

## Inhalt

- **Neue Gesetze im Gesundheitswesen 2011**
- **AMNOG: Nur Kostendämpfung oder auch Qualitätsförderung?**
- **Miteinander, Nebeneinander, Gegeneinander? Das Verhältnis von GKV und PKV**
- **Konzeptualisierung eines Market Access Ansatzes als Antwort auf veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen im Zuge des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)**
- **Marketing medizinischer Leistungen im stationären Bereich**
- **Ansätze von Customer Relationship Management in Kliniken**
- **Effizienzsteigerung im Krankenhaus durch Industrialisierung**

Liebe HEALTH-EBS'ler/innen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, dass wir kurz vor dem Jahresschluss eine weitere Ausgabe des HEALTH ECONOMIST in diesem Jahr vorlegen können. Der Vielzahl der zur Verfügung gestellten Artikel hat ein Werk von 16 Seiten ergeben, das sicherlich Lektüre für einige Winterabende liefern kann. Ein herzliches Dankeschön an alle Vereinsmitglieder und Autoren für die Beiträge dieser Ausgabe.

Verschiedenste Einzelthemen – mal theoretisch betrachtet, mal mit Anknüpfungspunkten aus der beruflichen Praxis – und Positionen, die zu kontroverser Diskussion einladen: Dies alles findet sich in unserem neuen HEALTH ECONOMIST.

Wir wünschen Ihnen/Euch eine interessante Lektüre und möchten nochmals einladen, uns weitere Beiträge für die nächsten Ausgaben zukommen zu lassen – vielleicht auch als Antwort, Ergänzung oder Widerspruch zu einem der aktuellen Artikel.

Wir wünschen allen eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in das kommende Jahr 2011, das hoffentlich wieder zahlreiche Begegnungen und eine rege Zusammenarbeit ermöglichen wird.

**Jürgen Merz**  
(für den Vorstand)

## Gesundheitspolitik

### Neue Gesetze im Gesundheitswesen 2011



**Martin Schneider**

**Gesundheitsökonom (EBS)**  
Leiter Marketing und Vertrieb

**Kontakt:**  
LAPHARM GmbH  
Pharmazeutische Produkte  
Wittelsbacherstr. 9  
83022 Rosenheim  
Tel.: +49 (0) 8031 234 5527  
Fax: +49 (0) 8031 234 5510

Aufgrund der angespannten finanziellen Situation im Gesundheitswesen sind im Jahr 2010 drei neue Gesetze auf den Weg gebracht worden. Während sich das GKV-FinG und das AMNOG noch im Gesetzgebungsverfahren befinden, ist das GKV-ÄndG seit 01. August 2010 in Kraft. Bei der Übersicht der Gesetze in diesem Beitrag handelt es sich um eine persönliche Auswahl des Autors ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Bei dem GKV-FinG und dem AMNOG, die voraussichtlich am 01. Januar 2011 in Kraft treten, kann es noch zu erheblichen Änderungen kommen. Der Stand dieses Aufsatzes ist der 08. November 2010.

#### **GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG): Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften**

In den letzten fünf Jahren sind die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) stark gestiegen. Die Ausgaben sollen deswegen in einem Korridor fixiert werden.

**§ 130a Abs. 1a SGB V:** Erhöhung des Zwangsrabattes des pharmazeutischen Unternehmers bei Arzneimitteln ohne Festbetragsregelung von 6% auf 16%.

**§ 130a Abs. 3a SGB V:** Preismoratorium - Einfrieren der Arzneimittelpreise im Zeitraum zwischen dem 01.08.2010 und 31.12.2013.

**§ 291 SGB V:** Online-Abgleich der Versicherungsstammdaten - Die neue Regelung sieht vor, dass Krankenkassen Online-Dienste anbieten müssen, mit denen Ärzte Versicherungsdaten abgleichen können.

**Weitere Regelungen:** Änderung der Bundespflegegesetzverordnung, der Bundesapothekerordnung, der Bundesärzteordnung, Änderung des Gesetzes über die Zahnheilkunde, Änderung des Hebammengesetzes, Änderung des Medizinproduktegesetzes und Änderung der Approbationsordnungen für Apotheker, Ärzte und Zahnärzte.

#### **GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG): Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Ausgabenwüchse sollen künftig über Zusatzprämien in Verbindung mit einem Sozialausgleich finanziert werden.

**§ 241 SGB V:** Der einheitliche Beitragssatz wird ab 1. Januar 2011 von 14,9% auf 15,5% angehoben.

**Weitere Punkte, die das Gesetz regelt:** Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen sowie der Vergütungen der Vertragsärzte und Krankenhäuser.

### Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG): Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesetzgeber plant mit dem AMNOG grundlegende strukturelle Änderungen im Arzneimittelmarkt vorzunehmen. Es soll eine Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit geschaffen werden.

#### § 34 Abs. 2 + 3 SGB V:

Streichung der Negativlisten.

#### § 35 Abs. 6 SGB V:

Anpassung der Festbeträge und Neuregelung der Zuzahlungsbefreiungsgrenzen durch veränderte Berechnungssystematik (mit Wirkung zum 01. Januar 2012).

**§ 35a SGB V:** Verfahren zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen.

**§ 35b SGB V:** Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG.

**§ 69 Abs. 2 SGB V, § 29 Abs. 5 SGG sowie mehrere Paragraphen des GWB:** Anwendung des Kartell- und Wettbewerbsrechts bei Verträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen, zum Beispiel Selektiv- und Rabattverträge.

Ausnahmen: Alle Verträge der Krankenkassen, zu denen sie nach SGB V verpflichtet sind, zum Beispiel Rahmenverträge.

**§ 73d SGB V:** Aufhebung des Verfahrens zur Verordnung besonderer Arzneimittel.

**§ 84 Abs. 4a + 7a SGB V:** Aufhebung der Bonus-Malus-Regelung.

**§ 92 SGB V:** Anpassungen bei der Erstellung von Therapiehinweisen, um dem Arzt eine zweckmäßige Auswahl von Arzneimitteln innerhalb eines Therapiegebietes zu ermöglichen.

**§§ 84, 92, 106, 130b, 130c SGB V:** Neuregelung für erweiterte Möglichkeiten der Selbstverwaltung zur Ablösung von Richtgrößen und Zufälligkeitsprüfungen.

**§ 129 Abs. 1 Satz 2 SGB V: Aut-idem-Substitution**  
Die Neuregelung zu § 129 Abs. 1 Satz 2 SGB V verschärft die Aut-idem-Austauschverpflichtung des Apothekers bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln.

**§ 129 Abs. 1 Satz 5 + 6 i.V.m. § 13 Abs. 2 SGB V: Mehrkostenregelung** - Bei der Alternative zu einem Rabattvertragsarzneimittel hat der Patient höchstens Anspruch auf die Erstattung in der Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Krankenkasse hat das Recht, mit Pauschalen zu arbeiten, und muss die wirklichen Einkaufskosten, zum Beispiel bei Rabattvertragsarzneimitteln, nicht offen legen.

**§ 130 a Abs. 8 SGB V:** Die grundsätzliche Laufzeit von Rabattverträgen soll zwei Jahre betragen.

**§ 130 b SGB V:** Erstattungsbeträge für nicht festbe-

tragsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen.

**§ 130 c SGB V:** Verträge von Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern.

**§ 140b SGB V:** Gesetzliche Krankenkassen können im Rahmen von integrierten Versorgungskonzepten unmittelbar Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen.

**§ 42b AMG:** Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen.

**AMPPreisV:** Voraussichtliche Umstellung der Großhandelsvergütung ab 01.01.2012 auf einen Festzuschlag von 70 Cent je Packung und einen prozentualen Zuschlag von 3,15% auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU). Bis zur Neuregelung des Großhandelszuschlags in 2012 sollen die Großhändler im Jahr 2011 für verschreibungspflichtige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 0,85 % auf den ApU ohne Mehrwertsteuer erbringen. Im Falle einer Direktbelieferung der Apotheken durch den pharmazeutischen Unternehmer ist der Abschlag von 0,85% des ApU durch den pharmazeutischen Unternehmer zu leisten.

Umstellung der Packungsgrößenverordnung ab dem 01. Juli 2013:

- N1 für die Akuttherapie bzw. zur Therapieeinstellung mit einer Behandlungsdauer von 10 Tagen.
- N2 für die monitorpflichtige Dauertherapie mit einer Behandlungsdauer von 30 Tagen.
- N3 für eine gut eingestellte Dauertherapie mit einer Behandlungsdauer von 100 Tagen.

Im Handel befindliche Packungen sollen voraussichtlich unverändert bleiben. Ansonsten gilt für die Abrechnung nicht die Packungsgröße, sondern die Packungsgrößenkennzahl.

Weitere geplante Regelungsinhalte sind die Importförderklausel und die Erstattungsfähigkeit von Lifestyle-Präparaten.

Einzelne Aspekte des AMNOG sind im Beitrag von Dr. André Kleinfeld auf Seite 3 näher behandelt.

#### Kommentar des Autors:

Ursprünglich war bei den „Eckpunkten zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Arzneimittelversorgung“ eine Deregulierung des GKV-Arzneimittelmarktes vorgesehen. Dieses Vorhaben wird mit dem neuen Regulierungsregime, das zusätzlich zu den bestehenden Instrumenten eingeführt wird, dem vorgegebenen Ziel der Deregulierung nicht gerecht.



Martin Schneider



**Dr. André Kleinfeld**

Dipl.-Kfm., Dipl.-Hdl.,  
Gesundheitsökonom (EBS)  
Business Development Manager  
der INSIGHT Health GmbH &  
Co. KG

**Kontakt:**  
akleinfeld@insight-health.de  
Tel: +49 (0) 162 25 25 591

## AMNOG: Nur Kostendämpfung oder auch Qualitätsförderung?

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) wurde – nach monatelangen kontroversen Diskussionen, Stellungnahmen von 46 Verbänden, Institutionen und Experten im Rahmen der Anhörung am 27.09.2010 (vgl. [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/c\\_AMNOG/index.jsp](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/c_AMNOG/index.jsp)) sowie mehreren Anträgen der einzelnen Parteien – am 11.11.2010 im Bundestag verabschiedet. In dem Entwurf zum AMNOG vom 28.06.2010 wurden dabei folgende Ziele aufgeführt:

1. Den Menschen müssen im Krankheitsfall die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Verfügung stehen.
2. Die Preise und Verordnungen von Arzneimitteln müssen wirtschaftlich und kosteneffizient sein.
3. Es müssen verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen, die Versorgung der Versicherten und die Sicherung von Arbeitsplätzen geschaffen werden.

