



**Im Wettbewerb**

Mit Einführung der Fallpauschalen hat für die Krankenhäuser eine neue Zeitrechnung begonnen. Sie bringen mehr Transparenz und Wettbewerb. Nicht alle Kliniken werden das überleben. Für politischen Zündstoff ist gesorgt. Foto: Kühle

**Es muss sich rechnen**

Warum besonders kommunale Krankenhäuser rote Zahlen schreiben

Stuttgart – Die deutsche Kliniklandschaft erlebt einen nie da gewesenen Umbruch. Viele Häuser kämpfen um ihr Überleben. Jedes vierte könnte es nicht schaffen, sagen Experten.

VON WILLI REINERS

Landau, landab gleichen sich die Bilder: Stationen werden heruntergefahren oder geschlossen, ganze Häuser machen dicht. Ist die Katze aus dem Sack, formiert sich Bürgerprotest. Zeitungen werden mit zornigen Leserbriefen bombardiert. Es gibt Kundgebungen für den Erhalt der Einrichtung und Solidaritätsadressen für das Personal. Am Ende gehen doch die Lichter aus.

Man kann verstehen, dass die Menschen betroffen sind. Das Krankenhaus geht ihnen nahe. Dort kommen sie zur Welt. Es gibt ihnen einen Geburtsort, der ein Leben lang in ihrem Pass steht. Und dort werden sie vielleicht sterben. Dazwischen ist es ihr Rettungsanker in Not. Der Bonner Mediziner und Unternehmensberater Burkhard Sommerhäuser, der den dramatischen Klinikumbruch auf der Webseite www.kliniksterben.de dokumentiert, sagt: „Ein Krankenhaus ist stets auch ein emotionaler Ort. Ein Stück Heimat eben.“

Das ist die eine Seite. Die andere Seite: Ein Krankenhaus muss sich wie jedes Unternehmen rechnen. Es sei denn, der Träger hat genügend Geld. Jahr für Jahr Millionendefizite auszugleichen. Fakt ist: Allein etwa die Hälfte aller Kliniken in öffentlicher Hand arbeiten mit Verlust. Kommunen und Kreise stehen aber finanziell selbst oft mit dem

Rücken zur Wand. Ihnen bleibt keine Wahl. Sie müssen Kapazitäten abbauen. Der Überlebenskampf im Krankenhausystem begann 2003. Damals wurden per Gesundheitsreform die Fallpauschalen eingeführt, die nichts anderes sind als Einheitspreise je Diagnose. Plötzlich brachte etwa die Entfernung eines Blinddarms nur noch rund 1900 Euro – egal wie lange der Patient in der Klinik gelegen hatte. Bis Ende 2008 gelten großzügige Übergangsregelungen, die die Wirkung der Pauschalen abmildern. Ist die Schonfrist jedoch abgelaufen, geht das betriebswirtschaftliche Risiko zu 100 Prozent von den Krankenkassen auf den jeweiligen Klinikträger über.



Der harte Schnitt der Bundespolitik kam nicht von ungefähr. Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland immer noch über die meisten Klinikbetten und die längsten Verweildauern von Patienten. Auch deshalb verursachen die Krankenhäuser seit Jahren mit der höchsten Ausgabenzuwächse von allen Sektoren des Gesundheitswesens. Die gesetzliche Krankenversicherung musste 2005 bereits gut 49 Milliarden Euro für die Klinikbehandlung ausgeben. Mit 94 Prozent der Gesamtausgaben war das mit Abstand der dickste Brocken für die Kassen. Damit sind die hohen Kassenbeiträge und

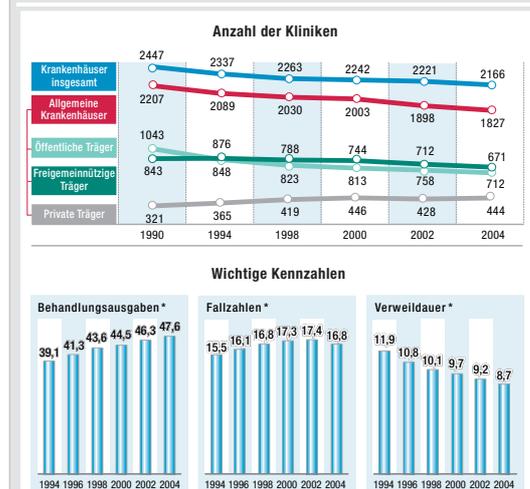
Lohnnebenkosten letztlich auch den zu teuren Krankenhäusern geschuldet.

