private partnerships“ (PPP), mit dem Ziel, mehr privates Kapital für den Abbau des Investitionsstaus bereitzustellen [2, 10, 30, 36]. Dies funktioniert bisher beispielhaft im Bereich Partikeltherapie; hier sind große Investitionen an Universitätskliniken zu tätigen. Diese Verfahren sind jedoch zeitlich und finanziell aufwendig. Da mittlerweile Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland die Investitionsförderung auf eine „Quasi-Monistik“ mit Koppelung der Fördermittel an „Case-mix“-Punkte (ca. 50 EUR/Punkt) umgestellt hat, können auf diese Weise nur noch Kredite für Investitionen bedient werden. Dies würde dem Prinzip des PPP sehr entgegenkommen [30, 36]. Ob derartige Maßnahmen Erfolg haben werden, wird sich in Zukunft zeigen. Verlierer werden dabei vor allem allein stehende bzw. kleinere Krankenhäuser sein.

Fazit für die Praxis

Die Konsolidierung des Krankenhausmarktes schreitet kontinuierlich voran. Hierbei verfolgen die Betreiber unter-

schiedliche Strategien. Die Erfolgsfaktoren bleiben die Verbund- bzw. Clusterbildung, die Zentralisierung und die Entscheidungskompetenz des Managements [1, 2, 6, 9, 10, 16, 18, 22, 24, 26, 27]. Inhaltlich sind neben der Bildung von medizinischen Zentren (Kopf, Onkologie etc.) auch Kompetenzzentren (z. B. Brustzentrum) sowie die Behandlung nach Versorgungsstufen (Low care bis Intensive care) wichtig [10, 26, 27]. Innerhalb der Häuser sind effiziente Elemente des Krankenhausmanagements, wie beispielsweise Risikomanagement, Kostenträgerrechnung und interne Leistungsverrechnung, von Bedeutung [8, 11, 12, 16, 19, 22].

Diese Konzepte werden mittlerweile sowohl von privaten als auch von einigen öffentlichen Betreibern umgesetzt. Universitätskliniken könnten in diesem Segment zukünftig eine führende Stellung einnehmen, insbesondere hinsichtlich der Themen Mitarbeiterqualifizierung, Bereitstellung der Spitzenversorgung und Ausgestaltung des Krankenhausmanagements [3, 9, 22, 23]. So könnte durch die Verbundbildung mit Grund- und Regelversorgern ein erheblicher Wettbewerbsvorteil hinsichtlich der medizinischen Qualifizierung von Mitarbeitern entfaltet werden [22, 23, 24]. Aber auch im nichtkurativen Bereich können Impulse gesetzt werden, beispielsweise durch Masterprogramme im Bereich Krankenhausmanagement, die an einigen Universitätskliniken im Rahmen der Personalentwicklung bereits erfolgreich implementiert worden sind [33, 34]. Zur Optimierung komplexer und kostenintensiver Strukturen hinsichtlich Ressourcenverbrauch und Leistungsqualität, ist speziell von Universitätskliniken eine Stärkung der Versorgungsforschung zu erwarten, beispielsweise durch kreative Ausgestaltung eines suffizienten Managements für den OP-Bereich [3, 19, 22]. Auch für die Themen Infrastruktur und Investitionen stehen mit PPP-Modellen potenzielle Lösungen zum Abbau des Investitionsstaus zur Verfügung, die jedoch ihre Praxistauglichkeit im Medizinsektor noch flächendeckend beweisen müssen [30, 36].

Die genannten Strategien treffen nicht für alle Universitätskliniken gleicherma-

ßen zu, da einige Einrichtungen bereits sehr gut positioniert sind, und andere noch nicht. Hinweise für eine gute Positionierung finden sich beispielsweise dort, wo medizinische Versorgungszentren, Patientenhotels und ambulante Operationszentren neben den oben genannten Maßnahmen zur Personalentwicklung entstanden sind. Mit Spannung ist die Entwicklung jener Universitätskliniken und Maximalversorger zu erwarten, die in Ballungsgebieten mit direkter Konkurrenz zu kompetitiven Trägern konfrontiert sind. Hier wird sich zeigen, ob Konstellationen, wie in Gießen und Marburg praktiziert, an Attraktivität gewinnen. Möglichkeiten zur aktiven Gestaltung wurden im vorliegenden Artikel vorgestellt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. C. Schmidt MPH
Mühlenkreiskliniken AöR,
Akademische Lehrkrankenhäuser der
Medizinischen Hochschule Hannover
Friedrichstraße 17, 32427 Minden
christian.schmidt@mkk-nrw.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg) (2003) Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Schattauer, Stuttgart
2. Augurzyk B, Krolow S, Liehr-Griem A et al. (2004) Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau. RWI Materialien, Heft 13. Eigenverlag, Essen
3. Bauer M, Hanss R, Schleppers A et al. (2004) Prozessoptimierung im „kranken Haus“. Anaesthesist 53: 414–426
4. Becker A, Beck U, Pfeuffer B (2007) Sind die Privaten wirklich besser? Krankenhaus 6: 539–543
5. Boldt J (2003) Anästhesistenmangel im Krankenhaus. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 38: 384–388
6. Clade H (2004) Krankenhaus-Management: Kompetenzzentren sind zukunftsträchtig. Dtsch Arztebl 41: 2724–2726
7. Flintrop J (2002) Ärztliche Arbeitskraft im Krankenhaus: Ein zunehmend knappes Gut. Dtsch Arztebl 99: A1411–A1411
8. Friess H, Kleff J, Buchler P et al. (2003) Central case management in surgery. Anaesthesist 52: 830–836
9. Gürkan I (2004) Privatisierung von Universitätskliniken – Es gibt auch Alternativen. Manage Krankenh 25: 1–2
10. Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) (2007) Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt Krankenhausmarkt im Umbruch. Schattauer, Stuttgart