Das Kostendämpfungsziel ist hier eingerahmt von einem Qualitätsziel (beste Arzneimittel) und einem Organisationsziel (verlässliche Rahmenbedingungen). In der öffentlichen Diskussion steht dagegen die Kosten- resp. Preisgestaltungsdebatte klar im Vordergrund. Und auch das BMG führt das AMNOG unter der Registerkarte „Arzneimittelsparpaket“.

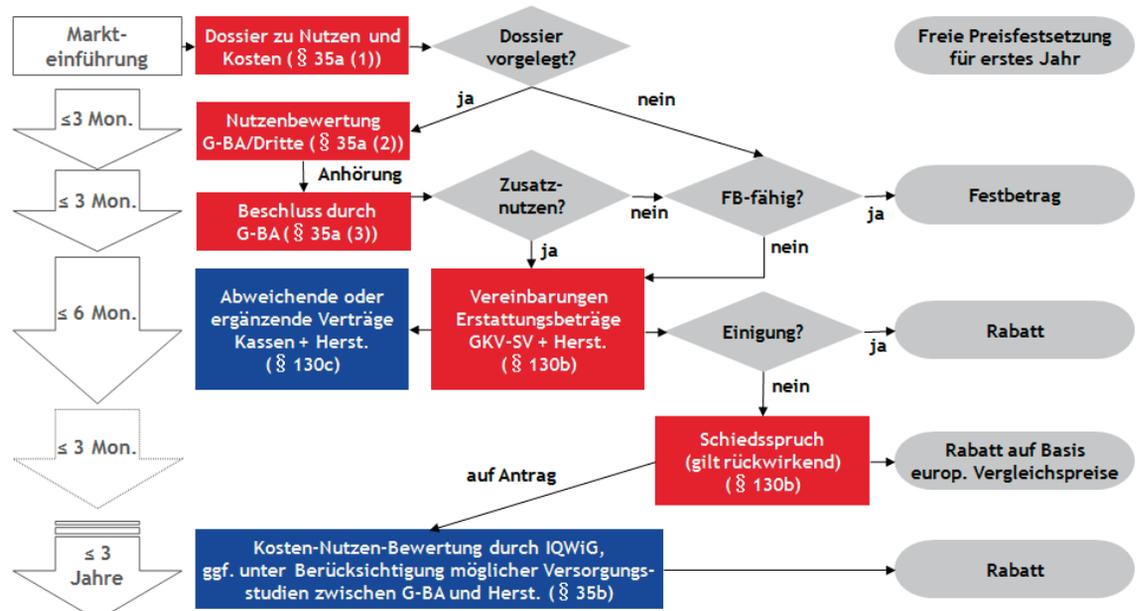
In diesem Beitrag geht es vor allem um die Preisgestaltung neuer patentgeschützter Arzneimittel in Abhängigkeit von (Zusatz-)Nutzen und Kosten. Für die

vielen anderen Bausteine des AMNOG sei auf den Beitrag von Martin Schneider verwiesen (siehe ab Seite 1).

Mit dem AMNOG werden Pharmaunternehmen zukünftig dazu verpflichtet, den Nutzen ihrer Arzneimittel bei Marktneueinführung nachzuweisen und innerhalb eines Jahres (im ersten Jahr gilt nach wie vor die freie Preisfestsetzung) den Preis des Arzneimittels mit dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren. Zur Nutzenbewertung ist dabei vom pharmazeutischen Unternehmen ein so genanntes Nutzen-Dossier vorzulegen (§ 35a SGB V). Nur bei anerkanntem Nachweis eines Zusatznutzens kommt es im Anschluss zu Verhandlungsgesprächen zwischen GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmen über einen Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V). Sollte dabei keine Einigung erfolgen, wird ein Schiedsspruch erforderlich, und ein Erstattungsbetrag wird auf Basis europäischer Vergleichspreise festgelegt. Für Arzneimittel ohne nachgewiesenen Zusatznutzen wird das Arzneimittel einer Festbetragsgruppe zugeführt resp. die Erstattungshöhe begrenzt auf den Preis vergleichbarer Medikamente.

Abweichend oder ergänzend zu dem skizzierten Verfahrensweg sind Verträge (nach § 130c SGB V) zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern möglich. Auch Kosten-Nutzen-Bewertungen unter Berücksichtigung möglicher Versorgungsstudien (§ 35b SGB V) haben bei diesem neu aufgesetzten Verfahrensweg den Charakter einer optionalen und nachgelagerten „Kann“-Klausel. Abbildung 1 skizziert nochmals die Auswirkungen des AMNOG auf die Preisfestsetzung.

Abb. 1: Auswirkungen des AMNOG auf die Preisfestsetzung



Quelle: Darstellung von INSIGHT Health

Abkürzungen: FB: Festbetrag, G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss, GKV-SV: Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Herst.: Arzneimittelhersteller, IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.



Die Versorgungsforschung erfährt – wie anfangs von mehreren Seiten erhofft – mit dem AMNOG keine gesetzlich verankerte Aufwertung. Die Schnellbewertungen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen können nur ohne Berücksichtigung der Versorgung unter Alltagsbedingungen erfolgen. Ein Patientennutzen oder -schaden zeigt sich aber in der Regel erst nach längerer Anwendungszeit. Und: Kosten-Nutzen-Bewertungen und vertragsbegleitende Versorgungsstudien gehen nur als optionale und nachgelagerte „Kann“-Klauseln aus dem AMNOG hervor. Hierzu gibt es keinen verpflichtenden Charakter.

Auch wurde die Chance verpasst, den Einsatz eines neuen (vor allem teuren) Arzneimittels von Anfang an wissenschaftlich zu begleiten und seinen Nutzen permanent zu evaluieren. Es hätte jetzt damit begonnen werden können, mehr Transparenz in das System zu bringen. Dies scheint aber nicht gewünscht zu sein. Dies zeigt sich auch daran, dass die §§ 303a-f, die unter dem Titel „Datentransparenz“ seit dem GMG 2004 im SGB V stehen, noch immer keine Umsetzung erfahren haben. So ist die „Arbeits-

gemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz“, die bis zum 30. Juni 2004 gebildet werden sollte, bis heute nicht aktiv geworden.

Das Gesetz ist noch nicht in Kraft getreten, dennoch ist bereits jetzt absehbar, dass es wohl keinen Beitrag für eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten im Alltag leisten wird, sondern „lediglich“ hilft, das Ausgabenwachstum im Bereich der teuren patentgeschützten Arzneimittel zu begrenzen. Die Rolle der Versorgungsforschung und deren elementare Forderungen beispielsweise nach Patientenorientierung und Transparenz werden vermutlich keine entscheidende Stärkung erfahren. Hier hängt es weiterhin von den einzelnen Marktteilnehmern (vor allem Krankenkassen und Arzneimittelherstellern) ab, inwieweit sie die Möglichkeiten zum verstärkten Einsatz von Kosten-Nutzen-Bewertungen, die durch das AMNOG durchaus aufgezeigt werden, aktiv wahrnehmen.

*Dr. André Kleinfeld*



**Jürgen Merz**

Krankenkassenfachwirt,  
Gesundheitsökonom (EBS)  
Koordinator Politik und Ver-  
bände der AOK Hessen

**Kontakt:**

Merz-ruesselsheim@arcor.de  
Tel: +49 (0) 171 511 9471

## Miteinander, Nebeneinander, Gegeneinander?

### Das Verhältnis von GKV und PKV nach einem Jahr schwarz-gelber Gesundheitspolitik



#### 1. Einführung

Die politischen Ordnungs- und sozialen Gerechtigkeitsfragen im Hinblick auf die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV) in Deutschland werden immer wieder kontrovers diskutiert. Die Regierungspartner von CDU/CSU und FDP haben Ende Oktober 2009 in ihrem Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode bekräftigt, dass „...die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherung ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen sind“. Neben diesem Grundbekenntnis wurden bereits einige konkrete Reformen vereinbart.

Rund ein Jahr nach dem Start der schwarz-gelben Regierungskoalition soll im Folgenden eine Zwischenbilanz im Hinblick auf das Verhältnis von GKV und PKV und dessen mögliche Neujustierung gezogen werden.

#### 2. Bestandsaufnahme

Zu unterscheiden ist zunächst zwischen den Maßnahmen, die explizit von den Koalitionspartnern im Herbst 2009 vereinbart wurden, und jenen, die darüber hinaus von Seiten der Bundesregierung initiiert wurden.

## 2.1 Was steht im Koalitionsvertrag – und was wurde bisher umgesetzt?

Der Koalitionsvertrag von Union und FDP benennt in Kapitel 9.2 drei konkrete Punkte für das Regierungshandeln im Hinblick auf das Verhältnis von GKV und PKV. Dort heißt es:

„Wir werden bei den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenversicherung die Abgrenzung zwischen diesen beiden Versicherungssäulen klarer ausgestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitern.“

„Wir werden die Entwicklung im Basistarif der privaten Krankenversicherung beobachten. Das Verhältnis von reduzierten Beiträgen im Basistarif aufgrund von Hilfebedürftigkeit und dem Abschluss privater Zusatzversicherungen wird überprüft.“

„Ein Wechsel in die private Krankenversicherung wird zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein.“

Hiervon wurden bereits zwei Punkte konkret aufgegriffen: Im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG), das ab 2011 die Finanzierungssystematik der GKV aus allgemeinem Beitragssatz und Zusatzbeiträgen mit automatischem Sozialausgleich neu ordnet, wird auch die dreijährige „Wartefrist“ für ein Ausscheiden aus der GKV-Versicherungspflicht bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE-Grenze) wieder abgeschafft. Diese 2007 eingeführte Regelung sollte insbesondere junge, gutverdienende Mitglieder für die Mindestdauer von drei Jahren in die GKV-Solidargemeinschaft einschließen.

Gesetzestechisch wird die Regelung so umgesetzt, dass bereits zum Jahreswechsel 2010/2011 alle Personen, deren Verdienst über der JAE-Grenze von 49.500 Euro für 2011 liegt, aus der Versicherungspflicht ausscheiden und somit in die PKV wechseln können (vgl. §§ 6 SGB V-nF und Art. 15 Abs. 5 GKV-FinG). In der Gesetzesbegründung wird ein Beitragsverlust von 0,2 Mrd. Euro für die GKV durch den Wegfall der dreijährigen „Wechselsperre“ prognostiziert. Durch einen zu erwartenden „Nachholeffekt“ gehen die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Prognosen für 2011 allerdings von bis zu 0,6 Mrd. Euro Verlust an Beitragsgeldern aus.

