



ZUKUNFTSFORUM  
POL



102 | 2010  
Ralf Heimbach

## Innovative Ansätze im Krankenhaussektor

BEST-PRACTICE-BEISPIELE



ISBN 978-3-941904-34-7

[www.kas.de](http://www.kas.de)

 Konrad  
Adenauer  
Stiftung

## INHALT

- 5 | EINLEITUNG
- 9 | PEER REVIEW BEI DEN HELIOS KLINIKEN
- 15 | MEDIZINISCHE INNOVATION BEI DER  
RHÖN-KLINIKUM AG
- 18 | VERNETZUNG ALS ERFOLGSREZEPT  
DAS SANA-KRANKENHAUS ALS PARTNER DER  
GESUNDHEITSINSEL RÜGEN
- 23 | MUSTERBEISPIEL FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNGS-  
LEISTUNGEN  
DIE VEREINIGTE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN  
FREIBERG GMBH
- 28 | KOOPERATIVE VERBÜNDE  
DAS BEISPIEL DES VEREINS DER KOMMUNALEN  
GROSSKRANKENHÄUSER REGION MITTE E.V. (VKG)
- 31 | ERFOLGSMODELL KLINIKUM DER STADT  
LUDWIGSHAFEN AM RHEIN
- 34 | ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT? – ERLEBT DIE  
POLIKLINIK EINE RENAISSANCE?  
DIE HELIOS POLIKLINIK BERLIN-BUCH  
ALS POSITIVES BEISPIEL
- 40 | DIE AMPER VITAL ARENA – EIN WESENTLICHER  
BAUSTEIN HIN ZUM GESUNDHEITZENTRUM DACHAU
- 43 | UMFASSENDE LEISTUNGSANGEBOTE DURCH  
ARZTNETZWERKE  
DAS GO IN IN DER REGION INGOLSTADT
- 47 | NEUE WEGE BEI TRADITIONSREICHEN  
KRANKENHÄUSERN  
DER VEREIN FRANKFURTER STIFTUNGSKRANKEN-  
HÄUSER E.V
- 51 | AUF DEM WEG ZUM ERSTEN EUROPÄISCHEN  
UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
DAS UNIVERSITÄTSKLINIKUM AACHEN UND DAS  
ACADEMISCH ZIEKENHUIS MAASTRICHT

*Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.  
unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch  
elektronische Systeme.*

© 2010, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin

Gestaltung: SWITSCH Kommunikationsdesign, Köln.  
Printed in Germany.  
Gedruckt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

ISBN 978-3-941904-34-7

54 | RESÜMEE

56 | GESPRÄCHSPARTNER BEI DEN AUFGEFÜHRTEN  
PROJEKTEN

57 | DER AUTOR

57 | ANSPRECHPARTNER IN DER  
KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

## EINLEITUNG

„Mit Innovationen der Krise trotzen“ – die Idee zu den nachfolgenden Ausführungen wurde auf einer Veranstaltung geboren, auf der Vertreter der Krankenhausbranche ein tief-schwarzes Bild der Situation der Krankenhäuser in Deutschland an die Wand malten, tief-schwarz und nahezu ohne Zwischentöne. Das Ziel war eindeutig: die politischen Entscheidungsträger dazu zu bewegen, mehr Geld in das System zu geben. Der Autor, der selbst seit mehr als zwölf Jahren verantwortliche Positionen in der Branche wahrgenommen hat (bei privaten – und bei öffentlichen Trägern), weiß, dass in einer so heterogenen Branche wie dem Gesundheitswesen – wie in allen anderen Bereichen auch – nicht die einheitsfarbenen „weiß“ und „schwarz“, sondern die Schattierung und Zwischentöne dominieren. Der Ruf nach mehr Geld löst zudem die unbestreitbaren strukturellen Probleme der Branche nicht. Aus dieser Überlegung heraus entstand das Projekt mit der Konrad-Adenauer-Stiftung, anhand von ausgewählten Beispielen aufzuzeigen, dass es trotz schwieriger Rahmenbedingungen durchaus Unternehmen gibt, die mit Kreativität, Beharrlichkeit oder einfach mit gutem Management ihre Klinik, ihre Organisation überdurchschnittlich gut ausrichten und zukunftsfähig ausgestalten. Die vorgestellten Projekte und Unternehmen können als Beispiele für ein Management von Krankenhäusern, relevanten Schnittstellenbereichen oder Gruppen dienen und helfen, den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Branche unbeschadet zu überstehen.

Die Konrad-Adenauer-Stiftung nahm sich des Themas an, da sie die Bedeutung des Gesundheitssektors, in dem nahezu jeder siebte Berufstätige beschäftigt ist, anerkennt und seine weitere Entwicklung im Rahmen ihrer Aufgaben im politischen Raum unterstützen will. Der Autor seinerseits, der die Branche gut kennt und der Stiftung seit vielen Jahren verbunden ist, nutzt gerne die Gelegenheit, die Situation der Krankenhäuser darzustellen. Dies gelingt um so leichter, wenn man mit positiven Beispielen wirbt und die Frage aufwirft, was andere Marktteilnehmer daran hindert, ähnlich erfolgreich zu agieren, wie die aufgeführten Beispiele.

## AUSGANGSSITUATION

Unstrittig ist, dass sich die Rahmenbedingungen für den wirtschaftlichen Betrieb von Krankenhäusern seit vielen Jahren nachhaltig verschlechtert haben. Wurden früher Krankenhäuser nach dem Kostendeckungsprinzip geführt, wird heute eine wirtschaftliche Betriebsführung verlangt. Die kommunalen Gebietskörperschaften werden auf Sicht nicht mehr in der Lage sein, anfallende Defizite auszugleichen. Die Schere zwischen Erlösen und Kosten geht seit vielen Jahren auseinander. Die Bundesländer sehen sich kaum mehr in der Lage, flächendeckend ihren Verpflichtungen bei der baulichen Instandhaltung von Krankenhäusern nachzukommen. Zudem leiden die Krankenhäuser – und alle übrigen Marktteilnehmer – unter ständig steigende bürokratische Anforderungen und sich in immer kürzeren Zeiträumen verändernden Rahmenbedingungen. Hinzu kommt, dass die gewollte sektorübergreifende Medizin, strukturelle Änderungen bedingt, die nicht jedes Krankenhaus organisatorisch bewältigen kann. Im Jahr 2008 – übrigens noch vor der aktuellen Wirtschaftskrise – wurde die Einschätzung veröffentlicht, dass jedes dritte Krankenhaus akut von einem Überschuldungstatbestand bedroht sei.

Ausgehend von diesem Befund wurden Gespräche mit Krankenhausdirektoren von öffentlichen, privaten und frei-gemeinnützigen Kliniken, mit Vorstandsvorsitzenden von privaten und öffentlichen Krankenhausgruppen, mit Vertretern von Ärztnetzwerken und mit Beratern geführt, die seit langen Jahren erfolgreich in der Branche wirken.

Konkret wurde gefragt:

- Wohin entwickelt sich der Krankenhausesektor?
- Wie begegnet Ihr Unternehmen den aktuellen Herausforderungen?
- Was sind die innovativen Ansätze und Erfolgsfaktoren ihres Unternehmens?
- Welche Rahmenbedingungen wünschen Sie sich, um erfolgreich agieren zu können?

In der Einschätzung der Marktsituation bestand nahes Einvernehmen. Die strukturellen Anforderungen an Krankenhäuser werden wachsen. Dies bedingen die zunehmende Transparenz der Leistungen und der „mobile“ Patient. Die begrenzten finanziellen Mittel werden das Wirtschaften zusätzlich erschweren, da weiter überproportional steigende

Personalkosten erwartet werden. Und, last but not least, die Notwendigkeit zum Ausbau des eigenen sektorübergreifenden Angebotes und dem Erfordernis von entsprechenden größeren Investitionen wurde betont. Was auffiel, war, dass keiner der Gesprächspartner auch nur ansatzweise Zweifel daran äußerte, dass sein Unternehmen, seine Organisation in der Lage wäre, den Herausforderungen erfolgreich zu begegnen.

Eine weitere Auffälligkeit war die Replik auf die Frage, was man sich von den politischen Entscheidungsträgern wünschen würde. Durchgängig wurde gefordert, dass man Krankenhäuser in einem flexiblen Ordnungsrahmen arbeiten lassen solle, und die über mittelfristig verbindliche Rahmenbedingungen eine Planungssicherheit gewährleisten müsse. Überraschend wurde auch durchgängig die Trägervielfalt begrüßt. Der Wettbewerb stabilisiere das System wenn vergleichbare Voraussetzungen für alle Marktteilnehmer gelten.

Als Erfolgsparameter wurden aufgeführt: die Qualitätsführerschaft in allen Bereichen, eine schlüssige Unternehmensstrategie verbunden mit einer konsequenten Umsetzung, eine bessere Verschränkung zwischen Krankenhaus- und ambulantem Sektor, der Einsatz von effizienten Steuerungsinstrumenten, der Einsatz von überdurchschnittlich guten Mitarbeitern und nahezu durchgängig „die Bereitschaft, neue Wege zu gehen und innovativ zu sein“.

Die Erfolgsparameter wurden naturgemäß von den Gesprächspartnern unterschiedlich gewichtet. Die Präferenzen reichten von der reinen medizinischen Innovation, über das intelligente, steuernde Qualitätsmanagement, über Verbundstrukturen in unterschiedlicher Ausprägung, über die konsequente Nutzung von klassischen Managementmethoden zur Revitalisierung von poliklinischen Strukturen, über den die Anpassung von Versorgungsstrukturen zum lokalen Medizinzentrum, über intelligente vertragsrechtliche Anpassungen bis hin zu grenzüberschreitenden Gemeinschaftsunternehmen. Auf den nachfolgenden Seiten werden die besonderen Projekte im Sinne von „best practice“ kurz vorgestellt. Im Anhang sind die Gesprächspartner aufgelistet, die sicher gerne auf persönliche Ansprache einen vertiefenden Einblick in ihr Unternehmen gewähren.

## PEER REVIEW BEI DEN HELIOS KLINIKEN

Bei Gesprächen mit Spitzenmanagern aus dem Gesundheitswesens überraschte Dr. Francesco de Meo (CEO der HELIOS Kliniken GmbH) mit seiner Antwort auf die Frage nach den innovativsten Ansätzen zum Unternehmenserfolg seines Unternehmens: „Peer Review – eingebettet in ein funktionierendes, unternehmensweites Qualitätsmanagement.“ Die Antwort war insoweit überraschend, als man bei einem der ökonomisch erfolgreichsten deutschen Krankenhausbetreiber eher die Hinweise auf synergetische Verbundstrukturen, Vertragsmanagement, innovative Finanzierungsmodelle oder auf besondere Vergütungsstrukturen über einen Haustarifvertrag erwartet.

Für die HELIOS Kliniken ist dies das „add on“. Der Konzern verfolgt seit langen Jahren und mit Erfolg das Ziel, die „Qualitätsführerschaft“ unter den deutschen Krankenhauskonzernen zu erreichen und zu halten. Als erstes größeres Unternehmen führte es einen medizinischen Qualitätsbericht ein, in dem die eigene Leistungsstruktur und die medizinischen Ergebnisse überraschend transparent dargestellt wurden.

Damit folgen die HELIOS Kliniken dem strategischen Ansatz, dass nur über eine hohe und transparente Qualität auf lange Sicht erfolgreich im Gesundheitswesen agiert werden kann.

Der ökonomische Ansatz ist einfach und überzeugend: Durch eine hohe – auch so wahrgenommene – Qualität wird eine Fallzahlsteigerung bewirkt mit den damit einhergehenden positiven ökonomischen Effekten (Skaleneffekte, bessere Ressourcenauslastung, etc.). Oft vernachlässigt wird bei dieser einfachen Logik, dass eine hohe Qualität nur durch eine hohe interne Transparenz erreicht werden kann. Das Unternehmen, der verantwortliche Arzt, der einzelne Leistungserbringer muss wissen, was gute Qualität ist und wo er mit seiner Qualitätsausprägung steht. Die hierfür erforderliche Datenerhebung liefert wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung aller relevanten Organisationsmerkmale. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Systeme und Prozesse optimiert werden können. Dadurch können ökonomische Reserven und (zeitliche) Kapazitäten gewonnen werden, die ihrerseits in weitere Patientenqualität fließen können. Dieser ganzheitliche Ansatz drückt sich auch im Unternehmensleitsatz aus: „Jeder Moment ist Medizin“.

Seit dem Jahr 2000 messen die HELIOS Kliniken die Qualität ihrer medizinischen Ergebnisse mit Routinedaten. Diese, auf der gesetzlichen Grundlage des § 301 SGB V zur Abrechnung erhobenen, zeitnah verfügbaren und auch an die Krankenkassen übermittelten Daten der Krankenhäuser werden als Ausgangsbasis für die Definition von Mengen-, Verfahrens- und Ergebnisindikatoren für diverse Krankheitsbilder und operative Verfahren genutzt. Anders als bei auf separater Dokumentation basierenden Verfahren (zum Beispiel BQS) entsteht hier kein zusätzlicher Erfassungsaufwand.

Die vollständig, für ausnahmslos jeden Behandlungsfall vorliegenden Daten werden von den Kliniken selbst, von den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Es handelt sich daher um den derzeit bestgeprüften Datenbestand.

Derzeit messen die HELIOS Kliniken rund 700 Indikatoren und bilden damit rund zwei Drittel ihrer Leistungen ab. Unabhängig davon stehen die üblichen ICD-, OPS- und DRG-Statistiken zur Verfügung. Indikatoren lassen sich durch die logisch beliebig komplexe Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren und demografischen Daten ableiten.

Bei der Bewertung von Behandlungsmaßnahmen ist bei vielen Krankheitsbildern die Sterblichkeit ein wesentlicher Indikator. Wesentliche Qualitätsmängel im Behandlungsablauf äußern sich, sofern es sich nicht

um sehr einfache Behandlungsverfahren handelt, letztendlich auch in einem Anstieg der Sterblichkeit. So führen beispielsweise Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen, Probleme im postoperativen Behandlungsmanagement oder die Nichteinhaltung oder Nichtumsetzung adäquater und aktueller Leitlinien in der Therapie (zum Beispiel der Herzinsuffizienz oder der Pneumonie) unter anderem zu einem Anstieg der Sterblichkeit. Umgekehrt werden, um die Sterblichkeit zu verringern, genau solche Schwachstellen in den Behandlungsabläufen analysiert und die Behandlungsprozesse gezielt verbessert. Eine Verbesserung des Indikators Sterblichkeit schließt daher Verbesserungen in den untergeordneten Qualitätsparametern regelmäßig mit ein. Die durch diese Zielorientierung erreichten Verbesserungen sind sowohl nach Intervention in einzelnen Kliniken als auch im Mittel über den Konzern messbar und signifikant.