11. Lungen M, Stock S, Krauth C et al. (2004) Performance and costs of outpatient clinics of university hospitals for medical care, teaching, research activities. *Dtsch Med Wochenschr* 129: 2399–2404
12. Mollemann A, Eberlein-Gonska M, Koch T, Hubler M (2005) Clinical risk management. Implementation of an anonymous error registration system in the anesthesia department of a university hospital. *Anaesthesist* 54: 377–384
13. Müller U, Offermans G (2004) Krankenhausplanung im DRG-System – Expertenbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts. *Deutsches Krankenhausinstitut* (Hrsg), Düsseldorf
14. Leonhard JF (2006) Fusion and privatization of Giessen and Marburg University Hospitals in the network of Hessian academic medicine. *Dtsch Med Wochenschr* 131: 927–928
15. Maisch B (2005) A paradigm change in German academic medicine. Merger and privatization as exemplified with the university hospitals in Marburg and Giessen. *Herz* 30: 153–158
16. Offermans M, Müller U (2006) Die Entwicklung der Krankenhausanspruchnahme bis zum Jahr 2010 und die Konsequenzen für den medizinischen Bedarf der Krankenhäuser – Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). *Deutsches Krankenhausinstitut* (Hrsg), Düsseldorf
17. Putzhammer A, Hajak G, Kestler A, Klein HE (2006) Wie wirbt man erfolgreich um Mitarbeiter? Eine Untersuchung zur Personalbeschaffung im ärztlichen Dienst. *Nervenarzt* 77: 91–92
18. Quist SR, Dieckmann-Stöcklein R, Bröcker EB, Weyandt GH (2004) Vernetzung als Chance zur Profilierung einer Klinik? *Dtsch Med Wochenschr* 129: 1495–1499
19. Raetzell M, Reissmann H, Steinfath M et al. (2004) Implementierung einer internen Leistungsverrechnung über Anästhesie Minuten. *Anaesthesist* 53: 1219–1230
20. Rieser S (2003) Ärztemangel – Der Nachwuchs bricht weg. *Dtsch Arztebl* 36: 2262–2264
21. Rolland S (2005) Krankenhäuser in Deutschland 2003. *Wirtsch Statist* 8: 838–848
22. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007) Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Eigenverlag, Bonn. <http://www.svr-gesundheit.de>. Gesehen 25 Aug 2007
23. Schmidt C, Möller J, Hesslau U et al. (2005) Universitätskliniken im Spannungsfeld des Krankenhausmarktes. *Anaesthesist* 54: 694–702
24. Schmidt CE, Möller J (2007) Katalysatoren des Wandels. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) *Krankenhausreport 2006 – Der Krankenhausmarkt im Umbruch*. Schattauer, Stuttgart, S 3–19
25. Schmidt CE, Möller J, Gabbert T, Engeler F (2003) Investoren im Krankenhausmarkt. *Dtsch Med Wochenschr* 128: 1551–1556
26. Straub C, Beyerle B (2006) Anforderungen an strategische Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. In: Albrecht MD, Töpfer A (Hrsg) *Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus: 15 Punkte Sofortprogramm für Kliniken*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 247–267
27. Strehl R (2006) Maximalversorger und integrierte Versorgung: Kein Raum, kein Interesse, kein Bedarf? *Clin Res Cardiol* 95: 19–21
28. Strehl R (2003) Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg) *Krankenhausreport 2002*. Schattauer, Stuttgart
29. Wiegand A (2002) Ärztliche Versorgung: Frühzeitige Signale für den drohenden Ärztemangel. *Dtsch Arztebl* 99: A1349–A1350
30. Wissenschaftsrat (2007) Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) in der universitärmedizinischen Forschung, Drs. 7695–07. Wissenschaftsrat, Berlin
31. <http://www.helios-kliniken.de>. Gesehen 07 Sept 2007
32. <http://www.damp.de>. Gesehen 07 Sept 2007
33. <http://www.uni-kiel.de/fak/med/mhmpg1.htm>. Gesehen 07 Sept 2007
34. <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=1382>. Gesehen 07 Sept 2007
35. <http://www.mkk-nrw.de>. Gesehen 07 Sept 2007
36. Ziekow J (Hrsg) (2003) Public Private Partnership – Projekte, Probleme, Perspektiven. In *Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium des Innern und der Initiative D21*. Speyerer Forschungsberichte, Speyer, S 223

15 Jahre Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.

Mit einer bundesweiten Fachtagung und einer großen Benefizveranstaltung feierte die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (BAG Hospiz) im Oktober dieses Jahres ihr 15-jähriges Bestehen. Ihre Vorsitzende, Dr. Birgit Weihrauch, wies bei diesem Anlass darauf hin, dass es im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem kaum einen anderen Bereich gebe, der eine vergleichbar dynamische Entwicklung aufweisen könne. Unverändert seien Politik und Gesellschaft gefordert, das Ziel der Hospizbewegung, ein Sterben in Würde, zu ermöglichen. Schirmherrin der Veranstaltung war Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.

BAG Hospiz, mittlerweile umbenannt in Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., wurde 1992 gegründet. Mitglieder sind alle 16 Landesverbände und zahlreiche Organisationen und Persönlichkeiten der Hospizbewegung und Palliativmedizin. In Deutschland gibt es derzeit rund 1450 ambulante Hospize, rund 150 stationäre Hospize und rund 140 Palliativstationen an Krankenhäusern. Über 80 000 Menschen engagieren sich ehrenamtlich für die Hospiz- und Palliativarbeit in Deutschland.

Nähere Informationen unter www.hospiz.net

Quelle: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.