Weiterhin werden im Zuge des GKV-FinG einige weitere Anforderungen an die Wahlтарife der gesetzlichen Krankenkassen gestellt. Diese sind künftig teilweise nur noch mit einer einjährigen Bindungsfrist für die teilnehmenden Versicherten verbunden (bisher: einheitlich drei Jahre). Zusätzlich müssen Wahlтарife für Kostenerstattung von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar regelmäßig testiert werden. Bislang oblag allein den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen die Kontrolle der Wahlтарife (vgl. § 53 SGB V-nF).

Umgekehrt wurde aber auch ein Prinzip der PKV für die Anwendung in der GKV neu geregelt: die Kostenerstattung (vgl. § 13 Abs. 2 SGB V-nF). Künftig sind Versicherte, die anstelle der üblichen Sachleistungen das Kostenerstattungsverfahren wählen, lediglich drei Monate hieran gebunden (bisher: ein Jahr). Die Krankenkassen dürfen für den höheren Verwaltungs-

aufwand maximal fünf Prozent des Erstattungsbetrages abziehen (bisher war die Höhe des Abzugs gesetzlich nicht begrenzt). Hierdurch soll das Kostenerstattungsverfahren attraktiver werden. In der Tat haben bisher nur knapp 0,2% der GKV-Versicherten von dieser Option Gebrauch gemacht (absolut: 132.000).

## 2.2 Was wurde daneben bereits beschlossen?

Die in ihrer Signalwirkung und Bedeutung für die PKV vermutlich wichtigste Regelung findet sich hingegen nicht im Koalitionsvertrag. Die kostendämpfenden Maßnahmen für den Arzneimittelsektor der GKV werden inhaltsgleich auch auf die PKV übertragen. Dies bedeutet konkret: Die zwischen GKV-Spitzenverband und Arzneimittelherstellern verhandelten Preise für patentgeschützte Präparate gelten auch für die PKV, die sich umgekehrt an den Kosten der Nutzenbewertungen beteiligen muss. Ebenso wird auch der von 6% auf 16% erhöhte Herstellerrabatt der pharmazeutischen Industrie (vgl. § 130a Abs. 1 SGB V-nF) der PKV zu Gute kommen – verbunden mit der Maßgabe, diese Abschläge ausschließlich zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen zu verwenden.



Umgekehrt wird die GKV im Zuge des AMNOG in einem Punkt etwas „privater“: Das Kartellrecht gilt künftig auch für viele Vertragsbeziehungen und Beschaffungstätigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. § 69 SGB V-nF).

## 3. Welcher Klärungs- und Handlungsbedarf besteht darüber hinaus?

Derzeit bestehen erhebliche Verwerfungen durch den unterschiedlichen Ordnungs- und Rechtsrahmen von GKV und PKV. Eine der gravierendsten ist hierbei die steuerrechtliche Ungleichbehandlung. Während PKV-Unternehmen voll umsatzsteuerpflichtig sind, unterliegen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts keiner Steuerpflicht – so zumindest der bisherige Grundsatz. Allerdings hatte der Bundesfinanzhof am 03. Februar 2010 im Rahmen eines Revisionsverfahrens zu entscheiden, ob eine Krankenkasse mit der Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen einen „Betrieb gewerblicher Art“ (BgA) unterhält und somit auch der Steuerpflicht unterliegt, wenn hierfür Provisionen von dem privaten Versicherungsunternehmen gezahlt werden. Das zuständige Finanzamt hatte seinerzeit

Steuerbescheide erlassen, wogegen die betroffene Krankenkasse geklagt und erstinstanzlich vor dem Finanzgericht Hamburg verloren hatte. Der Bundesfinanzhof hat die Revision der Krankenkasse zurückgewiesen. In der Begründung heißt es u.a., dass die Krankenkasse „mit der Vermittlung der Zusatzversicherungen keine hoheitliche, sondern eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübt“ (Az. I R 8/09).

#### 4. Bewertung

Mit der Übernahme der in der GKV verhandelten Arzneimittel-Erstattungspreise und des Herstellerrabatts wird der PKV ein völlig neues Feld eröffnet. Erstmals werden Kostensteuerungsinstrumente der GKV per Gesetz inhaltsgleich übernommen. Weitere solcher Instrumente würde die PKV nach eigenem Bekunden ebenfalls gerne adaptieren – so z.B. die Möglichkeit, Direktverträge mit Ärzten zu verhandeln statt lediglich Kostenerstattungen nach festen Gebührenordnungen vorzunehmen. Ob dieses Ansinnen der PKV, mehr Instrumente zur kollektiven Preis- und Mengensteuerung und damit zur Kostendämpfung per Gesetz zugesprochen zu bekommen, im Wettbewerb die richtige Strategie ist, muss sicher sorgfältig abgewogen werden. Schließlich charakterisiert sich die PKV in ihren Imagekampagnen gerne als „budgetfreie Zone“ und betont ihren „Mehrumsatz“ durch höhere Vergütungen, der nach Lesart der PKV sogar mittelbar das GKV-System stütze. Letztlich stellt die PKV mit der Übernahme von GKV-Kostensteuerungsinstrumenten einen wesentlichen Teil ihres (bisherigen) Geschäftsmodells zur Disposition, das auf dem Grundgedanken „höhere Vergütungen, dafür bessere Leistungen und/oder bevorzugte Behandlung“ beruht.

Dass die PKV bei der Bundesregierung um kollektive Kostendämpfungsinstrumente bittet, offenbart indes auch, wie groß die finanzielle Not in der Branche sein dürfte. So lagen die Ausgabenzuwächse der PKV in den vergangenen Jahren deutlich über denen der GKV. Ein Beispiel hierzu: Während in der GKV die Arzneimittelausgaben von 1997 bis 2007 um 68%

anstiegen, war die PKV von einem Anstieg von 85% betroffen. Und allein im Jahresvergleich 2007 zu 2008 ergab sich bei den Arzneimitteln folgendes Ausgabenwachstum: GKV: + 5,18%, PKV: + 8,59%. Gleichzeitig wurde der PKV durch die erwähnte „Sperrfrist“ von drei Jahren für einen Wechsel aus der GKV ein beträchtliches Potenzial an Neukunden „vorenthalten“, was sich an der Zahl ihrer Neuversicherten deutlich bemerkbar machte. Lag dieser Netto-Neuzugang vor der Reform bei 116.000 Kunden, betrug er im Jahr 2007 nur noch 59.900 Kunden. In beiden Punkten – Ausgabenbegrenzung und Neugeschäft – sind nun signifikante Verbesserungen für die PKV geschaffen worden.

#### 5. Resümee / Fazit

Die markanten und entscheidenden Ansatzpunkte, die die PKV betreffen, finden sich allesamt nicht im ursprünglichen Koalitionsvertrag der Regierungspartner. Die Rahmenbedingungen der PKV sind gegenüber der Ära Ulla Schmidt (SPD) hiermit bereits merklich verbessert worden. Eine grundlegende Reform des Mit-, Neben- und Gegeneinanders von GKV und PKV ist hingegen in der laufenden Legislaturperiode nicht zu erwarten.

Allerdings dürften die mit dieser Konstellation verbundenen Fragestellungen bald wieder auf der politischen Agenda stehen – und zwar im Rahmen der Pflegeversicherung. Eine interministerielle Arbeitsgruppe soll sich – wie ebenfalls im Koalitionsvertrag vereinbart – mit einer ergänzenden Kapitaldeckung für die soziale Pflegeversicherung beschäftigen. Spätestens dann wird auch das Nebeneinander von sozialer und privater Pflege-Pflichtversicherung für erneuten Diskussionsstoff sorgen. Und bei der angekündigten Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wird die von der PKV geforderte Öffnungsklausel für kollektive Vereinbarungen voraussichtlich ein zentraler Streitpunkt sein.

Jürgen Merz



**Prof. Dr. rer. pol.  
Ralph Tunder**

Geschäftsführender Direktor  
des Health Care Management  
Institute, Oestrich-Winkel

**Kontakt:**  
ralph.tunder@ebs.edu  
Tel.: +49 (0) 6723 8888 345

## Management

### *Konzeptualisierung eines Market-Access-Ansatzes als Antwort auf veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen im Zuge des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)*

Kaum eine der zahlreichen Gesundheitsreformen vergangener Jahre hat zu solch tiefgreifenden Veränderungen in der pharmazeutischen Industrie geführt wie das AMNOG. Durch das am 11. November 2010 verabschiedete Gesetz setzt die Politik ihren Jahrzehnte andauernden Kostendämpfungskreuzzug fort und wendet sich dabei mit Fokus auf die Pharmaindustrie an die scheinbar letzte, noch nicht gefallene Bastion in der nachhaltigen Erschließung von Effizienzreserven.

Durch das AMNOG greift der Gesetzgeber insbesondere in das Pricing und Reimbursement von Arzneimittelherstellern ein und knüpft dies eng an den zu

erbringenden Nutzen eines Präparats. Neben den längst etablierten Hürden des Zulassungsverfahrens eines Arzneimittels (therapeutische Wirksamkeits-, toxikologische Unbedenklichkeits- und pharmazeutische Qualitätsprüfung) wird den pharmazeutischen Herstellern in Form des Gebots zur Erbringung eines Nutznachweises des Arzneimittels (das so genannte Frühbewertungsdossier) beim Marktzugang eine vierte Hürde auferlegt. Die Erhebung und Dokumentation von nachweisgestützten Daten zum Nutzen eines Präparats wird dadurch unabdingbarer Bestandteil der erfolgreichen Vermarktung pharmazeutischer Produkte und flankiert diese während ihres gesamten Produktlebenszyklus.