Neben der Sterblichkeit umfasst das Indikatoren-Set aber auch weitere Parameter, die sich in den routinemäßig erfassten Daten messen lassen: So werden zum Beispiel die Anteile laparoskopischer Operationsverfahren, der Einsatz neuer Techniken oder auch die Kaiserschnitttrate oder die Anzahl von Dammrissen bei Geburten ausgewertet.

Darüber hinaus werden Mengeninformationen zu vielen Krankheitsbildern oder Operationen dargestellt. Die differente Zusammensetzung der in einzelnen Kliniken behandelten Patienten lässt unterschiedliche Ergebnisse erwarten. Um die Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu verbessern, werden für einzelne Krankheitsbilder Risikoadjustierungen durchgeführt. Für jede einzelne Klinik sowie für den Konzern werden die Sterblichkeiten berechnet, die nach der Alters- und Geschlechtsstruktur der behandelten Patienten zu erwarten wären.

Das Qualitätsmanagementsystem der HELIOS Kliniken stellt damit nicht ausschließlich auf Struktur- oder Prozessmerkmale ab, sondern folgt insbesondere einer Ergebnisorientierung. Wesentlich für den angestrebten Verbesserungsprozess ist die Transparenz der Ergebnisse. So sind intern die Kennzahlen für alle Chefarzte und Verwaltungsleiter der Kliniken offen zugänglich und fördern so den Leistungs- und Qualitätswettbewerb. 30 wesentliche Krankheitsbilder werden derzeit über rund 140 Qualitätsindikatoren, verbunden mit klar definierten medizinischen Konzernzielen, öffentlich dargestellt und prioritär verfolgt. Zu diesen gehören häufige und wichtige Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie) und Operationen (z. B. Cholezystektomie, Herniotomie).

mie, Hüft- und Kniegelenkendoprothesen) sowie komplexe und heterogene Behandlungen und Krankheitsbildern (z. B. Sepsis, Beatmung, Ösophagusresektionen).

Für Patienten, Einweiser und Krankenkassen sowie die interessierte Öffentlichkeit sind diese Zahlen im medizinischen Jahresbericht, im Internetauftritt der HELIOS Kliniken und in den Klinikführern der einzelnen Krankenhäuser einsehbar.

Der Peer Review-Prozess setzt hier an. Um Ergebnisse verbessern zu können, werden auf der Grundlage der Qualitätsmessungen konkrete Handlungsfelder identifiziert. Hierzu führen die HELIOS Kliniken seit dem Jahr 2001 das Peer Review-Verfahren zur Identifizierung der Ursachen von Qualitätsproblemen durch. Bei Auffälligkeiten in den Qualitätsergebnissen einer Klinik/Abteilung kommen Chefärzte anderer Kliniken des Konzerns mit den Ärzten der betreffenden Klinik zusammen, um Behandlungsabläufe konkreter kritischer Fälle anhand der Patientenakten zu analysieren. Häufig sind insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern mehrere Abteilungen einer Klinik involviert. Bei operativen Fällen wird so beispielsweise nicht nur die Operation selbst, sondern auch die Indikationsstellung, der gesamte perioperative Ablauf inklusive der Nachsorge und gegebenenfalls die adäquate Versorgung bei Begleiterkrankungen analysiert. Die Zielsetzung bei der Analyse dieser Fälle ist vorwärtsgerichtet. Es geht darum, eventuelle systematische Schwachstellen in den Abläufen zu erkennen und daraus Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft abzuleiten. Deren Beseitigung hilft nicht nur potenziellen Problemfällen, sondern wirkt sich positiv auf die Behandlung vieler anderer Patienten aus. Wenn es sich nicht um krankheitsspezifische Schwachstellen handelt, sondern beispielsweise um Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit, können die Verbesserungswirkungen weitreichend sein und über das ursprünglich adressierte Krankheitsbild hinausgehen.

Im Anschluss an die medizinisch-fachliche Diskussion wird auch die Verwaltungsleitung bzw. Geschäftsführung der betreffenden Klinik in das Verfahren einbezogen. Gemeinsam werden die gegebenenfalls für notwendig erachteten strukturellen und organisatorischen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung sowie Entwicklungsziele festgelegt. Die getroffenen Vereinbarungen werden dokumentiert, ihre Umsetzung sowie die Auswirkungen auf die Ergebnisindikatoren werden nachverfolgt. In der Vergangenheit konnten wiederholt Verbesserungen der gemessenen

Ergebnisqualität im zeitlichen Zusammenhang mit Reviews beobachtet werden. Die klassischen Peer Review-Verfahren wurden um die Analyse von seltenen Zwischenfällen ergänzt. Todesfälle bei Low Risk-Operationen wie Gallenblasenentfernungen sind beispielsweise in einzelnen Krankenhäusern selten, kommen aber bei der Betrachtung großer Fallzahlen auf Konzernebene regelmäßig vor. Alle diese seltenen Ereignisse lassen sich über den zentralen Routinedatenbestand anonymisiert und in den jeweiligen Kliniken auch direkt identifizieren. Es erfolgt eine Analyse der Fälle in einem zentralen Verfahren, dass der Review-Methodik folgt. Auch hierbei treten bei einem Teil der Fälle vermeidbare Fehler in den Abläufen zu Tage, die in den Fachgruppen diskutiert werden und zu Veränderungen im Konzern führen.

Wichtig ist: Voraussetzung für die Akzeptanz und den Erfolg aller Peer Review-Verfahren ist, dass das Verfahren als gemeinsamer kollegialer Lernprozess begriffen wird. Ohne eine ausreichende Vertrauensbasis, respektvollen Umgang miteinander und eine offene Diskussionskultur sind derartige Konzepte nicht umsetzbar.

Der Qualitätsmanagementprozess wird durch die Mitwirkung von Medizinischem Beirat und den Fachgruppen der HELIOS Kliniken optimiert. Der Medizinische Beirat besteht aus sechs erfahrenen, langjährig im Konzern tätigen Chefärzten. In den medizinischen Fachgruppen des Konzerns arbeiten die Leitenden Ärzte einer Fachrichtung oder verwandter Fachgebiete aus allen zur Gruppe gehörenden Kliniken zusammen. Die Fachgruppe Pflege wird von den Leitenden Pflegekräften aller Kliniken gebildet. Die Fachgruppen dienen der Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken, dem Wissenstransfer und der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Bedarfsweise werden auch interdisziplinäre und interprofessionelle (in der Regel temporäre) fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, die sich beispielsweise mit Konzepten zur minimal-invasiven Chirurgie, zur Verbesserung der Beatmungsstrategien oder zur Schmerztherapie befassen. Der Konsensbildungsprozess mündet in konzernweit und gegebenenfalls auch fachübergreifend wirksamen Beschlüssen.

Ein entscheidender Teil der Fachgruppenarbeit besteht in der Auseinandersetzung mit den medizinischen Unternehmenszielen und den zur Verfügung stehenden internen Qualitätskennzahlen sowie den Ergebnissen der Peer Reviews. So werden neue Qualitätsindikatoren unter der

Beteiligung der jeweiligen Fachgruppen entwickelt und auf ihre Praxis-tauglichkeit hin überprüft. Ebenso liegt die Definition von Qualitätszielen, soweit keine externen Vergleichswerte wie zum Beispiel die Sterblichkeit auf Bundesebene vorliegen, im Aufgabenbereich der Fachgruppen.

Das Peer Review-Verfahren wird durch fachgruppeninterne Selbst-Reviews ergänzt. Die Selbst-Reviews werden von den Fachgruppen in Eigenregie organisiert und durchgeführt. Dabei erfolgen keine Fallbewertungen durch externe „Peers“, die verantwortlichen Chefärzte führen die retrospektiven Aktenanalysen selbst durch. Welche Fälle Gegenstand der Reviews sind, wird innerhalb der Fachgruppe festgelegt. Die Bewertungskriterien decken sich inhaltlich mit denen der Peer Reviews. Grundsätzlich werden alle Kliniken einbezogen, also auch solche mit guten oder unauffälligen Qualitätskennzahlen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist in Vorbereitung der Todesfallkonferenzen die entsprechenden Patientenakten im Sinne eines internen Reviews zu überprüfen und dann vorzustellen oder vorstellen zu lassen. Qualitätsmanagement wird damit Teil der Abteilungs- bzw. Klinikkultur.

Spannend an dem von den HELIOS Kliniken gewählten Ansatz ist, dass es in einem System der kommunizierenden Röhren gleichzeitig sowohl ein Optimierungsinstrument als auch einen wesentlichen Teil der gelebten Unternehmenskultur darstellt. Und beides wird mit durchaus vorzeigbarem Erfolg eingesetzt wie das wirtschaftliche Ergebnisse der HELIOS Kliniken belegt: 173,2 Millionen Euro (EBIT) bei 2,12 Milliarden Euro Umsatz für das Jahr 2008.

## MEDIZINISCHE INNOVATION BEI DER RHÖN-KLINIKUM AG

Im Gegensatz zu Dr. Francesco de Meo verwies der Vorstandsvorsitzende der Rhön-Klinikum AG, Wolfgang Pöhler, explizit auf die medizinisch-organisatorischen Entwicklungen seines Konzerns als Erfolgsrezept. Exemplarisch soll nachfolgend auf die Isotopenfabrik und das Center of Excellence für Embolisations-Therapie in Bad Berka und die Handchirurgie in Bad Neustadt verwiesen werden.

### **ISOTOPENFABRIK BAD BERKA**

In Bad Berka etablierten Prof. Dr. Richard Baum und Dipl.-Ing. Rüdiger Wortmann eine eigenständige Radiopharmazie einschließlich Zyklotron (Teilchenbeschleuniger) zur Herstellung von kurzlebigen radioaktiven Arzneimitteln, die für die Untersuchung im PET benötigt werden. Die Radiopharmazie ist ein pharmazeutischer Produktionsbetrieb, unterliegt also den europaweit gültigen Regeln der Good Manufacturing Practice. Die klinikinterne Fabrik war eine der ersten radiopharmazeutischen Betriebe außerhalb der staatlichen Zuständigkeit. Heute beliefert sie mehr als zwanzig Kliniken in Deutschland und Luxemburg mit F-18-Fluor-deoxyglukose, dem Standardpräparat für die PET-Tumor-diagnostik. Damit ist natürlich auch in Bad Berka die Zahl der hergestellten Radiopharmaka für das PET deutlich gewachsen. Daneben werden Radiopharmaka hergestellt, die



hochspezifisch in Tumore eingeschleust werden, um sie von innen zu bestrahlen. So soll das Tumorwachstum gehemmt bzw. die Tumorzelle in Gänze zerstört werden. Durch eine internationale Zusammenarbeit beispielsweise mit der Universität Seoul wird das auch internationale Spitzenniveau gehalten. Die Innovation in Bad Berka führt vor Ort zu hohen Fallzahlen und Erlösen (ca. 2000 dieser speziellen Behandlungen), strahlt aber auch aus auf andere Einrichtungen und den Konzern insgesamt.

### **EMBOLISATIONS-THERAPIE**

Ebenfalls in Bad Berka wurde durch den Chefarzt Prof. Dr. Alexander Petrovitch ein Center of Excellence für Embolisations-Therapie entwickelt, dem bisher einzigen in Deutschland. Auch diese Therapie ist gegen bestimmte Krebsformen gerichtet und wirkt von Innen. Mikrokügelchen werden mit bildgestützten minimalinvasiven Verfahren über Katheter in die Blutgefäße transportiert, die einen Tumor versorgen. Ziel ist es, das Blutgefäß zu verstopfen (embolisieren) und den Tumor von seiner Versorgung abzuschneiden – sozusagen „auszuhungern“.

Andere Mikrokugeln können mit strahlendem Material beschichtet sein, zum Beispiel 90-Yttrium, dessen Strahlen nur zwei bis elf Millimeter ins Gewebe eindringen und etwa elf Tage lang aktiv bleiben. Die Strahlung bleibt lokal begrenzt und zeitlich kontrollierbar. Weitere Mikrosphären lassen sich mit einem Chemotherapeutikum beschichten, das dann – ebenfalls zusätzlich zur Embolisation – nur lokal wirkt. Die Chemoembolisation wird in Bad Berka – im Gegensatz zum üblich Verfahren (Leber) – auch bei Nieren-, Gallenwegs-, Bauchspeicheldrüsentumoren und Metastasen an der Wirbelsäule eingesetzt.

### **HANDCHIRURGIE IN BAD NEUSTADT**

Die Rhön-Klinikum AG errichtete als erstes deutsches Klinikunternehmen eine eigene Klinik für Handchirurgie in Bad Neustadt. Bis heute ist die Kombination von Unfall-, Knochen-, Nerven- und plastischer Chirurgie kein eigener fachärztlicher Bereich. In der Regel ist sie als Unterabteilung einer chirurgischen Abteilung organisiert. Durch die Spezialisierung wuchsen die Leistungsfähigkeit der Klinik und natürlich auch das Renommee. In der überregionale Klinik wird ein rund um die Uhr einsatzfähiger Replantationsdienst vorgehalten, der ohne Zeitverlust abgetrennte Gliedmaßen oder andere Verletzungen behandeln kann.

Darüber hinaus entwickelten Prof. Dr. Ulrich Lanz und sein Team weitere, innovative Behandlungsformen, wie den künstlichen Ellenkopf und Fingergelenk-Endoprothesen. Aus den USA wurden neue Eingriffe an der Handwurzel übernommen. Die Handchirurgen operieren nicht nur, sie verfolgen die Ergebnisse im Sinne einer Qualitätskontrolle auch nach, ein für Nichtuniversitätsklinika neuartiger Service. Heute behandeln unter der Leitung von Prof. Dr. Jörg van Schoonhoven und Dr. Karl-Josef Pommersberger 18 Chirurgen in der Handklinik alle Störungen der oberen Extremitäten von der kindlichen Fehlbildung bis zur schwersten Verletzung, vom Überbein bis zur rheumatischen Erkrankung. Im Jahr 2008 wurden mehr als 6.500 Operationen durch die Handchirurgen durchgeführt.