Die Fallpauschalen bedeuten für die Kliniken eine echte Revolution. Sie haben nun keinen Anreiz mehr, Patienten möglichst lange im Haus zu halten. Im Gegenteil: Nur wenn sie rasch kurieren und so bald wieder entlassen können, verdienen sie Geld. Schaffen sie das nicht, zahlen sie drauf. Effizienz und Spezialisierung lauten die Zauberworte. Mediziner jedoch kritisieren: Die Klinik mutiere zur Gesundheitsfabrik – und sie selbst zu Fließbandarbeitern. Viele lehnen die Fallpauschalen deshalb ab.

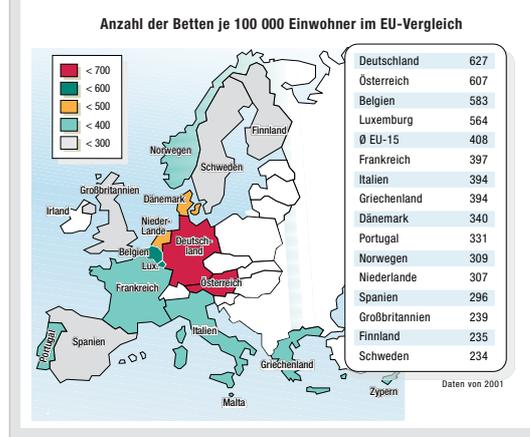
Alle Kliniken müssen sich anpassen, einerlei ob kommunale, frei gemeinnützige oder private Häuser. Allerdings stehen die Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft unter besonders hohem Druck. „Sie schneiden gemessen am Durchschnitt aller Kliniken wirtschaftlich eindeutig schlechter ab“, urteilt Boris Augurzyk. Der Experte des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen nennt zwei Ursachen: Zum einen seien Kliniken eine Art Wahrzeichen, das man auch dann nicht aufgeben, wenn dies ökonomisch vernünftig wäre. Zum anderen verhindern die von Kommunalpolitikern besetzten Aufsichtskommunen schnelle, wirtschaftlich unvermeidbare Entscheidungen – oft zum Leidwesen des Klinikmanagements.

Natürlich gibt es unter den wirtschaftlich gut aufgestellten Krankenhäusern auch kommunale. Doch in der Kliniklandschaft geben zunehmend die frei gemeinnützigen – in der Regel kirchlichen – und die privaten Häuser den Ton an. Sie bilden längst mächtige Verbände und verschaffen sich damit strategi-

**Krankenhäuser in Deutschland**



**Anzahl der Betten je 100 000 Einwohner im EU-Vergleich**



**Kliniken buhlen um Araber**

Patiententourismus boomt

Mannheim – Gezielt umwerben Kliniken betuchte ausländische Privatpatienten. Sie sind eine lukrative Einnahmequelle.

VON WILLI REINERS

Die staatliche Kuwait Oil Company hat ein großes Herz. Kranke Mitarbeiter lässt sie auf eigene Kosten behandeln. Wenn nötig auch in Deutschland. Ob neue Hüfte oder neue Niere – Geld spielt keine Rolle. Sogar bis zu drei Angehörige dürfen mitreisen. Der Ölmulti zahlt ihnen nicht nur das Hotel, sondern auch noch Taschengeld. Man will ja im Gastland vielleicht noch shoppen.

Joachim Kamrad darf sich glücklich schätzen. Der Chef von Health Service International (HSI) in Mannheim zählt die Kuwaiter zu seinen Kunden. „Der Staatskonzern hat sich verpflichtet, eine feste Zahl von Patienten zu schicken“, berichtet er. Kamrad sorgt dafür, dass die Patienten vom Golf die richtige Klinik finden und von Muttersprachlern betreut werden. Zudem kontrolliert er die Rechnungen. Manchem Chefarzt gehe in der Privatliquidation schon mal die Fantasie durch.