## André Jungcurt

**Dipl.-Gesundheitsökonom**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter/  
Doktorand  
EBS Universität für Wirtschaft  
und Recht i. Gr.  
EBS Business School  
Health Care Management  
Institute, Oestrich-Winkel

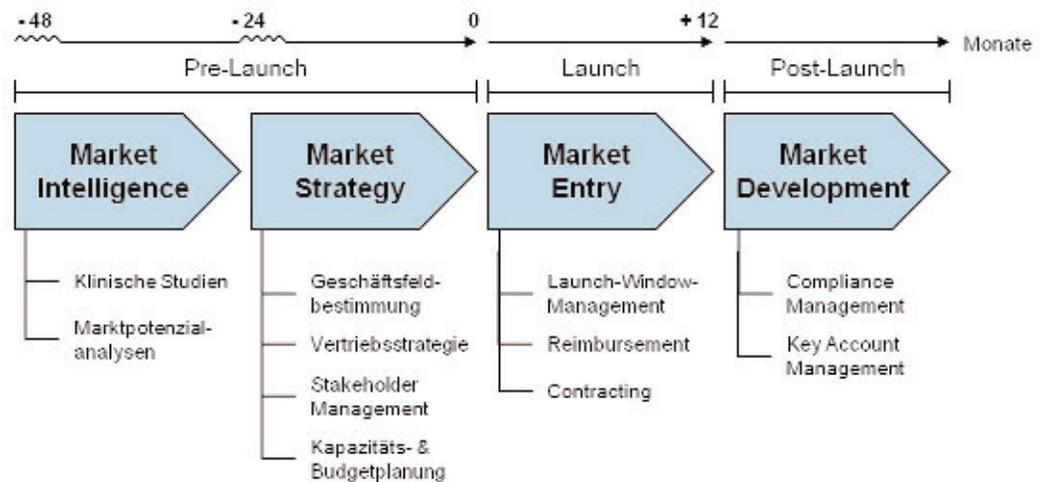
**Kontakt:**  
andre.jungcurt@ebs.edu  
Tel.: +49 (0) 6723 8888 348

Derartige Neuregelungen unterstreichen die Bedeutung eines ganzheitlichen Market-Access-Ansatzes, der die Entwicklung (Pre-Launch-Phase), Einführung (Launch-Phase) und Marktbearbeitung (Post-Launch Phase) eines Medikamentes unternehmensintern und -extern an den Schnittstellen zu relevanten Stakeholdern umfassend begleitet und sich im Sinne einer Querschnittsfunktion über den gesamten Wertschöpfungsprozess erstreckt. Dabei sollte bereits in der präklinischen Entwicklungsphase eines Arzneimittels der Nettonutzen des Präparats als zentraler Erfolgsfaktor identifiziert sowie sein Marktpotenzial eingehend analysiert werden, um dadurch zum Zeitpunkt der Markteinführung die Erstattungsfähigkeit des Präparats durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu bewirken.

Insbesondere der Ansprache der Stakeholder kommt durch den im AMNOG manifestierten Nutznachweis eine Schlüsselstellung zu. Market Access dient dabei im Sinne einer Orientierungsfunktion als eine nutzenorientierte Denkhaltung, die eine intensive Kommunikation und ein effektives Schnittstellenmanagement bewirken soll. Die Stakeholderansprache richtet sich insbesondere an Institutionen wie den Gemeinsamen Bundsausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Da der G-BA über die

hinaus entsprechender Instrumente, die es seitens des Pharmaherstellers zu implementieren gilt. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Market Access stellt das Contracting dar, das als „Königsdisziplin“ im deutschen Pharmamarkt gehandelt wird. Da selektivvertragliche Optionen auch hier in den vergangenen Jahren einen wesentlichen Bedeutungszuwachs erfahren haben – man führe sich etwa die unterschiedlichen Formen der Direktverträge vor Augen, insbesondere Rabattverträge, Risk-Sharing und Pay-for-Performance-Modelle – erschließen sich für Pharmaunternehmen in der Launch-Phase verschiedene Möglichkeiten eines dezentralen Vertrags- und Versorgungswettbewerbs.

Dass Market Access alles andere als eine punktuelle Zeitbetrachtung des reinen Marktzugangs einnimmt, sondern sich vielmehr durch eine lebenszyklische Zeitrumbetrachtung auszeichnet, verdeutlicht auch die Notwendigkeit in der post-Launch Phase ein intensives Compliance Management aktiv in den Market-Access-Prozess zu implementieren. Hier sind insbesondere weitergehende Marketingmaßnahmen (After-Sales-Marketing, langfristige (Kosten-) Nutzen-Bewertungen) von elementarer Bedeutung, um den Innovationsvorteil des Arzneimittels zu prolongieren und maximale Konsumentenrenten abzuschöpfen.



Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels durch die GKV entscheidet und das IQWiG vom G-BA damit beauftragt wird, den gestifteten Zusatznutzen eines Präparats zu bewerten, stellen beide Akteure die zentralen Entscheidungsträger dar, die wesentlichen Einfluss auf den Markterfolg des pharmazeutischen Produkts nehmen. Gleichwohl stellen aber auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpäBu) sowie Patientenverbände und ärztliche Fachgesellschaften einen sensiblen Stakeholder dar. Während mit Ersterem die Erstattungspreise für ein Medikament verhandelt werden, sofern dieses als echte Innovation gilt, d. h. einen Zusatznutzen im Vergleich zu anderen Therapien vorweist, dienen insbesondere die ärztlichen Fachgesellschaften als Sprachrohr bei der Vermarktung des Produkts. Sie sind in ihrer Ansprache ebenso elementarer Bestandteil eines umfassendes Market-Access-Ansatzes wie die Ansprache der Patienten und ihrer Verbände.

Market Access hat im Zuge des AMNOG durch die starke Akzentuierung des Zusatznutzens eines Medikamentes einen erheblichen Paradigmenwechsel durchlaufen. Langfristig ist der Markterfolg eines Arzneimittels wesentlich durch eine strukturierte Planung und einen schnittstellenübergreifenden Prozessablauf gekennzeichnet, die sich in einem ganzheitlichen Market-Access-Ansatz widerspiegeln.

Nähere Informationen zu Market Access finden Sie ab sofort in: Ecker, Thomas/ Preuß, Klaus-Jürgen/ Tunder, Ralph (2011): Handbuch Market Access. Fachverlag der Verlagsgruppe Handelsblatt: Düsseldorf.

Außerdem bietet das Health Care Management Institute an der EBS Business School im September 2011 erstmals den Zertifikatsstudiengang Market Access an.

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an Herrn André Jungcurt (andre.jungcurt@ebs.edu).

Um auf diese Weise einen erfolgreichen Marktzugang zu ermöglichen und die Akzeptanz der Unternehmensumwelt sicherzustellen, bedarf es darüber

**Prof. Dr. Ralph Tunder  
André Jungcurt**



**Dr. Eva-Kristin Renker**

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Universitätsklinik Heidelberg  
Department für Orthopädie und Traumatologie

**Kontakt:**  
Eva-Kristin.Renker@med.uni-heidelberg.de

## Marketing medizinischer Leistungen im stationären Bereich

### Studienergebnisse einer im Rahmen der Master Thesis am HCMI der EBS durchgeführten Umfrage mit dem Schwerpunkt der Identifikation strategisch relevanter Marketingkriterien am Beispiel orthopädisch-unfallchirurgischer Kliniken

Gezieltem Marketing im Krankenhausbereich wurde lange Zeit nur wenig Beachtung geschenkt. Mit der zunehmenden Privatisierung und Eröffnung privater Kliniken hat der Stellenwert des Marketings auch im stationären Bereich an Bedeutung gewonnen. Hierzu haben zum einen geänderte Gesetzesbedingungen bezüglich Werbeverbot und Werbeerlaubnis im ärztlichen Bereich beigetragen, zum anderen führt der steigende Wettbewerb, dem viele Krankenhäuser ausgesetzt sind, zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema (Abb. 1).

Marketingkonzepts orthopädisch-unfallchirurgischer Kliniken herauszuarbeiten. Anstelle einer gängigen Zufriedenheitsbefragung, welche von ihrer Konzeption nur Patienten oder Einweiser einbezieht, geht es in dieser Arbeit darum herauszufinden, wie auch potentielle Patienten an das Thema Krankenhaus herangehen und welche Erwartungen vorliegen. Nur so ist es letztlich möglich, Marketing im eigentlichen Sinne, das heißt vom Standpunkt des Kunden aus gesehen, zu betreiben.

### Studienkonzept

Zur Datenerhebung wurden zwei unabhängige Befragungen der Zielgruppen Einweiser und (potentielle) Patienten durchgeführt. Als Befragungsmedium wurde die Onlinebefragung gewählt, da diese im



Abb. 1: Verdichtung des Wettbewerbes im Krankenhaussektor seit 1990

Geschuldet der Annahme, dass Patienten meist den Empfehlungen ihres einweisenden Arztes folgen, fokussierten sich Marketingaktivitäten vieler Kliniken in Bezug auf ihre stationären Leistungen vorrangig auf die Zielgruppe der Einweiser im Sinne eines „Einweisermanagements“.

Um gemäß der Definition von Peter Drucker<sup>1</sup> Marketing vom Standpunkt des Kunden aus zu betreiben, sind bei der Fragestellung, warum der Patient sich für ein bestimmtes Krankenhaus entscheidet, beide Zielgruppen -Einweiser und Patienten - zu berücksichtigen. Von Interesse sind hierbei einerseits die gegenseitige Beeinflussung der finalen Zielgruppe der Patienten und der subfinalen Zielgruppe der Einweiser sowie andererseits die Aspekte Informationsbeschaffung, Auswahl- und Weiterempfehlungskriterien.

Ziel der im folgenden dargestellten Umfrage ist es, strategisch relevante Kriterien zur Erstellung eines

Vergleich zu herkömmlichen papierbasierten Umfragen via Postweg die Vorteile einer großen Grundgesamtheit bietet, die kostengünstig, umweltfreundlich, zeitsparend und ortsunabhängig erreicht werden kann<sup>2</sup>.

Zur Befragung der (potentiellen) Patienten wurde der Fragebogen „Welches Krankenhaus passt zu mir?“<sup>3</sup> konzipiert und eine Erhebung im Bevölkerungsquerschnitt mittels der Methodik des Multi-Level-Marketings / Empfehlungsmarketings durchgeführt. Es wurde hierbei sowohl auf private als auch öffentliche Netzwerke (HEALTH EBS e.V., Xing, facebook) zurückgegriffen.

In die Einweiserbefragung „OP ja, aber wo?“<sup>4</sup> wurden aus allen Bundesländern jeweils 10 niedergelassene Ärzte (bzw. 5 in den Stadtstaaten) der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Chirurgie und Orthopädie eingeschlossen. Im Unterschied zur Patientenbefragung wurden die Teilnehmer durch eine

<sup>1</sup> Drucker, P., 1954

<sup>2</sup> Gerhardt, A., Jannaschk, N., Kuchler, B., 2005

<sup>3</sup> Fragebogen „Welches Krankenhaus passt zu mir?“, online einsehbar unter: <http://spreadsheets3.google.com/viewform?formkey=dFQzSW5BOFGzbXptNHhTRVd1RzRkWnc6MQ>

<sup>4</sup> Fragebogen „OP ja, aber wo?“, online einsehbar unter: <https://spreadsheets.google.com/viewform?formkey=dGtQeGZoMkJCdVl6T2t5WTZiMGRRV3c6MQ>

zufällige Stichprobe über das Ärztesuche-Tool der Bundesärztekammer ausgewählt und der Kontakt durch direktes Anschreiben hergestellt.