Die ausgewählten Beispiele, die im Geschäftsbericht des Rhön-Klinikums aufgeführt sind, verdeutlichen, dass der Konzern an vielen Stellen innovative Spitzenmedizin implementiert. Das Know-how wird im Konzern über Konzile, den kollegialen Austausch, aber auch über die Verlegung von Patienten verbreitet. Im Ergebnis fördert dies die Behandlungsqualität und die Attraktivität des Unternehmens und führt zu steigenden Fallzahlen und Erlösen.

Im Fokus der zukünftigen Entwicklung steht das Projekt „Protonentherapie“, das die Rhön-Klinikum AG am Standort des Universitätsklinikums Gießen-Marburg in Marburg errichten wird. Für 120 Millionen Euro wird ein großes Beschleunigersystem erstellt, bestehend einem Linearbeschleuniger, der die Ionen erzeugt, und einem Synchrotron, der sie auf Einsatzgeschwindigkeit bringt. Mit dem Einsatz von Schwerionen bei der Strahlentherapie soll sichergestellt werden, dass der Tumor zielgenauer bekämpft und weniger umliegendes Gewebe bei der Behandlung geschädigt wird.

Über den Erfolg der einzelnen Investition liegen keine Angaben vor. Aber ein Ergebnis von 172,1 Millionen Euro (EBIT) bei einem Umsatz von 2,13 Milliarden Euro deuten darauf hin, dass die Strategie insgesamt erfolgreich ist.

## VERNETZUNG ALS ERFOLGSREZEPT

### DAS SANA-KRANKENHAUS ALS PARTNER DER GESUNDHEITSINSEL RÜGEN

Die Sana Kliniken AG aus München, ebenfalls ein erfolgreicher Klinikbetreiber mit mehr als einer Milliarde Euro Umsatz und einem Ergebnis von 60 Millionen Euro (EBIT), hob als wesentliches Erfolgsrezept die Wahrung der Identität der jeweiligen Einrichtung bei gleichzeitiger Entwicklung von modernen, marktgerechten Strukturen hervor. Exemplarisch hierfür sollen zwei Beispiele aus dem Osten Deutschlands aufgeführt werden.

Zwei Jahre nach dem Fall der Mauer engagierte sich die Sana Kliniken GmbH, wie sie damals noch hieß, bereits in den neuen Bundesländern. Das Unternehmen übernahm den Versorgungsauftrag für das Krankenhaus auf Rügen. Die Inselklinik war damit eine der ersten Einrichtungen der neuen Länder, die teilprivatisiert wurden: Sana erwarb 1991 zwar mit 80 Prozent der Geschäftsanteile die Mehrheit an dem Krankenhaus, 20 Prozent blieben aber noch im Besitz des Landkreises Rügen. Erst seit dem Jahr 2000 ist die heutige Sana Kliniken AG Alleingesellschafterin der Klinik.

#### **DAS SANA-KRANKENHAUS AUF EINEN BLICK**

Das Sana-Krankenhaus Rügen ist für die Grund- und Regelversorgung der Inselbewohner verantwortlich. Es hat 240 Betten und über 400 Mitarbeiter. Die Bandbreite der Leistungen: Das Krankenhaus hat eine medizinische und eine

chirurgische Klinik, Gynäkologen und eine Geburtshilfeabteilung, es hat Pädiatriespezialisten und eine Klinik für Anästhesiologie, die Klinik bietet interdisziplinäre Intensivmedizin und perioperative Medizin an. Zum Sana-Krankenhaus gehören außerdem eine HNO- und eine urologische Belegabteilung. 2008 wurden in der Inselklinik 11.633 Patienten stationär und 11.799 ambulant behandelt. Rund 15 Prozent der Patienten sind Touristen. Mit einem Umsatz von 30,2 Millionen Euro überschritt das Klinikum 2008 erstmals die 30-Millionen-Marke.

Das Engagement der Klinik endet aber nicht an der Krankenhauspforte. Das Sana-Krankenhaus fühlt sich auch für die Gesundheitspolitik auf der Insel Rügen mitverantwortlich. Das Klinikum hat sich dank seines Einsatzes bereits als ganzheitliches Gesundheitszentrum für Menschen jeden Alters etabliert. Zusammen mit Verantwortlichen aus Wirtschaft, Gesundheit und Politik wirkte das Sana-Krankenhaus Rügen im Jahr 2004 außerdem maßgeblich an der Gründung des Vereins „Gesundheitsinsel Rügen“ mit.

#### **GESUNDHEITSINSEL RÜGEN**

Der Verein entwickelt innovative Angebote für Gesundheitstouristen. Nutznießer sind vor allem Angehörige von Menschen, die intensiver Pflege bedürfen. Aber auch Dialysepatienten oder Menschen mit Behinderungen gehören dazu. Weitere Angebote: Gesundheitsreisen für Diabetiker, maßgeschneiderte Programme für Kinder mit Gewichtsproblemen, Erholungsangebote für „gestresste Manager“. Das Netzwerk mit zurzeit 71 Partnern macht Rügen zu einer der besten Adressen im deutschen Gesundheitstourismus.

#### **REAKTION AUF DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL**

Der demografische Wandel stellt auch Rügen vor große Herausforderungen. Touristische Einrichtungen bieten Kultur und Sport für jedes Alter an. Das Sana-Krankenhaus Rügen erweitert sein ohnehin schon breites Spektrum von ambulanten und pflegerischen Angeboten sukzessive. Priorität hat dabei ein Geriatriekonzept. Gerade wenn es darum geht, selbständig, mental und körperlich fit die älteren Lebensabschnitte zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, will Sana Impulse geben und als Motor der Gesundheitsinsel Rügen auch künftig eine entscheidende Rolle spielen.

## **DAS SANA-ENGAGEMENT AUF DER INSEL RÜGEN IM ÜBERBLICK**

### **Pflegeservice**

Der Sana-Pflegeservice startete im Oktober 1995 mit drei Mitarbeitern. Sechs Jahre später schloss er sich mit einer ebenfalls auf der Insel ansässigen privaten Alten- und Krankenpflege zusammen. Die Zahl der Sana-Pflegeservice-Mitarbeiter ist mittlerweile auf zehn angewachsen. Bezahlt werden sie von Pflege- und Krankenkassen. Das Leistungsangebot: Grund-, Behandlungs-, Urlaubs- und Verhinderungspflege; Beratungsgespräche; Betreuung demenzkranker Patienten in der eigenen Wohnung.

### **Kurzzeitpflege**

Bereits 1999 bot das Sana-Krankenhaus auf Rügen Kurzzeit-Pflegeplätze an. Das Angebot wurde schrittweise ausgebaut – aktuell hat sich die Zahl der Plätze auf 13 erhöht. Das Angebot: Grund- und Behandlungspflege, behinderten- und altengerechte Unterbringung gemäß den Vorgaben des Heimgesetzes, Gewährleistung der kontinuierlichen und fachgerechten ärztlichen Versorgung, individuelle Tagesstrukturierung und Pflegeüberleitung. Auf Wunsch gibt es außerdem Ernährungs-, Diabetiker-, Stoma- und Inkontinenzberatungen sowie Mobilitätstrainings.

### **Hospiz**

Das stationäre Hospiz öffnete im Jahr 2002 erstmals seine Pforten. Maximal wohnen dort sechs Bewohner. Sie werden rund um die Uhr von zehn Mitarbeitern betreut. Dank ausreichender Ressourcen können sich die Mitarbeiter viel Zeit für persönliche Gespräche mit Patienten und Angehörigen nehmen. Der Ruf des Hospizes ist ausgezeichnet und reicht bis weit über die Grenzen der Insel hinaus.

### **Medizinisches Versorgungszentrum**

Die Anfang 2008 gegründete Sana Arztpraxen Rügen GmbH (SAR) ist eine 100-prozentige Tochter der Inselklinik. Ihr gehören ein Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, zwei Fachärzte für Innere Medizin als Hausärzte sowie eine Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin

an. Das enge Ineinandergreifen von ambulanter und stationärer Versorgung sorgt für eine optimale Patientenversorgung.

### **Anglerverein**

Bereits 1991 wurde die Angelgruppe Rügen der Sana-Kliniken e.V. aus der Taufe gehoben. Der Verein entwickelte sich aus der damaligen BSG Medizin (Betriebssportgruppe Medizin). Heute hat er 37 Mitglieder. Sie kommen aus ganz Deutschland und gehen gemeinsam sogar auf Hochseeangelfahrten.

### **Sana-Sport-Gemeinschaft Rügen**

Im Mai 2006 wurde die Sana-Sport-Gemeinschaft Rügen gegründet. Das Gründungsgremium bestand aus sieben Mitgliedern. Heute zählt der Verein 247 Aktive. Im Mittelpunkt des Interesses steht der Volkssport und Breitensport. Die Mitglieder üben sich in Volleyball, Radfahren, Kanufahren, Basketball und Hallenhockey.

### **Haus der Gesundheit**

Eingeweiht wurde das „Haus der Gesundheit“ im Jahr 2009 in Sassnitz. Die Initiative geht auf eine Idee von Mitgliedern des Vereins „Gesundheitsinsel Rügen e.V.“ zurück. Sie entwickelten zusammen mit Sporttherapeuten, Trainern, Gesundheitsberatern, Heilpraktikern und Sozialpädagogen ein umfassendes Gesundheitskonzept mit einer Vielzahl von Angeboten, die Menschen jeden Alters für ein aktives und gesundes Leben begeistern sollen.

### **Rügen-Institut / HIC@RE-Akademie**

Das Sana-Krankenhaus Rügen engagiert sich außerdem im HIC@RE-Projekt (Health, Innovative Care & Regional Economy) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Unter dem Motto „Vernetzte Gesundheit an der Ostseeküste“ soll sich Rügen zu einer Modellregion für den Gesundheitstourismus entwickeln.

Dieses Ziel vor Augen will das Sana-Krankenhaus ein Rügen-Institut oder eine HIC@RE-Akademie eröffnen. Dort sollen sich zum Beispiel zukünftige Chefarzte aus ganz Deutschland auf Führungsaufgaben vorbereiten.

Geplant sind auch Fort- und Weiterbildungen für Ärzte, Pfleger und interessierte Laien rund um das Thema Gesundheit. Nach einer Anlaufphase wollen die Verantwortlichen in dem Institut auch Informationsveranstaltungen oder Kongresse ausrichten. Die Leitung des Rügen-Instituts beziehungsweise der Akademie wird der Geschäftsführer der Inselklinik übernehmen.

### **Gesundheitsinsel Rügen e.V. – Sprechstunde am Meer**

Der Gesundheitsinsel Rügen e.V. zeichnet außerdem für den Aufbau der Gesundheitswirtschaft auf der Insel verantwortlich. Der Verein setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

- Leistungsträger des Gesundheitswesens: Sana-Krankenhaus Rügen, Reha-Einrichtungen, Arztpraxen usw.,
- Mitglieder der Tourismusbranche: Hotels, Gaststätten usw.,
- Mitglieder der Ernährungswirtschaft,
- Mitglieder des Bildungswesens.

Alle zusammen entwickeln in enger Zusammenarbeit für Besucher der Insel innovative Angebote rund um das Thema Gesundheit. Einmal pro Jahr richtet der Verein im Ostseeband Binz eine große Gesundheitsmesse aus. Sie steht unter dem Motto „Sprechstunde am Meer“.

## MUSTERBEISPIEL FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNGSLEISTUNGEN

DIE VEREINIGTE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN FREIBERG GMBH

Mit ihrer fast 150-jährigen Geschichte zählt die Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH zu einer der ältesten Kliniken in Sachsen. Sie ist auch eine der modernsten und als ein Schwerpunkt-Krankenhaus für die medizinische Versorgung von rund 140.000 Menschen verantwortlich. Entscheidenden Anteil an dieser Entwicklung hatte die Sana Kliniken AG aus München. 1996 schloss Deutschlands viertgrößter privater Klinikbetreiber einen Managementvertrag mit dem Landkreis Freiberg als Träger des Krankenhauses. 2004 übernahm der Konzern 26 Prozent der Gesellschaftsanteile vom Landkreis Freiberg. Im selben Jahr gründete das Kreiskrankenhaus Freiberg die Kreiskrankenhaus Freiberg Service GmbH. Drei Jahre später wurden die Medizinische Versorgungszentrum Freiberg GmbH und die Vereinigte Gesundheitseinrichtungen Freiberg GmbH aus der Taufe gehoben, 2009 schließlich die Ambulante GesundheitsService GmbH Mittelsachsen gegründet.

Das Ziel, das die Verantwortlichen mit dieser Strategie verfolgen, liegt klar auf der Hand: In Mittelsachsen entsteht ein medizinisches Zentrum, das mit seinem integrierten Versorgungsangebot die Bedürfnisse von Patienten komplett abdeckt. Vor allem die Gründung des MVZ mit den Fachrichtungen Chirurgie und HNO im Jahr 2007 und die Erweiterung

2009 durch einen Hausarzt, eine Physiotherapie sowie ein Naturheilzentrum, war ein entscheidender Schritt in diese Richtung. Aber schon 2005, noch zwei Jahre vor der Gründung der Vereinigte Gesundheitseinrichtungen Freiberg GmbH, wurden die Weichen gestellt. Damals bezogen eine Orthopädie- und Rehatechnik sowie eine Logopädiepraxis ihr Domizil auf dem Krankenhausareal. Auch das Gesundheitsamt des Landkreises Freiberg hat sich mittlerweile dort angesiedelt. Ebenso gibt es eine Kurzzeitpflegeeinrichtung und einen ambulanten Pflegedienst. Indessen ist auch das Projekt „Wohnen im Alter“ für den Standort „Claußallee“ abgeschlossen. Außerdem hat die Vereinigte Gesundheitseinrichtungen Freiberg GmbH mit der Rehabilitationsklinik Am Tharandter Wald in Hetzdorf einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Er gewährleistet die optimale Betreuung von Patienten auch nach ihrem Klinikaufenthalt. Mit der Gründung der Ambulanten GesundheitsService GmbH Mittelsachsen wurde nicht nur das Pflegezentrum unter dem Dach der Vereinigten Gesundheitseinrichtungen mit den bestehenden Strukturen vernetzt, sondern mit der Inbetriebnahme einer Hotelstation am Kreiskrankenhaus das Leistungsangebot erweitert. Zurzeit läuft das Projekt „Ambulantes Operieren“, welches das Ziel verfolgt, vorhandene OP-Kapazitäten sowohl für das Kreiskrankenhaus als auch für das MVZ und Dritte als effiziente Dienstleistung zu optimieren und auszubauen.