HSI wird getragen von den Unikliniken Stuttgart und Heidelberg, dem Klinikum Mannheim sowie mehreren Privatkliniken im Südrhein. Seit 2003 wirbt die Gesellschaft weltweit um Patienten, vor allem jedoch im arabischen Raum. Tausende seien bisher gekommen, sagt Kamrad. Genaue Zahlen will er nicht nennen – Geschäftsgeheimnis.

Reiche Ausländer zu kurieren war für Spitzenhäuser schon immer ein einträgliches Geschäft. So richtig entdeckt wurde es aber erst, als der wirtschaftliche Druck auf die Kliniken hier zu Lande zunahm. Inzwischen versuchen alle, ein Stück vom Kuchen abzukommen. Teils werden hohe Summen investiert, um den betuchten Kranken Besonderes zu bieten. Gefragt sind Luxusstudios statt Mehrbettzimmern. Im Gegenzug winken extrabudgetäre Erlöse. Seit einer Änderung der Pflegesatzverordnung dürfen Kliniken Ausländer außerhalb der mit den Kassen vereinbarten Budgets behandeln. Das Geld bleibt also ihnen.

Vor allem zwei Gründe sprechen aus ausländischer Sicht für den Medizinstandort Deutschland: Das deutsche Gesundheitswesen genießt einen exzellenten Ruf – auch wenn das mancher Bundesbürger angesichts nerviger Reformdebatten kaum glauben mag. Zudem ist eine Behandlung auf deutschen Krankenstationen relativ günstig. HSI-Chef Kamrad: „In den USA zahlt man 50 bis 100 Prozent mehr, in Großbritannien immer noch 15 bis 20 Prozent mehr.“

**Pauschale statt Tagessatz**

**Fallpauschale**  
Bislang rechneten die Kliniken tageweise mit den Krankenkassen ab. Je länger der Patient blieb, desto mehr Geld gab es für ihn. Im Ergebnis mussten die Kassen für eine und dieselbe Operation in Klinik A 2000 Euro, in Klinik B aber 6000 Euro zahlen. Das neue Abrechnungssystem nach diagnosebezogenen Fallpauschalen – den so genannten DRG (Sprache: Di-AR-Dsch) – macht damit Schluss. Die Krankenkassen zahlen nur noch die durchschnittlichen Kosten für ein in der Klinik behandeltes Leiden.

**Basisfallwert**  
Er ist ein zentraler Begriff des Fallpauschalensystems – der Basisfallwert. Man ermittelt ihn, indem das Budget eines Krankenhauses durch sein Leistungsvolumen geteilt wird. Der Basisfallwert drückt somit den Preis für eine bestimmte Krankenhausleistung aus. Die Höhe der Fallpauschale ergibt sich dann aus dem Basisfallwert in Verbindung mit der jeweiligen Diagnose. Ein Vergleich von klinikindividuellen Basisfallwerten zeigt, wie wirtschaftlich ein Haus arbeitet.

**Anpassungsphase**  
Seit 2003 wird das Fallpauschalensystem schrittweise eingeführt. In einer Übergangszeit dürfen die Kliniken weiterhin nach Tagessätzen abrechnen. Dieser Finanzierungsanteil sinkt aber. Ende 2008 endet die Anpassungsphase. Dann werden alle Krankenhausleistungen in Fallpauschalen abgebildet. Anpassungsziel ist der so genannte Landesbasisfallwert, den Bundesländer und Krankenkassen jeweils gemeinsam aushandeln. wir

**„Auch Piloten befolgen klare Vorgaben“**

München – Rainer Salfeld ist Direktor im Münchener Büro der Unternehmensberatung McKinsey und lehrt Betriebswirtschaft an der Universität Augsburg. Wir sprachen mit dem Gesundheitsexperten über das Krankenhaus der Zukunft.

Herr Salfeld, warum hat man im Krankenhaus oft das Gefühl, alle wursteln nur vor sich hin?