Beide Umfragen konnten von den Teilnehmern freiwillig, online direkt über den Server ausgefüllt werden. Die Antworten wurden anonym erfasst, die Bearbeitungszeit betrug 12 Tage.

### Inhalte

Wie bereits eingangs erwähnt, liegt ein Schwerpunkt der Umfragen auf der Erhebung der genutzten Informationswege und -quellen. Bei der Befragung der finalen Zielgruppe wurden darüber hinaus mögliche Einflusskriterien betreffend der Infrastruktur, Serviceangebot, medizinisches Angebot, ärztliche und pflegerische Leistungen bei der Auswahl eines Krankenhauses abgefragt.

Bei der Zielgruppe der Einweiser stehen vor allem Fragen nach Kriterien für eine gute und nachhaltige Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus im Vordergrund.

### Ergebnisse

#### Strukturdaten

An der Umfrage „Welches Krankenhaus passt zu mir?“ nahmen insgesamt 386 Teilnehmer teil. Aufgrund der Konzeption der Umfrage und der genutzten Netzwerke war eine repräsentative Stichprobe im Vergleich mit Daten des statistischen Bundesamtes nicht zu erwarten, was sich auch in der Auswertung bestätigt<sup>5</sup>. Mit einer Mehrheit der Teilnehmer (62%) in den Altersgruppen 30 bis 50 Jahren weicht die Altersverteilung signifikant von der allgemeinen Altersstatistik ab. Auch die Versicherungsstruktur der Teilnehmer liegt mit einem Anteil von 35,8% Privatversicherten deutlich über dem Bundesdurchschnitt (10,6%). Beim Blick auf die soziale Stellung der Teilnehmer zeigt sich eine ähnliche Verteilung wie in der Machbarkeitsstudie „Online LWR 2004“ des Statistischen Bundesamtes<sup>6</sup>. Den größten Anteil nehmen Angestellte ein (63% eigene Studie vs. knapp 50%), gefolgt von selbständigen Arbeitern (11% vs. 20%). Beamte sind mit 9% vs. 8% praktisch gleich stark vertreten, den geringsten Anteil machen Arbeitslose aus (0% vs. 4%).

Der Rücklauf der Einweiserbefragung betrug 17,6%, entsprechend 72 Teilnehmern mit weitgehend gleichmäßiger Verteilung der Facharztgruppen Allgemeinmedizin, Chirurgie und Orthopädie. Im Vergleich mit Daten der KBV entspricht die eigene Stichprobe in wichtigen Strukturdaten wie Alter, Dauer der Praxis-tätigkeit, Praxisstandort und Praxisorganisation weitgehend dem Bundesdurchschnitt, kann jedoch aufgrund der kleinen Fallzahl statistisch nicht als repräsentativ bewertet werden.

#### Informationswege / Quellen

Bei der Informationsbeschaffung unterscheiden sich die befragten Zielgruppen grundlegend. Patienten nutzen hierzu vorrangig das Internet (Suchmaschinen 86%, Homepage 80%), die Empfehlung ihres

behandelnden Arztes nimmt nur Rang drei ein (78%).

In der Gruppe der Einweiser nehmen Informationen aus dem Internet hingegen eine untergeordnete Rolle ein (Homepage 13%, Internet-Portalsuche 4%). Das größte Vertrauen genießen hingegen die eigenen Patienten und Kollegen (Erfahrungen eigener Patienten 87%, Gespräche mit Kollegen 80%). In Bezug auf die Homepage eines Krankenhauses wünschen beiden Zielgruppen Informationen zu Kontaktdaten, Ansprechpartnern sowie zu Schwerpunkten und dem angebotenen Leistungsspektrum. Darüber hinaus spiegeln die Umfrageergebnisse das hohe Informationsbedürfnis der Bevölkerung rund um das Thema Krankheit, Behandlungssicherheit, -qualität und -ablauf wieder (Informationen zu bestimmten Krankheiten 73%, Qualitätsberichte in verständlicher Form 72%, Angaben zum Ablauf des stationären Aufenthaltes 72%).



#### Zielgruppe Patienten: Infrastruktur, Ausstattung, (Service-)Angebot

Die Befragung rund um das Thema Infrastruktur zeigt eine nur untergeordnete Bedeutung für die Patienten. Punkte wie Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, kostenlose Parkmöglichkeiten oder Vorhandensein eines Hol- und Bringservice haben keinen Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses. Allein die Nähe zum Wohnort ist für rund die Hälfte der Befragten von Bedeutung (55%). Unter den nichtmedizinischen Angeboten dominieren die Punkte Restaurant (82%), Kiosk (78%) und Krankenhauspark (81%). Eine wichtige Rolle bei der Beurteilung eines Krankenhauses aus Patientensicht kommt auch organisatorischen Aspekten zu. Hierzu zählen neben den bereits genannten direkten Ansprechpartnern und Kontaktdaten (87%) vor allem flexible Sprechzeiten (80%) und kurze Wartezeiten, sowohl auf einen ambulanten Vorstellungstermin (als angemessen werden im Schnitt Wartezeiten von 2,6 Wochen angesehen) als auch in der Klinik (im Schnitt 1,3 Stunden) und auf einen Operationstermin (im Schnitt 2 Monate).

Was die Ausstattung des Krankenhauses betrifft, dominiert vor allem der Wunsch nach Qualität. 89% der Befragten legen Wert auf eine moderne Geräteausstattung, wohingegen flexible Essenszeiten / Essen à la carte, WLAN, bequeme Wartebereiche nachran-

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt: Bevölkerung: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Art des Krankenversicherungsverhältnisses.

<sup>6</sup> Gerhardt, A., Jannaschk, N., Kuchler, B., 2005

gig sind. Allein das Ein- oder Zweibettzimmer ist ein weiteres wichtiges Ausstattungskriterium (75%). Anders sieht es beim Service aus. Freundliches Pflege- und ärztliches Personal spielen eine übergeordnete Rolle bei der Beurteilung des Krankenhauses (96% und 90%). An Zusatz- oder IGEL-Leistungen stoßen lediglich therapeutische Angebote auf Interesse (75%).

### Zielgruppe Einweiser: Zusammenarbeit, Ausstattung und Angebote

Wie auch den Patienten ist den Einweisern eine schnelle und unkomplizierte Terminvereinbarung wichtig (89%). 85% der Befragten wünscht darüber hinaus eine gewisse Mitsprachemöglichkeit bezüglich der Dringlichkeit des Vorstellungstermins. Ein weiterer wichtiger Punkt in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Einweiser und Krankenhaus ist der Arztbrief. Bereits 44% der Teilnehmer zieht den elektronischen Arztbrief gegenüber der herkömmlichen Briefform vor. Für den Befund nach einer ambulanten Patientenvorstellung werden im Schnitt 1,3 Wochen akzeptiert, der stationäre Entlassungsbrief wird jedoch mehrheitlich (92%) bereits unmittelbar

zum Entlassungszeitpunkt erwartet und sollte ein klares Nachbehandlungsschema betreffend der durchgeführten Operation enthalten (100%). Nichtmedizinische Angebote spielen wie bei der Patientengruppe auch nur eine unwesentliche Rolle (13%).

### Qualitätsparameter

Die Behandlungsqualität ist verständlicherweise für beide Zielgruppen bei der Wahl eines Krankenhauses von wesentlicher Bedeutung. Die Beurteilung erfolgt jedoch über unterschiedliche Kanäle. Patienten vertrauen auf eine hohe Spezialisierung in medizinischen Teilgebieten und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ist der Qualitätsbericht unter den Patienten noch bei etwa 50% ein wichtiges Informationskriterium, so ist sein Ruf unter den Einweisern höchst zweifelhaft und spielt zu nur 15% bei der Empfehlung eines Krankenhauses eine Rolle. Eine wichtige Rolle bei der Qualitätsbeurteilung spielen hingegen der Ruf des ärztlichen Personals (93%) und des einzelnen Operators (87%), der persönliche Kontakt zu Ärzten (87%) und vor allem das positive Feedback der eigenen Patienten (99%).

Patienten	Einweiser
Fachliche Qualität (86%)	Unkomplizierte, schnelle Terminierung (92%)
Medizinisches Leistungsspektrum (74%)	Klare Anweisungen zur NB (87%)
Wartezeit auf Behandlungs- / OP-Termin (74%)	Zeitnahe Befundübermittlung (80%)
Moderne Geräteausstattung (72%)	Feedback der Patienten (80%)
Pflegeleistungen (51%)	Ruf des Operators (76%)

Tab. 1: Die jeweils 5 wichtigsten Kriterien, ein Krankenhaus weiter zu empfehlen aus Sicht der Patienten und Einweiser.

### Ausblicke

Die durchgeführte Umfrage zeigt, wie sehr sich die beiden Zielgruppen Patienten und Einweiser gegenseitig beeinflussen und verdeutlicht so, dass ein gezieltes Marketing im Krankenhausbereich beiden genannten Gruppen Rechnung tragen sollte. Marketing aus Sicht der Kunden bedeutet, dessen Bedürfnisse zu kennen und diesen mit einer Lösung

gerecht zu werden. Die Abbildungen 2 und 3 fassen die mit Hilfe der Umfragen herausgearbeiteten Bedürfnisse der Patienten und Einweiser zusammen und stellen diesen mögliche Lösungsansätze gegenüber, welche in diesem Kontext als strategische Marketingfaktoren für Kliniken im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich fungieren können.