### **MODERNISIERUNG UND ERWEITERUNGSBAUTEN**

Aber auch das Freiburger Kreiskrankenhaus selbst entspricht den höchsten Anforderungen an eine humane und fortschrittliche Medizin. Die Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Pädiatrie mit Neonatologie bezogen bereits im Jahr 2000 nach Beendigung des ersten Bauabschnitts im neu errichteten Haus 1 ihre Stationen. Ende 2003 war das neue Funktionsgebäude mit Hubschrauberlandeplatz, Ende 2004 die Sanierung des Bettenhauses fertig. Damit steht für die umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung in Freiberg und Umgebung ein nach modernen Gesichtspunkten erbautes Klinikum an einem zentralen Standort zur Verfügung.

Alle insgesamt 400 Ein-, Zwei- und Dreibettzimmer des Kreiskrankenhauses Freiberg sind mit eigener Nasszelle und moderner Technik ausgestattet. Gut 550 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreuen jährlich über 16.000 Patienten stationär. Hinzu kommen rund 17.000 ambulante Patienten. Die operativen Fachrichtungen (Chirurgie, Frauenheilkunde

und Geburtshilfe, Urologie, HNO) verfügen nach der Klinikmodernisierung über fünf nach dem neuesten Stand der Medizintechnik eingerichtete Operationssäle. In der Allgemein- und Visceralchirurgie bietet die Klinik für Chirurgie alle operativen Verfahren des Magen-Darm-Trakts einschließlich der Tumorchirurgie. Minimalinvasive, laparoskopische Verfahren werden in zunehmendem Maße eingesetzt und auf weitere Indikationen ausgedehnt. Die unfallchirurgische Abteilung wird innerhalb der Klinik von einem leitenden Arzt, der gleichzeitig die Zulassung zum Durchgangsarztverfahren besitzt, unabhängig geführt.

### **ENGE ZUSAMMENARBEIT MIT DEM UNIVERSITÄTS- KLINIKUM DRESDEN, DEM HERZZENTRUM DRESDEN UND DEM KLINIKUM CHEMNITZ**

Zentrale Steuerungspunkte im Kreiskrankenhaus Freiberg sind die Notaufnahme für alle Notfälle und die Zentrale Patientenaufnahme für alle geplanten Einweisungen. Diese beiden Einheiten befinden sich in direkter Nachbarschaft. Von hier aus wird interdisziplinär die Zuordnung der Patienten im Hause gesteuert.

Die Zusammenarbeit mit den benachbarten Maximalversorgern ist eng. Zur Intervention bei Herzinfarkt besteht eine Kooperation zwischen dem Herzzentrum Dresden und Freiberg. Die Neurochirurgien in Chemnitz und Dresden arbeiten mit der Neurologie und der Intensivmedizin des Kreiskrankenhauses zusammen. Ebenso besteht in den Bereichen akuter hämatologischer Neoplasien, bei operablem Bronchialkarzinom mit der Thoraxchirurgie, zu Gefäßinterventionen und in der Kardiochirurgie eine Zusammenarbeit. Ein effizientes Rettungs- und Verlegungssystem, auch mit Hubschrauberlandeplatz stehen zur Verfügung.

Im Bereich der Kardiologie gehört die Medizinische Klinik mit rund 200 Herzschrittmachern pro Jahr zu den größeren Zentren im Land. Zusätzlich werden Defibrillatoren implantiert und Resynchronisationstherapie durchgeführt. Ein weiterer Bereich hat sich auf die stationäre Betreuung von Tumorkranken spezialisiert. Onkologische Patienten werden in enger Kooperation mit den Chirurgen des Hauses behandelt. Durch die Pneumologie mit voller Weiterbildungsberechtigung, einer akkreditierten Diabetologie, Gastroenterologie mit großer Endoskopie und einer modernen Geriatrie erweitert die Klinik ihr Leistungsangebot.

Die Klinik für Innere Medizin verfügt neben drei Pflegestationen über eine Wachstation mit 16 Überwachungsplätzen. Alle akuten, akut-bedrohlichen oder unklaren Fälle werden hier versorgt. Hierzu gehören unter anderem Herzinfarkt, Lungenembolie, Arrhythmien, gastrointestinale Blutungen oder schwere Lungenerkrankungen. Auf diesen Stationen wird umgehend diagnostiziert und therapiert. Die Aufenthaltsdauer in der kritischen Phase beträgt ca. 1 – 3 Tage. Alle diagnostischen Einrichtungen liegen in unmittelbarer Nähe der Wachstation, so dass alle erforderlichen Untersuchungen und Maßnahmen schnellstmöglich vorgenommen werden können. Vor allem bei akuten Notfällen ist dies unentbehrlich. Es stehen alle modernen Untersuchungsverfahren wie Ultraschall, Dopplersonographie, Echokardiographie, Endosonographie und Lungenfunktionstest zur Verfügung. Zudem verfügt das Kreiskrankenhaus Feiberg über eine der modernsten Endoskopieabteilungen Sachsens. Patienten mit sehr schweren Erkrankungen, also beatmungs- oder katecholaminpflichtig werden zudem in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin betreut.

Die Ärztinnen und Ärzte der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe haben insbesondere in der Behandlung des Mammakarzinoms umfassende Erfahrungen. Die Klinik arbeitet über einen Kooperationsvertrag eng mit dem zertifizierten Brustzentrum der Klinikum Chemnitz gGmbH zusammen. Auch die Abteilung für Geburtshilfe der Klinik hat einen ausgezeichneten Ruf. Zwischen 700 und 750 Kinder kommen in den modernen Kreißsälen jährlich zur Welt. Die Infrastruktur der Klinik sorgt zudem für größtmögliche Sicherheit auch bei Risikoschwangerschaften und Komplikationen während der Geburt. Ein besonderer Operationssaal liegt direkt gegenüber dem Kreißaal. Außerdem steht ein OP-Team bereit, sodass ohne Verzögerung per Kaiserschnitt operiert werden kann. Da sich auch die Abteilung für Neonatologie auf dem gleichen Flur wie die Entbindungsstation befindet, ist der Kinderarzt schnell zur Stelle. Zudem haben die Mütter von Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen nur einen kurzen Weg zu ihren Babys.

Innerhalb der Traumatologie bildet die Orthopädie einen weiteren Schwerpunkt. Bei Hüft- und Kniegelenkersatz erzielt die Abteilung dank des Navigationssystems „Orthopilot“ hohe Qualität. Im Bereich der Kinderchirurgie operieren die Ärzte der Klinik alle Erkrankungen und Fehlbildungen stationär und ambulant. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Bauchchirurgie mit einem sehr umfangreichen Leistungsspektrum von der Tumor- bis zur Pankreaschirurgie. Auch hier findet das

Konzept der Wachstation für alle akut und schwer erkrankten Patienten mit Überwachungsplätzen Anwendung.

Eine sehr moderne Urologie deckt das nahezu komplette Spektrum der Krankheiten vom Nierenzellkarzinom bis zur Tur-Prostata, vom Seminom bis zur Kinderurologie analog dem Angebot eines Schwerpunktversorgers ab.

Im Pädiatrischen Zentrum sind von der Kinderheilkunde über die Kinderchirurgie, Kinderurologie und Neonatologie alle Kinder und Jugendlichen in einem Bereich zusammen versorgt.

Die Neurologie ist mit einer Funktionsabteilung direkt am Bettentrakt sehr gut aufgestellt. Die Expertise umfasst die gesamte Neurologie. Eine Besonderheit ist die Nervensonografie mit dem Chefarzt als einzigem Ausbilder der DEGUM in Europa. Die Neurologie verfügt zudem über eine Stroke Unit mit 4 Betten im Herzen ihrer Abteilung.

Ein weiteres Leistungsspektrum HNO wird durch eine Belegabteilung abgedeckt. Eine Radiologie mit CT und MRT sowie angiologische Verfahren befindet sich als Praxis am Hause.

Das Engagement des Kreiskrankenhauses Freiberg und seiner angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen endet aber nicht an der Krankenhausporte. Ärzte und andere Mitarbeiter übernehmen auch soziale Verantwortung weit über ihre eigentlichen Aufgabenbereiche hinaus. Einige Beispiele: Chefärzte halten regelmäßig Vorlesungen für Laien zu medizinischen Themen. Mit der kostenlosen Zeitschrift *Mittelsächsischer Gesundheitsbote*, die in einer Auflage von 170.000 Exemplaren erscheint, trägt die Vereinigte Gesundheitseinrichtungen GmbH zur Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung bei; und in enger Zusammenarbeit mit dem Verein Regenbogenhaus hilft sie behinderten Menschen, gesellschaftliche Schranken zu überwinden.

## KOOPERATIVE VERBÜNDE

DAS BEISPIEL DES VEREINS DER KOMMUNALEN GROSSKRANKENHÄUSER REGION MITTE E.V. (VKG)

Nicht nur unter der Mitwirkung von Privaten Krankenhauskonzernen wird ein erfolgreiches Krankenhausmanagement betrieben. Auch Kliniken unter öffentlichrechtlicher Trägerschaft können auf innovative und erfolgreiche Ansätze verweisen. Ausgewählte Beispiele sind hierbei der Verein der kommunalen Großkrankenhäuser der Region Mitte e.V. und das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein.

Eine Besonderheit in der Krankenhauslandschaft, die durch Verbünde, gesellschaftsrechtliche Verflechtungen und Kooperationen zumeist von Not leidenden Krankenhäusern gekennzeichnet ist, bildet der Verein der kommunalen Großkrankenhäuser Region Mitte e.V. (nachfolgend VKG).

Hier haben derzeit zehn Großkrankenhäuser zusammengefunden, die regional im Zentrum der Versorgungslandschaft stehen, über vergleichbare Strukturen verfügen und vergleichbare Interessen verfolgen. Gleichwohl sind sie regional soweit voneinander entfernt, dass eine leistungsmäßige Verschränkung wenig Sinn macht. Eine gesellschaftsrechtliche Verflechtung der in vier Bundesländern angesiedelten Klinika ist nicht angedacht. Dennoch versprechen sich die Einrichtungen, durch eine enge Kooperation eine nachhaltige Stärkung ihrer regionalen und überregionalen Wettbewerbsfähigkeit.

Die Zahlen sind beeindruckend. In den zehn Einrichtungen werden durch 25.000 Mitarbeiter 350.000 Patienten stationär versorgt. Die zehn Kliniken erwirtschaften insgesamt einen Umsatz in Höhe von ca. 1,5 Milliarden Euro. Hierbei handelt es sich um Dimensionen, die durchaus mit den großen Krankenhauskonzernen vergleichbar sind. Natürlich können die dort realisierten synergetischen Effekte durch Zentralisierung und Vereinheitlichung in dieser Struktur in einem kooperativen Verbund nicht vergleichbar umgesetzt werden. Was jedoch funktioniert ist ein professionelles Benchmarking in allen wesentlichen Leistungsbereichen, die Organisation von gemeinsamen Schlüsselprojekten, ein standardisierter Erfahrungsaustausch, der es erlaubt, auf Erfahrungen und Vorarbeiten der Partner aufzusetzen und verknüpfte Projekte, die den Verbund attraktiver machen, zum Vorteil jeder einzelnen Einrichtung. Ein Beispiel hierfür ist die gemeinsame elektronische Bewerberplattform in Verbindung mit einer abgestimmten Personalentwicklung im Verein.

Angesichts der Schwierigkeiten selbst im großstädtischen Bereich qualifizierte Fachärzte in einzelnen Disziplinen zu gewinnen, wurde die Überlegung entwickelt, über abgestimmte Maßnahmen die Attraktivität der Einrichtungen zu erhöhen. Es wurde eine gemeinsame Bewerberplattform etabliert, die die Identität der jeweiligen Kliniken berücksichtigt, jedoch über den Verein Bewerbungsaktivitäten standardisiert. Hierbei wird den veränderten Nutzergewohnheiten der „Netzgesellschaft“ Rechnung getragen. Für die Kliniken ist dies mit deutlichen organisatorischen und monetären Vorteilen verbunden. Die Aufwendungen für die Installation der Bewerberplattform können aufgeteilt werden und das Bewerbungsverfahren läuft verwaltungstechnisch erheblich effizienter. Zudem erfolgt intern ein permanenter Erfahrungsaustausch untereinander. Der wesentliche Nutzen liegt jedoch in der gesteigerten Attraktivität gegenüber den Bewerbern. Es wird mit der verbrieften Perspektive geworben, dass bei Bewährung eine bevorzugte berufliche Weiterentwicklung in den Verbundhäusern organisiert wird. Konkret bedeutet dies, dass beispielsweise eine vakante Oberarztstelle (medizinische Leitungsstellen) innerhalb der Mitgliedeinrichtungen des Verbundes kommuniziert und somit angeboten wird, bevor eine umfassende Ausschreibung erfolgt. Eingebettet in eine entsprechende Laufplanplanung hat der interne Bewerber dann deutliche Vorteile gegenüber externen. Die Verantwortlichen sind davon überzeugt, einen signifikanten Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen, größeren Krankenhäusern bei der Suche nach qualifiziertem Personal zu erringen.

Dies kann natürlich nur funktionieren, wenn die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken durch gemeinsame Interessen und Vertrauen getragen ist und keine unmittelbare Konkurrenzbeziehung besteht. Beides kann der Verein aktuell für sich in Anspruch nehmen. Zur Organisation der Zusammenarbeit wurde eine kleine Geschäftsstelle gebildet, die durch einen (Verbund-) erfahrenen Krankenhausmanager organisiert und koordiniert wird. Der Vorsitzende des Vereins, Hans-Ulrich Schmidt (Geschäftsführer der Klinikum Offenbach GmbH), sieht in dem praktizierten Modell ein Erfolgsmodell gerade für die großen Kliniken unter kommunaler Trägerschaft. Die spezifische Trägerstruktur bietet in der Regel vergleichsweise wenig Spielraum für die Bildung von neuen, die Kreisgrenzen überschreitende Gesellschaften. Trotzdem lassen sich ganz wesentliche Erfolgsparameter der privaten und frei-gemeinnützigen Wettbewerber auch unter dieser Struktur umsetzen. Natürlich mitunter erheblich schwerfälliger und weniger stringent, aber dafür unter Wahrung der eigenen Identität und mit anderen zeitlichen Vorgaben. Dies gilt gleichermaßen für Maßnahmen um die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen zu stärken als auch um die Qualität der Patientenversorgung zu steigern. Aber um Dr. Franceszco de Meo zu zitieren: „Beides bedingt einander und ist eigentlich kein Widerspruch.“ Aus diesem Grund setzt sich der VKG auch mit dem Aufbau eines eigenen Peer Review-Modells für seine Einrichtungen auseinander.