Die historisch gewachsene Klinikorganisation bereitet Probleme. Es gibt zu viele individuelle Verantwortungsbereiche. Größere Häuser haben heute 16 bis 20 Abteilungen. Hinzu kommen Funktionsbereiche wie OP, Radiologie, Labor und so weiter. Jeder Klinikler versucht natürlich, seinen Bereich bestmöglich zu organisieren. Aber im Regelfall klappt die Koordination zwischen Abteilungen und Funktionsbereichen nicht. Patienten empfinden das als chaotisch.

Haben Sie Beispiele?

Alle aufzunehmenden Patienten des Tages werden gemeinsam morgens um 8 Uhr einbestellt. Die Ärzte, die sie voruntersuchen oder diagnostizieren sollen, haben aber von 8 bis 10 Uhr Visite auf ihren Stationen. Dies führt aus Patientensicht zu nicht nachvollziehbaren Wartezeiten. Warum kann man die Patienten nicht stündlich und in Abstimmung mit den Stationsprozessen einbestellen? Weiteres Beispiel: Auf den Stationen dauert es oft zu lange, bis Ärzte abschließende Bilder und Laborbefunde erhalten, damit sie Patienten entlassen können und Betten frei bekommen. Sie müssen biswilen zigmal anrufen und hinrennen. Der einzelne Arzt erbringt enormen Einsatz, um das in den Griff zu bekommen.

Was ist zu tun?

Es geht darum, die Verschwendung von Zeit und Ressourcen zu vermeiden. Ich nenne dieses Beispiel: Der junge Stationsarzt berichtet an den Chefarzt. Um sich auf



Durchleuchtet Kliniken: Salfeld Foto: McKinsey

Grund fehlender Standards abzusichern, fordert er zahlreiche Laborbefunde und diverse bildgebende Verfahren an. Das erzeugt eine unheimliche Mehrarbeit im Labor und in der Radiologie.

Aber macht es nicht Sinn, den Zustand des Patienten unfassend zu erheben?

Ja, aber man braucht nicht alles. Wenn ein Leistenbruch operiert wird, genügen in der Regel wenige gezielte Parameter, um zu verstehen, ob der Patient operationsfähig ist. Da braucht man nicht bei jedem eine komplette Schilddrüsendiagnostik.

Wie kann man dem abhelfen?

Klinische Behandlungspfade sind eine Lösung. Kommt ein Patient rein, muss es ein zwischen den Abteilungen abgestimmtes Vorgehen geben – damit jede weiß, welchen Beitrag sie wann leisten muss.

Wer übernimmt die Koordination?

Alle Abteilungen müssen sich zusammensetzen und definieren, bei welchen Erkrankungen bildern sie wie agieren wollen. Die Abläufe müssen standardisiert und hinterlegt

werden. Medizinisch basieren sie auf den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Diese sollten allerdings an die Besonderheiten vor Ort angepasst werden.

Gerade auf Leitlinien reagieren viele Ärzte allergisch. Das ändert sich gerade. Ärzte empfinden es als Grund der hohen bürokratischen Arbeitsbelastung zunehmend als Erleichterung, in ihrem Arbeitsumfeld auf abgestimmte Vorgehensweisen zurückgreifen zu können.

Aber hat das nicht auch etwas von industrieller Fertigung? Dem stimme ich nicht zu. Ein Mensch ist kein Werkstück, sondern ein biologisches Wesen. Es gibt immer Abweichungen. Der eine reagiert sehr gut auf ein Medikament, dem anderen wird speibül. Deshalb kann man Behandlungspfade nur für etwa 70 Prozent der Indikationen entwickeln. Jeder Behandlungspfad bietet immer Platz für eine individuelle Beurteilung. Zudem muss man sehen: Die Patienten haben Angst, wenn niemand ihnen erklärt, was wann wie passiert. Klar strukturierte Behandlungspfade wirken dem entgegen.

Was ist mit der Behandlungsqualität? Die wird in jedem Fall besser. Das ist wie im Flugzeugcockpit: Der Pilot drückt nicht irgendeine Knöpfe. Er hält sich an klare Vorgaben. Die werden geübt, geübt, geübt. Auch die Zusammenarbeit mit dem Co-Piloten ist genau definiert. Das verbessert die Qualität. Wenn sie die Routine im Griff haben, sind sie für das (medizinisch) Unvorhergesehene gerüstet. Das gilt auch im Krankenhaus.

Fragen von Willi Reiners