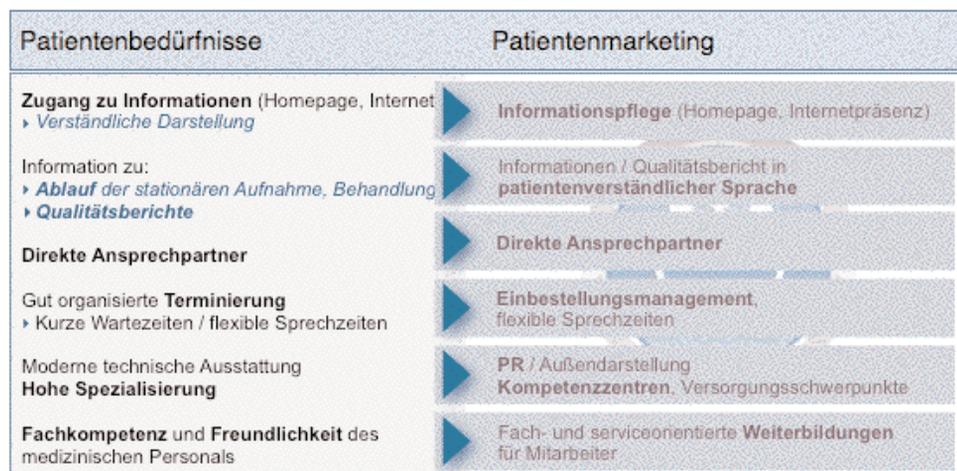


Abb. 2: Bedürfnisse der (potentiellen) Patienten und mögliche Lösungsansätze im Sinne des Patientenmarketings

Einweiserbedürfnisse	Einweisermarketing
▶ <b>Persönlicher Kontakt</b>	▶ <b>Persönliche Kontaktpflege</b> und Wertschätzung als Kollege
▶ <b>Direkte Ansprechpartner</b>	▶ <b>Direkte Ansprechpartner</b> für jeden Fachbereich anbieten (Sekretariate und Ärzte)
▶ Mitsprachemöglichkeit bei der Terminierung, unkomplizierte Terminierung	▶ Implementierung einer <b>interaktiven Terminierung</b> (Bsp.: Abstufungen <i>Nofall - dringend - elektiv</i> )
▶ <b>Arztbriefe</b> zeitnah (zu 50 % digitale Form)	▶ <b>Arztbriefsystem</b> unter Einbeziehung der Pflege, Sekretariate und Ärzte (Ziel: <i>zeitnah, digitale Form anbieten</i> )
▶ <b>Zufriedenheit der eigenen Patienten</b>	▶ <b>Patientenzufriedenheit</b> durch Beachtung des Patientenmarketings

Abb. 3: Bedürfnisse der Einweiser und mögliche Lösungsansätze im Sinne des Einweisermarketings

Besondere Bedeutung haben hierbei solche Faktoren, die beide Zielgruppen tangieren. Dies sind, wie aus den Abbildungen 2 und 3 hervorgeht, die Punkte „Ansprechpartner“ und „Terminierung“ als auch die Patientenzufriedenheit, da diese einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungen der Einweiser haben.

*Dr. Eva-Kristin Renker*

### Literatur

- Drucker, P. F. (1954).** The Practice of Management. Harper & Row, New York 1954.
- Gerhardt, A.; Jannaschk, N; Kuchler B. (2005):** Online-Fragebogen in der amtlichen Sozialstatistik, Wirtschaft und Statistik 3/2005.
- Statistisches Bundesamt:** Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Elektronisch veröffentlicht unter URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Content75/AltersgruppenFamilienstand,templateId=enderPrint.psm1>. Abgerufen am 20.08.2010.



### Andreas Iffland

**Diplom Kaufmann & Gesundheitsökonom (EBS)**  
 Leiter des HEALTH EBS Arbeitskreises „Health Care Industry“, Leiter des Institutes für Customer Relationship Management in der Gesundheitswirtschaft  
 Studienleiter für Gesundheits- und Sozialökonomie & Health Care Management an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie (VWA) in Frankfurt a. Main.  
 Leiter des CRM-Fachbeirats bei Colloquium Pharmaceuticum, Frankfurt a. Main  
 Mitglied im Experten-Team der CRM-expo, Nürnberg

**Kontakt:**  
 info@CRM-Institute.org  
 Tel.: +49 (0) 163 924 1892  
 oder  
 Tel.: +49 (0) 177 272 6455  
 andreas.iffland@hessische-vwa.de

## Ansätze von Customer Relationship Management (CRM) in Kliniken und Krankenhäusern



Die Krankenhaus- und Kliniklandschaft verändert sich. Mit der Einführung der DRGs und der damit verbundenen Veröffentlichung von Qualitätsberichten werden Maßnahmen zur Positionierung und Kundenbindung in Kliniken und Krankenhäusern derzeit immer wichtiger. CRM befasst sich u.a. mit der Zufriedenheit aller Kunden eines Krankenhauses / einer Klinik als zentralen Bestandteil einer dauerhaften Kundenbeziehung. Wie kann man heute den Gesundheitsstandort sichern, Kunden binden und sich am Markt positionieren? Die Kundenzufriedenheit ist von strategisch wichtiger Bedeutung im Wettbewerb mit anderen Häusern. Es handelt sich bei CRM um eine Strategie, die in erster Linie das Ziel hat, alle Prozesse im Unternehmen möglichst an und auf diejenigen Kunden auszurichten, die in hohem Maße profitabel sind. Optimal wäre dabei, eine Vertrauensbasis herzustellen, die so stark ist, dass ein „Wir-Gefühl“ zwischen Kunden und Unternehmen entsteht.

CRM-Ansätze werden oftmals stark IT- und EDV-lastig dargestellt (Software, Datenbanken etc.). Obwohl eine entsprechende EDV-technische Ausstattung im CRM notwendig ist, um die Fülle von Informationen sinnvoll verarbeiten und nutzen zu können, darf es sich nicht ausschließlich auf diese IT-Bereiche beschränken. Die strategischen, organisatorischen und vor allem prozessorientierten Dimensionen sind mindestens ebenso bedeutsame Faktoren des CRM. Untersuchungen des Institutes für Customer Relationship Management in der Gesundheitswirtschaft und an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie im Fachbereich Gesundheits- und Sozialökonomie in Frankfurt haben gezeigt, dass sich CRM in Krankenhäusern/Kliniken zum einen noch in den „Kinderschuhen“ befindet und zum anderen jede Einrichtung ihre Schwerpunkte individuell definiert. Es gibt derzeit noch keine allgemeingültigen Regeln. Vielmehr sollten Einrichtungen aus

der Fülle der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Zeit jene aussuchen, die am besten zum Einrichtungsprofil passen. Die verschiedenen und von ihren Voraussetzungen unterschiedlichen Kunden (z.B. Patienten, Angehörige, Einweiser, Krankenkassen) des Krankenhauses machen individuelle Methoden für ein erfolgreiches CRM notwendig. So entwickelt sich für die Patienten zum Beispiel der Ansatz des Patient Relationship Management (PRM) aus seiner eigenen auf diese Kundengruppe zugeschnittenen Sicht-



weise und Zielsetzung der Patientenbindung. Die Einführung des CRM und die Aufteilung der Kunden nach ihren Ansprüchen und Bedingungen ist aber umfassender und sollte in der Zukunfts- und Erhaltungsplanung eines Krankenhauses und einer Klinik einen angemessenen Stellenwert einnehmen. In sämtlichen Bereichen sollte die Umsetzung entsprechend individuell überwacht und begleitet werden. Hieraus ergeben sich für einzelne Kundengruppen bestimmte individuelle CRM-Ansätze.

### **Professionelles Kundenbeziehungs- bzw. Kundenbindungs-Management am Beispiel eines Patientenhauses/Patientenhotels für Patienten und Angehörige**

**Der Patient:** Der Patient ist wohl der wichtigste Kunde des Krankenhauses. Der überwiegende Teil der Patienten kommt durch Einweiser (Hausärzte oder Fachärzte) in eine Klinik. Einen weiteren Anteil bilden Notfallpatienten. Eine etwas kleinere, jedoch immer weiter steigende Gruppe ist die der „Selbsteinweiser“.

**Die Angehörigen/Besucher:** Die Besucher sowie die Angehörigen sind eine weitere Herausforderung, welche seitens des Krankenhauses eine immer größer werdende Aufmerksamkeit beansprucht. Man hat mit der Zeit erkannt, dass nicht nur der Patient isoliert zu sehen ist, auch die Familien haben immer größere Forderungen und Wünsche an das Krankenhaus. Heutzutage ist der Patient mit seinen Angehörigen als Einheit zu sehen. Daher sollten die Angehörigen zukünftig als für den Gesundheitsprozess relevante Personen mehr beachtet werden. Auf Entbindungsstationen geschieht diese schon in größerem Rahmen.

### **Patientenhaus/Patientenhotel für Patienten und Angehörige**

Ein professionelles Kundenbeziehungs- bzw. Kundenbindungs-Management kann durch die Einrichtung und professionelle Betreuung eines Patienten-

hauses/Patientenhotels vorangetrieben werden. Das Patientenhaus/Patientenhotel stellt eine Erweiterung des pflegerischen Angebots von Krankenhäusern und Kliniken für Patientinnen/Patienten (und auch Angehörige) dar. Als innovatives Betreuungskonzept ist es in die stationäre Patientenversorgung integriert. Es hat dabei den Status einer eigenständigen, von verschiedenen Fachrichtungen belegbaren Station. Hierbei ergeben sich Fragestellungen, die im Rahmen eines individuellen CRM-Konzeptes zu klären sind:

- Wie rechnet sich die Betreuung eines Patientenhauses in einer Klinik/Krankenhaus?
- Welche Fachrichtungen können das Patientenhaus nutzen?
- Welche Vorteile bietet ein Patientenhaus/Patientenhotel für das einzelne Krankenhaus/Klinik? (Analyse der individuellen Qualitätsberichte und der DRG-Situation (Basis-Fallwerte/interne Verrechnungsfaktoren)).
- Welche Kosteneinsparungen sind im Hinblick auf individuelle, klinische Behandlungspfade möglich?
- Wer entscheidet im Wesentlichen über den medizinischen und pflegerischen Behandlungsbedarf im Hinblick auf die Verlegung ins Patientenhaus?
- Welche Anforderungen sind an das Personal und die damit verbundenen Stellenbeschreibungen im Patientenhaus zu beachten?
- Wie wird den Patienten und Angehörigen Komfort und individueller Service in einer persönlichen Atmosphäre geboten?
- Wie können medizinische und pflegerische Versorgung weiterhin nach den etablierten medizinischen Standards erfolgen?
- Wie wird die Unterbringung im Patientenhaus eine Leistung der Krankenkassen, die sowohl privat wie auch gesetzlich Versicherte ohne Zuzahlungszahlung in Anspruch nehmen können?
- Welche besonderen Serviceangebote (zum Beispiel: Freischaltung des Internetzugangs, Komfortzimmer, Übernachtung einer Begleitperson) können als Zuzahlungsleistung definiert werden?
- Wie sehen freundlich eingerichtete Einzelzimmer aus? (z.B. separate Dusche mit WC, Rundfunk- und Fernsehanschluss sowie Telefon und Internetzugang, integrierter Kühlschrank und Wertfach, mobiler Wickeltisch für Wöchnerinnen, Übernachtungsmöglichkeit für Begleitpersonen, Fernseher als Multi-Informationcenter für Informationen über das Haus, die Abläufe und individuellen Patiententermine).
- Wie wird der Aufenthaltsbereich gestaltet? (Gastronomie mit der Bar, Cafeteria und Restaurant als Aufenthaltsbereich für Bewohner und Besucher des Patientenhauses, Gestaltung der Rezeption als wichtigster Anlaufpunkt für medizinisch-pflegerische Belange und Bedürfnisse der Patienten).
- Wie können Angehörige in ein solches Betreuungskonzept integriert werden?