## ERFOLGSMODELL KLINIKUM DER STADT LUDWIGSHAFEN AM RHEIN

In der aktuellen Berichterstattung über die wirtschaftlichen Probleme insbesondere von kommunal geführten Krankenhäusern wird übersehen, dass es auch hier „Champions“, besonders erfolgreiche Unternehmen, gibt. Das städtische Klinikum Ludwigshafen ist ein derartiges Beispiel für ein gut geführtes, erfolgreiches kommunales Krankenhaus-Unternehmen. Besonders bemerkenswert ist, dass das Klinikum noch im Jahr 2005 tiefe Zahlen (ein Defizit von ca. 6,8 Millionen Euro) hatte und heute ein positives Betriebsergebnis von ca. 2,7 Millionen Euro ausweist.

Wie kann so etwas gelingen – durch harte Sanierungsmaßnahmen, einen Notlagentarifvertrag? In einem Gespräch führte der damalige Geschäftsführer der Gesellschaft, Peter Asché, der ab dem 1. Oktober 2009 die Geschicke des Universitätsklinikums Aachen leitet, aus, dass die Schwerpunkte seiner Maßnahmen im Vertragsmanagement, in einer erfolgreichen Personalpolitik und im Marketing liegen. So sei es gelungen, in den vergangenen 4 Jahren sowohl die Fallzahlen der stationär behandelten Patienten von 34.000 auf 38.000 zu steigern und gleichzeitig den Schweregrad von 1,15 auf 1,26 zu entwickeln. Insbesondere über den Anstieg des Erlösbudgets konnte das Unternehmen seine wirtschaftliche Wende einleiten.



Die deutliche Verbesserung der Leistungszahlen geschah natürlich nicht von alleine. Zum einen mussten die Kostenträger mitspielen. Sie mussten von der Leistungsfähigkeit des Klinikums und dem Bedarf der Leistungen überzeugt werden – angesichts der Ausgangssituation kein leichtes Unterfangen. Durch die Anstrengung aller Beteiligten gelang dies jedoch. Wesentlich hierfür war aber auch, dass das Klinikum in der glücklichen Lage war, dass es eine umfassende Erneuerung der medizinischen Ausrichtung über die Neubesetzung von ärztlichen Leitungspositionen organisieren konnte. So wurden 10 von 20 Chefarztpositionen neu besetzt und eine zusätzliche Stelle neu geschaffen. Dem Auswahlprozess ging eine umfangreiche Marktanalyse voraus, um auszuloten, wo es im regionalen Marktumfeld besonders gute Möglichkeiten für Wachstum gibt. Nach der Erstellung des fachlichen Profils wurden die neuen „medizinischen Manager“ gesucht. Es sollten fachliche Generalisten sein, die eine besondere Leistungsausprägung mitbringen. Sehr hoch gewichtet wurden die Sozialkompetenz und das unternehmerische Denken. Peter Asché erläuterte, dass man sich bei der Suche alle erforderliche Zeit genommen habe. Das Ergebnis spricht für sich.

Die Personalentscheidungen sind außerdem eingebettet in attraktive, zukunftsgerichtete Organisationsstrukturen, die das Klinikum Ludwigshafen zu einem attraktiven Arbeitgeber für Führungskräfte machen. So wurde ein System von Zielvereinbarungen installiert, in das die Leistungsträger des Unternehmens (auch die Oberärzte) eingebunden werden.

Am Anfang der Neuausrichtung des Unternehmens standen Maßnahmen, die nach Innen die Verunsicherung der Mitarbeiter abbauen sollte und nach Außen das Klinikum als attraktiven und leistungsstarken Anbieter von hochwertiger Medizin positionierte. So wurde eine breit angelegte Restrukturierung aufgesetzt, in die alle Berufsgruppen einbezogen wurden; es erfolgte ein Coaching der leitenden Angestellten und die interne Budgetierung wurde ausgebaut. Die KTQ-Zertifizierung half Schwachstellen aufzudecken, Prozesse zu verbessern aber auch den internen Zusammenhalt zu stärken.

Über die neu entwickelte Mitarbeiter-Zeitung „KliLu“ kommunizierte die Geschäftsführung mit den Mitarbeitern. Ergänzt wurden die Maßnahmen durch den Aufbau eines innerbetrieblichen Vorschlagswesens. Die Maßnahmen, um die Corporate Identity zu stärken, werden wohl insgesamt einige Hunderttausend Euro gekostet haben. „Es handelte sich hierbei um unabdingbare und letztlich erfolgreiche Investition“, so Peter Asché.

Nach Außen wurde ein aktives Marketing unter Einbindung aller lokalen Medien und unter Einbeziehung aller Chefarzte erfolgreich praktiziert.

Natürlich wurden auch – bis auf eine Ausnahme – auch die üblichen Instrumente zur Verbesserung der wirtschaftlichen Performance eingesetzt. Im Medizinischen Bereich wurde die Zentrenstruktur verstärkt implementiert, der Personaleinsatz wurde verbessert, über ein Erlösmanagement die Erlöse optimiert und die Restrukturierung von Dienstleistungsbereichen wie dem Labor wurde angegangen. Ganz wesentlich war das Vertragsmanagement. Alle relevanten Verträge wurden auf den Prüfstand gelegt. Durch neue Verträge und Nachverhandlungen wurden Einsparung in einer Dimension von deutlich mehr als 1,5 Millionen Euro realisiert.

Das Instrument aus dem sonst üblichen Instrumentenkasten, das in diesem Fall ausgespart wurde, war der massive Personalabbau. Es verwundert ein wenig, angesichts der Ausgangssituation und der Tatsache, dass die Personalkosten natürlich deutlich mehr als 60 Prozent der Gesamtkosten ausmachen. Da Geschäftsführung und Aufsichtsgremien jedoch davon überzeugt waren, dass die Leistung nachhaltig ausgeweitet werden könne, war dies nie eine ernsthafte Option. Im Ergebnis wurden nur knapp 30 Stellen von 2500 nicht wieder besetzt. Andererseits wurde die Leistung um annähernd 15 Prozent ausgeweitet. Bei gleicher Personalzahl bedeutet dies eine deutliche Leistungsverdichtung.

Wir haben das städtische Klinikum Ludwigshafen als Beispiel für ein erfolgreiches Krankenhausmanagement eines kommunalen Klinikums aus zwei Gründen ausgewählt: Zum einen ist die Ausgangssituation des Klinikums in der Region Ludwigshafen exemplarisch; es gibt einen Wettbewerb von leistungsstarken Anbietern in der Region, Wettbewerb um leistungsstarke Mitarbeiter, u. ä. außergewöhnlich waren die Ausgangssituation (das Defizit von fast sieben Millionen Euro) und die Souveränität der Aufsichtsgremien, die eine Geschäftsführung in eine schwierigen Situation „einfach arbeiten“ ließ und einer Geschäftsführung, die der Versuchung der einfachen Lösungen (Personalabbau, Notlagentarifvertrag) widerstand und durch eine langfristig ausgerichtete Neupositionierung das Unternehmen hochprofessionell vorantrieb.

## ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT? – ERLEBT DIE POLIKLINIK EINE RENAISSANCE?

### DIE HELIOS POLIKLINIK BERLIN-BUCH ALS POSITIVES BEISPIEL

Kurz nach der Wende wurden die poliklinischen Versorgungsstrukturen der ehemaligen DDR weitgehend entsorgt. Die außeruniversitären Polikliniken passten weder zum ärztlichen Selbstverständnis noch zu den relativ stark abgegrenzten Versorgungsstrukturen durch die Krankenhäuser und die niedergelassene Ärzteschaft.

Doch Ende der 1990er Jahre wurden zwei Trends deutlich erkennbar: die massive Kostensteigerung bei der stationären Krankenversorgung, die das bisherige Finanzierungssystem allmählich überforderte, und die erkennbare Ausdünnung der (fach-) ärztlichen Versorgung speziell im ländlichen Raum. Beides zwang die Politik zum Nachsteuern. So wurde das poliklinische System neu bewertet. Vereinzelt wurde – hinter vorgehaltener Hand – Bedauern geäußert, dass man den Schnitt so rigoros vollzogen habe. Der Poliklinikgedanke fand sich im Konzept der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2004 wieder. Auch hier wird die ursprüngliche Organisationsform der Polikliniken aufgegriffen: die Zusammenfassung mehrerer Fachärzte zu einer Großpraxis, die interdisziplinäre fachliche Betreuung durch angestellte Ärzte, die explizit nicht stationär in einem Krankenhaus stattfindet.

Aktuell werden diese Organisationsstrukturen in unterschiedlicher Ausprägung in ca. 1300 Gesellschaften in Deutschland praktiziert. Entgegen der landläufigen Meinung werden die MVZs eher von Hausärzten dominiert (51 Prozent). Durch Krankenhäuser geführt werden lediglich 38 Prozent der Gesellschaften. Gleichwohl erhöht eine Anbindung an Krankenhäuser, die Nutzung von vorhandener Diagnostikinfrastruktur und zusätzlicher medizinischer Kompetenz die Versorgungsqualität dieser Polikliniken nachhaltig. Eine umfassende fachliche Versorgung entsprechend des ursprünglichen poliklinischen Ansatzes auf hohem Niveau ist hier möglich.

Das Beispiel der Poliklinik am HELIOS Klinikum Berlin-Buch ist insofern bemerkenswert, da es sich um die größte poliklinische Einrichtung Deutschlands handelt, eine außerordentlich gute Verzahnung mit den anderen Kliniken vor Ort erfolgt ist und die gut funktionierenden Strukturen aus der DDR-Zeit hier letztlich wieder revitalisiert wurden.

Die Ausgangssituation in Ostberlin sah wie folgt aus: Die Zahl der Arzt-sitze mit angestellten Ärzten war von ca. 2500 auf 152 gesunken. Die 152 Arztsitze wurden auf den Paritätischen Wohlfahrtsverband übertragen. Nach der Privatisierung des Klinikums Berlin-Buch durch die HELIOS Kliniken und der Übernahme des Paritätischen Unternehmensverbundes durch die Sana-Kliniken GmbH wurden die Polikliniken durch die privaten Klinikbetreiber in den jeweiligen Gesellschaften betrieben und ausgebaut. Seit dem Jahr 2006 führen die HELIOS Kliniken die Poliklinik Berlin-Buch in alleiniger Trägerschaft.

An der Poliklinik sind derzeit 79 angestellte Ärzte in 16 Fachrichtungen tätig. Davon sind 28 Ärzte gleichzeitig ambulant und stationär aktiv. Die Poliklinik versorgt jährlich 120.000 Patienten.

Die Poliklinik Berlin-Buch profitiert zudem von dem weiteren attraktiven ambulanten Angebot am Standort. So bieten das Franz-Volhard-Klinikum und das Robert-Rössle-Klinikum hochwertige ambulante Leistungen im onkologischen und kardiologischen Spektrum an. Darüber hinaus besteht ein sozialpädiatrisches Zentrum am Standort Berlin-Buch.

Was unterscheidet die Poliklinik Berlin-Buch von anderen Anbietern von hochwertigen ambulanten Dienstleistungen? Im Gegensatz zu universitären Polikliniken handelt es sich nicht um eine Ausbildungsklinik.

Darüber hinaus ist es die Kombination aus

- Anbindung an ein hochmodernes Klinikum der Maximalversorgung unter Mitnutzung der diagnostischen Möglichkeiten der Einrichtung;
- das wirklich umfassende Leistungsangebot mit 16 Fachdisziplinen;
- die hohe Zahl der versorgten Patienten;
- die sehr enge Verzahnung von Leistungserbringung, Administration und Logistik mit einem hoch professionellen klinischen Anbieter (Nahezu die gesamte Administration wird über Dienstleistungsvereinbarungen durch Mitarbeiter des Klinikum erbracht. So benötigt die Poliklinik mit 150 Mitarbeitern bei ca. 120.000 Patienten nur zwei Verwaltungsangestellte);
- die – gemessen an vielen anderen MVZ - hohe Flexibilität bezüglich der Behandlungszeiten und des Behandlungspersonals;
- die Mitversorgung der ländlichen Regionen in Brandenburg im Nordosten Berlins.

Wenn man die Vorzüge des poliklinischen Modells auf die einzelnen Interessensgruppen herunter bricht, so kann man festhalten, dass die Struktur für viele Ärzte wegen der „weichen“ Faktoren hochattraktiv ist, weil im Gegensatz zur Niederlassung

- das wirtschaftliche Risiko, insbesondere durch hohe Investitionen in die Praxis, kaum gegeben ist;
- die Einstiegs- und Ausstiegsszenaren deutlich attraktiver und risikoärmer sind;
- geregelte, familienkompatible Arbeitszeiten und -bedingungen angeboten werden können (es dominieren zahlenmäßig weibliche Ärzte);
- sie als Ärzte nicht als „Einzelkämpfer“ agieren müssen und ein regelmäßiger fachlicher Austausch praktiziert wird.

Sicherlich ist aber auch die hohe Versorgungsqualität für die Ärzte selbst attraktiv. Dies gilt sowohl für die Interdisziplinarität bei Diagnostik und Behandlung der Patienten als auch für die Anbindung ans Klinikum bei Nutzung der klinischen Kompetenz (die Kompetenzen der ärztlichen Kollegen im Klinikum und die klinische Diagnostik). Im Gespräch mit den angestellten Ärzten wird zudem regelmäßig die Delegation der Verwaltungsaufgaben und die damit einhergehende Konzentrationsmöglichkeit auf die ärztliche Kernaufgabe als größter Vorteil bezeichnet.

Auch für den Patienten weist die Versorgung in poliklinischen Strukturen Vorteile gegenüber der Einzelpraxis oder dem Krankenhaus auf. So erhält der Patient (ambulante) Versorgungsleistungen auf Krankenhausniveau, ohne dort eingewiesen zu sein, profitiert von einer hochwertigen, häufig interdisziplinären Diagnostik, die schnell und wenig bürokratisch organisiert wird. Er findet am Standort Berlin-Buch eine komplette fachärztliche Kompetenz vor (Anbindung aller Disziplinen). Durch die organisierte Abstimmung der Fachärzte untereinander (und mit der Klinik) erhält er durch bestens informierte Ärzte (über eine zentrale Patientendatei und den interdisziplinären Austausch) eine abgestimmte Medikation. Doppeluntersuchungen werden vermieden. Abgerundet wird das Angebot durch kurze Wege, vergleichsweise geringe Wartezeiten, eine Qualitätssicherung auf klinischem Niveau und besondere Angebote wie Patientenschulungen, Telefonstunden, Terminkoordinations, also Serviceangebote, die ein niedergelassener Arzt so nicht anbieten kann.