Einige Kliniken und Krankenhäuser haben mit dem Aufbau von entsprechendem Know-how und Personal begonnen. In Stellenausschreibungen gewünschte Geschäftsführer-Profile beinhalten nun neben den Anforderungen aus der Gesundheitswirtschaft auch zusätzliche Management-Erfahrungen wie z.B. aus dem Hotelbereich. So suchte jüngst die Martini-Klinik, Fachklinik zur Behandlung von Patienten mit Prostatakrebs am Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf, ein solches Geschäftsführer-Profil. Auch das Universitätsklinikum Mannheim hat sich mit einem eigenen CRM-Konzept für den Bau und die Umsetzung eines integrierten Patientenhauses entschieden.

#### Ein Umdenken findet statt: Erster „CRM Best Practise Award“ auf der CRM-expo (führende Fachmesse und Kongress für Customer Relationship Management) für eine Klinik

Umfassendere CRM-Konzepte sind auch für weitere Klinik-/Krankenhaus-Kunden wie z.B. die **Einweiser** (Haus- und Fachärzte) und **Krankenkassen** voranzutreiben. Durch die Möglichkeit, verschiedenste Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhaus zum beiderseitigen Nutzen zu schließen, werden Krankenkassen zunehmend zu einem bedeutenden Kunden für das Krankenhaus. Es sollen hier besonders die integrierten Versorgungsverträge (IV-Verträge) erwähnt werden. Durch den wirtschaftlichen Druck, dem die Krankenhäuser heutzutage unterliegen, werden solche Verträge in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen. Entsprechend ausgebildete CRM- und Kundenbeziehungs-Manager für Kliniken und Krankenhäuser sind derzeit noch nicht wirklich vorhanden. Hier gibt es Handlungsbedarf. Ein Kundenbeziehungs-Management findet eher dezentral aus einzelnen Abteilungen heraus getrieben statt oder wird oft noch gleichgesetzt mit Marketing, PR und Öffentlichkeitsarbeit. Auch das Qualitäts- oder Patienten-Management fühlt sich teilweise verantwortlich, sich des Themas anzunehmen. Langsam und erfreulicherweise findet derzeit ein Umdenken in den Häusern zu einem umfassenderen Kundenbeziehungs-Management statt. So konnte in diesem Jahr das Klinikum Ingolstadt den Sonderpreis beim CRM Best Practice Award der CRM-expo (führende Fachmesse und Kongress für Customer Relationship Management) gewinnen. Das ehrgeizige CRM-Ziel des Krankenhauses lautete: Alle Personengruppen – also sowohl Patienten, als auch Krankenhausmitarbeiter

– sollen zufrieden nach Hause gehen. So wurde die Pflege der Beziehungen des Krankenhauses zu seinen Kunden, sprich Ärzten, anderen Krankenhäusern und Gesundheitsanbietern, vor allem aber den Patienten vorangetrieben. Mit dem CRM-Ansatz konnte das Krankenhaus nicht nur die Kommunikation zwischen den einzelnen Abteilungen erleichtern, sondern auch den Service und den Krankenhausalltag für Patienten und Mitarbeiter verbessern. Der Gesundheitscampus rund um das Klinikum mit Geriatrie- und Rehasentrum, Kinderkrippe, Ärztehaus und neuer Praxis für Strahlentherapie mit seinen kurzen Wegen und einer gemeinsamen Kommunikations-Strategie gab hier schließlich den Ausschlag zugunsten der Ingolstädter Bewerbung. Der Campusgedanke existiert dabei in übergreifendem Sinn: Durch die eng beieinander liegenden und vernetzten Gebäude ebenso wie in medizinischer Hinsicht durch das große medizinische Portfolio, aber auch im Innenleben, das durch eine gute Abstimmung der Schnittstellen und der Mitarbeiter durch Prozessmanagement und personelle Kontinuität auf den Campus ausgerichtet ist. Der Patient als Kunde profitiert



somit nicht alleine. Durch eine optimierte und ineinandergreifende Behandlung ist auch der medizinische Sachbedarf gesunken.

Fazit: Die Einführung eines professionellen Customer Relationship Management ist für stationäre Gesundheitseinrichtungen wünschenswert und sinnvoll. Weitere Diskussionen und Inhalte zu diesem Themenbereich möchten wir gerne für den HEALTH EBS-Arbeitskreis „Stationäre Gesundheitseinrichtungen“ aufgreifen und mit dessen Leiter Herrn Prof. Dr. med. Michael Almeling gerne weiter vertiefen.

**Andreas Iffland**





**Prof. Dr. Michael Almeling**  
**Gesundheitsökonom (EBS), MBA**  
 Gesellschafter-Geschäftsführer  
 Elytion GmbH  
 Professor für Gesundheits- und  
 Krankenhausmanagement, Medical  
 School Hamburg  
 Leiter des HEALTH EBS Arbeits-  
 kreises "Stationäre Gesundheits-  
 einrichtungen"

**Kontakt:**  
 michael.almeling@health-ebs.de  
 Tel.: +49 (0) 160 9482 0771

## Effizienzsteigerung im Krankenhaus durch Industrialisierung

### Vorbemerkung

Um zum Nachdenken anzuregen, ist es manchmal hilfreich, auch provozierende Thesen aufzustellen. Auch wenn – wie in diesem Fall – dem Autor klar ist, dass Beispiele aus der produzierenden Industrie im Vergleich zum Dienstleistungsgewerbe immer hinken müssen, lohnt der Blick über den berüchtigten Tellerrand, insbesondere für den nach wie vor äußerst traditionellen, wenn nicht tradierten Bereich der Organisation von Akutkrankenhäusern in Deutschland.

### Automobilindustrie als Vorbild?

Die Automobilindustrie hat bereits vor Jahren die Notwendigkeit erkannt, sich auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren, Prozessabläufe zu beschleunigen und Produktionszeiten zu verkürzen. Ein hoch

ten üblicherweise neben den primären Leistungspflichten (Liefergegenstand, -menge, -termin, Preis) auch Verpflichtungen zu strengen Qualitätsstandards.

Der Smart durchläuft nach diesem Grundprinzip insgesamt 140 Montagestationen in 4,5 Stunden. Wesentlichster Unterschied auch zur übrigen Automobilindustrie ist, dass die Fertigungstiefe der Smart-Produktion nur 10% beträgt, d.h. 90% der Produktionsschritte bis zu einem fertigen Fahrzeug werden von Zulieferern erbracht. Bei anderen Herstellern sind es 20-40%.

### Umsetzung des Smart-Modells im Krankenhaus

Ohne an dieser Stelle das In- und Outsourcing diskutieren zu wollen, können an alle Leistungen klare

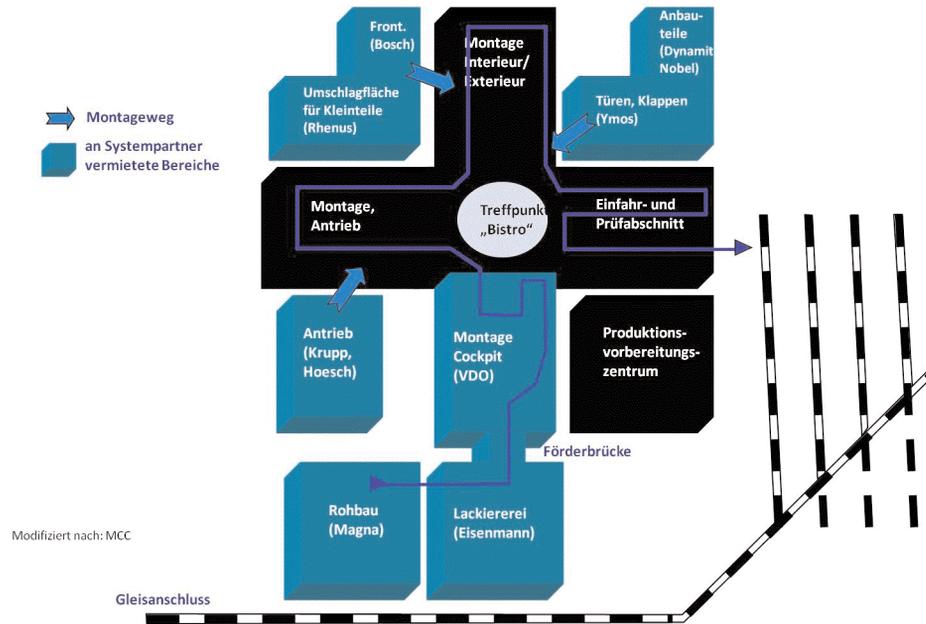


Abb. 1: Werksskizze eines Smart-Werkes, Grundprinzipien der modularen Produktion (Lit. 1)

entwickeltes und modellhaftes Beispiel für weit fortgeschrittene Arbeitsteilung, Spezialisierung und industrielle Fertigung ist die Produktion der Autoserie „Smart“ durch den Daimler-Konzern. Dazu wurden Prozesse an Zulieferbetriebe ausgelagert und Just-in-time-Vereinbarungen geschlossen. Diese enthal-

ten Qualitäts- und Preisanforderungen gestellt werden und diese somit extern vergeben werden, ohne dass es zu wesentlichen Störungen im Betriebsablauf eines Krankenhauses kommt. Dieser Gedanke fällt heutzutage den meisten Betrachtern leicht, wenn es Dienstleistungen des Levels 1 und 2 betrifft.

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Catering	Krankenhaus-apotheke	Aufnahme (Verwaltung)	Radiologische Leistungen (Diagnostik)	Komplette Verwaltung inkl. Geschäftsführung
Verpflegungs-service auf Station	Einkauf	Abrechnung der Patienten-leistungen	Anästhesiologische Leistungen	Ärztlicher Dienst des Krankenhauses (z.B. alle Chirurgen / Internisten)
Reinigungsdienst	EDV, Soft-/ Hardware	Schreibdienst (z.B. für Ärzte)	Betrieb des OP-Bereiches	Kompletter Pflegedienst des Krankenhauses
Facility Management	Betriebsarzt	Hebammen-dienste	Betrieb von Funktions-bereichen (Endoskopie, Linksherzkatheter etc.)	
Pförtner / Sicherheitsdienst	Pathologie	Physio-/ Ergotherapie	Teile der Hygiene-Überwachung	
Hol- und Bringedienst	Mikrobiologie			
Krankentransporte (im Haus)	Labordienst-leistungen			

Auch bei patientenfernen Leistungen aus den Bereichen „Finanzen und Administration“, aber auch eher „einfachen“ Tätigkeiten wie dem Schreibdienst, ist schnell klar, dass man diese nicht selbst erbringen muss. Mittels digitalem Diktat und E-Mail-Verkehr kann man in Sekundenschnelle, im Gegensatz zu den alten Diktierkassetten, einen Diktatwunsch an spezialisierte Schreibbüros versenden. Auf Wunsch erhält man solche Berichte tagesgleich als Textdokument zurück, zahlt hierfür fest definierte Preise und fordert beim Auftragnehmer nur so viel Leistung ab, wie benötigt wird.

### Medizinische Leistungen im Krankenhaus: Make or buy?

Widerstand regt sich schnell, je näher man an patientennahe Dienstleistungen kommt. Muss ein Krankenhaus eine eigene Physiotherapieabteilung haben? Wo gäbe es Einschränkungen, wenn die Leistungen durch eine externe Großpraxis erbracht würden?

Die eigentliche Qualität der Leistung kann in einem Vertrag mit einem externen Leistungserbringer viel klarer und eindeutiger beschrieben und abgefordert werden, als dies häufig mit der Abteilung im eigenen Haus möglich ist. Die Aufmerksamkeit des Arztes und des Pflegepersonals auf die Qualität der erbrachten Leistung würde deutlich geschärft und die Diskussion um die Qualität der medizinischen Leistungserbringung allgemein angeregt werden. Darüber hinaus wird die Wirtschaftlichkeit in vielen Fällen positiv beeinflusst werden. Die Rechnung der externen Physiotherapie zeigt nicht nur der Verwaltungen, sondern insbesondere auch dem verordnenden Arzt auf, wie viel Leistung er in einer Zeiteinheit abgefordert hat. Sie sollte ihn anregen, darüber nachzudenken, ob die Leistungen im abgerufenen Umfang nötig waren und ob das Verhältnis von erbrachter Qualität und bezahltem Preis in einer vernünftigen Relation stehen.

Was spräche gegen eine Übernahme der Dienstleistung „radiologische Diagnostik“ durch einen niedergelassenen Arzt im Krankenhaus oder durch einen Industriepartner? Dieser würde nicht nur die Leistung für das Krankenhaus erbringen, sondern auch für eine kassenärztliche Praxis. Er würde so die Zahl der Untersuchungen und damit auch den Amortisationsgrad seiner Geräte deutlich optimieren. Zudem spart er Kosten für Infrastruktur und Personal, wenn er beide Bereiche, zum Beispiel in den Krankenhausräumlichkeiten, zusammenführt.

Der Kernbereich eines chirurgisch tätigen Krankenhausteils ist der oft auch als Nadelöhr beschriebene Operationsbereich. Dieser ist auch aufgrund der außerordentlich teuren Infrastruktur und hohen Kosten für die notwendigen Investitionen in die dort vorhandenen Medizingeräte eine überaus teure Produktionsstätte, die kosteneffizient genutzt werden muss. Zunächst scheint es undenkbar, einen derartigen Bereich auszugliedern. Eine Reihe niedergelassener Anästhesiepraxen betreibt jedoch schon seit über 10 Jahren ambulante Operationssäle, mit zum Teil fünf und mehr OP-Tischen, und stellt diese, inklusive der personellen Ressourcen, in einer zuvor vereinbarten Zeittaktung den Operateuren unterschiedlichster Ein-

richtungen aus dem ambulanten und stationären Bereich gegen Entgelt zur Verfügung. Im Wissen, dass eine der kritischen Stellen im OP-Ablauf die Wechselzeiten vor und nach einer Operation sind, werden die Zeitabläufe außerordentlich gut vorgeplant, das Team extrem gut auf diese kritischen Zeiträume vorbereitet und diese, insbesondere bei kurzen Operationen mit häufigen Wechseln, deutlich ablaufoptimierter als in dem meisten großen Krankenhäusern durchgeführt. Hier wird zum einen die Qualität der Dienstleistung „OP-Bereich“ angeboten, auf der anderen Seite wird jedoch vom abfordernden „Kunden“, dem Operateur, erwartet, dass er sich die zwischen beiden Seiten vereinbarten Spielregeln, wie zum Beispiel die Einhaltung von Anfangszeiten sowie eine gewisse Reihenfolge der Operationen oder ähnliches, respektiert.



### Kernleistung eines Krankenhausbetriebes – gibt es das?

Geht man auf die oben beschriebene Art und Weise die weiteren Kernbereiche der medizinischen Dienstleistungen durch, gelangt man zu der Frage, welche Leistung nun eigentlich die Kernleistung eines Krankenhausbetriebes darstellt und für ein Krankenhaus eine nicht ersetzbare und somit auch nicht an externe Dienstleister ausgliederbare Leistung sein könnte. Schnell wird man sich dem Thema der Krankenpflege und der ärztlichen Behandlung nähern. Jedoch auch hier wird man zunehmend feststellen, dass die Entwicklung in diesen Bereichen schon viel weiter fortgeschritten ist, als häufig angenommen. So ist seit einigen Jahren an einer Reihe von Krankenhäusern bereits eine Überleitungs- bzw. Kurzzeitpflege unmittelbar angeschlossen, die nicht vom Krankenhaus betrieben wird, sondern zum Beispiel von freigemeinnützigen Einrichtungen der Region. Warum soll nicht der gleiche Pflegeanbieter auch auf den Stationen pflegerische Leistungen anbieten, um zum Beispiel ausschließlich elektive Patienten zu betreuen und somit auch hier dem Krankenhaus gegenüber nur die pflegerischen Leistungen abzurechnen, die – jeweils gemessen an der Zahl der vorhandenen Patienten – tatsächlich anfallen. Die Personalkosten würden somit für den Krankenhausträger nicht mehr zu klassischen Fixkosten, sondern erfahren eine deutlich höhere, an der Zahl der behandelten Patienten gemessene Variabilität. Zudem fällt es auch hier sehr viel leichter, die Qualität des Einsatzes und das Volumen der Leistungen im Blick zu behalten. Die Qualität der Betreuungsleistung am Patienten würde sich für das Individuum erheblich erhöhen, da auch bei schwankender Bele-

gungsdichte immer ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung stände.

Auch bei den häufig als „heilig“ erscheinenden ärztlichen Leistungen ist man bei genauerer Betrachtung schon deutlich weiter, als manch einer vermuten mag. So sind die seit vielen Jahrzehnten existierenden belegärztlichen Systeme ein klarer Beweis dafür, dass ärztliche Leistungen auch von niedergelassenen Kollegen erbracht werden können und dabei auf keinen Fall die ärztliche Betreuung im Krankenhaus vernachlässigt werden muss. Schaut man in andere europäische Länder, wie zum Beispiel die Schweiz, so sind belegärztliche Systeme auch bei Krankenhäusern, die eine Schwerpunktversorgung anbieten, gang und gäbe.

So weiter gedacht muss man zwangsläufig zu dem Gedanken kommen, dass keine der medizinischen Leistungen in einem Krankenhaus mit Blick auf das als Beispiel herangezogene Smart-Modell unersetzlich bzw. nicht von dritten Dienstleistern zu erbringen sind. Wo sind nun die Grenzen eines solchen Gedankenmodells?

Kein Grund zur Angst vor der Zukunft in der Medizin! Bei dem oben gezeichneten Gedankenspiel, von einigen provokant, von anderen als realistisch eingeschätzt, bleiben einige wesentliche Faktoren bisher ungenannt. Je mehr verschiedene Parteien und Dienstleister an einem Patienten Dienst tun, umso aufwändiger wird die Koordination der notwendigen Leistungen. Zweitens darf der Patient die Schnittstel-

len-Übergänge nicht bemerken und muss Behandlung „aus einer Hand“ erfahren.

Somit kann der Patient erwarten, dass aufgrund einer deutlich zunehmenden Diversifizierung in den Berufsgruppen, einer zunehmenden Spezialisierung sowohl in der Ärzteschaft aber auch in der Pflege und sonstigen Heilberufen, das Management von Diagnose- und Therapieabläufen deutlich komplexer wird, der Patient jedoch bei einem gut gemanagten Prozess von der fortschreitenden „Industrialisierung in der Medizin“ subjektiv weitestgehend unberührt bleibt. Im Gegenteil müsste er nicht nur eine deutlich verbesserte Qualität der medizinischen Leistungen erfahren, sondern auch eine deutlich steigende Servicequalität. Es bleibt somit festzustellen, dass es eine wesentliche Aufgabe sowohl der administrativen wie auch der medizinischen Führung eines Gesundheitsunternehmens ist und zunehmend sein wird, den Patienten sorgfältig und mit hoher Empathie durch die immer komplexeren Strukturen zu führen.

*Prof. Dr. Michael Almeling*

#### Literaturhinweise:

- 1. Symposium Publishing GmbH:** Das innovative Unternehmen Smartville – Innovatives Automobilunternehmen der Zukunft, <http://www.innovation-aktuell.de/kl1504.htm>
- 2. Almeling, M; Keine Angst vor der Industrialisierung in der Medizin;** In: Lohmann, Preusker (Hrsg.) Geschäftsmodell Systempartnerschaften: Die digitale Industrialisierung der Medizin; 125-138, (2009) *Economica*, Heidelberg

## Impressum

### HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von  
HEALTH EBS  
Alumni-Vereinigung der  
gesundheitsökonomischen  
Studiengänge der European  
Business School e.V.

**Kontakt:**  
HEALTH EBS e.V.  
Geschäftsstelle:  
Osterholzer Dorfstraße 63  
28307 Bremen  
[www.health-ebs.de](http://www.health-ebs.de)

**Layout/ Gestaltung:**  
marismed  
Claudia Ambrus-Köhler  
[www.marismed.de](http://www.marismed.de)

**Fotos:**  
Fotolia, Pixelio

*Wir wünschen allen eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in das kommende Jahr 2011!*

#### *In eigener Sache:*

**Member-Meeting 2011:** Das Member-Meeting 2011 von HEALTH EBS findet am 13. und 14. Mai (Freitag/Samstag) an der EBS in Oestrich-Winkel statt. Einladung und Programm folgen.