Auch wenn, wie eingangs angeführt, die Krankenhaus-MVZs nicht dominieren, kann über diese Organisationsform ein deutlicher Mehrwert für die Krankenhäuser realisiert werden.

Eine gut aufgestellte Gesellschaft, wie die Poliklinik am Standort Berlin-Buch, ermöglicht es dem Krankenhaus,

- seine diagnostischen Kapazitäten besser auszulasten,
- zusätzliche Einnahmen insbesondere in den Bereichen Radiologie; OP, Katheterlabor, Labor, Physiotherapie zu generieren,
- eine verbesserte vor- und nachstationäre Versorgung anzubieten,
- Leistungen und Kompetenzen vorzuhalten, die sich im Krankenhaus heute ökonomisch kaum mehr darstellen lassen (HNO, Augen, Dermatologie),
- über das Zusammenwirken bei der vor- und nachstationären Versorgung den qualitativen und ökonomischen Nutzen für alle Beteiligte zu steigern.

Nicht zu unterschätzen ist aber auch die „Kundenbindungskomponente“ für Krankenhäuser. Die „Kundenbindung“ entsteht am ehesten über die ambulante Betreuung. Patienten entscheiden sich bei Krankheitsbildern, die eine Nachbetreuung erfordern, in der Regel für die Standorte, wo dies sicher geleistet werden kann. Auch der Umstand, dass Patienten in der

Regel der Empfehlung des Arztes für das jeweilige Krankenhaus folgen, ist für qualitativ gute Krankenhäuser mit angebundenen poliklinischen Strukturen von Vorteil. Nicht zu unterschätzen ist ebenso die Möglichkeit, eigenes klinisches Personal dort einzusetzen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass nicht nur die Poliklinik mit Gewinn arbeitet. Auch das Krankenhaus verbessert signifikant seine Kosten-Leistungsstruktur. Dass auch die Kostenträger dieser vergleichsweise kostengünstigen Versorgungsvariante viel abgewinnen, bedarf eigentlich keiner besonderen Erwähnung.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Polikliniken (MVZ), die in enger Kooperation mit Krankenhäusern geführt werden, bei entsprechender Größe und entsprechender Qualität des Klinikums für alle Beteiligten eine vorteilhafte Organisationsform sind. In einzelnen ländlichen Bereichen wird nur so eine hochwertige Versorgung am Krankenhausstandort zu sichern sein!

Vor diesem Hintergrund – einer klassischen Win-Win-Situation – stellt sich die Frage, warum das Modell nicht flächendeckend etabliert wird? Eine mögliche Antwort lautet: Es funktioniert nur dort, wo kein Gegensatz zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und der Klinik besteht bzw. gesehen wird. Darüber hinaus bedarf es einer entsprechenden Mindestgröße, die eine wirklich umfassende Betreuung ermöglicht. Hier profitiert der Standort Berlin-Buch in doppelter Weise von seiner Historie. Die umfassenden Strukturen waren angelegt und die Akzeptanz des Modells ist in den neuen Ländern gegeben.

In den alten Ländern ist die grundsätzliche Akzeptanz noch immer gering und der Widerstand der niedergelassenen Ärzte stark ausgeprägt. Die Bundesregierung wird sich intensiv mit der Thematik auseinandersetzen. Im Koalitionsvertrag wird diese Form der Polikliniken kritisch beschrieben. Angesichts der eingangs erwähnten Megatrends, Kostenproblem bei der stationären Versorgung und fachärztlicher Mangelversorgung im ländlichen Bereich, zeigt die gut funktionierende Poliklinik am Standort Berlin-Buch jedoch deutlich auf, wie zukünftige Versorgungsstrukturen aussehen können. Schon heute, so Dr. Harald Katzberg, der Geschäftsführer der Poliklinik Berlin-Buch, kommen ca. 30 Prozent der Patienten des Poliklinikums aus Brandenburg. In der strukturschwachen Region werden Fahrgemeinschaften für die Arztbesuche bei unterschiedlichen Ärzten gebildet. Die ärztlichen Versorgungsstrukturen in vielen ländlichen Bereichen in Westdeutschland sind durchaus vergleichbar. Trotz der

aktuellen politischen Diskussion spricht aus sachlichen Erwägungen vieles dafür, dass der nachweislich erfolgreiche Lösungsansatz „Poliklinik“ sich letztlich in ganz Deutschland durchsetzen wird.

## DIE AMPER VITAL ARENA – EIN WESENTLICHER BAUSTEIN HIN ZUM GESUNDHEITZENTRUM DACHAU

Ein attraktives Fitness-Studio in einem Klinikum – das ist der Eindruck, der sich dem Betrachter bietet, wenn er den Glasbau im Zentrum des Klinikums Dachau zum ersten Mal sieht. Auf 2000 m<sup>2</sup> sind hochmoderne Sportgeräte und ein ansprechender Wellness-Bereich mit Schwimmbad und Sauna-Landschaft integriert. Doch die erste Wahrnehmung greift zu kurz. Die Geschäftsführung des Amper Kliniken AG hatte sich – wie viele andere Kliniken auch – mit der Frage auseinander gesetzt, wie man das Klinikum zu einem medizinischen Zentrum weiterentwickelt. Eine der – gelungenen – Antworten war die „Amper Vital Arena“. Getragen von der Überlegung, dass Gesundheit nicht erst ein Thema werden soll, wenn Erkrankungen auftreten, wurde in einem umfassenden, abgestimmten Konzept Angebote zur Prävention, Therapie, Rehabilitation und Fitness geschaffen. Ein Team von Medizinern, Diplom-Sportlehrern und Physiotherapeuten betreuen ca. tausend Mitglieder als Kunden des Zentrums, sowie ambulante und stationäre Patienten in attraktiven, lichtdurchfluteten Räumlichkeiten. Die Integration ins Krankenhaus wirkt hierbei nicht abschreckend.

In dem für elf Millionen Euro selbst finanzierten Gebäude werden Leistungen für Patienten des Krankenhauses, für ambulante Patienten, aber auch für Mitarbeiter des Klini-

kums und für gesundheitsbewusste Bürger der Region angeboten. Dies reicht vom „medizinischen Fitnesstraining“, über ein Rückenzentrum, spezifische Präventionskurse bis zu Zielgruppenaktivitäten, wie der betrieblichen Gesundheitsförderung und Alterssport. Insbesondere für orthopädische und kardiologische Patienten ist die Einrichtung am Krankenhaus mit Betreuungsmöglichkeiten durch Krankenhausärzte hochattraktiv.

Richard Wentges, der stellvertretende Geschäftsführer der Amper Kliniken AG, einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit deutlich mehr als 70 Millionen Euro Umsatz und vorzeigbaren Ergebnissen vor den Toren Münchens, das für seine Bereitschaft, neue Wege zu gehen, bekannt ist, führte aus, dass man über die schnelle Akzeptanz des Angebotes selbst ein wenig überrascht war. So verzeichnet Amper Vital, ein Unternehmen der Amper Kliniken AG, inzwischen mehr als 1000 Mitglieder bei den üblichen Beiträgen für hochwertige Fitness-Studios. Das Unternehmen wird von einer breiten Zustimmung in der Region getragen. So unterstützen die Kostenträger durch eine Bezuschussung zu den Beiträgen von Mitgliedern das Präventionsangebot. Auch die Mitarbeiter haben das Angebot überraschend positiv angenommen. Lokale Arbeitgeber nehmen das Zielgruppenangebot wahr. Der Widerstand von örtlichen Anbietern von Fitness- und Gesundheitsleistungen war überraschend gering.

Mit Amper Vital wurde ein klassisches Win-Win-Szenario etabliert. Für die Kunden (Patienten, gesundheitsbewusste Bürger, Einweiser und Kostenträger) wurde ein hochattraktives Leistungsangebot vor Ort etabliert, das für viele Dachauer den Weg ins benachbarte München überflüssig macht. Für das Klinikum selbst führt das Angebot zu einer Aufwertung des eigenen Leistungsangebotes, zu einer besseren Ausnutzung der Klinikumsressourcen, zu zusätzlichen Erlösen (knapp drei Prozent des Gesamtumsatzes) und zu einer langfristigen Kundenbindung. Gerade die orthopädischen und kardiologischen Krankheitsbilder sind in der Regel mit einer langfristigen medizinischen Betreuung verbunden. Im Ergebnis führt dies, bei einer Zufriedenheit mit den Angeboten der Klinik bzw. der Amper Vital dazu, dass bei erforderlichen weiteren Therapieschritten die Leistungen des jeweiligen Leistungspartners im Anschluss in Anspruch genommen werden. Von einer Patientensteuerung könne man natürlich nicht sprechen, so Richard Wentges, aber der Ansatz einer langfristigen Kundenbindung sei natürlich schon gewollt.

Zu einer wirklichen Win-Win-Situation gehört natürlich auch, dass gute Konzepte nicht nur angenommen werden, sondern sich auch wirtschaftlich rechnen. Im vorliegenden Fall trifft dies zu. Bei einem Umsatz von ca. zwei Millionen Euro werden trotz der Abschreibung für die frei finanzierte Immobilie Überschüsse erwirtschaftet.

Das Beispiel von Amper Vital zeigt, dass es lohnend sein kann, auch als mittelgroßes Klinikum, offensiv eine Leistungsausweitung im Sinne eines Gesundheitszentrums zu betreiben.

## UMFASSENDE LEISTUNGSANGEBOTE DURCH ARZTNETZWERKE

DAS GO IN IN DER REGION INGOLSTADT

Im Gegensatz zu den durch Krankenhäuser initiierten und/oder geleitete poliklinische Einrichtungen, liegt die Federführung bei manchen sektorübergreifenden Angeboten bei den niedergelassenen Ärzten. Eines der größten Arztnetzwerke in Deutschland ist das GO IN. Das Praxisnetz GO IN steht für „Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e.V.“ Es ist mit über 500 Ärzten aller Fachrichtungen in der Region Ingolstadt eines der größten regionalen Arztnetzwerke in der Bundesrepublik. Die Organisation verfügt über eine eigene Verwaltung. Die GO IN Geschäftsstelle ist das Organisations-, Informations- und Kommunikationszentrum des Praxisnetzwerkes. Das GO IN kooperiert eng mit seinen klinischen Partnern: Dem Klinikum Ingolstadt, den Kliniken St. Elisabeth in Neuburg/Donau und den Kliniken im Naturpark Altmühltal.

Das GO IN in Ingolstadt hat bereits im Februar 2003 eine eigene Notfallpraxis in Betrieb genommen. Sie wurde in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns unter der Trägerschaft von GO IN errichtet und wird von GO IN und der hausärztlichen Bereitschaftsdienstgruppe Ingolstadt betrieben. Bisläng haben bereits über 100.000 Patienten ihre Hilfe in Anspruch genommen. Im Juni 2006 wurde die GO IN Kindernotfallpraxis im Klinikum Ingolstadt

und im Februar 2008 die GO IN Notfallpraxis in den Kliniken St. Elisabeth in Neuburg in Betrieb genommen. Am 4. Mai 2009 haben die ersten Patienten im neuen GO IN Schlaflabor Kösching die Nacht verbracht. Nicht jeder Schlaf verläuft so, wie man sich das idealerweise vorstellt. Schlafstörungen sind weit verbreitet und die Ursachen dafür oft unklar. Im GO IN Schlaflabor Kösching geht man den Störungen auf den Grund.

Unterstützung erfährt das Netzwerk seitens der Kostenträger u. a. durch die Audi BKK, die ausgewählte Aktivitäten, wie die Ausfüllung von Patientenpässen dotiert. Zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung in der Region, haben die Audi BKK und das Praxisnetz GO IN einen ab 1. Juli 2009 gültigen Facharztvertrag geschlossen. Bislang sind über 200 Fachärzte dem Vertrag beigetreten. Die Versicherten profitieren von zeitnahen Behandlungsterminen. Bei akuten Gesundheitsproblemen erhalten Audi BKK Patienten im Normalfall am gleichen oder nächsten Tag einen Termin. Weiter werden spezielle Abendprechstunden bis 20:00 Uhr oder patientenfreundliche Morgensprechstunden angeboten.

Erwähnenswert sind darüber hinaus weitere Netzprojekte wie

- die GO IN Schulungsgemeinschaft (Diabetes, Hypertonie, Asthma und COPD),
- Messeauftritte und Veranstaltungen für Bürger und Patienten,
- Qualitätszirkelarbeit und Fortbildungen für Netzwerkärzte.

Für die Mitglieder selbst werden weitere Projekte zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit aufgelegt, wie z. B. Qualitätsmanagement-Systeme in Arztpraxen, umfangreiches Fortbildungsangebot für Arzt und medizinische Fachangestellte.

Gesundheitspass und Patientenbegleitbrief sollen zur Optimierung des Informationsaustausches in einem zweiten Schritt durch ein auf einem elektronischen Patientenpass basierendes Informationssystem ersetzt werden, das auch sektorenübergreifend nutzbar ist und damit die Wirtschaftlichkeit ebenfalls erheblich verbessert.

Die tragende Philosophie des Netzes ist es, ein Höchstmaß an Patientenzufriedenheit in der Region zu organisieren. Dies gelingt nur durch die Beseitigung von erkennbaren Versorgungsdefiziten im Gesundheitswesen.

So steht GO IN unter anderem für..

- ... mehr Kommunikation mit den Patienten:
  - höhere Kommunikationsfähigkeit zwischen den Ebenen,
  - höhere Transparenz zwischen den Netzärzten wird geschaffen,
- ... einen persönlichen Patientenpass:
  - jeder Patient erhält einen persönlichen Patientenpass,
  - der Patient wird in die Untersuchung integriert und fühlt sich gut betreut,
  - der Patientenpass bleibt immer in den Händen des Patienten,
  - der Patientenpass enthält alle medizinisch relevanten Daten (Dauerdiagnose, Laborwerte, etc.),
- ... einen Standardisierten Patientenbegleitbrief:
  - der Patientenbegleitbrief ist ein standardisierter Überweisungsbegleitbrief,
  - führt zur schnelleren und besseren Kommunikation der Ärzte untereinander,
- ... mehr Nutzeneffekte für Patienten:
  - Koordinationsarzt, der die Funktionen eines Case und Disease Managers übernimmt,
  - Einholung von Zweitmeinungen (Second Opinion),
  - schnelle Diagnostik und Therapie,
  - hohes Versorgungsniveau durch regelmäßige Weiterbildungen der Netzärzte,
  - Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung durch die Errichtung von Qualitätszirkeln unterschiedlicher Fachdisziplinen.

Verbindende Ziele von GO IN im Sinne des Patienten sind hierbei:

- höhere Lebensqualität,
- bestmögliche medizinische Versorgung des Patienten,
- maximale Selbstbestimmung des Patienten,
- höherer Informationsgrad für die Patienten,
- verstärkte Kommunikation und Kooperation zwischen allen Beteiligten.

Die Solidargemeinschaft profitiert unter anderem durch die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen, bzw. Selbsteinweisungen, die Vermeidung von unnötigen, unwirtschaftlichen Doppelverordnungen, die Steigerung der Versorgungsqualität im ärztlichen und häuslich-pflegerischen Bereich sowie durch die Förderung der kollegialen Zusammenarbeit der Ärzte durch strukturierte Kooperation.

Ein derartiges Netzwerk kann natürlich nur funktionieren, wenn die tragenden Prinzipien und die Netzwerkphilosophie von allen Mitgliedern getragen werden, so Siegfried Jedamzik, der Vorsitzende des Vereins. Angesichts des hohen Organisationsgrades, der Qualität und der hohen Akzeptanz von Praxisnetzwerken wie GO IN sind Kliniken gut beraten, mit den Praxisnetzwerken kooperativ zusammenzuwirken – im Interesse der Patienten und der Solidargemeinschaft. Letztlich profitieren auch die Krankenhäuser davon, die im Wissen um einen kompetenten Partner die eigenen Strukturen effizienter gestalten können.

## NEUE WEGE BEI TRADITIONSREICHEN KRANKENHÄUSERN

DER VEREIN FRANKFURTER STIFTUNGSKRANKENHÄUSER E.V.

Zwei traditionsreiche Frankfurter Krankenhäuser haben mit einem innovativen, erfolgversprechenden Konzept ihre Krankenhausbetriebe zusammengeführt. Ihre Träger, zwei der ältesten Bürgerstiftungen Frankfurts, haben damit eine maßgeschneiderte Lösung für die Zukunftsfähigkeit ihrer beiden Krankenhäuser entwickelt.

Auch traditionsreiche deutsche Stiftungen und eingetragene Vereine haben die Zeichen der Zeit erkannt und setzen auf innovative Strategien, um den sich verschärfenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu trotzen. Ein gelungenes Beispiel ist die Fusion zweier altehrwürdiger Frankfurter Krankenhäuser. Das „Bürgerhospital“ in Frankfurt am Main ist ein Krankenhaus mit fast 250-jähriger Tradition. Träger des Krankenhausbetriebs war bis vor kurzem der Verein Bürgerhospital Frankfurt am Main e.V., der 1955 von der Dr. Senckenbergischen Stiftung gegründet wurde. Bis zu seiner Gründung hat die Stiftung den Krankenhausbetrieb selbst geführt. Das „Clementine Kinderhospital“ und sein Träger, die Clementine Kinderhospital Dr. Christ'sche Stiftung, hervorgegangen aus den 1835 von Dr. Theobald Christ und 1875 von Freifrau von Rothschild gegründeten Stiftungen, können ebenfalls auf eine langjährige Stiftungs-tradition zurückblicken.



Im September 2008 haben der Verein Bürgerhospital Frankfurt am Main e.V. (nachfolgend auch „Bürgerhospital e.V.“) und die Clementine Kinderhospital Dr. Christ'sche Stiftung (nachfolgend auch „Dr. Christ'sche Stiftung“) beschlossen, ihre traditionsreichen Krankenhäuser zu einem neuen gemeinsamen Krankenhausbetrieb – unter Erhaltung der beiden Frankfurter Krankenhausstandorte – zusammenzuführen. Die Partner verfolgten dabei das Ziel, das Potential ihres sich ergänzenden medizinischen Spektrums zu nutzen, um den sich stetig verschärfenden Anforderungen des Gesundheitsmarktes mit gemeinsamer Kraft erfolgreich zu begegnen. Dabei haben sich die Partner bewusst gegen eine rein vertragliche Kooperation und für eine Zusammenführung in einem gemeinsamen neugegründeten Träger entschieden. Entgegen dem Trend bei derartigen Kooperationen, eine Gesellschaft in der Rechtsform der GmbH zu gründen, haben sich der Bürgerhospital e.V. und die Dr. Christ'sche Stiftung – ihren historischen Wurzeln folgend – zur Gründung eines neuen eingetragenen Vereins als zukünftigen Träger der beiden Krankenhäuser entschieden. Die Rechtsform des eingetragenen Vereins als „Mutter“ aller privatrechtlichen Rechtsformen hatte sich aus Sicht der Partner bewährt. Jedoch wurde der neue Trägerverein – wo sinnvoll und rechtlich zulässig – den modernen Strukturen einer GmbH nachgebildet. Man hat sich somit für „the best of both worlds“ und damit eine individuelle, maßgeschneiderte Lösung für das Fusionsvorhaben entschieden.

Bereits im Dezember 2008 gründeten die Partner den „Verein Frankfurter Stiftungs-Krankenhäuser e.V.“ als zukünftigen Träger der beiden Krankenhausbetriebe. Eine Besonderheit dieses neu gegründeten Vereins ist seine Mitgliederstruktur: Neben den jeweils acht Mitgliedern aus der Sphäre des Bürgerhospital e.V. und der Dr. Christ'sche Stiftung („Mitglieder kraft Funktion“) sind auch der Bürgerhospital e.V. und die Dr. Christ'sche Stiftung selbst Mitglieder („Fördermitglieder“) des neuen Vereins. Nach Maßgabe der Satzung kommt dabei den Fördermitgliedern eine besondere Bedeutung zu. So ist beispielsweise die Mitgliederversammlung erst beschlussfähig, wenn beide Fördermitglieder anwesend (d. h. durch ausgewählte Vertreter repräsentiert) sind. Ebenso bedürfen wesentliche Beschlüsse der Mitgliederversammlung, wie z. B. satzungsändernde Beschlüsse oder ein Beschluss über die Auflösung des Vereins, der notwendigen Zustimmung der Fördermitglieder. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass weitreichende Vereinsentscheidungen nicht ohne die bisherigen und erfahrenen Krankenhaussträger Bürgerhospital e.V. und Dr. Christ'sche Stiftung getroffen werden können.

Insgesamt sind die Regelungen der Satzung des Vereins Frankfurter Stiftungs-Krankenhäuser e.V. – soweit das Vereinsrecht dies zulässt – dem Gesellschaftsvertrag einer GmbH nachgebildet. Dieser Umstand ist der Tatsache geschuldet, dass den Fördermitgliedern Bürgerhospital e.V. und Dr. Christ'sche Stiftung eine gesellschafterähnliche Stellung zukommen sollte. So besitzt der eingetragene Verein auch einen Aufsichtsrat, der den Vereinsvorstand berät und überwacht und über wesentliche Maßnahmen entscheidet. Die stimmberechtigten Aufsichtsratsmitglieder konstituieren sich zu zwei Dritteln aus Mitgliedern aus der Sphäre des Bürgerhospital e.V. und zu einem Drittel aus der Sphäre der Dr. Christ'sche Stiftung. Dieses Besetzungsverhältnis trägt im Wesentlichen dem Maßstab des jeweils eingebrachten Vermögens Rechnung.

Mit wirtschaftlicher Wirkung zum 1. Januar 2009 übertrugen der Bürgerhospital e.V. und die Dr. Christ'sche Stiftung das für den jeweiligen Krankenhausbetrieb erforderliche Betriebsvermögen im Wege der Einzelrechtsnachfolge auf den neu gegründeten Verein Frankfurter Stiftungs-Krankenhäuser. Ab diesem Zeitpunkt wurden die Geschicke des Bürgerhospital und des Clementine Kinderhospital vom Verein Frankfurter Stiftungs-Krankenhäuser e.V. geleitet.

Eine weitere Besonderheit dieses Fusionsprojekts ist, dass die zum jeweiligen Krankenhaus gehörenden Grundstücke und Gebäude nicht auf den neuen Verein übertragen wurden. Vielmehr verblieben diese im Eigentum der bisherigen Eigentümer, der beiden Stiftungen. Durch den Abschluss von Erbbaurechtsverträgen werden die Grundstücke und Gebäude dem neuen Verein zur dauerhaften Nutzung überlassen. Dies führt dazu, dass der Verein Frankfurter Stiftungs-Krankenhäuser e.V. „wirtschaftlicher Eigentümer“ wird und somit die betriebsnotwendigen Grundstücke und Gebäude in seiner Bilanz führen kann.

Der Verein Frankfurter Stiftungs-Krankenhäuser e.V. wurde schließlich mit Wirkung zum 1. Januar 2009 mit 365 Betten als Träger des Bürgerhospital und des Clementine Kinderhospital in den Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommen.

Die Zusammenführung der beiden Krankenhausbetriebe stellt einen wirtschaftlich sinnvollen und auch für die Patienten nützlichen wichtigen Schritt dar: Zum einen werden die Kräfte beider Häuser gebündelt, um hieraus Synergien und Entwicklungspotentiale für die Zukunft zu schöp-

fen („1 + 1 = 3“); u. a. durch medizinisch sinnvolle Zusammenführung des gemeinsamen Leistungsspektrums beider Häuser im Bereich der Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Zum anderen erlangt der zusammengeführte Krankenhausbetrieb eine herausragende Stellung, insbesondere im Hinblick auf das bestehende Mutter-Kind-Zentrum, im Großraum Frankfurt am Main. Die Fusion unterstützt damit die notwendige Konsolidierung der Frankfurter Krankenhauslandschaft. Gleichzeitig bleiben die traditionsreichen Leitbilder beider Häuser gewahrt. Maßgeblich für den Erfolg des Fusionsprojekts war u. a. die Beratung beider Partner und damit des gesamten Projekts aus einer Hand durch die Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH.

Das Zusammengehen des Bürgerhospitals und des Clementine Kinderhospitals wurde vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Insgesamt haben die Dr. Senckenbergische Stiftung bzw. der Bürgerhospital e.V. und die Dr. Christ'sche Stiftung einen innovativen, couragierten Schritt in eine Zukunft unternommen, die den Beteiligten ein nachhaltiges Wachstum aus eigener Kraft ermöglicht.

## AUF DEM WEG ZUM ERSTEN EUROPÄISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIKUM

DAS UNIVERSITÄTSKLINIKUM AACHEN UND DAS  
ACADEMISCH ZIEKENHUIS MAASTRICHT

Seit zwanzig Jahren beschäftigen sich Führungspersonlichkeiten aus beiden Universitätskliniken mit der Möglichkeit, ein europäisches Universitätsklinikum in der Euroregion Maas-Rhein zu entwickeln. Die Rahmenbedingungen lassen dies als lohnend erscheinen. In einer Entfernung von 25 Kilometern liegen die beiden Universitätskliniken mit zusammen 2085 Betten in 64 Fachkliniken. 70.000 stationäre Patienten und fast 700.000 ambulante Patienten werden in den Einrichtungen der höchsten Versorgungsstufe behandelt. In den Einrichtungen werden von ca. 10.000 Beschäftigten mit einem Gesamtbudget von einer Milliarde Euro Gesundheitsleistungen angeboten. Beide Universitätskliniken liegen zudem zentral in der Euroregion Maas-Rhein mit 3,7 Millionen Einwohnern.

Im Jahr 2004 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen beiden Kliniken geschlossen und in diesem Jahr soll die Zusammenführung beider Universitätskliniken zum „European University Hospital Aachen/Maastricht“ angegangen werden. Getragen ist die Zusammenarbeit von den Grundüberlegungen des Erhalts der wohnortnahen Versorgung und dem Vorrang der Mitarbeitermobilität vor der Patientenmobilität. Als Beispiel dient hierbei die Gefäßchirurgie. Hier arbeitet

Prof. Dr. Michael Jacobs drei Tage in Maastricht und zwei Tage in Aachen als Chef der Gefäßchirurgischen Klinik. Die Vorteile der Zusammenarbeit sind vielfältig. Speziell in Bereich der Forschung und Lehre ermöglicht die Zusammenarbeit eine deutliche Steigerung der Effizienz und die Hebung von Synergien, durch den Abbau von Doppelarbeiten. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Spezialisten – im Extremfall mit Videokonferenz im OP – führt aber auch zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität und steigert so unmittelbar den Patientennutzen. Unstrittig ist, dass eine Fülle von Vorteilen durch die Kooperation im Interesse aller Beteiligten realisiert werden können. Dies gilt vor allem für abgestimmte Beschaffungsmaßnahmen, abgestimmten Forschungsvorhaben und dem regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Gerade bei den sehr teuren Angeboten wird bereits heute eine Schwerpunktbildung vorgenommen. So werden die Herztransplantationen nur noch in Aachen durchgeführt.

Die Gedanken der handelnden Personen gehen weiter. Angestrebt wird eine einheitliche Einrichtung mit gemeinsamer Strategie, gemeinsamer Führung und gemeinsamer Ergebnisverantwortung. Vorstellbar ist, dass zukünftig mehr Kliniken, dem Beispiel der Gefäßchirurgie folgend eine gemeinsame Klinikleitung erhalten werden und dass an einem dritten Standort gemeinsame Einrichtungen entstehen werden. Angesichts der baulichen Situation des Universitätsklinikums Aachen mit einem immensen Investitionsbedarf ist dies eine große Chance, die Attraktivität der Universitätsklinik für Patienten aufzuwerten.

Für beide Klinika bieten ein europäisches Universitätsklinikum die Chance über eine Abstimmung und Schwerpunktbildung speziell bei den innovativen Forschungsvorhaben die eigene Attraktivität für Patienten aber auch für das Personal zu steigern. Gerade exzellente junge Forscher werden durch die vielfältigen Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, die zudem das besondere „Wohlwollen“ der jeweiligen Regierungen als Modellprojekt genießt, angesprochen werden. Auch die Industriepartner beobachten die Entwicklung mit großem Interesse. So hat die Healthcare Organisation des Philips Konzerns im vergangenen Jahr eine strategische Partnerschaft mit den beiden Universitätsklinikern vereinbart. Über die Bündelung der Erfahrung aus industrieller und klinischer Forschung sowie der gemeinsamen Expertise im Umgang mit moderner Hochleistungsmedizin soll der wissenschaftliche Fortschritt schneller als bisher für den klinischen Alltag und so für die Patienten nutzbar gemacht werden.

Als weitere Vorteile führt Prof. Dr. Henning Saß, der Vorsitzende des Vorstands des Universitätsklinikums Aachen, die Standortsicherung der Universitätskliniken (das Land NRW hält sechs Universitätskliniken vor), die Verbesserung und Ausweitung des Leistungsangebotes durch die Nutzung der Komplementarität und die Steigerung der Attraktivität speziell für internationale Patienten und für privatwirtschaftliche Drittmittelgeber. Elementar ist natürlich die weitere wirtschaftliche Stabilisierung durch Abstimmung und Flexibilität.

Der engeren Zusammenarbeit, der Herausbildung der Europäischen Universitätsklinik wurde eine Machbarkeitsstudie durch die KPMG im Auftrag beider Kliniken vorangestellt. Diese hat ergeben, dass das Projekt unter rechtlichen und steuerlichen Gesichtspunkten umsetzbar und mit wirtschaftlichen Vorteilen für beide Partner verbunden ist.

Und wie geht es weiter? Die Umsetzung von guten Ideen in die Praxis ist mit einer Fülle von Problemen konfrontiert. Prof. Dr. Henning Saß spricht gerne von den „Tücken des Alltags“. Beispielsweise sind hier anzuführen die unterschiedlichen Sprachen, unterschiedliche Versicherungssysteme, die unterschiedlichen Vergütungssysteme bei Ärzten, die Verbindlichkeit der nationalen Leitlinien, die rechtlichen Grundlagen für Telemedizin und das unterschiedliche nationale Haftungsrecht. Mit diesen Fragestellungen setzen sich die Spitzengremien der Universitätsklinik auseinander, ebenso wie mit der Entwicklung einer gemeinsamen Governancestruktur. Administrativ finden bereits regelmäßig gemeinsame Sitzungen der Leitungsgremien statt. Die Geschäftssprache ist Englisch. Ziel ist es, in drei Jahren eine gemeinsame Geschäftsführung etabliert zu haben. Die erforderlichen Maßnahmen werden sorgsam vorbereitet und in kleinen Schritten vollzogen. Den berühmten „Big Bang“ gibt es nicht, sondern einen langfristigen Prozess. Angesichts des erklärten Willens beider Seiten und der Unterstützung durch die Politik herrscht eine große Zuversicht vor, dass das Ziel auch erreicht werden wird, so Peter Asché, der kaufmännische Direktor des Universitätsklinikums Aachen. Ganz oben auf der Agenda steht die Errichtung eines gemeinsamen Herz- und Gefäßzentrums (CVC). In einem neuen Gebäude direkt an (auf) der Grenze sollen herausragende Spezialisten mit internationalem Ruf Patienten behandeln. Das Projekt wird in einer Entwicklungspartnerschaft mit der Industrie (z. B. mit Philips) vorangetrieben. An einem konkreten Projekt lassen sich unterschiedliche Strukturen viel leichter harmonisieren als im abstrakten Raum. Hiervon könnten vielleicht auch die Europapolitiker lernen.

## RESÜMEE

Alle Gesprächspartner dieser Best-Practice-Studie wurden mit der gleichen Fragestellung konfrontiert. An dieser Stelle sei kurz angemerkt, dass eine Vielzahl der Gesprächspartner nicht in der Studie aufgeführt werden wollte, da sie kein Interesse daran hatten, dass ihr Unternehmenserfolg öffentlich diskutiert wird. Dies galt überwiegend für Einrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft.

Die Antworten und die gewählten Schwerpunkte waren – auf den ersten Blick – jedoch höchst unterschiedlich. Dies ist natürlich in den unterschiedlichen Organisationsformen begründet, darin ob ein Krankenhaus im Osten oder im Westen der Republik tätig ist, in der entsprechenden Unternehmensphilosophie und -strategie, aber auch in der sehr persönlichen Sicht von handelnden Personen.

Zwischen den aufgeführten Beispielen besteht eine einheitliche Verbindungslinie. Gemeinsam ist ihnen, dass sie

- erfolgreich waren bzw. mit großer Wahrscheinlichkeit zum Erfolg führen werden,
- mutig und konsequent umgesetzt wurden,
- langfristig angelegt sind.

Die Unterschiedlichkeit der gewählten und präferierten Ansätze und Schwerpunkte ist für den Autor ein Fingerzeig, dass in der Vielfalt eine große Chance für die erfolgreiche Weiterentwicklung der Strukturen unseres Gesundheitswesens liegt. Bei aller prinzipiell notwendigen staatlichen Reglementierung und (Qualitäts-) Kontrolle erfolgt die Weiterentwicklung der Strukturen des Systems primär durch mutige und verantwortungsbewusste Manager und Unternehmen in unterschiedlicher Trägerschaft. Dem Wunsch der Damen und Herren, mit denen ich in den vergangenen Monaten gesprochen habe, nach größeren Freiräumen und mehr Berechenbarkeit bei den gesetzten Rahmenbedingungen kann sich der Autor nur anschließen.

## GESPRÄCHPARTNER BEI DEN AUFGEFÜHRTEN PROJEKTEN

*Peter Asché*

*als Geschäftsführer der städtischen Kliniken Ludwigshafen und  
als kaufmännischer Vorstand des Universitätsklinikums Aachen*

*Dietrich Görz*

*Geschäftsführer des Sana Klinikums Rügen*

*Dr. Siegfried Jedamzik*

*Vorsitzender des GO IN – Gesundheitsorganisation der Region  
Ingolstadt e.V.*

*Gunther John*

*Geschäftsführer der Vereinigten Gesundheitseinrichtungen  
Freiberg GmbH*

*Dr. Harald Katzberg*

*Geschäftsführer der Helios Poliklinik Berlin-Buch*

*Thomas Köhler*

*Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH*

*Dr. Francesco de Meo*

*CEO der Helios-Kliniken GmbH*

*Wolfgang Pföhler*

*Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG*

*Dr. Michael Philippi*

*Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG*

*Hans-Ulrich Schmidt*

*Vorsitzender des Vereins der kommunalen Großkrankenhäuser der  
Region Mitte e.V., Geschäftsführer der Klinikum Offenbach GmbH*

*Claudia Strohe*

*Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH*

*Richard Wentges*

*Stellvertretender Vorstand der Amper Kliniken AG*

## DER AUTOR

*Ralf Heimbach*

*Jahrgang 1958, seit 1997 im Gesundheitswesen tätig, als Bereichsdirektor  
und Prokurist der Sana Kliniken AG und Hauptgeschäftsführer der  
Hochtaunus-Kliniken GmbH, seit 2009 als Unternehmensberater tätig.  
Herr Heimbach ist Altstipendiat der Konrad-Adenauer-Stiftung.*

## ANSPRECHPARTNER IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

*Dr. Norbert Arnold*

*Leiter des Teams Gesellschaftspolitik*

*HA Politik und Beratung*

*Konrad-Adenauer-Stiftung*

*10907 Berlin*

*Telefon: +49(0)30 2 69 96 35 04*

*E-Mail: [norbert.arnold@kas.de](mailto:norbert.arnold@kas.de)*

## **ZUKUNFTSFORUM POLITIK**

[http://www.kas.de/publikationen/zukunftsforum\\_politik.html](http://www.kas.de/publikationen/zukunftsforum_politik.html)

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

gern schicken wir Ihnen unsere Veröffentlichungen auch zu. Bitte bestellen Sie mit dem umseitigen Vordruck.

Bis zu drei Exemplaren geben wir kostenlos ab. Ab vier Exemplaren berechnen wir eine Schutzgebühr (Bearbeitungs- und Versandkosten) von € 3,00 je Heft. Bei größeren Bestellungen ab 30 Exemplaren gewähren wir einen Rabatt, so dass jedes Heft dann € 2,00 kostet.

Bitte schicken Sie zusammen mit Ihrer Bestellung einen entsprechenden Verrechnungsscheck, Briefmarken oder Geld, erst dann können wir Sie beliefern.

Alle Studien – die aktuellen und vergriffenen – können Sie im Internet herunterladen.

Wenn Sie Fragen zu den Publikationen der Konrad-Adenauer-Stiftung haben, erreichen Sie uns per E-Mail: [publikationen@kas.de](mailto:publikationen@kas.de)

Wir wünschen eine interessante Lektüre.

Ihr Publikationen-Team

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BESTELLUNG

Kurztitel	Heftnummer	Preis

\* Bitte beachten Sie die umseitigen Lieferbedingungen.

### Absender

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Bitte bestellen Sie hier:  
Konrad-Adenauer-Stiftung  
Rathausallee 12  
53757 Sankt Augustin

Fax: 0 22 41 / 2 46-2479  
E-Mail: robert.bischoff@kas.de

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 50 | Föderalismusreform: Föderalismus in Europa I
- 51 | Föderalismusreform: Föderalismus in Europa II
- 52 | Wie wird die Globalisierung heute beurteilt? – Ein Beitrag zu einer „rationaleren“ Diskussion
- 53 | Deutsche Außenpolitik im 21. Jahrhundert. Arbeitskreis Junger Außenpolitiker (*vergriffen*)
- 54 | Globalisierungsdebatte II: Positionen und Gegenpositionen
- 55 | Afrika realistisch darstellen: Diskussionen und Alternativen zur gängigen Praxis. Schwerpunkt Schulbücher (*vergriffen*)
- 56 | Von TIMSS zu IGLU – Eine Nation wird vermessen (*vergriffen*)
- 57 | Ideen für Berlin: Eine Synopse strategischer Entwicklungsvorschläge
- 58 | Jedes Kind zählt – Neue Wege der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung
- 59 | Christ sein in der Politik. Hermann Ehlers heute – anlässlich seines 100. Geburtstags
- 60 | Zur Krise und Reform der Universität
- 61 | Föderalismusreform – Vor der Reform ist nach der Reform? Eine erste Bilanz der Arbeit der Bundesstaatskommission
- 62 | Was die Gesellschaft zusammenhält. Plädoyer für einen modernen Patriotismus
- 63 | Aufbau oder Abriss Ost? Konzeptionelle Überlegungen zur nachhaltigen Stadtentwicklung in den neuen Ländern

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 64 | Föderalismus in Europa III
- 65 | Rechtsextremismus in der Bundesrepublik Deutschland.  
Auf dem Weg zur „Volksfront“?
- 66 | Sozialer Bundesstaat
- 67 | Ein Jahr nach der EU-Osterweiterung: Erste Erfahrungen, Probleme,  
Aussichten
- 68 | Möglichkeiten der wirtschaftlichen Entwicklung strukturschwacher  
Regionen in Ostdeutschland
- 69 | Der deutsche Föderalismus im Reformprozess
- 70 | Wie lange dürfen wir arbeiten? Gesetzliche Altersgrenzen als  
Verfassungsproblem
- 71 | Deutsch-russische „Strategische Partnerschaft“: Eine kurzfristige  
Strategie oder Handeln im Interesse Europas?
- 73 | Der „Bachelor“ – Anregungen zur aktuellen Studienreformdebatte
- 74 | Familienfreundliche Personalpolitik
- 75 | Auf dem Weg zu einem patientenfreundlichen Gesundheitssystem.  
Liberalisierung des Pharmamarktes. Eine Ordnungsökonomische  
Analyse und Implikation für den deutschen Pharmamarkt.
- 76 | Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen. Mehr Qualität und Effizienz  
durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im  
Gesundheitswesen  
Englische Ausgabe: Better Health Care at Affordable Prices  
Higher Quality and Greater Efficiency through Competition.  
Arguments for Strengthening the Citizen's Position in the Health  
System

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 78 | Perspektiven der Innovationspolitik für die neuen Länder
- 79 | Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben –  
Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien  
Englische Ausgabe: Euthanasia and self-determination in dying –  
A review of the debate in central and western Europe, the United  
States and Australia
- 80 | Dem Sterben einen Sinn geben
- 81 | Gesundheitskompetenz ausbauen
- 82 | Sozialer Bundesstaat – ein Spannungsfeld
- 83 | Stammzellforschung als politische Herausforderung
- 84 | Die Mitglieder der CDU – eine Umfrage der  
Konrad-Adenauer-Stiftung
- 85 | Ethische Bewertungen der Stammzellforschung
- 86 | Probleme der Föderalismusreform in Deutschland – Der gegen-  
wärtige Stand der Reformen und der Auftrag der Föderalismus-  
kommission II
- 87 | Das Rechtsextreme Bündnis: Aktionsformen und Inhalte
- 88 | Die UNO-Leitlinien zur Dezentralisierung und Stärkung der  
Kommunen | UN Guidelines on decentralization and the  
strengthening of local authorities
- 89 | Deutschland in der Globalisierung – Auswirkungen und Handlungs-  
ansätze für eine bessere Balance zwischen Gewinnern und Verlierern
- 90 | Die Entzauberung der Extremisten? – Erfolgsbedingungen der NPD  
im internationalen Vergleich



## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 91 | Schöpfungsglaube und Evolutionsbiologie
- 92 | Der „zweite Frühling“ der NPD – Entwicklung, Ideologie, Organisation und Strategie einer rechtsextremistischen Partei
- 93 | Die Freien Wähler in Deutschland – Geschichte – Strukturen – Leitlinien
- 94 | „Die Linke“ – Entstehung – Geschichte – Entwicklung
- 95 | Prävention bis ins hohe Alter
- 96 | „Die Linke“ – Bündnis- und Koalitionspolitik der Partei
- 97 | „Die Linke“ – Politische Konzeptionen der Partei
- 98 | Rechts- und Linksextremismus in Deutschland – Wahlverhalten und Einstellungen
- 99 | „Impulse 2020“ – Akzente zukünftiger deutscher Außenpolitik
- 100 | Obama und das Internet – Tipps für den modernen Internetwahlkampf
- 101 | Soziale Gesundheitswirtschaft – Ordnungsrahmen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem  
Englische Ausgabe: The Social Health Economy – A Regulatory Framework for a Healthcare System to meet the Challenges of the Future
- 102 | Innovative Ansätze im Krankenhaussektor – Best-Practice-Beispiele